



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

SILVANA BLANCO POSE

**ABANDONO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NOS INDIVÍDUOS QUE  
PARTICIPAM DO *PROGRAMA 'URUGUAY TRABAJA'* – MONTEVIDÉU.**

Porto Alegre

2016

SILVANA BLANCO POSE

**ABANDONO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NOS INDIVÍDUOS QUE  
PARTICIPAM DO PROGRAMA *URUGUAY TRABAJA* – MONTEVIDÉU**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Odontologia da Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul como requisito parcial para  
obtenção do título de Doutor.

Orientadora: Profa. Dra. Claides Abegg

Co-orientadoras: Profa. Dra. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Dra. Carolina Gonzalez Laurino

Porto Alegre

2016

### CIP - Catalogação na Publicação

Blanco Pose, Silvana

Abandono ao tratamento odontológico nos indivíduos que participam do Programa Uruguay Trabaja - Montevideu. / Silvana Blanco Pose. -- 2016. 114 f.

Orientadora: Claides Abegg.

Coorientadoras: Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, Carolina Gonzalez Laurino.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2016.

1. Assistência odontológica. 2. Política social. 3. Populações vulneráveis. 4. Pacientes desistentes do tratamento.. I. Abegg, Claides, orient. II. Toassi, Ramona Fernanda Ceriotti, coorient. III. Gonzalez Laurino, Carolina, coorient. IV. Título.

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

Dedicada a Eduardo e Nara

## AGRADECIMENTOS

Aos participantes e referentes das OSC, que aceitaram colaborar generosamente com meu trabalho, abrindo inclusive as portas de suas casas, e permitiram que este estudo fosse possível.

Às minhas orientadoras, professoras Claídes, Ramona e Carolina, porque cada uma com seu estilo pessoal me orientou e apoiou acadêmica e afetivamente no processo de doutoramento, com generosidade, inteligência, rigorosidade científica e paciência acompanhando este momento de aprendizado muito significativo para mim.

Aos meus companheiros da Cátedra de Odontologia Social: Susana, Jorge, Dante, Gabriel, Mariana, Marianela, Monica, Patrícia, Victoria, Ramon, Fernando, Irene, Mariana e Renzo, que permitiram e acompanharam o logro desta tese.

Aos colegas da Intendência de Montevideú, em especial Rodolfo e Pablo, com quem compartilhei as atividades com Uruguay Trabaja desde 2005.

Ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que através da parceria no convênio com a Faculdade de Odontologia da Universidade da Republica de Uruguay tem contribuído com a formação acadêmica de pós-graduação dos docentes, entre as quais tenho a honra de pertencer.

À Faculdade de Odontologia, em especial à Escola de Graduados, por apoiar e facilitar o meu processo de formação acadêmica.

Ao meu irmão Ricardo pelo carinho e apoio neste processo.

Aos meus colegas do Programa Docência Serviço e do Plan Juntos pelos aprendizados compartilhados.

Aos meus colegas da primeira turma de mestrado com quem compartilhei aulas, discussões e reuniões, em especial Annunziata, Licet e Ernesto.

Muito obrigada!

## RESUMO

BLANCO POSE, S. **Abandono ao tratamento odontológico nos indivíduos que participam do Programa Uruguay Trabaja – Montevideú.** 2016. 115 f. Tese de Doutorado – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

*Uruguay Trabaja* é um programa social nacional que tem como objetivo geral contribuir para o desenvolvimento de processos de integração social, através de estratégias sócio-educativas e de melhoria do nível de empregabilidade de indivíduos em condição de vulnerabilidade social. O programa consiste na montagem de um regime de acompanhamento social através de Organizações da Sociedade Civil, destinado a sujeitos de 18 a 65 anos, economicamente ativos, que sejam desempregados por um período não inferior a dois anos, com nível máximo de escolaridade não superior ao terceiro ano do ensino fundamental e que integram domicílios em situação de carências críticas. Como parte das ações do programa, criou-se a oportunidade de que os favorecidos recebessem atenção a sua saúde bucal. Deste modo, os participantes recebem atenção odontológica integral gratuita não disponível para a população em geral. Mesmo assim, uma percentagem dos sujeitos abandona o tratamento. A tese teve como objetivos: descrever e discutir as características do subprograma da saúde bucal em Montevideú e identificar os tratamentos odontológicos iniciados e completados ou não, no período de 2008 a 2015, e analisar o abandono do tratamento odontológico dos indivíduos que participaram no período 2010-2012, de acordo com a percepção dos sujeitos e dos profissionais das organizações sociais envolvidas. A metodologia de investigação foi predominantemente qualitativa inserida na modalidade de estudo de caso. Os dados e sua discussão serão apresentados em dois manuscritos. O manuscrito um refere os dados quantitativos que foram discutidos conceitualmente a partir de dois níveis categóricos: o primeiro refere-se ao contexto macrossocial, relacionando-se à expansão da cobertura da assistência odontológica integrada nos sistemas de proteção social, ao passo que o segundo originou-se da observação da assistência odontológica inserida em programas com acompanhamento social. Para o manuscrito dois, se identificaram as pessoas que abandonaram o tratamento odontológico no período 2010-2012 e se realizaram 27 entrevistas semiestruturadas a participantes e profissionais das organizações sociais. Como resultados durante o período 2008-2015, foram iniciados 2.592 tratamentos, dos quais 1.651 foram concluídos. Dos 941 participantes (36,31%) que abandonaram o tratamento, 62% são mulheres e 67,73%, menores de 35 anos. A média do CPOD dos homens foi de 15,48 e das mulheres, 16,02. A partir da análise de conteúdo de Bardin, das entrevistas realizadas se definiram-se três categorias de abandono relacionadas: à organização do Programa *Uruguay Trabaja*, aos serviços e odontólogos responsáveis da assistência e às características do processo de socialização dos participantes. À luz dos conceitos de *habitus* de Bourdieu e de individualização das proteções de Castel, avaliou-se que: a complexidade da vida cotidiana das pessoas que vivem com meras estratégias de sobrevivência; odontólogos que não geram vínculos que sustentem processos assistenciais programados de longa duração e o curto período de tempo do programa *Uruguay Trabaja* para transformar práticas sociais de saúde, são aspectos a considerar para compreender o fenômeno do abandono em situações como as do o UT. .

**Palavras chave:** Assistência odontológica, Política social, Populações vulneráveis, Pacientes desistentes do tratamento.

## ABSTRACT

BLANCO POSE, S. **Dental treatment dropout in *Uruguay Trabaja* Social Program-Montevideo.** 2016. 115 p. Doctorate Thesys – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Uruguay Trabaja is a national social government program, having the goal of contributing to the development of social integration processes through socioeducative strategies and the improvement of employment chances for individuals facing the condition of social vulnerability. The program consists of the creation of a system of social attendance, in cooperation with civil society organizations (CSO). Its aim is to support people between 18 and 65 years old, economically active, unemployed for at least two years, with incomplete secondary school and living in homes with unsatisfied critical needs. Among the actions intended with the program, its recipients had the opportunity of receiving free comprehensive dental care not available to the population as a whole. Nevertheless a significant share of members dropped out the treatment. The objectives of the study were: on the one hand, to describe and discuss the characteristics of the Montevideo oral health subprogram and identify the dental plan treatments started and finished, and those uncompleted, during the 2008-2015 period, and, on the other hand, to analyze the dental treatment dropouts during the 2010-2012 period, according to the perception of both members and experts of the civil society organizations concerned. The research was mainly qualitative described as a case study method. The information and the discussion of the present research will appear in two papers. The first paper refers to quantitative data which were conceptually discussed in two categorical levels: the first refers to macrosocial context, related to dental care coverage integrated into the social protection systems, while the second originated from the systematic observation of dental care inserted in social programs. In the second paper, having identified the individuals who dropped out the dental care in the 2010-2012 period, 27 semi-structured interviews were carried out among members of the program and experts of the concerned CSO. As results, in the 2008-2015 period, it was found that 2.592 treatments were started, and 1.651 were completed. From the remaining 941 (36,31%) participants who dropped out the assistance, 62% were women and 67,73% were younger than 35 years old. The average of the DMFT index was 15,48 for men and 16,02 for women. Based on Bardin's contents analysis of the interviews, three categories of drop outs emerged: related to the *Uruguay Trabaja Program*, to the dental services, to the dentists responsible for dental assistance and to the participants socialization process characteristics. In the light of Bourdieu's *habitus* and Castel's individualized protection concepts, a number of aspects that should be considered to understand the drop out of in cases as the UT programme were identified: a) the complexity of everyday's life of people who live on survival strategies; b) the fact that some dentists were unable to create bonds to hold long term programmed dental treatments; and c) the short duration of *Uruguay Trabaja Program* to change health social behaviours.

**Key words:** Dental care, Public policy, Vulnerable populations, Patient dropout

## **APRESENTAÇÃO**

Este estudo busca colaborar com as atividades desenvolvidas para a assistência odontológica do Programa Uruguay Trabaja desenvolvido nas policlínicas da Intendencia de Montevideo.

A tese está composta por três partes principais:

1ª parte: faz uma breve introdução sobre o tema, apresenta revisão de literatura, objetivos e hipóteses a serem testadas, além da descrição de métodos empregados correspondendo ao Projeto de Pesquisa atualizado.

2ª parte: composta por dois manuscritos. Os manuscritos estão normatizados para serem submetidos, respectivamente, aos periódicos “Ciencia & Saúde Coletiva” e “Cadernos de Saúde Pública”.

3ª parte: apresenta as considerações finais da tese, bem como, referências, apêndices e anexos.



## **LISTA DE SIGLAS**

ASB – Programa de Atención a la Salud Bucal

ASSE – Administración de Servicios de Salud del Estado

FONASA – Fondo Nacional de Salud

IM – Intendencia de Montevideo

PNE – Instituto Nacional de Estadística

JUNASA – Junta Nacional de Salud

MIDES – Ministerio de Desarrollo Social

MSP – Ministerio de Salud Pública

OSC – Organización de la Sociedad Civil

PANES – Plan Nacional de Atención a la Emergencia Social

PIAS – Programa Integral de Prestaciones

PNSB – Programa Nacional de Salud Bucal

SNIS – Sistema Nacional Integrado de Salud

TCLE – Termo de Consentimiento Livre e Esclarecido

TPU – Programa Trabajo por Uruguay

UDELAR – Universidad de la Republica

UT – Programa Uruguay Trabaja

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	11
2.1 OBJETIVO GERAL .....	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	12
3.1 SISTEMA DE SAÚDE NO URUGUAI.....	12
3.2 POLÍTICA E PROGRAMAS SOCIAIS NO URUGUAI E A SAÚDE BUCAL .....	14
3.3 O ABANDONO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO .....	21
3.4 COMPREENSÃO SOCIAL DAS PRÁTICAS DOS PROTAGONISTAS EM SAÚDE BUCAL.....	28
<b>4 METODO</b> .....	32
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA .....	32
4.2 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO .....	33
4.3 COLETA E ANÁLISE DE DADOS .....	33
4.4 ESTUDO PILOTO.....	37
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	37
<b>MANUSCRITO I</b> – ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA EM PROGRAMAS SOCIAIS PARA POPULAÇÕES SOCIALMENTE VULNERÁVEIS: O PROGRAMA URUGUAY TRABAJA.....	38
<b>MANUSCRITO II</b> – ABANDONO DE LA ASISTENCIA ODONTOLÓGICA EN PROGRAMAS SOCIALES DESDE LA PERSPECTIVA DE PARTICIPANTES Y OPERADORES SOCIALES: EL CASO URUGUAY TRABAJA.....	66
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	98
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	101
<b>APÊNDICE A</b> –ROTEIRO DAS ENTREVISTAS - PARTICIPANTES.....	112
<b>APÊNDICE B</b> – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS – REFERENTES.....	114

## 1 INTRODUÇÃO

A mudança na orientação política ocorrida no ano de 2005 no Uruguai como consequência da chegada de um governo de esquerda pela primeira vez no país introduziu um novo formato no que se refere ao desenho e implementação de políticas e programas sociais, procurando uma ruptura com as políticas tradicionais. Uma dessas mudanças institucionais de suma importância foi a criação do Ministério de Desenvolvimento Social (MIDES), destinado a melhorar as ações estatais no plano social.

Este ministério promoveu entre os anos 2005 a 2007 o “Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (PANES)” e, a partir de 2008, o “Plan de Equidad”, tendo como objetivo assegurar o pleno exercício dos direitos de cidadania a todos os habitantes do território nacional, direcionando-se, de modo especial, àqueles que se encontram numa situação de vulnerabilidade social.

Como parte desse processo se constituíram os programas “Trabajo por Uruguay (TPU) no PANES” no período 2005-2007 e o “Programa Uruguay Trabaja (UT)” a partir do ano 2008 (Lei N° 18.240, de 27 de dezembro 2007), integrando o componente “Trabajo Protegido” do “Plan de Equidad”.

Os objetivos do UT são contribuir para o desenvolvimento de processos de integração social por intermédio de estratégias socioeducativas e de melhoria do nível de empregabilidade de indivíduos em condição de vulnerabilidade social e desocupação de longa data. Sua premissa central é o reconhecimento do trabalho como atividade humana central que produz efeitos sinérgicos nas órbitas pessoal, familiar e social (MIDES, 2009).

Um dos objetivos específicos do programa é facilitar o acesso a serviços públicos e comunitários de atenção integral nas áreas de saúde. Assim se constituiu o “Sub-Programa de Atención a la Salud Bucal” (ASB) para oferecer atenção integral à saúde bucal dos participantes do UT. Leva-se em consideração o impacto que a saúde bucal exerce enquanto parte integral da saúde física, social e psicológica no que diz respeito à superação de barreiras para a inclusão no mercado de trabalho. (BLANCO, 2009; MIDES, 2009).

Dados de acompanhamento sobre o tratamento odontológico no “Programa Uruguay Trabaja” têm identificado um percentual maior do que 20% de participantes que não aderem, ou que abandonam o tratamento odontológico antes de sua conclusão (IM 2009, 2010, 2011). Ainda assim, não são muitos os estudos que se direcionam ao abandono dos tratamentos

odontológicos entre jovens e adultos nem as suas causas. Entre os motivos referidos nesses estudos podem ser citados o tempo de duração do tratamento, o impacto negativo na vida familiar pelo tempo destinado à assistência, a impossibilidade de faltar ao trabalho para ir ao dentista; causas externas ao serviço como doenças, gravidez e mudança de domicílio; a manutenção dos custos relacionados com o traslado até os serviços; sentimentos de medo ao atendimento, experiências frustrantes e descrédito na assistência odontológica; a lógica de estruturação dos serviços e inexistência de participação e a exclusão social. Também têm sido relatados fatores como o esquecimento das datas marcadas, ansiedade, experiência elevada de cárie e mau relacionamento com os dentistas (DALY *et al.*, 2009; ALMEIDA *et al.*, 2009; CURTIS *et al.*, 2007, NGUYEN *et al.*, 2005; SKARET *et al.*, 2000; ROCHA; BERCHT, 2000; LATHI *et al.*, 1999; JANDREY; DREHMER, 1999).

A relevância do problema tem sido identificada pela equipe do “Sub-Programa de Atención a la Salud Bucal (ASB)”, mantido pelo MIDES, por ser ele a instituição que implementa a política e pelos acompanhantes das Organizações da Sociedade Civil (OSC). Entende-se por referentes os agentes, técnicos, pertencentes às OSC e trabalham no nível operacional, fazendo o acompanhamento socioeducativo e servindo de elo entre os protagonistas do UT e os cirurgiões-dentistas dos serviços onde o programa se implementa.

Diante desse contexto, a tese propõe-se a compreender e analisar o abandono ao tratamento odontológico no UT para que, a partir desse conhecimento, se possa melhorar o modelo assistencial vigente.

Como hipótese de trabalho frente ao problema, considerou-se que o comportamento diferenciado dos protagonistas – grupos dos que abandonaram o tratamento odontológico – possa ser expressão de práticas sociais explicadas por diferentes trajetórias no ‘contexto’ da vida dos protagonistas do UT com relação ao significado e o cuidado em saúde bucal.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

A presente tese tem como objetivo geral compreender e analisar o abandono ao tratamento odontológico nos indivíduos que participaram do Programa ‘Uruguay Trabaja’ – Montevideú.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar a frequência do abandono ao tratamento odontológico e o perfil demográfico dos indivíduos que participaram do Programa ‘Uruguay Trabaja’ – Montevideú de 2008 a 2015.
- Descrever e discutir as características do subprograma de saúde bucal em do UT, Montevideú.
- Analisar o abandono do tratamento odontológico dos indivíduos que participaram do Programa Uruguay Trabaja, de acordo com a percepção dos sujeitos (Período 2010-2012).
- Analisar o abandono ao tratamento odontológico nos indivíduos que participam do UT segundo a percepção dos referentes das Organizações da Sociedade Civil (OSC) que atuam junto a seus participantes (Período 2010-2012).

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 SISTEMA DE SAÚDE NO URUGUAI

O Uruguai tem, desde o ano de 2008, um Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS). Ainda que propostas de mudanças do sistema de saúde do Uruguai sejam feitas há muito tempo, o ano 2005 marcou o início de um processo de reforma sanitária que tem pretendido dar resposta ao novo perfil demográfico, epidemiológico e social da população uruguaia.

Esse novo perfil demográfico se caracteriza por um aumento na expectativa de vida, redução da fecundidade e uma natalidade que se baseia nos setores mais pobres e com maiores taxas de mortalidade infantil. A população envelhecida tem uma nova estrutura de riscos que inclui setores com doenças crônicas relacionadas com estilos de vida pouco saudáveis, existindo por outro lado populações com riscos sanitários decorrentes da situação de exclusão social (MSP, 2010)

O sistema de saúde e o modelo assistencial disponível até o ano 2005 não garantiam o acesso universal e a equidade na atenção a saúde, apesar de que o gasto em saúde representa quase o 10% do PIB. O processo de reforma sanitária iniciado está contemplado no projeto de reforma social geral instrumentado pelo Gabinete Social e pelo Conselho Nacional de Políticas Sociais (decreto 236/005 do Poder Executivo), sendo descrito e integrado no Plano de Equidade a partir do ano 2008. Assim, a reforma da saúde se implementou como uma entre as diversas reformas sociais, nomeadamente: a reforma educacional, a trabalhista, a tributária e a da rede de proteção social.

A estrutura básica da reforma sanitária se constitui a partir de 4 elementos chaves:

- a) os artigos 264 e 265 da Lei 17.930 de 2005, que estabeleceram que o sistema de saúde funcione baseado na complementação dos serviços públicos e privados, tendo como estratégia a Atenção Primária da Saúde e sendo financiado por um Seguro Nacional de Saúde. Tal seguro conta com um fundo público de recursos obrigatórios, sendo sustentado com contribuições oriundas do Estado, das empresas públicas e privadas e de contribuintes beneficiários do Sistema de saúde (URUGUAY, 2005).
- b) a criação do Fundo Nacional de Saúde (FONASA) (Lei 18.131) que reúne os aportes da seguridade social e procura incorporar todos os trabalhadores e suas famílias, pagando aos

prestadores públicos e privados um valor per capita por usuário ajustado em função do sexo e idade dos sujeitos (URUGUAY, 2007a).

c) a separação das funções assistencial e reguladora que o Ministério da Saúde Pública exercia até esse momento, criando por intermédio da Lei 18.161 o maior agente público do país, a ASSE – Administração de Serviços de Saúde do Estado, permitindo-lhe fortalecer o papel regulador e normatizador em matéria de saúde do Ministério (URUGUAY,2007b).

d) a Lei 18.211, na qual se estabelecem os objetivos e os dispositivos que permitem a implementação do SNIS, tendo como princípios filosóficos a consideração da saúde como um bem social e um direito humano essencial (URUGUAY,2007c).

O Sistema Nacional Integrado de Saúde foi definido como um sistema com acesso universal da atenção à saúde, com níveis de cobertura e qualidade homogênea e também com justiça distributiva na carga econômica que o gasto em saúde representa para cada cidadão. Seus princípios que orientam o sistema são:

a) a promoção da saúde com ênfase nos fatores determinantes do entorno e dos estilos de vida da população.

b) a intersectorialidade das políticas de saúde no que diz respeito ao conjunto das políticas voltadas a melhorar a qualidade de vida da população.

c) a cobertura universal, a acessibilidade e a sustentabilidade dos serviços de saúde.

d) a equidade, continuidade e oportunidade das intervenções.

e) a orientação preventiva, integral e de conteúdo humanista.

f) a qualidade integral da atenção que, de acordo com normas técnicas e protocolos de atuação, respeite os princípios da bioética e os direitos humanos dos usuários.

g) o respeito ao direito dos usuários à decisão informada sobre a sua situação de saúde.

h) a possibilidade de escolha informada de prestadores de serviços de saúde por parte dos usuários.

i) a participação social de trabalhadores e usuários.

j) a solidariedade no financiamento geral do sistema de saúde.

k) a eficácia e eficiência em termos econômicos e sociais.

l) a sustentabilidade na designação de recursos para a atenção integral da saúde.

O SNIS propôs transformações nos modelos de atenção à saúde (privilegiando a prevenção da doença e promoção da saúde com uma estratégia de Atenção Primária da Saúde, dando ênfase ao desenvolvimento do primeiro nível de atenção), de gestão (definindo a

participação dos trabalhadores e dos usuários do sistema na “Junta Nacional de Salud” (JUNASA)) e prestadores de serviços e de orçamento (por intermédio de um seguro nacional de saúde, sustentado por um Fundo Nacional de Saúde cujos aportes financeiros ao sistema obedecem a capacidade contributiva do usuário e cuja atenção atende as necessidades de saúde).

O modelo de atenção é integral e integrado (com provedores públicos e privados), e define programas de saúde que devem ser aplicados pelos diversos provedores do sistema. Um desses é o “Programa Nacional de Saúde Bucal” (MSP, 2007).

### 3.2 POLÍTICA E PROGRAMAS SOCIAIS E A SAÚDE BUCAL

#### 3.2.1. Programa Nacional de Saúde Bucal (PNSB)

O Programa Nacional de Saúde Bucal tem como propósito

*Contribuir al logro del más alto grado posible de salud bucal de la población uruguaya, impulsando, promoviendo y articulando las adecuadas acciones promocionales, preventivas y asistenciales integradas en un sistema de salud y que correspondan a las necesidades de cada individuo (p. 4).*

São os objetivos do PNSB:

- a) melhorar a situação bucal da população incorporando este componente no enfoque integral da saúde que promove o MSP utilizando a estratégia de APS e a abordagem territorial com forte ênfase no primeiro nível de atenção; consistente no desenvolvimento de ações educativas, preventivas e assistenciais.
- b) gerar uma estrutura assistencial mediante a organização adequada dos recursos existentes e os captados, coerente com o novo modelo de atenção de alcance nacional, normatizado e regulado pela autoridade sanitária (MSP, 2007).

O programa define como população prioritária para a atenção às gestantes, crianças e adolescentes. Também são definidos como procedimentos em saúde bucal:

- a) educação para a saúde e autocuidado bucal.
- b) controle da infecção.
- c) fortalecimento das estruturas dentárias.
- d) controle do meio bucal.



- e) resolução de urgências.
- f) reabilitação das peças dentárias e seu sistema de suporte.
- g) prevenção das maloclusões.
- h) reabilitação protética.
- i) tratamento das maloclusões.
- j) cirurgia oral.
- k) controles de manutenção.

Por meio do decreto 468/2008 fixou-se o “Programa Integral de Procedimentos (PIAS)” gerais da saúde que os prestadores de serviços de saúde públicos e privados devem obrigatoriamente oferecer aos usuários. Existe um capítulo específico para saúde bucal (Anexo II capítulo 5) que contempla os seguintes procedimentos compulsórios: consultas, diagnóstico por imagem, exames preventivos e procedimentos cirúrgicos, restaurações com amálgama e resinas e remoção do cálculo dentário.

Os procedimentos previstos pelo PIAS são de cumprimento obrigatório pelos prestadores de serviços do SNIS, sendo controlados pela Junta Nacional de Saúde (JUNASA), a qual autoriza seu pagamento.

De acordo com o artigo 19 da Lei 18.211, as prestações de serviço estabelecidas poderão requerer pagamento adicional dos usuários para os prestadores privados. Além do pagamento *per capita*, o sistema estabelece incentivos ao desempenho assistencial dos prestadores de serviços. O MSP fixa metas assistenciais de acordo com resultados previstos para a saúde. No caso específico da saúde bucal, as metas incluem os controles odontológicos para gestantes. A diretriz da Meta 1 para a gestante diz o seguinte:

*El control odontológico tiene como finalidad orientar a la mujer a que llegue al parto con infección bucal controlada y debe incluir, por un lado, la medición del proceso salud-enfermedad, con registros sobre caries y enfermedad periodontal como mínimo, y por otro lado, acciones educativas-preventivas en cuanto a estas afecciones bucales más prevalentes (MSP, 2011).*

Também se definem políticas que facilitem o acesso à assistência para grupos que sejam priorizados pelo MSP. Adicionalmente, como parte dos compromissos de gestão que os prestadores assinam com a JUNASA, têm-se incluído controles obrigatórios (consultas) com profissionais da saúde, também contemplados os da odontologia. Segundo o Compromisso de Gestão do Decreto 464/2008, referendado por instruções mais recentes, estão isentos de pagamento complementar:

- a) controles sobre crianças e adolescentes: dois controles anuais para as crianças até o segundo ano de vida; a partir dos três até os nove anos, um controle anual; finalmente entre os 10 e 17 anos dois controles anuais;
- b) para os trabalhadores, a consulta odontológica que esta incluída no carnê de saúde do trabalhador, a cada dois anos (MSP, 2008).

A prestação de serviços em saúde bucal com o controle de consultas anuais ainda é insuficiente para responder às necessidades de atenção odontológica acumuladas na população adulta, em particular daqueles com menos recursos econômicos.

Atualmente não se dispõe de dados epidemiológicos em saúde bucal para a população jovem e adulta do Uruguai, cabendo registrar uma pesquisa em andamento para cobrir esta lacuna. No ano de 2007 foi realizado um levantamento epidemiológico da situação da saúde bucal e das necessidades de tratamento para uma amostra de 308 pacientes do Programa ASB do “Programa Trabajo por Uruguay”, ou seja, o programa antecessor ao UT, e que atendeu a uma população assemelhada. Observou-se nesse levantamento como resultados um CPOD médio (dentes cariados, perdidos e obturados) de 18,32 (SD 7,6), em que os componentes perdido e obturado representavam 95% do índice. A extração dentária foi a necessidade de tratamento mais frequente, sendo que apenas 20% dos indivíduos não necessitavam de nenhum tipo de prótese dentária. O motivo mais frequente da visita ao dentista foi a extração dentária (BLANCO *et al.*, 2010).

Tampouco há estudos que analisem a assistência odontológica no país. Os dados da *Encuesta Nacional Ampliada de Lares de 2006* (Modulo Saúde) referem que 8% da população receberam assistência odontológica no semestre anterior. Entre os entrevistados que disseram não ter realizado consulta odontológica alguma, a quinta parte considerou tê-la necessitado (não se analisaram os motivos). A assistência aparece fortemente ligada ao nível socioeconômico dos indivíduos. Daqueles pertencentes ao quintil superior do estrato econômico, 42% consultam o dentista regularmente, percentual que cai para 17% no quintil inferior (INE, 2009). Estes dados são semelhantes a estudos que apresentam uma associação significativa entre a visita regular ao dentista e o fato de pertencer a grupos sociais com maiores recursos socioeconômicos e educacionais (PAVI *et al.*, 1995; KIYAK, 1993).

Os dados apresentados permitem afirmar que as necessidades de assistência odontológica acumuladas da população, particularmente as dos adultos, são importantes. Uma vez que seu atendimento não esta incluído no PIAS, só poderão satisfazê-las os sujeitos

detentores de capacidade de pagamento dos serviços da odontologia de mercado. Dada a determinação social do processo saúde-doença e a relação entre a pobreza e piores condições de saúde bucal, é a população com maiores necessidades em saúde bucal que mais necessita do serviço privado, precisamente a que tem piores condições socioeconômicas para fazê-lo. (SHEIHAM *et al*, 2011; PARKER *et al.*, 2011; BREILH, 2010; BREILH, 2010b; CASTEL, 2010; VIEIRA DA SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009; BREILH, 2007; ABADIA, 2006; NARVAI, 2006; BENACH; MUNTANER, 2005; CASTEL, 2004; SEN, 2002; KATZMAN, 2001; WATT; SHEIHAM, 1999, KATZMAN, 1999; MAX NEEF, 1993; KATZMAN, 1989).

Neste contexto de falta de universalidade, integralidade e equidade na assistência odontológica, é por meio de programas focalizados, como a assistência à saúde bucal no “Programa Uruguay Trabaja”, que se oferece assistência odontológica integral e sem custo para os sujeitos. É por esta razão que tais iniciativas lhes oferecem uma oportunidade para acessar um serviço de saúde que não está disponível para o restante da população.

### 3.2.2. Plano de emergência e Plano de equidade: o contexto do “Programa Uruguay Trabaja”

Paralelamente ao processo de reforma sanitária, levando em conta a necessidade de superar a situação de emergência social evidenciada nos indicadores de pobreza e indigência elaborados pelo Instituto Nacional de Estadística (INE), o MIDES iniciou, entre os anos de 2005 e 2007, o “*Plan de Atención Nacional a La Emergencia Social (PANES)*”. As atividades do PANES foram focalizadas no primeiro quintil de pobres, que representavam 8% da população total do país, sendo a metade deles indigente (RAMBLA, 2005).

Um dos componentes do PANES foi o “Programa Trabajo por Uruguay (TPU)”, destinado a contribuir para a superação das barreiras da exclusão social, mediante uma intervenção centralizada em trabalhos transitórios. Trata-se de uma estratégia concebida como ferramenta para o desenvolvimento de habilidades laborais e sociais de adultos maiores de 18 anos que se encontram em situação de exclusão social (MIDES, 2007).

Uma vez concluído o Plano de Emergência, imediatamente entrou em vigor no país o Plano de Equidade. Este apresenta como objetivo geral assegurar o pleno exercício dos direitos do cidadão de todas e todos os habitantes do território nacional, especialmente daqueles que se encontram numa situação de vulnerabilidade social. Sua estratégia de ação consistiu em promover o nivelamento das oportunidades de acesso a serviços sociais

universais, rendimentos carregados por trabalho decente e acesso aos atendimentos sociais básicos.

O Plano de Equidade procura assegurar a todos os habitantes da nação as possibilidades efetivas de desenvolver uma vida digna, consolidando a cidadania, como uma responsabilidade da sociedade em seu conjunto e do Estado (PRESIDENCIA, 2008). Este plano abarca o conjunto da população reconfigurando o sistema de proteção social e incluiu reformas como:

- a) reforma tributária;
- b) a reforma da saúde;
- c) revisão das políticas de emprego;
- d) nova política de moradia e habitação;
- e) reforma educacional;
- f) plano nacional de igualdade de oportunidades e direitos.

Também se incluem no plano componentes específicos que conformam uma Rede de Assistência e Integração Social que se estruturam num conjunto de medidas e estratégias de ação como:

- a) regime de atendimentos sociais não remuneradas ou de transferências monetárias (atendimentos familiares e pensões para os velhos);
- b) segurança alimentar;
- c) políticas de educação para a infância e adolescência;
- d) políticas associadas ao trabalho protegido;
- e) promoção de cooperativas sociais e iniciativas produtivas;
- f) políticas de promoção e inclusão social;
- g) políticas de atenção da incapacitação (MIDES, 2011).

Culminando este processo, como parte das políticas associadas ao trabalho protegido, passa-se a implementar o “Programa Uruguai Trabalha”.

### 3.2.3. O “Programa Uruguay Trabaja” e a assistência odontológica de seus participantes

O “Programa Uruguay Trabaja (UT)” (Lei N° 18.240, de 27 de dezembro 2007) integra o módulo “Trabajo Protegido del Plan de Equidad”, votado a promover o trabalho

como fator socioeducativo. Um de seus objetivos primordiais consiste em dar continuidade às linhas de ação desenvolvidas pelo MIDES no marco do PANES (URUGUAY, 2008).

O “Programa Uruguay Trabaja (UT)” tem como objetivo geral contribuir ao desenvolvimento de processos de integração social por meio de estratégias socioeducativas e da melhoria do nível de empregabilidade de indivíduos em condição de vulnerabilidade social e longo período de desemprego. Deste modo, confere-se ao trabalho o *status* de atividade humana central produtora de efeitos sinérgicos nas órbitas pessoal, familiar e social. Tal programa consiste num regime de acompanhamento social para o desenvolvimento de processos de integração ao mercado de trabalho. Ele se direciona a indivíduos de entre 18 e 65 anos, que sejam economicamente ativos, e que estejam passando por um longo período de desemprego, com nível máximo de escolaridade de até o terceiro ano do ensino fundamental e que integrem domicílios em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

Durante sua permanência no Programa, seus integrantes participam do Trabalho Transitório, ou seja, realizam trabalhos de importância social, associando-se às escolas, ginásios e policlínicas. Sua inserção envolve uma carga de 30 horas semanais por um período de nove meses, correspondendo a 24 horas de tarefas operativas e seis de capacitação. As tarefas a desenvolver estão destinadas a melhorar e recuperar instituições importantes para a comunidade. A remuneração dos trabalhadores envolvidos no Programa vincula-se ao “*Apoyo a la Inserción Laboral*”, cujo valor máximo mensal alcança 2,35 BPCs, a saber, “Bases de Prestaciones y Contribuciones (BPC)” equivalente aproximadamente a US\$112), além das transferências da seguridade social. O período de participação no programa se incorpora na ficha contendo a história laboral pessoal. Os participantes também recebem um acompanhamento social, a saber, pessoal, familiar e coletivo, voltado ao desenvolvimento de um processo de integração social ao mundo do trabalho, intermediado pelas Organizações da Sociedade Civil (OSC) (MIDES, 2009).

O Programa procura preparar os indivíduos para a inserção no mercado de trabalho futuro por intermédio de diferentes modalidades de desenvolvimento pessoal e coletivo, como a gestão de cooperativas sociais e uma quota dos ex-participantes do UT na construção de obras públicas (Lei 18.516 do 26 de junho de 2009)(URUGUAY, 2009).

No ano de 2011, o Documento “Ejes estratégicos 2011, Relanzamiento del Plan de Equidad, MIDES” registra a participação no UT de 93 convênios para 3 mil sujeitos, e quatro grupos experimentais de 100 jovens. Deste modo, foram sendo articulados os esforços do

MIDES, do Banco de Previsão Social (BPS) e do Ministério do Trabalho e Seguridade Social (MTSS)(MIDES, 2011).

Um dos objetivos específicos do Programa UT foi facilitar o acesso a serviços públicos e comunitários de atenção integral nas áreas de saúde, violência familiar e doméstica e condutas aditivas, entre outros. Neste contexto, constituiu-se nova iniciativa, intitulada “Sub-Programa de Atención a La Salud Bucal (ASB)”. Tal iniciativa resultou da aliança estratégica entre o MIDES, a “*Administracion de Servicios de Salud del Estado (ASSE-RAP)*”, a “*Intendencia Municipal de Montevideo (IMM)*” e a “*Facultad de Odontología de la Universidad de la Republica (UDELAR)*”.

O ASB promove o acesso de todos os participantes à atenção odontológica, oferecendo tratamentos e prótese que configuram a alta integral. Ele prevê a inclusão, de forma progressiva, de atendimentos voltados à melhoria contínua, culminando no alcance atualmente do conjunto de procedimentos previstos no PNSB e descritos como acordos assistenciais. A assistência é realizada por dentistas (funcionários e bolsistas) nos serviços de saúde municipais após o horário de trabalho dos participantes em UT (BLANCO; MANGGINI, 2012).

O componente saúde bucal é particularmente importante ao incluir um conjunto de procedimento que garantem a reabilitação odontológica dos adultos, assistência odontológica que não se oferece ao restante da população do setor público. Não ter “saúde bucal” tem consequências concretas na vida dos adultos que procuram trabalho, já que a existência de necessidades em saúde bucal não permite que os indivíduos obtenham o “carnê de saúde”. Tal carnê apenas é emitido por períodos de seis meses e deve ser renovados periodicamente, ou seja, transforma-se numa condição necessária para se ter acesso ao mercado formal de trabalho. Desse modo, a abrangência e da atenção odontológica oferecida aos participantes do UT é uma oportunidade importante de cuidado em saúde não disponível para a maioria da população uruguaia. Mesmo assim, o abandono e a não adesão ao tratamento é freqüente.

### 3.3 O ABANDONO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

#### 3.3.1 Acesso, uso, barreiras e abandono do tratamento odontológico.

Compreender os motivos de adesão ou não ao tratamento odontológico em indivíduos que têm necessidades de atenção em saúde implica colocar em questão a saúde bucal e sua importância/valor em suas vidas, também envolvendo a definição de necessidades em saúde. Com efeito, o impacto que as condições de saúde bucal têm na vida cotidiana dos sujeitos (comer, falar, aparência, e outros) tem sido estudado por diferentes autores (BOTAZZO, 2008; DUARTE VARGAS; PAIXAO, 2005; SHEIHAM; 2005; DE PALMA, 2005; CONILL, 2004; LOCKER, 2004; ANTUNES *et al.*, 2004; PETERSEN, 2003; KING; GIBSON, 2003).

Assim, baseando-se em Locker, Watt (2005) refere que uma boa saúde bucal permite aos indivíduos comunicar-se efetivamente e desfrutar os alimentos, com isto afetando sua qualidade de vida, autoestima e confiança social. Recentemente a World Dental Federation (FDI) propôs a definição de saúde bucal “*Oral health is multi-faceted and includes the ability to speak, smile, smell, taste, touch, chew, swallow and convey a range of emotions through facial expressions with confidence and without pain, discomfort and disease of the craniofacial complex.*”(FDI, 2016).

Uma vez que a saúde bucal é importante na vida dos indivíduos, faz-se necessário garantir as condições de vida que permitam sua manutenção, por meio de ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças bucais, assim como gerar as condições para que uma vez instaladas doenças ou problemas relacionados à boca (nas suas diferentes dimensões funcionais) estes sejam resolvidos. Assim a sociedade deve desenvolver ações relacionadas a atenção à saúde bucal e à assistência odontológica para torná-la uma realidade social (NARVAI, 2006).

Com relação ao acesso à assistência odontológica, estudos referem-se à existência de diferentes barreiras que o impedem. As barreiras são as responsáveis pelo impedimento de determinados grupos de indivíduos de ter uma demanda efetiva de serviços e ter acesso adequado aos cuidados em saúde bucal (COHEN, 1987).

O conceito de acesso é complexo e permite a integração entre a percepção das necessidades de saúde e a demanda e o uso efetivo dos serviços (PENCHANSKY; THOMAS,

1981). O conceito é multidimensional e compreende aspectos individuais e características relacionadas com a organização dos serviços.

Travassos e Martins (2004), numa revisão relacionada ao tema, distinguem os conceitos de “acesso” e de “uso-utilização” dos serviços. O acesso é um conceito complexo dependente do contexto e relacionado com a oferta de serviços (entrada aos serviços). A utilização dos serviços é uma expressão do acesso, ao passo que fatores individuais e contextuais explicam esse uso e sua continuidade. Segundo as autoras, existe atualmente uma tendência no sentido de definir o acesso incluindo, além da de entrada nos serviços de saúde, os resultados dos cuidados recebidos, ou seja, sua efetividade. No presente estudo será considerado abandono da assistência ao tratamento odontológico no UT como a não continuidade no uso dos serviços, no caso em que o paciente efetivamente teve pelo menos uma consulta, por ser considerado como acesso realizado.

### 3.3.2. Barreiras à assistência odontológica

O estudo das barreiras à assistência odontológica tem sido objeto de estudo desde a década dos 1950. Segundo Friedson; Feldman; Gale; Kleinknecht e Kegeles, citados por Ramalho (2000), os primeiros resultados das pesquisas relacionavam essas barreiras com ansiedade ou medo, e foram medidos a partir de escalas quantitativas que ainda se utilizam atualmente (ABRAHAMSSON *et al.*, 2002).

Ramalho, analisando as barreiras à atenção odontológica a gestantes, assinala que na década dos 1980 a Federação Dental Internacional (FDI), no documento titulado “Mejorando el acceso a la salud bucal”, classificava-as em três categorias referentes: ao indivíduo, à prática profissional e à sociedade (RAMALHO, 2000; COHEN, 1987).

Com relação ao paciente, as barreiras se associam com a importância atribuída à saúde bucal, à percepção da necessidade de atenção, ao custo, ao tempo despendido na assistência e ao grau de facilidade do acesso geográfico. Também a informação disponível em relação às causas das enfermidades bucais mais frequentes, como a cárie, determina que os pacientes busquem a assistência regular do odontólogo quando a entendem como um processo, ou que procuram o profissional somente quando têm dor, considerando que a ausência de dor implica qualidade satisfatória para a saúde bucal (FREEMAN, 1999b, c, d).



Com relação às barreiras relacionadas com o exercício profissional, as variáveis seriam sua má distribuição geográfica e a formação profissional, quando esta não é sensível às necessidades e sensibilidade do paciente. Problema assemelhado ocorre quando o esforço não está direcionado a transformar e melhorar a saúde bucal da população (FREEMAN, 1999a, e).

Finalmente, com relação à sociedade em seu conjunto, as barreiras estariam dadas pelas características dos serviços, pela possibilidade de a população realizar opções saudáveis, pela baixa valorização da saúde bucal por parte do público e por mudanças nos estilos de vida (RAMALHO, 2000; SAFORCADA, 1999; BEDOS *et al.*, 2005).

Autores se referem à presença de fatores que facilitam a atenção, deixando em segundo plano as barreiras. Entre esses fatores, encontram-se:

- a) a humanização e a competência dos profissionais (DOMINGUES, 2006; LOIGNON *et al.*, 2010);
- b) a preparação dos serviços de saúde para a atenção interdisciplinar;
- c) contar com profissionais mais preparados para a atenção a populações específicas (FINKLER, 2003);
- d) a importância de conhecer e respeitar a cultura e a visão de mundo do grupo a assistir e respeito dos direitos (AGUDELO-SUAREZ *et al.* 2014; DE OLIVEIRA, 2006; BEDOS *et al.*, 2009).

### 3.3.3. Estudos relacionados ao acesso, uso e abandono de serviços odontológicos

Existem estudos relacionados com populações ou grupos que, por um lado, não demandam serviços odontológicos, e que, por outro, descrevem o perfil dos indivíduos que nunca consultaram um dentista (SOBRINO; GUILLEN, 2006; MACEK *et al.*, 2004). A falta de acesso aos serviços odontológicos é reconhecida pelos usuários no Brasil, ainda que estes percebam que tais serviços estão habitualmente dirigidos à população infantil e a gestantes. Exclui-se, portanto, a população adulta que recebe assistência odontológica apenas em casos de presença de dor, de sorte a aliviá-la, sendo excluída da atenção integral.

Diferentes estudos de base populacional entre jovens e adultos descrevem as características dos indivíduos usuários de serviços odontológicos. As mulheres, os brancos, os indivíduos com maior escolaridade, com estilos de vida definidos como saudáveis, com maiores rendas e residentes nas regiões urbanas fizeram maior uso de serviços. Além disso, o

uso de serviços foi maior quando era maior o número de dentistas e serviços disponíveis (SLACK-SMITH *et al.*, 2007; SKARET *et al.*, 2000; HJERN *et al.*, 2001).

Observam-se desigualdades no uso de acordo ao nível econômico (TCHICAYA; LORENZ, 2014; POURAT; ANDERSEN; MARCUS, 2015; BEDOS *et al.*, 2014, CHAVES 2012; HARFORD; ELLERSHAW; SPENCER, 2011; WALLACE *et al.*, 2011; CELESTE; NADANOVSKY; FRITZELL, 2011; BALDANI *et al.*, 2010; MARTINS, 2008; BARROS; BERTOLDI, 2002, LOCKER, 2000); sexo (BERTEA *et al.*, 2007; SKARET *et al.*, 2003); idade (ASTROM, 2013, TINOS; SALES-PERES; RODRIGUES, 2013; PERES *et al.*, 2012; MACHADO *et al.*, 2012; CHAVES *et al.*, 2010; SLACK-SMITH *et al.*, 2010; MOREIRA *et al.*, 2005); maior escolaridade (PALENCIA *et al.*, 2014, MIRANDA; PERES, 2013; ARAUJO *et al.*, 2009; CAMARGO *et al.*, 2009); medo (BEATON *et al.*, 2014; POHJOLA *et al.*, 2008; HILL *et al.*, 2008); experiência passada no uso de serviços (PINTO *et al.*, 2012; BALDANI; ANTUNES, 2011; MUIRHEAD, 2009; DALRI, 2014; CHAVES *et al.*, 2011; BENDER; MOLINA; MELLO, 2010) e sistemas de proteção social e saúde (SANABRIA-CASTELLANOS; SUÁREZ-ROBLES; ESTRADA-MONTOYA, 2015; PATEL, 2012; WRIGHT ; LIST, 2012; TICKLE, 2012).

Estudos realizados em populações na Tanzânia e Burkina Faso descrevem a baixa procura por serviços assistenciais públicos, mesmo havendo necessidades de tratamento para cárie. As principais razões apontadas são:

- a) falta de recomendação dos dentistas a respeito aos tratamentos restauradores;
- b) falta de conhecimento da população sobre os tipos de tratamento;
- c) falta de hábito na realização de controles odontológicos;
- d) experiências prévias com o dentista (KIKWILU *et al.*, 2009; VARENNE *et al.*, 2006).

Estudos brasileiros de base populacional definem o acesso aos serviços odontológicos, medido a partir da visita ao dentista pelo menos uma vez na vida do sujeito ou do uso dos serviços de saúde nos últimos 12 meses. Diferentes investigações sobre o tema têm mostrado a relação entre o uso dos serviços odontológicos e variáveis sociodemográficas (PINTO *et al.*, 2012; SOBRINO; GUILLEN, 2006; SILVEIRA DE ARAUJO *et al.*, 2009; BARROS; BERTOLDI, 2002). No estudo de Araújo, os determinantes mais relevantes para a consulta foram os maiores níveis de escolaridade e a autopercepção de problemas bucais. O fato de viver numa área coberta ou não coberta pela estratégia de saúde da família não está associado ao acesso aos serviços odontológicos no estudo de Pinto e Goes (2008). Em 2009, num estudo

realizado com a variável “ter consultado um dentista nos últimos 12 meses”, observou-se o impacto positivo do Programa de Saúde da Família, quando comparado com áreas sem cobertura assistencial (PEREIRA *et al.*, 2009).

Um estudo realizado numa amostra de 246 indivíduos pertencentes a uma localidade do estado do Paraná, com 35 ou mais anos de idade e que tinham consultado um dentista pelo menos uma vez, mostraram que fatores como não residir em domicílio próprio, ter menor frequência de higiene bucal e uso de prótese total aumentaram a chance de os indivíduos terem utilizado os serviços odontológicos há mais tempo. O fato de o indivíduo ter um dentista regular foi identificado como fator de proteção (BALDANI *et al.*, 2010).

Mulheres grávidas, ainda que priorizadas nos programas assistenciais, referem barreiras à atenção relacionadas com crenças populares, baixa percepção da necessidade, medo de sentir dor, medo de sair de casa para marcar consulta em horários da madrugada (RAMALHO *et al.*, 2004).

Um estudo transversal de base populacional realizado numa amostra de 3.391 adultos e idosos de áreas de vulnerabilidade social do sul do Brasil incluiu a categoria “uso regular dos serviços odontológicos”, dando como resultado a cifra de 25.7% como a prevalência do fenômeno estudado (PETCOV *et al.*, 2012).

Um estudo realizado em áreas de São Paulo cobertas pela Estratégia Saúde da Família apresenta a idade, a melhor condição social e possuir um dentista regular como fatores favoráveis ao acesso e uso de serviços odontológicos (BALDANI; FERRERIRA, 2011).

Um estudo transversal realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul (CAMARGO *et al.*, 2009), numa amostra de 2.961 indivíduos adultos encontrou uma prevalência de uso regular de serviços de 32.8%, estando positivamente associada a essa condição:

- a) ter alta escolaridade;
- b) ser do sexo feminino, ter idade maior o igual a 60 anos;
- c) não ter companheiro;
- d) ter maior nível econômico (nos menos favorecidos, a prevalência cai a 15%);
- e) usar serviços privados;
- f) ter autopercepção de saúde bucal boa/ótima;
- g) não ter autopercepção de necessidade de tratamento;
- h) ter recebido orientação sobre prevenção;
- i) ter manifestado opinião favorável ao profissional.

Diferentes estudos investigaram as características e motivos pelos quais os indivíduos abandonam ou não completam os tratamentos, impedindo a identificação das barreiras à continuidade da assistência odontológica, deixando incompleto o projeto assistencial individual (CASOTTI *et al.*, 2014; BERTEA *et al.*, 2013; GEORGE; RUBIN, 2003).

Estudo realizado com população sem moradia fixa mostrou que apenas 23% de uma amostra de 204 adultos no Reino Unido completaram o tratamento proposto pelo serviço, com uma média de 8,2 visitas. Nele, não foram identificados os fatores que permitiriam prever quais pacientes não de completar os tratamentos. Os modelos de organização do tratamento seriam importantes para promover o uso ou não dos serviços (DALY *et al.*, 2009).

Em estudo de qualitativo sobre abandono realizado num serviço público de Porto Alegre (ROCHA; BERCHT, 2000), lidando com uma amostra de 29 pacientes, observou-se como principais causas do abandono:

- a) impossibilidade de faltar ao trabalho;
- b) tempo de duração do tratamento demasiado longo;
- c) causas externas ao serviço, como doenças, gravidez e mudança de domicílio.

Curtis *et al.* (2007) e Lathi *et al.* (1999) argumentam que barreiras a serem consideradas em relação à continuidade de tratamento odontológico, quando este é gratuito para os usuários do sistema, relacionam-se a alguns tipos de custos. Entre estes, destacam-se o traslado até os serviços e o impacto na vida familiar que a procura e continuidade do tratamento odontológico representam para os pacientes.

O absenteísmo, que pode culminar em abandono do tratamento, também tem poucas referências na literatura. Um estudo qualitativo baseado em entrevistas realizado no Brasil destaca como motivos concorrentes ao absenteísmo tanto o sentimentos de medo ao atendimento quanto as experiências frustrantes e de descrédito na assistência odontológica. Além disso, também são mencionadas a lógica de estruturação dos serviços e a inexistência de participação. Tais dificuldades fazem com que seja a experiência de dor que impulsiona a ida ao serviço e o absenteísmo representam uma das manifestações da exclusão social sofrida pelo grupo estudado (JANDREY; DREHMER, 1999).

Fatores como o esquecimento das datas marcadas, ansiedade, experiência de um número elevado de cáries e o mau relacionamento do sujeito com os dentistas têm sido relacionados com perda e cancelamento de consultas entre adolescentes nos serviços gratuitos e integrais (SKARET *et al.*, 2000). Um estudo realizado com 33 pacientes pertencentes a um

Núcleo de Saúde do Programa de Saúde da Família em São Paulo mostra o esquecimento e o trabalho como os fatores mais frequentemente mencionados para impedir o comparecimento às consultas odontológicas agendadas (59,1% e 13,6% respectivamente) (ALMEIDA *et al.*, 2009). O esquecimento foi o principal motivo referido num estudo realizado numa amostra de 77 indivíduos no Serviço de Saúde Bucal na Unidade de Saúde da Família de João Pessoa na Paraíba (VIEIRA *et al.*, 2011). Motivos relacionados com a liberação no trabalho de pais para levar as crianças ao dentista foram mencionados na Finlândia por Lathi *et al.* (1999).

Já um estudo qualitativo realizado em Montreal por Bedos (2003), com 16 adultos em situação de pobreza, e beneficiários de atenção dental básica gratuita que não tenham ido ao dentista, descreve a adoção da atitude “*wait and see*” por parte dos entrevistados. Isto é, existe uma adaptação aos sintomas e uma espera para voltar aos serviços, até que a dor seja tal que não pode ser resolvida por automedicação. Esta atitude está relacionada à falta de integralidade da atenção e à atitude crítica com relação aos profissionais (BEDOS *et al.*, 2003).

Finalmente, um estudo qualitativo realizado na França com dentistas que atendem populações de poucos recursos, mostrou que os dentistas não conseguem entender o que leva os pacientes do sistema público a faltar repetidamente às consultas. Esta situação leva os profissionais a adotarem estratégias de exclusão dos pacientes envolvidos em repetidas faltas (PEGON-MACHAT *et al.*, 2009).

### 3.4 COMPREENSÃO SOCIAL DAS PRÁTICAS DOS PROTAGONISTAS EM SAÚDE BUCAL

Neste trabalho será considerado que os motivos de abandono e a possibilidade de dar continuidade de assistência odontológica são práticas socialmente determinadas. Assim, vai-se procurar compreender a fala dos envolvidos na situação e no marco referencial do Programa Uruguay Trabaja, enquadrando-a como processo que procura a inserção social. Uma perspectiva que se centre nos sujeitos deve dar-lhes voz, tentando compreender de que maneira tais práticas estão interiorizadas, considerando as barreiras associadas ao uso dos serviços odontológicos (GIRALDO; CEBALLOS, 2011).

Se a saúde bucal individual contribui para o desempenho do papel social desejado como foi definido anteriormente, pode-se assumir que ela vai se conformando enquanto necessidade dentro das condições materiais e socioculturais de existência dos indivíduos. Somente a privação à assistência odontológica não parece ser suficiente para determinar a saúde bucal enquanto necessidade. Sua construção da saúde bucal, enquanto necessidade é uma produção social, relacionando-se com as condições sociais de vida dos indivíduos, as tradições históricas, seu hábito social e as suas representações sobre o corpo e sobre o fenômeno saúde/doença (MARTINS, 1993).

O indivíduo considera necessidade aquilo que valora como tal (NUNES, 1989, *apud* MARTINS, 1993). Por isso o conjunto de carências está marcado por hábitos, normas e pela moral social, pois só se tem necessidade de objetos de consumo reais e passíveis de serem conquistados pelos os indivíduos. Torna-se necessário que o sujeito elabore seu sentimento originado de uma vivência afim de que o fato enquanto carência seja estabelecido.

Este estudo procurara compreender, desde a perspectiva do mundo subjetivo dos protagonistas, os motivos do abandono do tratamento quando as “necessidades de tratamento odontológico pelos profissionais” são apontadas.

Para analisar por que alguns protagonistas não aderem ao tratamento, a proposta teórica de P. Bourdieu (1991, 1993), relacionada ao estruturalismo genético, oferece a possibilidade de análise do mundo social. Neste contexto é que se buscará compreender a prática dos protagonistas do programa UT, qualificando-os como agentes sociais, buscando entender seu sentido.

O lugar que os protagonistas do UT ocupam na sociedade, a partir do qual constroem sua maneira de ver o mundo pode ser considerado relativamente homogêneo. Por contraste, a prática social dos diferentes agentes sociais com relação a sua saúde bucal não o é. No intuito de explicar diferentes práticas sanitárias dos indivíduos, não é possível partir exclusivamente de uma análise macroestrutural. Faz-se necessário recorrer a outros conceitos e categorias (categorias de percepções – disposições – o *habitus*) que estruturam suas práticas, nomeadamente, a tomada de posição-escolhas feitas pelos agentes sociais e que lhes dão sentido. Bourdieu traz uma contribuição importante, ao utilizar o conceito de *habitus*, uma vez que este identifica um conhecimento adquirido e incorporado, um capital material ou simbólico investido de valor, possibilitando ao indivíduo pensar e agir nas mais diversas situações em uma dada realidade (STEFANELLO, 2008).

É possível que o conceito de *habitus* definido por Bourdieu como matriz da forma de perceber o mundo e que condiciona o repertório das práticas do indivíduo possa explicar as diferenças observadas entre os participantes do programa UT. O *habitus* é um sistema de esquemas de produção, de percepção e de apreciação de práticas que como estruturas cognitivas se adquirem a través da experiência no mundo social (BOURDIEU, 1993).

Partindo do *habitus* o agente participa do campo fazendo o que deve sem se propor uma meta resultante de estratégias individuais orientadas por fins conscientes, produto do cálculo livre e informado de um sujeito racional (BOURDIEU, 1995).

O conceito de *habitus* permite realizar a conexão entre o campo social e o individual, incorporando os condicionamentos que a condição de classe impõe e permite explicar as formas diferentes de percepção em relação ao cuidado da saúde bucal e ao consumo de serviços de atenção à saúde “razoáveis”, relacionadas com a percepção do corpo, das necessidades, da estética e da autoestima (BOURDIEU, 1993; BOURDIEU, 1999). As formas de consumo diferenciais, em particular em matéria de higiene ou cuidados pessoais, a partir da posição no espaço econômico ajustam as aspirações às oportunidades objetivas, com a convicção de não ter mais do que aquilo que merecem (1999). Como diz Bourdieu (1991, p. 125) “lo que se aprende con el cuerpo no es algo que se posee, como un saber que uno puede mantener delante de si, sino como algo que se es.”

A boca, como uma conexão física do corpo, produz e reproduz práticas, combinando funções e formas na alimentação (o que comer e beber, a forma de comer, o tempo para

comer), na estética (gostos, sabores, beleza) na expressão de afetos (sorrir, beijar), na higiene e no seu cuidado (BOURDIEU, 1995).

O *habitus* manifesta-se no momento da consulta odontológica, encontrando pacientes e profissionais que colocam em jogo tipos e volumes de capitais diferentes. Estes geram uma imposição de autoridade devida à distância e à hierarquia reconhecida, quando as reações dos sujeitos estão impregnadas de todas as suas histórias (BOURDIEU, 1995).

Os *habitus* não são imutáveis, mas representam um sistema aberto de disposições que pode ser afetado por novas experiências. Como tal, eles são limitados ao campo que restringe sua diversidade, de forma tal que existem práticas impensáveis, como se estivessem excluídas da sua vida. O *habitus* tende a garantir a conformidade com as práticas que se desenvolvem habitualmente. Por fim, o *habitus* é a história corporificada, a partir da qual se produzem práticas razoáveis possuidoras de um sentido e dando persistência e previsibilidade à vida social. Novamente, citando Bordieu (1995, p. 92), “[e]s...una especie de resorte en espera de ser soltado y, según los estímulos y la estructura del campo, el mismo habitus puede generar prácticas diferentes e incluso opuestas”.

O *habitus* individual é uma variante estrutural que expressa a singularidade de cada posição e trajetória dentro da classe. É possível que apareça uma pluralidade de pontos de vista de agentes muito próximos, de forma tal que ocupam posições dominadas semelhantes. Porém suas práticas são diferentes, em função de suas histórias e estilos de vida, pois as trajetórias diferentes percorridas, ainda que pertençam ao passado, seguem orientando sua visão desse passado e de seu futuro, e também de si mesmo no que tem de singular (BOURDIEU, 1999).

Assim, a possibilidade de cuidar de sua boca e procurar ou não a assistência odontológica pode estar relacionada nos protagonistas por essas diferentes trajetórias de vida prévia, e também pela forma com que conseguem envolver-se no processo sócio-laboral desenvolvido durante o programa. Considera-se que a partir dessa participação haja a possibilidade de desenvolver qualidades e faculdades concretas estimadas social e culturalmente. Também se considera que essas práticas podem ser vividas como experiência de valoração social solidária que possibilite a autorrealização e compreensão individual (autovalor, autoestima) de sujeitos individualizados e autônomos (HONNET, 1997).

A abordagem de Bourdieu permite superar tanto a visão dicotômica de explicar a determinação das práticas sociais a partir das macroestruturas quanto o subjetivismo



fenomenológico pelo qual são os indivíduos que se constroem a si mesmos, por meio do conceito de *habitus*. Com efeito, é este conceito que estabelece a dialética entre as estruturas objetivas e os elementos estruturais nele incorporados e expressos nas práticas desenvolvidas pelos indivíduos. Especificamente, as práticas relacionadas à saúde bucal não se explicam nem pelo poder das estruturas nem pela ação dos agentes para construir seu mundo social isoladamente.

Complementando a análise, será utilizado o conceito de estigma. Segundo Goffman (2001), o termo estigma faz referência a um atributo profundamente desacreditador que marca negativamente o indivíduo por ele caracterizado, ainda que confirmando a normalidade de outro. Este autor distingue dois tipos de indivíduos estigmatizados: sujeitos desacreditados e as desacreditáveis. No primeiro caso, sabe-se de antemão a identidade social do indivíduo, aquilo que o desacredita manifestando-se no momento que está a sua frente. A segunda possibilidade de um sujeito estigmatizado aparece quando os traços de sua diferença não se revelam de modo imediato, e não se tem dele um conhecimento prévio, ou, pelo menos, ele não sabe que os demais o identificam. O problema não consiste em lidar com a tensão que se gera durante os contatos sociais (o indivíduo desacreditado), mas em manejar a informação que se possui sobre sua deficiência (ou desacreditável) (GOFFMAN, 2001; GOFFMAN, 1981). Em geral, os sujeitos que se sentem objeto do descrédito tratam de ocultar aquilo que consideram como responsável por desacreditar sua própria imagem (encobrimento). O manejo de um estigma pode então ser considerado como algo que pertence fundamentalmente à vida pública, ao contato entre estranhos, ao extremo de um continuo cujo pólo oposto é a intimidade (GOFFMAN, 2001).

A perspectiva do uso do corpo de Boltanski pode também colaborar na compreensão de fenômeno em estudo. Os determinantes sociais se exercem a través de mediações culturais (como regras, proibições, desejos, gostos e aversões) sobre os corpos das pessoas que pertencem a diferentes classes sociais.

Nos grupos mais vulneráveis o interesse e atenção que as pessoas concedem a seu próprio corpo é menor, tanto a aparência, como as sensações físicas de prazer e desprazer. Também é menor a percepção da necessidade de assistência, relacionada com a intensidade na qual toleram as sensações mórbidas em particular quando elas não afetam a possibilidade de funcionar no grupo social e a sociedade. A doença seria percebida como um acidente imprevisível e súbito (não prevenível). Como tal não inscrita no tempo esperando dos

profissionais remédios enérgicos para os seus problemas. O momento da assistência coloca em relação profissionais e pacientes de forma que a distância social pode dificultar a comunicação e a compreensão bem como a valoração das estratégias terapêuticas. (BOLTANSKI, 1984).

Por fim, a forma com que os indivíduos explicam ou questionam a realidade de sua atenção a saúde bucal poderá ser analisada à luz das políticas sociais vigentes, observando suas implicações do ponto de vista bioético (UNESCO, 2005; ABADIA, 2006; VIDAL, 2009; BRUSSINO, 2009; GARRAFA, 2009; TEALDI, 2009).

## **4 MÉTODO**

### **4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA**

A presente pesquisa assume a modalidade estudo de caso, como método de investigação, numa forma predominantemente qualitativa. De acordo com o paradigma qualitativo, o objetivo da pesquisa científica é compreender os significados da experiência humana, explorando o fenômeno em suas múltiplas dimensões. A pesquisa qualitativa aprofunda a compreensão dos fenômenos que investiga a partir de uma análise rigorosa e criteriosa desse tipo de informação. As pesquisas qualitativas são caracteristicamente multimetodológicas, isto é, usam uma grande variedade de procedimentos e instrumentos de coleta de dados (ALVES-MAZZOTTI, 2004; MORAES; GALIAZZI, 2007).

Dentro da perspectiva qualitativa, o estudo de caso é considerado uma análise intensa de uma situação particular. Uma de suas características fundamentais é a busca pela compreensão da realidade de forma completa e profunda. O pesquisador procura identificar a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação ou problema (ESTEBAN, 2010; YIN, 2010). Ademais, o estudo de caso utiliza estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão. Sua utilidade resulta da possibilidade de, por seu intermédio, gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudanças. Especificamente no estudo de caso, Minayo (2007) aconselha o uso de múltiplas fontes de informação, a construção de um banco de dados ao longo da investigação e a criação de uma cadeia de evidências relevantes durante o trabalho

de campo (MINAYO, 2007).

Assim, a opção pelo emprego da metodologia de estudo de caso, na construção desta pesquisa, justifica-se:

a) pela sua característica, já que é uma estratégia que possibilitará dentro de uma realidade complexa com uma multiplicidade de dimensões, estudar aqueles aspectos relacionados com a saúde bucal dos sujeitos que estão habitualmente excluídos do acesso aos serviços de assistência odontológica e seus pontos de vista conflitantes focalizados e analisados como uma totalidade.

b) por ser uma abordagem gerada a partir da proximidade da pesquisadora com o Programa UT seus protagonistas, equipe de saúde bucal e organizações civis, permitindo a observação direta sobre o fenômeno a ser investigado.

#### 4.2 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

Segundo Alves-Mazzotti (2004), a escolha do campo onde foram coletados os dados de pesquisas qualitativas foi intencional, isto é, o pesquisador o escolheu em função das questões de interesse do estudo e também das condições de acesso e permanência no campo. No presente estudo, o campo de investigação foi a assistência odontológica no ‘Sub-Programa de Atención a la Salud Bucal’ (ASB) do ‘Programa Uruguay Trabaja’ (UT).

#### 4.3 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em 2013, pela pesquisadora seguindo diferentes etapas. Para o manuscrito um, foram analisados dados secundários contendo informações sobre as características do programa UT e, em especial, sobre seu subprograma voltado à saúde bucal. Examinaram-se informações dos participantes que receberam assistência odontológica no período de 2008 a 2015. Outras informações, especificamente sobre variáveis demográficas, como sexo e idade, foram retiradas dos prontuários.

Os dados sobre abandono e condições clínicas de saúde bucal foram retirados de duas fontes. A primeira derivou-se dos informes elaborados pelos cirurgiões-dentistas que realizaram a atenção odontológica dos participantes, e a outra originou-se de Relatórios Estatísticos da Unidade Central de Informação do serviço de Atención à Saúde da Prefeitura

Municipal de Montevideu. Os dados foram analisados com o programa R e discutidos conceitualmente a partir de dois níveis categóricos. O primeiro refere-se ao nível macrossocial, relacionando-se à expansão da cobertura da assistência odontológica integrada nos sistemas de proteção social, ao passo que o segundo originou-se da observação da assistência odontológica inserida em programas de acompanhamento social, como o Programa Uruguay Trabaja.

Para o manuscrito dois, além da análise documental para conhecer o número total de abandonos ao tratamento odontológico (período 2010-2012), se identificaram as OSC que realizaram o acompanhamento dos participantes e quem foram os referentes no local, e foram realizadas entrevistas com os participantes do programa e seus referentes.

#### 4.3.1 Entrevistas

O roteiro das entrevistas foi construído a partir de questões que pudessem ativar as falas dos sujeitos, abordando o objetivo do estudo (APÊNDICES A, B). As entrevistas são fundamentalmente um processo comunicativo pelo qual o pesquisador recolhe informação com uma máxima de interação pessoal com o sujeito num diálogo face a face concentrado e intenso, configurando uma relação social que gera efeito sobre os resultados. Neste ambiente, o que se pretende não é alcançar diretamente os problemas pessoais do sujeito investigado, mas a forma social – cultural e de classe – da estrutura de sua personalidade e os condicionamentos ideológicos de seu processo motivacional típico (ORTI, 2005; BOURDIEU, 1999). O registro dos dados aconteceu mediante gravações em áudio (entrevistas) e anotações de campo.

Para a seleção dos entrevistados elaborou-se um banco de dados dos indivíduos que participaram das edições 2010-2012 do programa Uruguai Trabalha (UT) que abandonaram o tratamento odontológico realizado nas policlínicas municipais de Montevideu a partir dos dados das planilhas de registro assegurando-se a privacidade dos sujeitos da investigação. Deste banco geral foram selecionados os indivíduos que abandonaram o tratamento odontológico (340).

Considerando-se que as edições do programa ocorrem uma vez ao ano, usualmente no mês de maio (ainda que o programa realize o acompanhamento até o final de dezembro), considerou-se situação de abandono quando um indivíduo recebeu tratamento odontológico

pelo menos uma vez não dando continuidade ao mesmo até o início do próximo grupo de participantes do programa.

Os participantes foram selecionados a partir dos seguintes critérios: ambos os sexos, com diferentes idades e oriundos de diferentes edições anuais do programa. A localização dos indivíduos foi realizada a partir de uma lista fornecida pelo ‘Sub-Programa de Atención a la Salud Bucal’ (ASB) de UT contendo os telefones e endereços dos participantes.

Da mesma forma, as Organizações da Sociedade Civil foram selecionadas por intermédio dos nomes de todas as OSC que haviam participado do UT.

De cada uma das OSC, selecionaram-se acompanhantes encarregados de monitorar os protagonistas em pelo menos uma das edições do programa (27). O contato com os acompanhantes foi feito telefonicamente. Tal informação foi obtida por meio dos responsáveis pelas OSC.

O tamanho das amostras foi definido usando o critério de saturação. Por meio deste critério, a última unidade selecionada corresponde à constatação de que os conteúdos narrativos dos sujeitos passam a acrescentar reduzido conteúdo tendo em vista os objetivos propostos na investigação e passaram a tornar-se expressivamente repetitivos (TURATO, 2008).

As entrevistas de menos de uma hora de duração foram realizadas seguindo uma pauta pré-testada, realizando-se, ademais, anotações de campo. Durante as entrevistas realizou-se uma escuta ativa e metódica, objetivando reduzir a distância entre o entrevistador e entrevistado.

Todas as entrevistas foram gravadas com gravador e, posteriormente, foram integralmente transcritas. Ao todo, completaram-se 15 horas de gravação, realizando-se 10 entrevistas com os participantes e 17 com os referentes. Destas, oito foram realizadas em suas residências e duas em salas reservadas dos serviços de saúde, dependendo da disponibilidade dos sujeitos. A primeira entrevista dos acompanhantes foi feita no próprio serviço de saúde, ao passo que as demais se realizaram em suas instituições de trabalho.

Os roteiros das entrevistas foram montados a partir de questões que pudessem favorecer a narração dos sujeitos, abordando o fenômeno do abandono da assistência odontológica no UT (Quadro 1).

Quadro 1 – Tópicos e dimensões definidas para as pautas de entrevista dos participantes do UT e referentes às OSC.

<b>Entrevistados</b>	<b>Tópicos</b>	<b>Dimensões</b>
Participantes	Perfil dos participantes	Sexo, idade, nível educacional e ano de ingresso no UT
	Experiências recentes relacionadas à saúde bucal	Sentimentos em relação à boca do sujeito, relato de sua experiência assistencial mais recente. Possibilidades de cuidado
	Primeiras experiências em relação com a saúde bucal.	Cuidados familiares, primeiras consultas odontológicas, sentimentos na ida ao dentista
	Percepções do Programa Bucal no UT	Importância da assistência odontológica no programa Relacionamento com o dentista Abandono da assistência Necessidades do momento
Acompanhantes	Percepções do Programa Bucal no UT	Importância da assistência odontológica no UT Trabalho com os participantes sobre saúde bucal Fenômeno do abandono da assistência contextualizado no UT Propostas

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, que tem trabalhado como supervisora em serviços de saúde e odontológicos em representação da Facultad de Odontologia da Universidad de la Republica, dirigidos a populações socialmente vulneráveis da periferia da cidade de Montevideu desde 1996, e, desde 2005, como nexos com o Ministério de Desenvolvimento Social; tendo formação de pós-graduação em Saúde Pública (Fundação Oswaldo Cruz) e na graduação como Dentista e Trabalhadora Social.

A partir das comunicações registradas, realizou-se uma análise de conteúdo baseada na leitura sistemática, repetida, abrangente e flutuante dos conteúdos das entrevistas dos participantes e dos acompanhantes. Baseados nos referenciais teóricos e nos tópicos definidos identificaram-se os temas, organizando-os em categorias preparatórias para sua análise (BARDIN, 2011).

#### 4.4 ESTUDO PILOTO

Antes do início da coleta de dados propriamente dita, o instrumento de pesquisa, nomeadamente, o roteiro das entrevistas semiestruturadas, foi testado, com o objetivo de preparar a pesquisadora para entrar em campo, verificar se o instrumento estava adequado e realizar os ajustes necessários. O roteiro das entrevistas foi aplicado em dois participantes do Programa ‘Uruguay Trabaja’ em situação de abandono ao tratamento odontológico e dois profissionais.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Pesquisada Faculdade de Odontologia da Universidade da República (091900/000270/10 – ANEXO B), bem como pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ/FO) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)(24442, aprovado em 28/04/2015). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresenta a análise da inclusão da assistência odontológica em programas sociais. Em particular daqueles programas focalizados em grupos de pobreza extrema e limitados no tempo. O programa social Uruguay Trabaja, desenvolvido desde 2008 no Uruguai, tem especificamente o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de processos de integração social, através de estratégias socioeducativas para a melhoria do nível de empregabilidade de indivíduos em situação de vulnerabilidade social. Assim no UT a assistência odontológica integral assumindo que esta colabora com a integração social e melhora os níveis de empregabilidade dos participantes.

A literatura mostra que a saúde bucal melhora a qualidade de vida das pessoas, por isso a incorporação do direito à assistência integral em saúde bucal é importante em todas as instâncias em que ela possa ser oferecida; em particular porque ela não está incluída no sistema de saúde nacional e universal do Uruguai.

O que este trabalho problematiza é se os programas sociais (em particular os delimitados no tempo), são o espaço sociopolítico no qual a assistência odontológica integral deve ser inserida, ou se para garantir sua continuidade como direito cidadão ela deve inserir-se no Sistema Nacional Integrado de Saúde.

Estas reflexões têm sido geradas pela evidência de que uma terceira parte dos participantes que iniciam o tratamento odontológico não o finaliza, quando, *a priori*, parecem estar resolvidos os principais motivos de absenteísmo e de “não utilização dos serviços” assinalados na literatura. De fato, o programa por intermédio do acompanhamento “corpo a corpo” dos assistentes das organizações sociais tornam o abandono ao tratamento odontológico por esquecimento quase impossível. O Programa é exitoso para dois terços dos participantes no que se refere ao benefício da assistência odontológica. Entretanto, não resolve a situação de saúde bucal da terça parte dos indivíduos que, de acordo com os assistentes, são os que também apresentam maior dificuldade de inserção no programa em geral.

Analisar o abandono ao tratamento odontológico a partir do relato dos sujeitos participantes e dos assistentes que os acompanham na proposta do programa UT de melhorar sua inserção social foi um dos interesses centrais desta pesquisa.



Os resultados apontam a complexidade do fenômeno do abandono, determinado por questões estruturais da situação de pobreza e relacionado a aspectos inerentes à organização do programa Uruguay Trabaja, bem como aos serviços de saúde e profissionais que nele atuam.

Os esforços despendidos durante o período de vigência do programa esbarram em sua própria organização, uma vez que a assistência odontológica deve ser realizada no tempo livre dos sujeitos. Trata-se de um processo que exige uma reestruturação das coordenadas do tempo e do espaço das vidas dos protagonistas orientadas cotidianamente por estratégias de sobrevivência. A assistência odontológica programada acaba competindo com o cuidado familiar e os trabalhos informais em grupos populacionais que costumam ter só vínculos pontuais e breves como os serviços de saúde e os dentistas. Deste modo, as restrições colocam-se como dependentes da lógica da sobrevivência e do curto tempo que os assistentes dispõem para orientar o desenvolvimento de novos projetos de vida.

Por outro lado, o tipo de assistência odontológica integral, programada e reabilitadora oferecida aos integrantes do programa exige um reposicionamento dos profissionais da odontologia, considerando que essa não é habitualmente oferecida à população em geral. Dessa forma, eles não conseguem criar vínculos suficientemente fortes com os usuários, levando a que os participantes não os reconheçam como os cuidadores a eles destinados. Profissionais que não desenvolvem o novo papel esperado, e acabam reproduzindo modelos de relacionamento moralistas e partenaristas, em desacordo com a legislação atual pautada nos princípios dos direitos da cidadania e da bioética, levam a sucessivas faltas, culminando no abandono do tratamento.inalmente, e mais importante, a estrutura social, que se manifesta no *habitus* dos participantes, de acordo com o qual a assistência odontológica integral e reabilitadora não está incorporada na sua vida cotidiana.

Mudar em nove meses uma história de práticas em saúde bucal não é simples e pode não ser o foco de interesse quando a falta de proteção social é tão forte e a assistência proposta não é um direito cidadão, mas uma oportunidade temporária.

Adicione-se a esta restrição o fato de que esse tipo de atenção odontológica não integrou no passado nem passou a integrar no presente o Sistema de Saúde. Assim, uma vez finalizado o programa, os indivíduos participantes não terão continuidade à atenção em saúde bucal integral gratuita, sendo a única opção possível a odontologia de mercado.

Os programas sociais temporais focalizados em indivíduos em situação de extrema pobreza podem tentar e em alguns casos conseguir resolver as necessidades não atendidas em saúde bucal. Entretanto, ficam evidentes as suas limitações ao oferecer um direito temporário à assistência odontológica sem criar elos com um Sistema Nacional de Saúde. No caso do Uruguai, o próprio Sistema constituído apresenta várias exceções que não permitem a garantia do direito à saúde bucal integral, o que afeta principalmente a população em maior situação de vulnerabilidade social como a dos participantes do Programa Uruguay Trabaja. Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de se criar uma conexão entre programas assistenciais e o Sistema de Saúde que garantam o direito à assistência em saúde bucal integral aos cidadãos. Este é um dos desafios apresentados neste trabalho a serem resolvidos pelo Estado Uruguaio.

## REFERÊNCIAS

- ABADIA BARRERO, C. E. Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. **Acta Bioethica**, Santiago, v.12, n.1, p.9-22, ene. 2006.
- ABRAHAMSSON, K.H.; BERGGREN U.; HALLBERG L; CARLSSON, S.G. Dental phobic patients' view of dental anxiety and experiences in dental care: a qualitative study. **Scand J Caring Sci**. 16, p. 188–196, 2002.
- AGUDELO SUAREZ, A. *et al.* Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para La poblacion adulta mayor. **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, Bogota. v.13, n.27, p. 181-199, 2014.
- ALMEIDA, G.L.; GARCIA, L.F.R.; ALMEIDA, T.L.; BITTAR, T.O.; PEREIRA, A.C. Estudo do perfil sócio-econômico dos pacientes e os motivos que os levaram a faltar em consultas odonto lógicas na estratégia de saúde da família em uma distrital de Ribeirão Preto /SP **Cienc Odontol Bras**, Brasilia, vol.12 n.1, p. 77-86, jan./mar. 2009.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J. O Planejamento de Pesquisas Qualitativas. In: ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 4. reimpr. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004. p. 147-178.
- ANTUNES, J.L.; NARVAI, P.C.; NUGENT, Z.J . Measuring inequalities in the distribution of dental caries. **Community Dent Oral Epidemiology**, Copenhagen, v.32, n.1, p 41-48, feb. 2004.
- ARAÚJO, C. *et al.* Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n., p.1063-1072, mai. 2009.
- ASTROM, A. *et al.* Use of dental services throughout middle and early old ages. **Community Dent Oral Epidemiology**, Copenhagen v. 41, Issue 1,p.30–39, Feb. 2013.
- BALDANI, M.H. *et al.* Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. **Rev Bras Epidemiol**, Sao Paulo, v.13, n.1, p. 150-62, 2010.
- BALDANI, M.H.; FERREIRA ANTUNES J.L. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an areacovered by the Family Health Strategy. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27 Sup 2:S272-S283, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70 ed. São Paulo: Almedina, 2011.
- BARROS, A.; BERTOLDI, A. 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.

BEATON, L.; FREEMAN, R.; HUMPRIS, G. Why are people afraid of dentist? Observations and explanations. **Med Princ Pract.**, Switzerland, v. 23, p.295-301, 2014.

BEDOS, C. *et al.* The dental care pathway of welfare recipients in Quebec. **Social Science & Medicine.**, v..57, n.11, p.2089-2099, 2003.

BEDOS, C. *et al.* Perception of dental illness among persons receiving public assistance in Montreal. **Am J Public Health.** Vol. 95, p.1340-1344, 2005.

BEDOS, C.; LEVINE, A.; BRODEUR, J. How People on Social Assistance Perceive, experience and Improve Oral Health. **J Dent Res.**, v.88, n.7, p.653-657, 2009.

BEDOS, C. *et al.* Providing care to people on social assistance:how dentists in Montreal, Canada, respond to organisational, biomedical, and financial Challenges  
<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-472>BMC Health Services Research 2014, 14:472

BENACH, J.; MUNTANER, J. **Aprender a mirar la salud. Como la desigualdad daña nuestra salud.** Edit. Viejo Topo, 127p. 2005.

BENDER, A.S.; MOLINA, L.R.; MELLO, A.L.S.F. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Espaço saúde.** (online) ; 11 (2): 56-65., jun.2010. Acesso 3 setembro 2016 <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/10106>

BERTEA, *et al.* A multi-country comparison of reasons for dental non-attendance **European Journal Of Oral Sciences**, v.122, n.1. p. 62-69, 2013.

BERTEA, P.C. *et al.* Female gender is associated with dental care and dental hygiene, but not with complete dentition in the Swiss adult population. **Journal of Public Health** , v.15, n.5, p. 361-367, 2007.

BLANCO, S. *et al.* Situación epidemiológica de caries y necesidades de tratamiento de adultos en situación de exclusión social, Montevideo, Uruguay 2007. In Jornadas de la Sociedad Uruguaya de Investigación Odontológica SUIO. 2010.

BLANCO, S. Informe: Sistematización Sub-Programa Atención a la salud bucal - Programa Trabajo por Uruguay. 2009.

BLANCO, S. MANGGINI, R. Acuerdos de trabajo UT 2012. Intendencia de Montevideo. 2012.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo.** Edit. Geral. 2ed. Rio de Janeiro.1984, p.191.

BORRAZ, F.; GONZÁLEZ, N. **PANES: Focalización e Impacto.** Universidad de Montevideo. Uruguay. 2008.

BOTAZZO, C. **Saúde Bucal Coletiva. Implemetando idéias, concebendo integralidade.** Rio de Janeiro. Brasil: Editora Rubio Ltda, 2008.

BOURDIEU, P. **Cosas dichas.** Barcelona, España: Edit. Gedisa, 1993.

BOURDIEU, P. **El sentido practico.** Madrid: Taurus, 1991

BOURDIEU, P. **La miseria del mundo.** Buenos Aires: FCE, 1999.

BOURDIEU, P. **Por una antropología reflexiva.** México: Grijalbo, 1995.

BREILH, J. **Epidemiologia critica. Ciencia emancipadora e interculturalidad.** Buenos Aires: Lugar Edit, 2007.

BREILH, J.. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. **Salud Colectiva**, v. 6, n.1, p.83-101, Enero-Abril. 2010 b.

BREILH, J. Las tres “S” de la determinación de la vida y el triangulo de la política. Conferencia. CEBES. 2010 a.

BRUSSINO, S. Introducción a una fundamentación de la bioética basada en los derechos humanos. Curso Bioética Clínica y Social. 2009. Disponível em <http://www.redbioetica-edu.com.ar>. Acesso em: 25 maio 2009.

CAMARGO, M.B.; DUMITH, S.; BARROS, A. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.5, n. 9, p.:1894-1906, set. 2009.

CASSOTTI E. et al. Atenção em saúde bucal no Brasil: uma análise a partir da avaliação externa do PMQ-AB. **Saúde Debate.**, v.38, especial, p.140-157, 2014

CASTEL, R. **El ascenso de las incertidumbres. Trabajo, protecciones, estatuto del individuo.** Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2010.

CASTEL, R. **La inseguridad social.** ¿Qué es estar protegido? Buenos Aires: Manantiales, 2004.

CELESTE, R.; NADANOVSKY, P.; FRITZELL, J. Trends in socioeconomic disparities in utilization of dental care in Brzil and Sweden. **Scand J Public Health.** v.39, n.6, p. 640-9, Aug.. 2011.

CHAVES, S.C.L. *et al.* Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. **Ciênc. Saúde Coletiva** Rio de Janeiro , v. 17, n. 11, p. 3115-3124, Nov. 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100027&lng=en&nrm=iso)>. access on 22 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100027>.

CHAVES, S.C.L.; CRUZ, D.N.; BARROS, S.G.; FIGUEIREDO, A.L. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.1, p.143-154, 2011.

CHAVES, S.C.L. *et al.* Política nacional de saúde bucal: fatores associados a integralidade do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n.6, p.1005-1013, Dec. 2010.

COHEN, L.K. Converting unmet need for care to effective demand. **Int Dental Journal**, v.37, p.114-116, 1987.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20 n.5, p. 1417-23, 2004.

CURTIS, B *et al.* Geographic location and indirect costs as a barrier to dental treatment: a patient perspective **Australian Dental Journal**; v.52, 4, p.271-275, 2007.

DALRI, L. Absenteísmo de pacientes nos serviços de referência de especialidades odontológicas em Florianópolis, SC. TCC. Universidade Federal de Santa Catarina. 2014.

DALY, B.; NEWTON, T.J.; BATCHELOR, P. Patterns of dental service use among homeless people using a targeted service. **J Public Health Dent**, v. 20, p. 45-51, 2009.

DE OLIVEIRA, M. A. **Representações e práticas em saúde bucal entre os Guarani Mbyá da aldeia Boa Vista no município de Ubatuba**, São Paulo. Dissertação (Mestrado). Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. 2006.

DE PALMA, P.; NORDENRAM, G. The Perceptions of Homeless People in Stockholm Concerning Oral Health and Consequences of Dental Treatment: A Qualitative Study. **Spec Care Dentist**, v., 25, n.6, p. 289-295, 2005.

DOMINGUES, S.M. **Saúde bucal e tratamento odontológico: representações sociais de mães usuárias de serviços de saúde**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto SP. 2006.

DUARTE VARGAS, A.M.; PAIXÃO, H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 10 n.4, p.1015-1024, 2005.

ESTEBAN, S. **Pesquisa Qualitativa em Educação: fundamentos e tradições.**, Porto Alegre: AMGH, 2010.

FDI. WORLD DENTAL FEDERATION. <http://www.fdiworldental.org/media/press-releases/latest-press-releases/06092016-fdi-unveils-new-universally-applicable-definition-of-%E2%80%99oral-health%E2%80%99.aspx>. Acesso 21 Novembro 2016.

- FINKLER, M. **Representações Sociais de Gestantes sobre Saúde Bucal: uma referências para repensar a assistência odontológica materno-infantil.** Dissertação Mestrado. Florianópolis / SC, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.
- FREEMAN R. A psychodynamic understanding of the dentist-patient interaction. **Br Dent J**; v.186, p. 503-6, 1999 a.
- FREEMAN, R. Barriers to accessing and accepting dental care. **Br Dent J**; v.187, p. 81-4, 1999 c
- FREEMAN, R. Barriers to accessing dental care: dental health professionals factors. **Br Dent J**; v. 187, p. 197-200,1999 e.
- FREEMAN, R. Barriers to accessing dental care: patient factors. **Br Dent J**; v. 187, p.141-4,1999 d.
- FREEMAN, R. The determinants of dental health attitudes and behaviour. **Br Dent J**; v. 187, n., p. 15-8, 1999 b.
- GARRAFA, V. **Bioética de la intervención.** Curso Bioética Clínica y Social. 2009. Disponível em: <http://www.redbioetica-edu.com.ar>. Acesso em: 31 jul. 2009
- GEORGE, A.; RUBIN, G. Non-attendance in general practice: a systematic review and its implications for access to primary health care. **Family Practice**, v.20, n. 2 © Oxford University Press .2003. Acesso 13 dez 2012. [www.fampra.oupjournals.org](http://www.fampra.oupjournals.org)
- GOFFMAN, E. **Estigma. La identidad deteriorada.** Bs. As: Ed. Amorrortu, 2001.
- GOFFMAN, E. **La presentación de la persona de la vida cotidiana.** Bs. As. Ed. Amorrortu, 1981.
- HARFORD, J.E.; ELLERSHAW, A.C.; SPENCER, A.J. Trends in access to dental care among Australian adults 1994-2008. Dental statistics and research series no. 55. Australian Institute of Health and Welfare.2011.
- HILL, K.B. *et al.* Adult dental health survey 2009: relations between dental attendance patterns, oral health behavior and the current barriers to dental care. **Br Dent J.**, v. 214, n.1, p. 25-32, Jan. 2013.
- HJERN, A. *et al.* Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v.29, p.167-74, 2001.
- HONNETH, A. **La lucha por el reconocimiento.** Barcelona: Critica. Grijalbo Mondadori, 1997.  
<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/2056/000313603.pdf?sequence=1>
- IM. Intendencia de Montevideo. **Informe anual SAS.** Unidad Central de informacion. 2009

IM. Intendencia de Montevideo. **Informe anual SAS**. Unidad Central de informacion. 2010

IM. Intendencia de Montevideo. **Informe anual SAS**. Unidad Central de informacion. 2011

INE. **Encuesta Continua de Hogares Ampliada**. Modulo Salud.2006

[http://www.ine.gub.uy/enha2006/Modulo\\_salud\\_versi%F3n\\_final.pdf](http://www.ine.gub.uy/enha2006/Modulo_salud_versi%F3n_final.pdf) Encuesta

Intendencia Municipal de Montevideo. Informe estadistico anual. UCI-SAS. 2009. Aceso em: 12 mar. 2011.

JANDREY, C.M.; DREHMER, T.M. Absentismo no atendimento clínico-odontológico: o caso do Modulo de Serviço Cmunitário (MSC) do Centro de Pesquisas em Odontologia Social (CPOS) – UFRGS. Resumo Dissertação Mestrado. PPG Odontologia. 1999.

KATZMAN, R. La heterogeneidad social de la pobreza. El caso de Montevideo. **Revista de la CEPAL**. Santiago de Chile, N°37, p.141-152, 1989.

KATZMAN, R., (Coord.) **Activos y Estructuras de Oportunidades**. Estudios sobre las raíces de la vulnerabilidad social. PNUD-CEPAL, 1999.

KATZMAN, R. Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos. **Revista de la CEPAL**, v.75, p. 171-189. Diciembre. 2001.

KIKWILU, E.N.*et al.* Barriers to restorative care as perceived by dental patients attending government hospitals in Tanzania. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 37, p. 35–44, 2009.

KING, T.B; GIBSON, G. Oral health needs and access to dental care of homeless adults in the United States: a review. **Spec Care Dentist.**, v. 23, n.4, p.143-147, 2003.

KIYAK, H.A. Age and culture: influences on oral health behavior. **International Dental Journal.**, v.43, p 9-16, 1993.

LAHTI S. M.; HAUSEN H. W.; VASKILAMPI T The perceptions of users about barriers to the use of free systematic oral care among Finnish pre-school children - a qualitative study.: **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 57, n. 3, p. 139-143, August.1999.

LOCKER, D. Deprivation and oral health: a review. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v. 28, n.3, p.161-9, Jun. 2000.

LOCKER, D. Oral health and quality of life. **Oral Health Prev Dent.**, v. 2 Suppl 1, p.247-53, 2004.

LOIGNON, C. Providing Humanistic Care:Dentists' Experiences in Deprived Areas. **J Dent Res.**, v. 89, n.9, p.991-995, 2010.

MACEK, M.D. *et al.* Dental visits among older U.S. adults, 1999: the roles of dentition status and cost. **J Am Dent Assoc.**, v. 135, n.8, p.1154-62, 2004.



MACHADO, L.P. *et al.* . Uso regular de serviços odontológicos entre adultos e idosos em região vulnerável no sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública** São Paulo, v. 46, n. 3, p. 526-533, June 2012.

MARTINS, A.M.E. *et al.* . Uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros: Projeto SB Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n.7, p. 1651-1666, 2008.

MARTINS, E . Saúde bucal, uma necessidade socialmente construída; um estudo da experiência da Clínica Odontológica São Geraldo. Belo Horizonte. Faculdade de Educação da UFMG,1993. 191p. Dissertação. /Mestrado) FAE-UFMG.<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/FAEC-86PMFQ>

MAX NEEF, M. **Desarrollo a escala humana**.Uruguay: Edit. Nordan,1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL. “Ejes estratégicos 2011, Relanzamiento del Plan de Equidad, MIDES. Disponível em: [http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/11329/1/Ejes\\_Estrat%E9gicos\\_2011%20\(1\).pdf](http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/11329/1/Ejes_Estrat%E9gicos_2011%20(1).pdf). Acesso em 1 fev, 2012.

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL. Del vientre de los sueños nace la realidad. Sistematización Programa Trabajo por Uruguay 2005-2007, Publicación MIDES. 2007.

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL. Programa Uruguay Trabaja, Dirección de Trabajo Ciudadano, Publicación MIDES. 2009.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, 2005-2009. Uruguay. 2010.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. JUNASA.2008 **Decreto 468/2008**. Disponível em: [.http://www.msp.gub.uy/ucjunasa\\_2227\\_1.html](http://www.msp.gub.uy/ucjunasa_2227_1.html). Aceso em: marco 2012.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. **Programa Nacional de Salud Bucal. Uruguay**. MSP. 2007.

MIRANDA, C.D.B.C.; PERES, M.A. Determinantes da utilização de serviços odontológicos entre adultos: um estudo de base populacional em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2319-2332, Nov. 2013.

MORAES, R. E.; GALIAZZI, M.C. **Análise textual discursiva**. Ijuí: Editora UNIJUÍ. 2007.

MOREIRA, R.D. *et al.* . A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.21, n.6, p 1665-1675, 2005.

MUIRHEAD, V.E. *et al.* Predictors of dental care utilization among working por Canadians. **Community Dent Oral Epidemiology**, v. 37, p. 199-208, 2009.

NARVAI, PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, p. 141-147, Aug. 2006 .

NGUYEN, L.; HAKKINEN, U.; ROSENQVIST, G. Determinant of dental service among adults-the case of Finland. **Health Care Manag Sci.**, v. 8, n.4, p.335-45, Nov. 2005

ORTÍ, A. “La apertura y el enfoque cualitativo o estructural, la entrevista abierta y la discusión de grupo” (págs.153-185), In: García Ferrando, M - Ibáñez, J. - Alvira, F (comps.) **El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación social**, Alianza, 2da. edición Ampliada, Madrid. 1986.

PALÈNCIA, L. *et al.* Socioeconomic inequalities in the use of dental care services in Europe: what is the role of public coverage? **Community Dent Oral Epidemiol**, v.42, n.2, p.97-105, Apr. 2014.

PARKER, E.J. *et al.* Self reported oral helath of a metropolitan homeless population in Australia: comparisons with populational data. **Australian Dental Research**. v. 56, p.272-277, 2011.

PATEL,R.. The state of oral health in Europe. Report Commissioned by the platform of better oral health in Europe. 2012 <http://www.oralhealthplatform.eu/wp-content/uploads/2015/09/Report-the-State-of-Oral-Health-in-Europe.pdf>

PAVI, E.; KAY, E.J.; STEPHEN, K.W, The effect of social and personal factors on the utilisaton of dental services in Glasgow, Scotland. **Community Dental Health.**, v. 12, p.208-215, August 1995.

PEGON-MACHAT, E. *et al.* Dentists' experience with low-income patients benefiting from a public insurance program. **European Journal of Oral Sciences**, v 117, n.4, p.398-406, August 2009.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, J.W. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. **Medical Care**, v.19, n.2, p.127–40, 1981.

PEREIRA, C.R.D.S. *et al.* Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.5, p.985-996, mai, 2009.

PEREZ, K. *et al.* Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. **Rev Saúde Pública**. v. 46, n. 2, p. 250-8, 2012.

PETERSEN, P.E. The world oral Health Report 2003: continuous improvement of oral in the 21st century – the approach of the WHO Global oral health programme. **Community Dental Oral Epidemiol**, v.31, Suppl. 1, p. 3-23, 2003.

PINTO, R.D.A S.; MATOS, D.L.; DE LOYOLA FILHO, A.I. Characteristics associated with the use of dental services by the adult Brazilian population **Cien Saude Colet.**, v.17, n.2, p.:531-44, Feb. 2012.

PINTO ROCHA, R.A.C.; ANGEIRAS DE GOES, P.S. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.12, p.2871-2880, dez, 2008.

POHJOLA, V. *et al.* Age –specific association between dental fear and dental condition among adults in Finland. **Acta Odontol Scand.**, v.66, n.5, p.278-85, Oct. 2008.

POURAT, N.; ANDERSEN, R.M.; MARCUS, M. assessing the contribution of the dental care delivery system to oral health care disparities. **J Public Helth Dent.**, v.75, n.1, p. 1-9, Winter. 2015.

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA Plan de equidad., Uruguay. 2008. Disponível em: [http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/913/1/plan\\_equidad\\_def.pdf](http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/913/1/plan_equidad_def.pdf) . Acesso em: 3 Maio. 2009.

RAMALHO DE ALBUQUERQUE OM, ABEGG C, SORIANO C. Percepção de gestantes do Programa Saúde da família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saude Pública, Rio de Janeiro**, 20v.3, p. 789-796, 2004.

RAMBLA, X. Los instrumentos de la lucha contra la pobreza: una revisión de dos tesis sociológicas sobre las estrategias de focalización y activación. **Revista Argentina de Sociología**. Bs. As, v. 3, n 5, p. 135-155, 2005.

ROCHA, C.; BERCHT, B.S. Estudo do abandono do tratamento odontológico em um serviço público de Porto Alegre: O Centro de saúde Murialdo. **Rev Fac Odontol Porto Alegre**, v. 42, n.2, p. 25-31, dez. 2000.

SAFORCADA, E; **Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención en salud**. Buenos Aires: Paidós, 1999.

SANABRIA-CASTELLANOS, C.M.; SUÁREZ-ROBLES, M.A.; ESTRADA-MONTOYA, J.H. Relación entre determinantes socioeconómicos, cobertura en salud y caries dental en veinte países. **Rev. Gerenc. Polít. Salud.**, v.14, n.28, p.161-189, 2015.

SEN, A. ¿Por que la equidad en salud? **Rev. Panam. Salud Publica**.v. 11(5/6), p.302-309, 2002.

SHEIHAM, A. *et al.* Global oral health inequalities: task group implementation and delivery of oral health strategies. **Adv. Dent. Res.**, v.23, n.2, p. 259-67, May. 2011.

SHEIHAM, A. Oral health, general health and quality of life. **Bull World Health Organ**. 2005, vol.83, n.9: 644. Published online September 30. 2005.

SILVEIRA DE ARAÚJO, C. *et al.* Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.5, p.1063-1072, mai. 2009.

SKARET, E. *et al.* Factors related to missed and cancelled dental appointments among adolescents in Norway. **Eur J Oral Sci.**, v.108, n.3, p.175-83, Jun. 2000.

SKARET, E., *et al.* Gender-based differences in factors related to non-utilization of dental care in young Norwegians. A longitudinal study. **Eur J Oral Sci.**, v. 111, p.377–382, 2003.

SLACK-SMITH LM. *et al.* Oral health and access to dental care: a qualitative investigation among older people in the community. **Gerodontology.**, v. 27, n.2, p.104-13, Jun. 2010.

SLACK-SMITH LM, *et al.* Demographic, health and lifestyle factors associated with dental service attendance by young adults. **Australian Dental Journal.**, v.52, n.3, p.205-209, 2007.

SOBRINO PINHEIRO, R.; GUILLEN DE TORRES T. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.4, p.999-1010, 2006.

STEFANELLO, J. **Representação social de mulheres/mães sobre as práticas alimentares de crianças menores de um ano.** Tese. Doutorado. Enfermagem em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2008.

TCHICAYA, A.; LORENTZ, N. Socioeconomic inequalities in the non-use of dental care in Europe. **Int J Equity Health.** 13: 7. Published online 2014 Jan 29. doi: 10.1186/1475-9276-13-72014

TEALDI, J.C. **Bioética y salud pública.** Material complementario del Módulo IV. Curso Bioética Clínica y Social. 2009. Disponível em: <http://www.redbioetica-edu.com.ar>, Acesso em: 6 fev. 2010.

TICKLE, M. Revolution in the provision of dental services in the UK. **Community Dent Oral Epidemiology.**, v.40, suppl. 2, p.110-6, Oct. 2012.

TINOS, A.M.F.G.; SALES-PERES S.H.C.; RODRIGUES, L.C.R. Acesso da população idosa aos serviços de Saúde bucal: uma revisão. **RFO.** Passo fundo. v.18, n.3, p.351-360, 2013.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro. v. 20 Sup. 2, p. S190-S198, 2004.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 3.ed., Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. 19 de octubre de 2005, Disponível em: [http://www.bioeticanet.info/documentos/DecUBio\\_DHesp06.pdf](http://www.bioeticanet.info/documentos/DecUBio_DHesp06.pdf). Acesso em: 23 jun. 2009.

URUGUAY. Republica Oriental del Uruguay. Poder Legislativo. **Ley 17.930** (23/12/2005), 2005. <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp7441014.htm>

URUGUAY. Republica Oriental del Uruguay. Poder Legislativo. **Ley 18.131**(31/5/2007), 2007a <http://www0.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18131&Anchor=>

URUGUAY. Republica Oriental del Uruguay. Poder Legislativo. **Ley 18.161**(8/8/2007), 2007b <http://www0.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18161&Anchor=>

URUGUAY. Republica Oriental del Uruguay. Poder Legislativo. **Ley 18.211**(13/12/2007), 2007c <http://www0.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>

URUGUAY. Republica Oriental del Uruguay. Poder Legislativo. **Ley 18.240**(9/1/2008), 2008. <http://200.40.229.134/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18.240&Anchor=>

URUGUAY. Republica Oriental del Uruguay. Poder Legislativo. **Ley 18.516**(16/7/2009), 2009. <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp3081068.htm>

VARENNE, B. *et al.* Illness-Related Behaviour and Utilization of Oral Health Services among Adult City-Dwellers in Burkina Faso: Evidence from a Household Survey. **BMC Health Services Research** 6 (2006): 164. PMC. Web. Acesso em: 10 Sept. 2016.

VIDAL, S. **Introducción general y antecedentes**. Curso Bioética Clínica y Social. 2009. Disponível em: <http://www.redbioetica-edu.com.ar>, Acesso em; 3 mar 2009.

VIEIRA DA SILVA, L.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v.25 Sup. 2, p. S217-S226, 2009.

VIEIRA DE MELO, A.; COSTA BRAGA, C.; SOARES FORTE, F. Acessibilidade ao Serviço de Saúde Bucal na Atenção Básica: Desvelando o Absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB. **R Bras Ci Saúde**, v.15, n.3, p.309-318, 2011.

WALLACE, B.B.; MACENTEE, M.I. Access to dental care for low-income adults: perceptions of affordability, availability and acceptability. **J Community Health**, v.37, n.1, p.32-9, Feb. 2012.

WATT, R. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. **Bulletin of the World Organization**, 83, 711-718, 2005.

WATT, R.; SHEIHAM, A. Inequalities in oral health: a review of evidence and recommendations for action. **Brit Dent J.**, v. 187, n.1: 6-12, Jul. 1999.

WRIGHT, F.; LIST, P. Reforming the misión of public dental services. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v.40, Supl. 2, p.102-9, Oct., 2012.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamentos e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.