

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Andréia Sparremberger Brasil

**AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DOS ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICO NO
MUNICÍPIO DE CANOAS/RS.**

Porto Alegre/RS

2021

Andréia Sparremberger Brasil

AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DOS ATENDIMENTOS ODONTOLÓGICO NO
MUNICÍPIO DE CANOAS/RS.

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina Departamento de Medicina Social – RS, como requisito parcial para obtenção do Grau de Especialista em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Mario Leal Lahorgue

Porto Alegre - RS

2021

CIP - Catalogação na Publicação

Sparremberger Brasil, Andréia
Avaliação quantitativa dos atendimentos
odontológicos em bairros situados do município de
Canoas / Andréia Sparremberger Brasil. -- 2021.
37 f.
Orientador: Mario Leal Lahorgue.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Medicina, Saúde Pública, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Levantamento de saúde. 2. Vulnerabilidade
Social. 3. Cuidados de Saúde. 4. Prestação de
assistência odontológica. 5. Distribuição na
comunidade. I. Leal Lahorgue, Mario, orient. II.
Titulo.

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

Agradecimentos:

Agradeço a Deus pelas conquistas até o momento, e peço a Ele sabedoria para seguir agindo pelo bem das pessoas, que de minhas habilidades como cirurgiã dentista e a capacidade de me qualificar para que ofereça o melhor a aqueles que buscarem estabelecer a sua saúde bucal.

Agradeço aos meus familiares Acilon, Noeli, Luciana e Felipe, e ao meu marido Marlon, pois estes sempre estiveram ao meu lado acreditando e torcendo por mim em todas as etapas. Principalmente ao meu marido por compreender em todas as situações de ausência por dedicação as aulas, tarefas e trabalho de conclusão, minha válvula de escape de toda a ansiedade e receio sobre o rumo profissional a seguir diante de tantas incertezas de como permanecerá o ramo público, sempre me transmitindo calma.

Agradeço ao professor Mario Lahorgue que esteve no decorrer de todo o trabalho disposto a ajudar e orientar com toda a sua sabedoria e calma independente de ser seu horário de trabalho ou final de semana, compreendendo a necessidade de horários de orientação extras pela dificuldade de conseguir os dados pela Secretaria o que me trouxe tranquilidade para insistir na pesquisa, e de me ensinar a manipular as plataformas de dados nunca antes usadas por mim.

SUMÁRIO

FOLHA DE ROSTO.....	2
RESUMO.....	6
1. INTRODUÇÃO.....	7
2. OBJETIVO.....	10
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	11
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	18
5. RESULTADOS.....	20
6. DISCUSSÃO.....	32
7. CONCLUSÃO.....	34
8. REFERÊNCIAS.....	36

Resumo

Este trabalho descreve os recursos ofertados para a população do município de Canoas e analisa o alcance da cobertura dos atendimentos de saúde bucal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Clínicas de Saúde da Família (CSF). Para fazer isto, este trabalho buscou se basear na literatura pertinente ao tema para o referenciamento teórico, além de utilizar dados disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SIGSS) para os atendimentos odontológicos, Atlas Brasil e IBGE para dados sociais e populacionais. Desta forma, verificou-se a distribuição das Unidades de Saúde por bairros na Cidade de Canoas, sua localização e a quantidade de atendimentos em relação à população residente nos bairros. No levantamento sobre a situação social, foi constatado que os bairros Guajuviras e Harmonia possuíam os percentuais mais elevados do índice de vulnerabilidade. Aliado a isto, os dados indicam que os bairros com o perfil socioeconômico mais baixo atendem um número superior de usuários do que o indicado pela Portaria nº 2488 do Ministério da Saúde. Por fim, se os dados analisados mostram que há uma evolução dos números de atendimentos dos usuários pelas Equipes de Saúde Bucal, por outro lado a cobertura ainda é incompleta, atingindo menos de 20% dos habitantes de cada bairro. Conclui-se que há necessidade de investimento para a ampliação da rede das Equipes de Saúde Bucal para proporcionar uma maior cobertura para os usuários do SUS no município de Canoas e garantir o acesso ao serviço odontológico gratuito uma vez que os custos de tratamentos em redes privadas não são compatíveis com a realidade financeira de muitos usuários do SUS.

Palavras-chave: Levantamentos de Saúde Bucal; Vulnerabilidade Social; Cuidados de Saúde; Prestação de Assistência Odontológica; Distribuição na Comunidade; Composição da População

1. Introdução

O movimento da reforma sanitária de 1988, que visava melhorias da saúde pública estabelecendo-a como compromisso do Estado sem que o usuário necessitasse ter vínculo institucional, resultou em grandes transformações de ordem pública. No que podemos observar, quanto aos cuidados da saúde bucal no Brasil, pode-se citar tomadas de decisões como a fluoretação da água no abastecimento público, o qual atinge toda a população brasileira sem restrições econômicas, sendo considerada uma das dez medidas mais importantes da saúde pública no século XX - por mais que a rede de abastecimento não tenha uma cobertura homogênea em todo o país.

Outra medida foi a inserção do cirurgião dentista no Sistema Único de Saúde que teve seu marco referencial no conceito de atendimento na Constituição de 1988 (ANTUNES, *et al.* 2010). O SUS pós-reforma de 1988 traz para a população brasileira a igualdade no atendimento sem a necessidade de nenhum vínculo institucional (SOUZA *et. al* 2001). O principal foco desta política na área da odontologia era o atendimento em escolares e gestantes, deixando a população jovem e idosa descoberta de atendimentos preventivos e possibilitando atendimento apenas de urgência o qual resultava em procedimentos de extrações, ocorrendo assim mutilações (ANTUNES, *et al.* 2001; MOREIRA *et. al* 2005; BARROS *et al.* 2002).

Em 1994, o SUS se reorganiza em programas denominados de Programas de Saúde da Família (PSF), o qual hoje atende por Estratégia de Saúde da Família (ESF), que tem como foco o atendimento à população mais próximo a seus locais de moradia, com a intenção de tratamentos preventivos e não apenas curativos. No ano de 2000 houve a ampliação da ESF e foi inserido em seu quadro o profissional Cirurgião Dentista (SOUZA *et. al* 2001).

A inserção do dentista no ESF, e conseqüentemente a transferência dos atendimentos preventivos das escolas para a UBS, resultou num sentimento de desamparo no público dos escolares, pois os responsáveis dos escolares percebiam a escola como um núcleo de atenção aos seus filhos na integração entre saúde e educação; logo removendo o atendimento odontológico da escola, iria diminuir o acesso dos escolares aos tratamentos odontológicos. Entretanto, essa reorganização da atuação do cirurgião dentista nas escolas trouxe para a população melhores

condições de atendimento integrado com os demais profissionais (FRAZÃO *et al.* 2009).

Levando em consideração o fato de quase 30 milhões de brasileiros não terem tido nenhum acesso ao cirurgião dentista conforme consta na pesquisa do PNAD 1998 (BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, 2004a), antes da incorporação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF), pode-se considerar que essa incorporação se fazia necessário para que a ideia de atendimento integrado para o paciente fosse posta em prática com efetividade.

As Unidades Básicas de Saúde podem incorporar na sua ESF a modalidade de Equipe de Saúde Bucal (ESB) de acordo com sua demanda e população alvo; e essas modalidades foram elaboradas conforme o Ministério da Saúde. A modalidade I é composta por um cirurgião dentista e um atendente de consultório, e a modalidade II composta por um cirurgião dentista, um atendente de consultório e um técnico em higiene dental. Conforme a introdução dessas modalidades dentro da ESF, foram formuladas cinco frentes de melhorias do atendimento nas unidades básicas de saúde, entre elas, a ideia de ampliação do atendimento na atenção básica, a criação de centro odontológico especializado (CEO) - para atendimento de pacientes especiais, periodontia, bucomaxilo facial, endodontia e próteses; a implantação de próteses para reabilitações, e a fluoretação das águas como já mencionado. (LOURENÇO, 2009; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Contudo, tendo em vista que cada município adota uma postura a partir da incorporação de água fluoretada e a distribuição de equipes de saúde bucal dentro da atenção primária, torna-se necessário uma pesquisa das distribuições de unidades básicas com a incorporação da ESB independente da modalidade adotada, com a intenção de buscar conhecer e compreender as necessidades e as demandas dos municípios e trazer a realidade frente a ideia de ampliação de atendimento. Portanto, é preciso trazer dados a respeito do alcance de atendimentos em todo o território estipulado por cada unidade, para que se pense em melhorias e que assim a população consiga o atendimento de forma integral.

Neste trabalho, iremos buscar dados que informam sobre a demanda e a distribuição dos atendimentos do município de Canoas, realizando uma análise de quantidade de atendimentos realizados, sendo esses resultados discriminados por bairros e unidades de atendimento básico e clínicas de saúde da família situados

nesse município. Não serão levantados dados do CEO do município pelo fato de não ter informações no sistema da Secretaria Municipal de Canoas- SIGGS.

2. Objetivos

a. Geral:

Descrever as condições de saúde bucal e os recursos ofertados para a população de Canoas em Unidades Básicas de Saúde.

b. Específicos:

- Avaliar o quantitativo dos atendimentos de cada UBS E CSF nos anos de 2017, 2018, 2019 e 2020 e o perfil sócio/econômico de cada bairro.
- Analisar a cobertura das Equipes de Saúde da Família
- Localizar as informações para que seja possível a visualização dos atendimentos da população nos diferentes anos e o avanço do alcance da odontologia.

3. Revisão de literatura

A necessidade de reformular a constituição do Estado para democratizar e diminuir a burocracia, resultou na Reforma da Constituição Federal de 1988. Anteriormente, o conceito de direito ao atendimento de saúde era restrito a uma faixa da população que contribuía com impostos para o país. Mediante a implantação do SUS, o Estado passou a garantir para toda a população o direito de saúde, baseado nos princípios de universalidade, equidade, integralidade, gratuidade, promoção, proteção e recuperação. Desta forma, a nova política de atenção à saúde trouxe com sua metodologia a possibilidade de atender também a parcela da sociedade que não possuía um emprego com contribuição social. (SOUZA *et. al* 2001).

A política de saúde no decorrer de sua inserção sofreu algumas alterações sob o ponto de vista de tratamento da população. A política de saúde anterior visava a atenção em crianças e gestantes, deixando uma grande parcela da população desprotegida, com a ideia de saúde com a cura de doenças, ou seja, um modelo com base no indivíduo e na patologia (SOUZA *et. al* 2001; LOURENÇO, 2009).

Esse modelo passou a não ser suficiente para atender a população de forma efetiva, e um novo modelo passou a vigorar com a entrada da ESF (LOURENÇO, 2009). Esse modelo possui o objetivo de atendimento integral para a população com a porta de entrada na atenção primária e visa a prevenção de doenças com a educação, vacinação e saneamento básico para a população, como está descrito no Plano Nacional de Saúde (PNS 2016-2019).

O trabalho de NARVAI (2006) cita a importância da saúde bucal para o indivíduo no que se refere, além de sua saúde bucal, à sua interação social quanto à inibição por constrangimento social pela sua condição de saúde bucal. A modificação no foco do atendimento, para uma atenção integrativa com a intenção de um atendimento multiprofissional, levou no ano de 2000 a ESB para dentro da ESF (SOUZA *et. al* 2001), atualmente, com a política Brasil Sorridente, a qual financia a política de saúde bucal atualizados pela Portaria 978 (SOUZA 2013).

O trabalho de CERICATO *et.al* (2007) mostra dados do Ministério da Saúde de 2005 em que a inserção da nova política e maiores incentivos financeiros a disponibilidade de equipes de saúde bucal nas ESF em todo o território nacional teve

um crescimento de 4.212 chegando a 14.775 equipes atuando nos municípios; um acréscimo de 10.514 equipes, ou seja, um crescimento de 246%, num período de 4 anos desde as eleições do novo presidente em 2002.

A inserção das equipes de saúde bucal tem o objetivo de trazer para a sociedade melhorias na atenção primária, pois o atendimento multiprofissional estaria integrado também com o cirurgião dentista para o atendimento mais qualificado e abrangente, estabelecendo a saúde do cidadão como um conjunto (CERICATO et. Al 2007).

Em 1998 antes da incorporação das equipes de saúde bucal na ESF, a Pesquisa de Amostra de Domicílio apresentou que 24,2% dos atendimentos odontológicos da população eram feitos pelo SUS, enquanto o dos atendimentos não odontológicos passavam os 50% (ANTUNES et al. 2010).

A realização das avaliações dos atendimentos odontológicos no SUS era considerada escassa, tanto que em 2000 a OMS propôs uma metodologia de avaliação de desempenho (BODSTEINS *et al*, 2006). Entretanto, a avaliação desses atendimentos, da ampliação e do impacto na vida da população usuária do sistema não eram realizados de forma substancial para que obtenha uma conclusão sobre as ações lançadas e seu alcance para benefícios na sociedade; ou seja, existe a metodologia para que obtenhamos tais conclusões, porém ela não é aplicada como deveria para trazer resultados reais até os estudos citados. (BODSTEINS *et al*, 2006; PEREIRA *et al*, 2009).

No trabalho PEREIRA *et al*. (2009), realizou-se um estudo sobre a relação da incorporação do cirurgião dentista na PSF e o aumento dos atendimentos no município de Natal, RN. No município de Natal, não foi incorporada de forma homogênea a ESB na PSF, logo possuem unidades com a ESB incorporada no PSF; unidades que possui o PSF, porém a ESB não é incorporada; e unidades que possuem o cirurgião dentista, porém não incorporou a PSF. O resultado do estudo apontou que a unidade que possui a Equipe de Saúde Bucal, mas não incorporado no PSF obteve maiores números de atendimentos, exceto quando comparado as crianças menores de 12 anos; e também que o modelo com PSF com a equipe de saúde incorporado só supera os atendimentos das unidades que não foram incorporados do PSF. Observando esse estudo, podemos levantar algumas hipóteses de motivos que não foram citados e que possa ter levado aos resultados do estudo.

Como exemplo, o atendimento da ESB no PSF incorporado não está exercendo a função de prevenção, não trabalhando de forma integral com as demais profissões, tendo em vista que, quando o cirurgião dentista é visto de maneira isolada, a PSF presta mais atenção ao usuário. Dessa forma, ressalta-se aqui a visão de um profissional de atendimento específico para a solução de problemas de saúde bucal, não trabalhando de forma preventiva e sim curativa.

CARVALHO *et al* (2004) em seu trabalho traz a realidade da inserção da ESB após ter sido implantada numa ESF nova ou em uma que já estava em prática, sendo esse último modelo de inserção o tornaria prático o acesso ao cirurgião dentista para a população, uma vez que já houve o primeiro contato com a equipe e que o processo gradativo de acolher o indivíduo já teria sido iniciado. O tratamento geral para o usuário deve ocorrer de forma integrativa para que ele tenha a aproximação de todos os profissionais e que, para ele, a UBS seja seu ponto de referência de saúde e que atenda todas as suas necessidades.

Entretanto, para que se torne essa referência a realidade, necessita ocorrer a aproximação dos profissionais e quebras de barreiras para que haja comunicação intersetorial para o tratamento do usuário do SUS, e não mais a hierarquização do médico dentro da UBS. As equipes de saúde bucal têm que possuir uma organização dentro de suas unidades para que possam atender toda a população de forma efetiva e breve, levando em consideração os pacientes que já tem a ESB/ESF como ponto de referência de seus tratamentos, para que possam seguir sendo atendidos, e que os novos pacientes, vindo de um fluxo de urgência, possam ser incluídos no sistema. No entanto, BULGARELI *et al* (2012) analisaram a efetividade dos atendimentos odontológicos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Unidade com a Estratégia da Saúde da Família no município de Marília (SP), no período de 2007 a 2009.

Nessa pesquisa, foi considerada como fatores de diferenciação de qualidade, a primeira consulta identificada como tratamento inicial (TI), e os tratamentos inicializados e finalizados que são identificados como tratamento completado inicial (TCI). Os resultados obtidos nessa pesquisa mostram coeficientes de resolutividade superiores nas unidades da Estratégia da Saúde da Família quando comparado às Unidades Básicas de Saúde que seguem modelos mais tradicionais.

Estes resultados ocorrem porque, nas Unidades Básicas de Saúde da região, são constatados atendimentos de demanda espontânea, não ocorrendo um

agendamento ou uma continuação de atenção à saúde bucal do usuário quando essa falta a consulta, pois ela está baseada nos conceitos resolutivos e curativos antes da política que fora implementada na Estratégia de Saúde da Família. Assim, é perceptível uma notória diferença de coeficiente da resolutividade de saúde bucal nos usuários pelo fato de que a ESF conta com o auxílio de agentes comunitários, que quando o usuário não comparece nas consultas, se deslocam até o domicílio do usuário para verificar o motivo da falta, dando continuidade ao atendimento e aproximando o serviço público da população, que é a ideia central da Estratégia da Saúde da Família.

Esse estudo nos mostra que, com o compromisso das equipes da ESF, pode-se ocorrer um melhor atendimento à população com um acompanhamento do usuário para que permaneça no quadro de saúde uma vez estabelecido após completar os tratamentos necessários. A necessidade de os profissionais da equipe de saúde conhecerem a metodologia e saber de forma técnica concretizar a teoria na prática é o que justifica os resultados insatisfatórios em grande parte das ESF quando realizados estudos para analisar o percentual de atendimentos no SUS.

No trabalho de *SÁ et al (2015)*, podemos observar que os profissionais da Equipe de Saúde Bucal, quando questionados sobre a sua percepção sobre planejamento de saúde bucal, ocorre uma confusão com plano de tratamento do paciente, desconhecendo e não praticando a política de planejamento em saúde. O plano de saúde deve ser exercido nas ESF para a implantação adequada da política de saúde dentro da comunidade. As confusões geradas pelos cirurgiões dentistas resultam na não execução do planejamento de saúde bucal.

Este planejamento deve ser levado em consideração a abordagem aos usuários, a captação de usuários para tratamentos além de restauradores de saúde, mas de prevenção e educação e, assim, definir o plano de tratamento para atender as necessidades, tanto curativas quanto preventivas do paciente dentro da sua realidade.

No entanto, quando analisado o usuário de forma que não considera o meio em que ele está inserido, desconhecendo os indicadores epidemiológicos e a realidade da região, ocorre negligências por parte do profissional de saúde ao estabelecer o plano de saúde. Esse tipo de ação é que atrasa o progresso da ESF que traz consigo um programa de ampliação ao atendimento e garantindo aos usuários saúde de forma educativa e preventiva. Contudo, com os profissionais tomando medidas que não

condizem com a política de saúde, se torna inviável a captação da população para o acompanhamento de forma integrativa da sua saúde e a aproximação dos profissionais com a população da região que a unidade aborda, pois essas medidas resultam em atendimentos com modelo centralizado que o usuário tem como figura de atenção primária o médico e que, quando ocorrer uma urgência, comparecerá a consulta de demanda espontânea.

Em busca de compreender essa perspectiva do cirurgião dentista de um modelo mais curativo, não se enquadrando a política de ação dos novos moldes de saúde preventiva e educacional, podemos citar o estudo de BARBOSA *et.al* (2007), em que ela busca a realidade da inserção da ESB nas ESF e quais as melhorias que podem ser consideradas nessa ampliação da ESF. Neste trabalho, podemos observar que os profissionais da ESB são engajados e cientes de todos os conceitos de nova estratégia, porém estão inseridos dentro de uma realidade populacional no qual não tinham a cobertura de atendimento odontológico adequado, resultando, assim, em casos com inúmeras necessidades odontológicas no âmbito de restabelecer saúde. Analisando o número de atendimentos contra o percentual de visitas domiciliares, aplicação de flúor e palestras, o tempo focado para o atendimento em procedimentos dentro das unidades eram significativamente maiores. Logo, em estudos em que não se avaliam a realidade da região, aparentemente pôde concluir que a unidade não está com a metodologia da nova política sendo implantada como deveria. Porém, para que haja mais atividades de educação e prevenção, é necessária uma intervenção para controle da saúde daquela população que antes não tinha amparo. A ESF com a incorporação das Equipes de Saúde Bucal, quando analisados nesse trabalho, nos traz a conclusão de que houve grandes avanços pela aproximação da comunidade ao serviço e pela ampliação do número de atendimentos, mostrando, dessa maneira, que uma unidade com um Plano de Saúde bem construído e executado traz resultados positivos semelhante com que se espera da política.

Entretanto, quando destacamos a questão de desigualdade social dentro das facilidades ou dificuldades de acesso à saúde, observamos a dificuldade para o atendimento. BARROS *et al.* (2002), em seu estudo sobre desigualdades, permitem observar que a população de baixa renda, quando comparada à de alta, possui menos acesso ao dentista, mesmo que seja pelo sistema público. Um dos motivos mais citados entre a população foi que a distribuição de senha não era suficiente para que

abrangesse todos que tinham necessidades. Logo, podemos citar duas possíveis situações que estão ocorrendo para que esse tipo de caso, ou o planejamento de saúde, não está sendo bem sucedido, faltando espaço na agenda para estabelecer saúde, ou a demanda de paciente é subestimada para o número de dentista na unidade.

Entretanto, frente a essa situação, foi observado uma maior facilidade de atendimento não odontológico dessa parte da população, portanto o que os dados possibilitam afirmar que o atendimento médico ainda é a referência em unidades de saúde sendo o mais procurado. O estudo ainda mostra que as crianças, as pessoas de meia idade e os idosos foram os que menos visitaram o serviço odontológico, enquanto a população de 20-49 anos foi que mais frequentou os serviços, e termina buscando o atendimento fora do SUS e, mesmo assim, o percentual de pessoas que buscam atendimento é baixo quando comparado à população rica. Os motivos mais comuns da procura do dentista entre a população pobre foi a necessidade/urgência.

A desigualdade leva a população de mais baixa renda a uma condição de falta de orientação e de percepção de saúde/doença, o que resulta em uma falta de interesse de procura ao dentista por considerar a sua condição bucal como uma falta de estética e não uma falta de saúde/função, pois a maior parte do grupo possui a mesma situação levando a condição de não considerar um problema e não querer desembolsar para melhorar essa situação por não considerar uma prioridade.

A evolução da ESF está em aprimoramento, pois os profissionais de saúde recebem constantemente instruções para uma melhor gestão da saúde. Contudo, podemos observar que o comprometimento das equipes é proporcional à qualidade do sistema, porém variáveis devem ser observadas e consideradas, como o tempo de consolidação da aplicação dessa nova estratégia dentro de unidades que já havia uma estrutura e organização com outro programa.

Auxiliando esse contexto de mudanças da forma como gerir a saúde com o cirurgião dentista nas Estratégias de Saúde da Família ocorreu a parceria do Ministério da Educação com o Ministério da Saúde em 2005 – Pró- Saúde, para que os novos profissionais da área da saúde ao concluírem o curso já obtenham conhecimentos básico do Sistema de Saúde do país com as novas diretrizes curriculares (HADDAD *et al.* 2006). TOASSI *et.al* (2012) comentam sobre essa parceria que traz para a realidade das atenções primárias um número maior de

atendimentos, pois os alunos realizam seus estágios supervisionados por preceptores – profissionais da saúde que já trabalham na UBS – que trocam experiências e mostram o funcionamento da atenção básica na questão de gestão e SUS resolubilidade, daquele nicho da população atendida pela atenção primária. Esse tipo de currículo acadêmico enriquece os futuros profissionais da saúde quanto ao comportamento de atendimento e técnicas integradas, trazendo a eles a realidade das regiões e a necessidade da humanização do atendimento clínico, para que a população tenha uma assistência integrada com profissionais capacitados a tratamentos simples e complexos.

No trabalho de REIS *et.al* (2015), o autor mostra a dificuldade dos cirurgiões dentistas na atenção primária, pelo fato de não ter ocorrido esse primeiro contato com a gestão do Sistema Público anteriormente, o que acaba trazendo dificuldades de conseguirem realizar suas atividades. Nesse trabalho, descrevem também relatos dos profissionais da saúde, mostrando que muitos deles não consideram as palestras e visitas domiciliares como um trabalho resolutivo por perceber essa ação como forma de prevenção à doença, julgando seu trabalho resolutivo apenas quando estão agindo de forma curativa dentro das unidades. Esse tipo de postura é que faz com que o cirurgião dentista se torne um profissional solitário e com o trabalho centrado nele dentro do consultório, resultando em um Programa de Saúde da Família com poucos atendimentos para a população. Isso vai de encontro ao trabalho de PEREIRA *et.al* (2009) citado anteriormente que pode concluir esse resultado frente aos levantamentos de serviços realizados nas UBS que estavam implantando a PSF.

4. Materiais e Métodos:

A metodologia compreende basicamente duas vertentes, sendo a primeira a revisão de literatura pertinentes aos assuntos de Estratégia de Saúde da Família; Políticas de atendimentos odontológicos, Sistema Único de Saúde. A outra vertente é analisar os dados disponibilizados pela Secretária Municipal de Saúde de Canoas, a partir da autorização prévia do Secretário Municipal de Saúde do Município de Canoas. Os dados foram coletados no computador da Secretaria Municipal de Canoas com o setor de Saúde Bucal com o login e senha do funcionário no sistema interno SIGGS. Os dados do perfil de população para análise de renda do município de Canoas foram pesquisados nas plataformas do IBGE e Atlas Brasil, assim como a análise territorial e suas divisões no município.

No Sistema SIGGS foram coletados os números de consultas realizados por cada Unidade Básica de Saúde ou Clínica de Saúde da Família e o número de usuários atendidos; os dados foram coletados nos anos de 2017/2018/2019/2020. A distribuição das UBS pelos bairros foi disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Canoas e os dados foram utilizados para realizar o mapeamento dos atendimentos por UBS/CSF. As Unidades Básicas de Saúde e Clínicas de Saúde da Família não atendem os usuários apenas dos bairros em que estão localizadas, por isso, para termos um mapeamento correto, foi analisado o número das casas atendidas fora do bairro em que cada UBS e CSF está localizada. Os percentuais de bairros diferentes atendidos por cada uma delas foram desconsiderados na pesquisa por serem percentuais insignificantes no valor total de casas atendidas.

Os relatórios dispostos no sistema SIGGS discrimina as consultas como Primeira Consulta Programática (ou seja, o primeiro contato com o cirurgião dentista com agendamento prévio e que poderá ocorrer alguma intervenção e plano de tratamento) e Procedimentos Sintéticos (consultas realizadas aos usuários que possui histórico de atendimentos odontológico na unidade). Para chegar no número geral de procedimentos realizados, foram somados os valores de ambos os relatórios e assim obtive o total de usuários atendidos e o total de procedimentos realizados por cada UBS/CSF por ano.

Para analisar os bairros, utilizamos os dados do Atlas Brasil de vulnerabilidade com a localidade de Região Metropolitana, por camada de UDH e indicadores - % de pessoas em domicílios vulneráveis a pobreza e em que ninguém tem ensino fundamental completo, no ano de 2010. Sendo a vulnerabilidade multidimensional, o indicador foi escolhido com base no nível de escolaridade, pois este último está fortemente ligado a outras dimensões associadas à pobreza, como a baixa renda, o que impacta negativamente na saúde da população a ser atendida na UBS.

5. Resultados

A pesquisa do município de Canoas/RS em plataformas do IBGE e Atlas Brasil traz dados geográficos e de desenvolvimento humano que serão avaliados conjuntamente aos dados fornecidos pela Secretaria da Saúde de Canoas, para traçarmos as áreas com maior necessidade de expansão e melhorias quanto ao volume dos atendimentos odontológicos em Unidades Básicas de Saúde.

O município de Canoas possui uma área territorial de 310.789 km² com divisa entre os municípios de Cachoeirinha, Porto Alegre e Esteio. A cidade de Canoas possui uma população estimada em 346.616 habitantes para o ano de 2019, sendo assim 2,47 hab/km² e com o IDH de 0.75 conforme os dados do IBGE.

O município de Canoas entre seus dados mostra ter uma população com perfil adulto dentre 15 e 64 anos. Quanto, à escolaridade e à economia ativa da população de Canoas, mostra, avanços nos indicadores de escolaridade, apesar de serem índices baixos: como 56,71% de jovens de entre 15 e 17 anos com ensino fundamental completo e 50,26% dos jovens entre 18 e 20 anos com ensino médio completo. (Atlas Brasil, 2020).

Quanto à população de Canoas, está distribuída entre 17 bairros, os quais a rede de saneamento básico, referente à água encanada, está presente em 98,8% das habitações.

A rede pública no município de Canoas está distribuída da seguinte maneira: são 8 farmácias, 3 hospitais, 4 unidades de pronto atendimento à saúde (UPAS), outros 4 centros de atendimentos e 26 unidades básicas de saúde entre as quais estão distribuídas: 4 unidades nos bairros Mathias Velho e Harmonia; 3 unidades nos bairros Niterói, Rio Branco e Mato Grande; 2 unidades nos bairros Guajuviras; 1 unidade nos bairros Estância Velha, Fátima, Igará, São José e São Luís. (Prefeitura de Canoas, 2020).

A distribuição da rede pública de saúde em Canoas demonstra, conforme o quadro 1, que alguns bairros do município não possuem uma unidade básica de saúde em sua região, podendo concluir que os moradores dessa região possuem maiores dificuldades de acesso ao serviço público pelo deslocamento necessário.

Para a análise de vulnerabilidade social da região, devem ser considerados aspectos que modulam a sociedade dessa área definida. A fim de analisar os contextos corretamente, foram realizadas buscas dos dados no Atlas Brasil sobre a vulnerabilidade, consultando o índice - % de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e em que ninguém tem ensino fundamental completo; na localização das regiões metropolitanas por camada de UDH.

O UDH é uma unidade de desenvolvimento utilizada para no IDH que não respeita obrigatoriamente os limites dos bairros, mas a análise de uma homogeneidade socioeconômicas de um setor censitário, que são áreas contínuas que atendem a parâmetros para recolhimento de dados. Logo, o mesmo bairro pode haver uma área nobre e uma de pobreza que não será analisado da mesma maneira pelo IDH. No município de Canoas encontramos os bairros Guajuviras e Harmonia com regiões do bairro com percentual de 20,3 %, sendo os bairros com maiores percentuais de pessoas com domicílios vulneráveis à pobreza e em que ninguém possui ensino fundamental. Na sequência, verifica-se Niterói que possui uma parte do bairro com a população vulnerável com 17,6% e outras regiões do bairro com percentuais de 3,9% e 1,7% mostrando que não há uma homogeneidade no bairro. Assim como o bairro Rio Branco que possui uma parcela de 5,6% sua população vulnerável e outras duas parcelas do bairro com 1,86%, os demais bairros também possuem uma diferença na sua distribuição no território, porém os percentuais variam de 3,8 à 0,9% , merecendo o destaque no bairro e, também, Igara com um baixo percentual de forma homogênea de 0,39% de vulnerabilidade.

Portanto, comparando os dados, concluímos que a cidade de Canoas vem aumentando seus percentuais em aspectos como escolaridade dos jovens e apresenta um declínio nos percentuais que envolvem, mortalidade infantil, crianças em extrema pobreza, o que traz resultados positivos, porém, na maioria dos dados ainda há características que permaneceram quase que inalteráveis ou com um pequeno aumento, conseqüentemente caracterizando uma sociedade vulnerável. Os percentuais de adolescentes grávidas, e de mães que são chefes de família sem o ensino fundamental completo demonstram que a população sofre de uma falta de instrução nessa faixa etária da população - que se considera como adolescente, considerando que com um maior nível de escolaridade e com uma expectativa de educação contínua poderiam não se tornar precocemente mães de famílias.

As percentagens que apresentam pouca evolução estão na questão de jovens maiores de 18 anos sem ensino fundamental completo e ocupação formal, e a taxa de atividade em crianças que estão em idade escolar. Todavia, possuindo esse quadro de vulnerabilidade e de falta acesso as UBS, iremos analisar os dados referentes ao número de moradores dos bairros, suas rendas e a relação de população por unidade básica de saúde.

Quadro 1: Distribuição das UBS no município de Canoas/RS



Fonte: Site da Prefeitura de Canoas

Tabela 1: Distribuição da população de Canoas por bairro

Bairros	Nº de Hab	Renda Domiciliar Mensal 2010	Nº de UBS	Nº Hab/UBS
Brigadeira	579	2.486,46 R\$	0	-
Centro	15.067	4.734,28 R\$	1	15.067
Estância Velha	26.633	2.436,76 R\$	2	13.316
Fátima	12.662	2.582,21 R\$	2	6.331
Guajuviras	39.526	1.552,2 R\$	2	19.763
Harmonia	39.073	1.963,53 R\$	3	13.024
Igara	10.400	3.384,15 R\$	1	10.400
Industrial	97	1.303,5 R\$	0	-
Marechal Rondon	10.002	5.317,01 R\$	0	-
Mathias Velho	48.806	1.649,82 R\$	3	16.268
Mato Grande	11.223	1.885,56 R\$	2	5.611
Niterói	38.478	2.163,39 R\$	2	19.239
N. S. das Graças	16.723	3.570,16 R\$	2	8.361
Olaria	10.885	1.830,23 R\$	2	5.442
Rio Branco	28.384	2.168,91 R\$	3	9.461
São Luís	4.317	2.053,52 R\$	1	4.317
São José	9.972	3.138,41 R\$	1	9.972
Canoas	323.827	-	26	-

FONTE: Dados do IBGE- Censo Demográfico 2010

Na tabela 1, podemos observar os dados demográficos censitários pelo IBGE para o ano de 2010 que serão utilizados como base para a análise de quantidade e distribuição da população nos bairros no município de Canoas. A cidade possui, conforme o último dado recolhido pela Prefeitura de Canoas, um total de 346.616 habitantes em 2019. Realizando uma estatística com base nos dados do IBGE dos últimos oito anos, a população seguindo o mesmo comportamento, teria em torno de 348.616 habitantes em 2020 distribuídos nos bairros da seguinte forma quanto ao volume de população nos bairros: Mathias Velho o mais populoso, seguido dos bairros, Guajuviras, Harmonia, Niterói com média de 38 mil habitantes e Rio Branco e

Estância Velha com uma média de 27 mil habitantes; esses são os bairros que possuem um número mais expressivo de população.

Os bairros Nossa Senhora das Graças e Centro com média de 15,8 mil habitantes por bairro; Fátima, Mato Grande, Marechal Rondon, Olaria, Igara, São José e São Luís com média de 8.2 mil habitantes por bairro, já Brigadeira e Industrial possui uma baixa população, sendo 579 e 97 habitantes em cada bairro respectivamente, conforme o censo de 2010.

Essa concentração de habitantes nas regiões de média de 38.000 habitantes por bairro e o número de UBS localizadas nesses bairros sugere que há uma demanda muito alta para as UBS da região sinalizando uma possível necessidade de implantação da rede de atenção à saúde.

A renda da população está distribuída de forma em que os bairros que são mais populosos possuem a renda mais baixa. Os bairros Industrial, Mathias Velho e Guajuviras possui uma renda familiar média aproximadamente em 1.500 reais por mês e com um percentual significativo de habitantes, ganhando menos que 1 salário mínimo. Os bairros Harmonia, Mato Grande e Olaria também possui uma baixa renda familiar de 1.800 reais por mês, e os bairros Rio Branco, Niterói e São Luís com renda familiar de 2 mil reais. Os bairros Brigadeira, Fátima e Estância Velha possui renda familiar mensal de 500 reais. Os bairros Igara e São José possui uma renda família mensal de 3 mil reais, enquanto as famílias com maiores rendas mensais se encontram nos bairros Centro e Marechal Rondon que ganham em torno de 4 mil reais a 5 mil. Os bairros Brigadeira e Industrial, assim como o bairro Marechal Rondon, também não possuem UBS próxima para dar assistência aos habitantes desses bairros, sendo estes habitantes possivelmente tratados em bairros próximos.

Com esses dados, traçando uma média de número de habitantes por UBS disponível na região conforme o poder aquisitivo da população dessa área, podemos observar que um dos bairros que possui menor renda familiar por mês possui também o maior número de habitantes para ser atendidos por Unidade Básica de Saúde. O bairro Guajuviras conta com 2 UBS possuindo uma população de cerca de 39.526 mil habitantes, sendo assim, cada UBS teria que ofertar atendimentos para 19.700 habitantes da região. Por outro lado, conforme portaria 2.488, deve-se no máximo cada UBS ser responsável por 18 mil habitantes em grandes centros urbanos (Portaria 2.488). O número de habitantes a serem atendidos por UBS tem um decréscimo de

quase a metade para os demais bairros incluindo o bairro Mathias Velho que possui a menor renda do município, porém com 3 UBS a disposição para atender a região. O bairro Marechal Rondon concentra a população com maior poder aquisitivo entre os bairros, possui uma média em torno de 10 mil habitantes e não há nenhuma UBS no bairro. O bairro Centro com as mesmas características financeiras do bairro Marechal Rondon também possui uma média de 15.067 mil habitantes e não possui uma UBS própria do bairro para distribuição dos usuários, sendo esses tratados nas UBS localizadas em outros bairros nas aproximações, assim como os bairros Industrial e Brigadeira.

As tabelas a seguir mostram a distribuição das unidades básicas de saúde e os bairros onde elas concentram seu maior número de atendimentos, sendo composto na tabela o percentual de atendimentos que são do bairro em que elas estão instaladas. Observamos que algumas atendem mais de um bairro visto que seu percentual não é 100% do bairro de instalação. (TAB2)

TABELA 2: Localização das UBS no município de Canoas

UBS/CSF	Bairros atendidos por UBS/CSF	Número de casas atendidas	% de atendimento da UBS no bairro
UBS Cerne	Harmonia	1579	100
UBS Harmonia	Harmonia	2654	97
UBS São José Verissimo	Harmonia	1475	98
UBS Mathias Velho	Mathias Velho	1883	100
UBS Natal	Harmonia	2954	86
UBS Praça América	Mathias Velho	2605	100
UBS São Luís	São Luís	1178	100
UBS Santo Operário	Harmonia	1304	97
UBS União	Mathias Velho	4925	100
CSF Estância Velha	Estância Velha	367	100
UBS CAIC	Guajuviras	-	-
UBS Estância Velha	Estância Velha	1907	99
UBS Guajuviras	Guajuviras	482	100
UBS Igara	Igara	128	97.6
UBS Olaria	Olaria	2268	99.7
UBS São José	São José	1456	99.8
UBS São Vicente	Olaria	778	96.4
UBS Boa Saude	Rio Branco	1593	100
UBS Central Park	Mato Grande	1537	100
UBS Fátima	Fatima	1958	99.5
UBS Prata	Fatima	1235	100
UBS Mato Grande	Mato Grande	1960	100
UBS Pedro Luiz da Silveira Canoas	Rio Branco	1602	100
UBS Rio Branco	Rio Branco	3785	100
Clínica de Saúde Niterói	Niterói	42	100

FONTE: Secretaria Municipal de Saúde- Canoas/2020

As tabelas (3,4,5,6) a seguir demonstram em cada ano desde 2017 até 2020 o número de usuários atendidos e o número de procedimentos realizados, sendo esses um número maior por não serem realizados apenas um único procedimento por usuários dependendo de sua necessidade. As tabelas terão como referência as unidades básicas de saúde que em 2019 estavam com seus dados cadastrados no sistema da secretária de saúde de Canoas - SIGSS para análise do processo de

atendimento à saúde bucal dessas unidades disponíveis no período da coleta dos dados.

TABELA 3: Dados de atendimentos por UBS no ano de 2017

UBS/CSF	Nº de usuários atendidos	Nº Procedimentos
UBS Cerne	1387	5374
UBS Harmonia	1307	4580
UBS Mathias Velho	1389	6784
UBS Natal	940	3555
UBS Praça América	1839	10253
UBS São Luís	1940	9532
UBS Santo Operário	1012	4725
UBS União	1510	8192
CSF Estância Velha	1674	6543
UBS CAIC	2047	9277
UBS Guajuviras	1051	3662
UBS Igara	3010	8751
UBS Olaria	1316	4167
UBS São José	1320	5686
UBS São Vicente	1158	8125
UBS Boa Saude	-	-
UBS Central Park	1280	5913
UBS Fátima	101	491
UBS Prata	1342	7006
UBS Mato Grande	1520	6249
UBS Pedro Luiz da Silveira Canoas	921	3962
UBS Rio Branco	-	-
Clínica de Saúde Niterói	1265	7677
UBS Concoban	2033	9466
UBS Fernando	1691	6436
UBS Nova Niterói	1114	6505

FONTE: Secretaria Municipal de Saúde- Canoas/2020

TABELA 4: Dados de atendimentos por UBS no ano de 2018

UBS/CSF	Nº de usuários atendidos	Nº Procedimentos
UBS Cerne	590	618
UBS Harmonia	2417	14684
UBS Mathias Velho	1706	8809
UBS Natal	749	598
UBS Praça América	2486	13360
UBS São Luís	1046	4513
UBS Santo Operário	1505	7699
UBS União	4561	21321
CSF Estância Velha	2032	8314
UBS CAIC	3623	16250
UBS Guajuviras	3494	12686
UBS Igara	1368	4988
UBS Olaria	1442	7828
UBS São José	1816	6982
UBS São Vicente	1200	6668
UBS Boa Saude	1165	6165
UBS Central Park	1221	5227
UBS Fátima	1398	7662
UBS Prata	1291	6125
UBS Mato Grande	1533	6612
UBS Pedro Luiz da Silveira Canoas	1325	4808
UBS Rio Branco	986	5132
Clínica de Saúde Niterói	1689	10638
UBS Concoban	2085	8695
UBS Fernando	1765	6675
UBS Nova Niterói	1490	7439

FONTE: Secretaria Municipal de Saúde- Canoas/2020

TABELA 5: Dados de atendimentos por UBS no ano de 2019

UBS/CSF	Nº de usuários atendidos	Nº Procedimentos
UBS Cerne	1425	6097
UBS Harmonia	2243	13828
UBS São José	2086	7151
UBS Mathias Velho	1859	7439
UBS Natal	1818	6342
UBS Praça América	2314	12611
UBS São Luís	1150	5349
UBS Santo Operário	1390	7264
UBS União	3917	17383
CSF Estância Velha	2620	11755
UBS CAIC	2807	12452
UBS Guajuviras	3392	13107
UBS Igara	1407	5709
UBS Olaria	1577	7990
UBS São Vicente	1842	6861
UBS Boa Saude	1385	7142
UBS Central Park	1494	7621
UBS Fátima	1261	4664
UBS Prata	1526	7755
UBS Mato Grande	1387	6298
UBS Pedro Luiz da Silveira Canoas	1573	6672
UBS Rio Branco	1295	4623
Clínica de Saúde Niterói	1580	8650
UBS Concoban	1755	10906
UBS Fernando	1846	8097
UBS Nova Niterói	983	3930

FONTE: Secretaria Municipal de Saúde- Canoas/2020

TABELA 6: Dados de atendimentos por UBS no ano de 2020

UBS/CSF	Nº de usuários atendidos	Nº Procedimentos
UBS Cerne	480	1448
UBS Harmonia	1018	3772
UBS São José	804	2129
UBS Mathias Velho	1068	2624
UBS Natal	1176	3807
UBS Praça América	1947	6614
UBS São Luís	248	2672
UBS Santo Operário	793	3515
UBS União	3756	13015
CSF Estância Velha	2262	10578
UBS CAIC	1208	4857
UBS Guajuviras	2490	7743
UBS Igara	793	2384
UBS Olaria	649	2467
UBS São Vicente	1508	6373
UBS Boa Saude	943	3320
UBS Central Park	761	3023
UBS Fátima	1258	4826
UBS Prata	109	334
UBS Mato Grande	919	3537
UBS Pedro Luiz da Silveira Canoas	588	1757
UBS Rio Branco	1000	4309
Clínica de Saúde Niterói	-	-
UBS Concoban	817	3636
UBS Fernando	865	2626
UBS Nova Niterói	388	1053

FONTE: Secretaria Municipal de Saúde- Canoas/2020

Descrevendo as tabelas das UBS/CSF nos últimos 4 anos, considerando o ano de 2020 atípico pela pandemia COVID-19 em que os atendimentos foram alterados por alguns procedimentos terem sido suspensos por medidas de proteção, podemos avaliar os números de atendimentos e de usuários atendidos por bairro. Os bairros Guajuviras, Mathias Velho, Rio Branco e Fátima mostram um aumento nos números de atendimento, os bairros Harmonia, Niterói, Estância Velha, Nossa Senhora das Graças, Mato Grande, Olaria, São José e São Luís, mantiveram uma constância no número de atendimentos no decorrer do período dos dados da pesquisa.

Analisando os dados descritos pelo número de habitantes no bairro e o número total de usuários atendidos pode-se concluir que as unidades básicas nesses bairros, apesar de possuírem aumento no número de usuários atendidos e considerando a ideologia da Política de Atenção Básica de cobertura total ao cidadão, não apresentam resultados satisfatórios, pois ainda não atingiram um percentual que possamos considerar desejável para a população - uma vez que a maioria dos bairros possuem UBS que não atendem nem 20% do número total dos moradores.

Contudo, essa descrição permite concluir que há a necessidade de ampliar a estratégia de atendimento ou a construção de novas redes de saúde pública para que possa ser ampliada a ação de saúde bucal para a população e ter acesso aos procedimentos odontológicos. A análise dos dados descritos não nos permite concluir os motivos os quais não foram atendidas a maior parte dos usuários.

6. Discussão

Entre as alterações nas políticas nacionais relacionadas à reforma sanitária, podemos citar a implementação da saúde pública para a população, sendo essa garantida pelo Estado como consta no art. 196 da Constituição Federal de 1988. Tal marco na Constituição Federal garantiu para a população acesso a saúde independente do seu vínculo trabalhista.

As políticas de saúde tiveram diversos programas que ampliaram o acesso a saúde para todos, dentro das áreas da saúde. Este trabalho foca na odontologia, a qual foi incluída na política da saúde de maneira ampla e multiprofissional, com a política de ESF e com o Programa Brasil Sorridente no governo de 2000. (SOUZA *et. al* 2001; SOUZA 2013).

A análise das condições socioeconômicas do município de Canoas situado no estado do Rio Grande do Sul, considerado região metropolitana do estado, demonstrou ter uma população com bairros bem definidos quanto ao seu perfil de vulnerabilidade e ao percentual de domicílios que não possui uma pessoa com o ensino fundamental completo como por exemplo o bairro Guajuviras e o Harmonia os quais possui uma porcentagem de 20,3% dos habitantes do bairro sem o ensino fundamental completo.

Os atendimentos odontológicos atuais no município de Canoas no período dos anos 2017, 2018, 2019 e 2020, demonstram os avanços de forma lenta dos atendimentos nos últimos anos em determinados bairros, o que demonstra a evolução do município na questão de saúde bucal.

Neste trabalho, não discutimos os motivos pelos quais o número de atendimento nas unidades básicas da saúde fica em percentuais inferiores, uma vez que o ideal para a população seria uma cobertura de atendimento odontológico integral. No entanto, no próprio Plano Municipal de Saúde de Canoas no período 2018-2021, podemos notar que as necessidades da população são maiores do que a oferta de serviços, e os números mostram as cargas horárias para atender uma maior parcela da população, seriam cargas horárias superiores as quais são praticadas pelos dentistas, o que o documento chama de “carga horária ideal”, contudo neste trabalho, foram avaliados apenas dados por se tratar de um trabalho quantitativo.

Analisando os bairros, observamos que há a maior concentração da população do município de Canoas em bairro com renda domiciliar inferior a 2 mil reais, o que mostra outro aspecto do quadro de vulnerabilidade. Traçando com o número de unidades de atendimento de atenção primária e os números de usuários tratados por todas as unidades de cada bairro observamos que a parcela da população que buscam e recebem atendimento atingem um quinto do total de habitantes de cada bairro, sendo os bairros Guajuviras e Harmonia com o maior percentual de vulnerabilidade conforme os dados obtidos na plataforma Atlas Brasil considerando o nível de escolaridade, e os bairros Guajuviras e Mathias Velho com as menores rendas e os bairros Guajuviras e Niterói com números de usuários por UBS que superam o valor instituído pela Portaria 2488 . Seguindo a análise para os bairros com renda maior que 2 mil reais domiciliar até 5 mil reais o número total de habitantes atendidos também não atinge uma parcela significativa.

Contudo, podemos chegar ao resultado que a população de Canoas não recebe ampla cobertura de acesso sendo que alguns bairros não possuem unidades básicas em seu território, necessitando que os usuários tenham que se deslocar para as unidades nos bairros próximos.

7. Conclusão

A saúde bucal é essencial na atenção primária pois múltiplos fatores atingem a vida social do indivíduo tratado na UBS, uma vez que a falta de saúde bucal é um fator de constrangimento que pode resultar na inibição social e na impossibilidade de oportunidades. (NARVAI, 2006). O incentivo federal foi de extrema importância para a ampliação das Equipes de Saúde Bucal que consta no trabalho de CERICATO *et al.* (2006).

Os indivíduos de baixa renda possuem as maiores dificuldades de acesso ao cirurgião dentista o que os leva a tratamentos curativos quando conseguem acesso em vez de preventivos, como observado no trabalho de BARROS *et al.* (2002). O que leva a realidade de um país em que a população de baixa renda ainda é alvo do edentulismo.

No trabalho de TOASSE *et al.* (2002) e REIS *et al.* (2015) outro assunto pertinente da literatura que afeta os atendimentos da atenção básica é a qualificação dos profissionais que estão na rede de saúde pública, no novo currículo acadêmico durante a graduação os profissionais da saúde já possuem o contato com a rede pública para a maior compreensão da logística e acolhimento da rede com seus usuários, aumentando a captação dos usuários para o tratamento preventivo.

O município de Canoas possui bairros com uma vulnerabilidade social e com necessidade de ampliação na atenção à saúde. Os bairros que concentram a maior parte da população de Canoas, apesar dos seus índices de desenvolvimento estarem melhorando, ainda necessitam de políticas para o desenvolvimento. As unidades básicas de saúde de Canoas atendem apenas um quinto do total da população do bairro em que estão localizadas. Não foi avaliado neste trabalho os motivos pelos quais o restante da população não foi atendido, uma vez que, ao considerá-lo entraria em outro campo metodológico. O enfoque deste trabalho foi a partir de uma abordagem quantitativa a qual analisou dados levantados no decorrer da pesquisa.

Avaliando os dados cedidos pela Secretaria Municipal de Canoas, observou-se que o número de atendimentos dos anos de 2017 até 2019 cresceu significativamente em grande parcela dos bairros superando com números de atendimentos em 100%. No ano de 2020, os números obtiveram uma queda nos atendimentos levando em consideração a pandemia do Covid-19 que suspendeu os atendimentos. Entretanto, apesar desses números de avanço, o atendimento não alcança de forma abrangente

toda a população que poderia ser assistida nos atendimentos odontológicos. Isso deixa evidente a necessidade de investimento nessa área para melhorar o alcance da população à saúde bucal, pois sabe-se que os procedimentos odontológicos ainda possuem custos elevados e que uma população com vulnerabilidade social necessita de assistência à saúde de forma gratuita.

8. Referências:

1. ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; NARVAI, Paulo Capel. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 360-365, Abril de 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 de janeiro de 2021.
2. BARBOSA, Aldenísia Alves Albuquerque; BRITO, Ewerton William Gomes; COSTA, Iris do Céu Clara. Saúde Bucal no PSF, da inclusão ao momento atual: percepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. **Ciência. Odontologia Brasileira**, vol. 10 n.3, p.53-60, julho/setembro 2007. Disponível em: <https://bds.ict.unesp.br/index.php/cob/article/view/286> Acesso em 19 de janeiro de 2021
3. BARROS, Aluísio J. D.; BERTOLDI, Andréa D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 709-717, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400008&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 04 de novembro de 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400008>
4. BODSTEIN, Regina et al. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 725-731, setembro de 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 novembro de 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300019>.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Consolidado de equipes de saúde bucal e equipes de saúde da família – janeiro/2008**. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/bucal>> acesso em 20 de Fevereiro de 2021.
6. BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Pró-Saúde: Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0323_M.pdf Acesso em 20 de Setembro de 2020
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011_comp.html> acesso em 10 de dezembro de 2020.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das Equipes de Saúde da Família: 2001/2002**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>>. Acessado em 04 de abril de 2020

9. CARVALHO, Danusa Queiroz; ELY, Helenita Corrêa; PAVIANI, Leonardo Soldatelli; CORREA, Paulo Eduardo Bettega. A Dinâmica Da Equipe De Saúde Bucal no Programa Saúde da Família. **Boletim da Saúde**, v. 18, n. 1, p. 175-184, janeiro/junho 2004. Disponível em <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_saude_v18n1.pdf#page=172>. Acesso em 20 de novembro de 2020.
10. CERICATO, Graziela Oro; GARDIN, Daniela; FERNANDES, Ana Paula Soares. A inserção do Cirurgião dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. **RFO**, v. 12, n. 3, p. 18-23, setembro/dezembro 2007. Disponível em <
<http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/1065>>. Acesso em 15 de agosto de 2020
11. FRAZÃO, Paulo; NAIVAI, Paulo Capel. - Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. **Saúde em Debate** 2009; vol. 33 nº81, pag 64-71. Disponível em <
<https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341772008.pdf>>. Acesso em 20 de setembro de 2020.
12. HADDAD, Ana Estela. Et al. (Orgs.). A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. Disponível em <
<https://www.scielo.org/article/rsp/2010.v44n3/383-393/>>. Acesso em 17 de outubro de 2020.
13. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados**: Canoas (RS). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/canoas.html> Acesso em 20 de setembro de 2019.
14. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios PNAD Vol. 20 - 1998**. Rio de Janeiro, 1999. Disponível em
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/59/pnad_1998_v20_br.pdf>
Acesso em 19 de janeiro de 2020
15. LOURENÇO, Aloisio do Carmo; SILVA, Ana Cláudia Baladelli; Et al . A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciência e saúde coletiva** vol. 14(Supl. 1) pág. 1367-1377, 2009. Disponível <
https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v14s1/a09v14s1.pdf>. Acesso em 16 de outubro de 2020
16. MOREIRA, Rafael da Silveira Moreira; NICO, Lucélia Nico; et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Caderno Saúde Pública** vol 21, pag.1665-1675, RJ Novembro/Dezembro 2005. Disponível em <
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000600013&script=sci_arttext> Acesso em 13 de novembro de 2020
17. NARVAI, Paulo Capel. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária a bucalidade. **Rev. Saúde Pública** 2006;40(N Esp):141-7. Disponível em <
https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v40nspe/30633.pdf>. Acesso em 14 de dezembro de 2020
18. PEREIRA, Carmem Regina dos Santos; et al. Impacto da Estratégia Saúde da família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.5, p.1-12, maio 2009. Disponível em
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000500005&script=sci_arttext
Acesso em 14 de junho de 2020

19. PNUD, IPEA e FJP. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Perfil: Canoas RS. Disponível em < <http://www.atlasbrasil.org.br/perfil/municipio/430460>> Acesso em 16 de abril de 2020.
20. REIS, Wagner Gomes; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; CARCERERI, Daniela Lemos -O trabalho do cirurgião dentista na Atenção Primária á saúde: entre o prescrito e o real. **SAÚDE DEBATE**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 56-64, JAN-MAR 2015. Disponível em < <https://www.scielo.org/article/sdeb/2015.v39n104/56-64/>> Acesso em 28 de novembro de 2020
21. SOUZA D. J. et al. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva 2001**; 2:7-28.
22. SOUZA, Daniel Boarini. A inserção da saúde bucal na estratégia saúde da família/ESF. **Revista UNINGÁ Review** - Vol.15, n.1, pp.23-28 (Jul - Set 2013). Disponível em < <http://34.233.57.254/index.php/uningareviews/article/view/734>> .Acesso em 14 de novembro de 2020
23. TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti et al. Currículo integrado no ensino de Odontologia: novos sentidos para a formação na área da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 41, p. 529-544, jun. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000200018&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 20 de novembro de 2020. Epub 19-Abr-2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000015>.
24. TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti et al. Integração ensino-serviço-comunidade: o estágio na atenção básica da graduação em Odontologia – **Educ. Ver.** N°4. Belo Horizonte Dezembro.2012. Disponível em < https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-46982012000400009&script=sci_arttext> .Acesso em 25 de agosto de 2020