

Assistência odontológica em programas sociais para populações socialmente vulneráveis na perspectiva do programa Uruguay Trabaja

Dental care in social programs for socially vulnerable populations on the perspective of the Uruguay Trabaja program

Silvana Blanco^a

^aUniversidad de la República. Facultad de Odontología. Montevideo, Uruguay.
E-mail: silvanaodontologia@gmail.com

Carolina González Laurino^b

^bUniversidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo, Uruguay.
E-mail: carolsoc@gmail.com

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi^c

^cUniversidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia. Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde. Porto Alegre, RS, Brasil.
E-mail: ramona.fernanda@ufrgs.br

Claides Abegg^d

^dUniversidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Porto Alegre, RS, Brasil.
E-mail: claides.abegg@gmail.com

Resumo

Este trabalho discute características do subprograma da saúde bucal do programa Uruguai Trabaja (UT), em Montevideu, e identifica os tratamentos odontológicos iniciados, completados e abandonados de 2008 a 2015. Por meio de análise documental, o UT é discutido a partir de dois níveis categóricos. O primeiro refere-se ao contexto macrosocial, relacionando-se à expansão da cobertura da assistência odontológica integrada nos sistemas de proteção social, enquanto o segundo se origina da observação sistemática da assistência odontológica inserida em programas de acompanhamento social. UT é um programa social anual de nove meses de duração dirigido a pessoas de 18 a 65 anos em situação de vulnerabilidade socioeconômica e desempregadas há muito tempo. Seu propósito é melhorar a empregabilidade e a integração social dos participantes. Assistência odontológica integral é um dos benefícios do programa, a qual não é disponibilizada pelo Sistema Nacional Integrado de Saúde. Dos 2.592 tratamentos odontológicos iniciados, 941 (36,3%) não chegaram ao final. Programas focalizados como o UT, enquanto dispositivos de proteção social, devem estar articulados funcionalmente a políticas sociais universais que devem responder adequadamente as necessidades da população. A saúde bucal, nesse contexto, deve ser incluída no Sistema Nacional Integrado de Saúde do Uruguai, garantindo o direito à saúde.

Palavras-chave: Saúde Bucal; Assistência Odontológica; Política Pública; Populações Vulneráveis.

Correspondência

Silvana Blanco
Universidad de la República, Facultad de Odontología.
Gral Las Heras, 1.925. Montevideo, Uruguay. CEP 11600.

Abstract

This paper discusses the characteristics of the oral health subprogram 'Uruguay Trabaja' (UT), in Montevideo, and identifies finished, unfinished, and abandoned dental treatments from 2008 to 2015. The implementation of the UT, its characteristics, and the subprogram aimed at oral health are described through documentary analysis. The Program is conceptually discussed according to two categorical levels. The first refers to the macro-social context, related to the expansion of dental care coverage integrated into social protection systems, while the second one is based on the systematic observation of the dental care included in social programs. The UT is a nine-month social program which occurs every year for people between 18 and 65 years old, in social and economic vulnerability situations and unemployed for a long term. It aims at improving employment chances and the participants' social integration. Comprehensive dental care is one of the benefits of the program, as it is not available at the National Integrated Health System. Of the 2.592 dental treatments initiated, 941 (36,3%) were completed. Focused programs such as the UT should be articulated to universal social policies, which must adequately meet the needs of the entire population. Comprehensive dental care should be included into the National Integrated Health System, to ensure the right to oral health.

Keywords: Oral Health; Dental Care; Public Policy; Vulnerable Populations.

Introdução

A mudança na orientação política ocorrida no Uruguai em 2005 trouxe como consequência a introdução de um novo formato no delineamento e implantação de políticas e programas sociais. Uma dessas mudanças institucionais de grande relevância foi a criação do Ministério de Desenvolvimento Social (Mides), responsável por coordenar ações, planos e programas intersetoriais implementados pelo Poder Executivo a fim de garantir o pleno exercício dos direitos sociais à alimentação, educação, saúde, moradia, meio ambiente saudável, trabalho, previdência social e ausência de discriminação (Uruguay, 2005).

O Mides iniciou entre 2005 e 2007 o Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (Panés), e a partir de 2008 o Plan de Equidad. Tais políticas propõem assegurar o pleno exercício dos direitos de cidadania a todos os uruguaios e, de modo especial, àqueles que se encontram numa situação de vulnerabilidade socioeconômica (Midaglia; Antia, 2011). Como parte desse processo, constituiu-se o programa Uruguay Trabaja (UT), direcionado para adultos economicamente ativos, desempregados por um período não inferior a dois anos e que integrem domicílios em situação de vulnerabilidade socioeconômica (acesso ao saneamento, condições de moradia e superlotação, disponibilidade de água potável, iluminação elétrica, eletrodomésticos e educação) (Uruguay, 2011).

A partir de 2014, o UT passa a incorporar cotas de ingresso para indivíduos de ascendência africana (8%), com necessidades especiais (4%), transexuais (2%) e um percentual de 6% para pessoas que enfrentam problemas de consumo de substâncias psicoativas, vítimas de violência doméstica, privadas de liberdade e envolvidas em outros programas prioritários (Uruguay, 2015).

Como um dos pressupostos do UT é facilitar o acesso a serviços públicos e comunitários de atenção à saúde (Uruguay, 2009), constituiu-se o subprograma de Atención a la Salud Bucal para oferecer assistência integral à saúde bucal a seus participantes.

Apesar dos avanços conquistados no setor saúde a partir de 2007, com a definição do Sistema Nacional Integrado de Saúde (Uruguay, 2010), a oferta de serviços odontológicos seguiu praticamente a mesma que existia antes da reforma sanitária e

que constava da normativa anterior do Ministério de Saúde (Portaria 48/1983, ampliada em 1987) (Uruguay, 2008a).

Estudos nacionais revelam uma situação de saúde bucal ainda precária nos adultos e idosos uruguaios. A assistência odontológica aparece fortemente ligada ao nível socioeconômico dos indivíduos, tendo-se observado que o acesso ao dentista aumenta com a renda e a escolaridade (Álvarez et al., 2015; INE, 2007; Laguzzi et al., 2016). A oferta de serviços odontológicos limita-se a consultas, procedimentos preventivos (educação em saúde, selantes, aplicação de flúor, remineralizantes e cariostáticos), terapia periodontal básica, restaurações de amálgamas e resina, extrações, cirurgia e diagnóstico por imagem (Uruguay, 2010). A abrangência da assistência odontológica oferecida aos participantes do UT é mais ampla, constituindo-se numa oportunidade importante de cuidado em saúde bucal (Uruguay, 2008a).

O presente estudo teve os objetivos de: (1) descrever e discutir características do subprograma da saúde bucal do programa UT; (2) identificar os tratamentos odontológicos iniciados e completados ou não, no período de 2008 a 2015.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo sobre a implementação do Programa Uruguay Trabaja, suas características e, em especial, seu subprograma voltado à saúde bucal. Foram analisados os seguintes documentos: *Programa Uruguay Trabaja. Edición 2009. Resultados Evaluación. Informe Final* (Uruguay, 2011); *Informe final de Seguimiento. Documento de Trabajo nº 18* (Uruguay, 2013); *Ley 18.240/2007 Creación UT* (Uruguay, 2009).

Examinaram-se, ainda, as informações dos participantes que receberam assistência odontológica no período de 2008 a 2015. Variáveis demográficas, como sexo e idade, foram obtidas dos prontuários dos participantes. Já os dados sobre o abandono dos tratamentos odontológicos e as condições clínicas de saúde bucal foram consultadas nos relatórios elaborados pelos cirurgiões-dentistas que realizaram a atenção odontológica dos participantes. Como critérios de inclusão, foram analisados prontuários de participantes do programa UT que aderiram ao subprograma voltado à saúde bucal de

2008 a 2015 e cujos prontuários estavam corretamente preenchidos. Prontuários parcialmente preenchidos ou com informações inconsistentes foram excluídos. Esses mesmos critérios (período de 2008 a 2015 e preenchimento adequado) foram aplicados aos relatórios incluídos na pesquisa.

Os dados foram analisados pela estatística descritiva (frequência e percentual) com o auxílio do Programa R para plataforma Windows, software livre para computação estatística e construção de gráficos, 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. O segundo se originou da **observação da assistência odontológica** inserida em programas de acompanhamento social, como o programa UT. Considerando-se esses dois níveis, foram constituídas duas categorias de análise, as quais estão apresentadas nos resultados: contexto do programa UT, relacionada ao primeiro nível categórico; e saúde bucal no programa UT, referida ao segundo nível categórico.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidad de La República (Udelar), Uruguai (091900/000270/10), e no Brasil pela Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Resultados

Contexto do Programa Uruguay Trabaja

O Plano de Equidade no Uruguai incluiu o conjunto da população, reformulando o Sistema de Proteção Social e incluindo reformas como: (1) a reforma tributária; (2) a reforma da saúde; (3) revisão das políticas de emprego; (4) nova política de moradia e habitação; (5) a reforma educacional; (6) o plano nacional de igualdade de oportunidades e direitos (Uruguay, 2008b). Nele também foram inseridos componentes específicos, conformando uma Rede de Assistência e Integração Social estruturada num conjunto de medidas e estratégias de ação dirigidas a indivíduos identificados em situação de vulnerabilidade socioeconômica, entre elas, as políticas associadas ao trabalho protegido.

Como parte das políticas associadas ao trabalho protegido, foi implementado o programa UT, que tem dois objetivos principais. O primeiro é contribuir para o desenvolvimento de processos de integração social por intermédio de estratégias socioeducativas. O segundo é melhorar o nível de empregabilidade de indivíduos em condição de vulnerabilidade socioeconômica e desemprego de longo prazo (período não inferior a dois anos). A ação desenvolvida pelo UT envolve um regime de acompanhamento social para reintegrar ao mercado de trabalho indivíduos entre 18 e 65 anos. Como requisitos básicos, estes indivíduos devem ser desempregados de longo prazo, com ensino de nível médio incompleto e pertencentes a famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

Durante sua permanência no programa, os participantes se envolvem em atividades temporárias, que consistem na realização de trabalhos com valor social (nas escolas, ginásios, policlínicas), com uma carga de 24 horas semanais de tarefas operativas e seis de capacitação por um período de até nove meses. Esses participantes recebem uma retribuição de aproximadamente US\$ 112 (valor em 2016) e os benefícios da seguridade social (Uruguay, 2009).

O processo de acompanhamento social, pessoal e coletivo desenvolvido com os participantes do UT está sob a responsabilidade de Organizações da Sociedade Civil (OSC) (Uruguay, 2009). Trata-se de organizações não governamentais que oferecem assistência técnica e organizativa para capacitar grupos e comunidades, proporcionando os instrumentos necessários para que possam resolver por si mesmos os problemas e desafios que devem enfrentar. As OSC são selecionadas e contratadas a cada ano pelo Mides, observando sua capacidade institucional, a integração das equipes técnicas e a coordenação pedagógica. No acompanhamento social, incluem-se a integralidade da intervenção pessoal e coletiva para tarefas de valor comunitário pactuadas previamente com organismos públicos pertinentes. Além disso, contemplam-se estratégias de inclusão social em redes, acesso aos direitos sociais básicos e serviços públicos, participação em atividades coletivas (assembleias, plenárias e outros tipos de reuniões) que lhes permitam encarar os aspectos sociais do trabalho, de vínculo e resolução de conflitos resultantes das tarefas propostas (Uruguay, 2009).

Aproximadamente 3.000 cotas foram definidas para o programa na totalidade do país. Ao longo do tempo, o perfil sociodemográfico dos participantes tem-se mantido constante em âmbito nacional. A maioria dos participantes são mulheres, com idade entre 18 e 49 anos com ensino fundamental completo e que residem em famílias de chefia feminina (Uruguay, 2011, 2013).

Saúde bucal no Programa Uruguay Trabaja

O Ministério de Saúde do Uruguai definiu em 2007 um programa nacional de saúde bucal com o objetivo de melhorar a situação bucal da população, incorporando este componente no enfoque integral da saúde (Uruguay, 2007b). Apenas um conjunto restrito de procedimentos, entretanto, estão incluídos no Programa Integral de Atenção à Saúde (Pias). Os procedimentos fixados no Pias são de cumprimento obrigatório pelos prestadores de serviços públicos e privados integrantes do Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS). De acordo com o artigo 19 da Lei 18.211/2007 (Uruguay, 2007a), os usuários pagam um valor adicional por procedimento ao montante estabelecido pelo governo no convênio com os prestadores do serviço privado. O Pias também definiu políticas que facilitam o acesso à atenção em saúde bucal para grupos que sejam priorizados pelo Ministério da Saúde e estão previstas consultas de controle obrigatórias como, por exemplo, o exame odontológico para a caderneta de saúde do trabalhador.

A assistência odontológica no UT garante o acesso a todos os procedimentos odontológicos necessários aos seus protagonistas, incluindo reabilitações protéticas. Está contemplado o diagnóstico, a educação para a saúde, a raspagem de tártaro, as restaurações de resina composta, a endodontia de pré-molar a pré-molar, as avulsões dentárias, as próteses parciais e totais. Desde que previamente submetidos à coordenação do programa, é possível realizar outros tratamentos mais complexos.

Uma parte dos participantes do programa UT é selecionada pelo Mides em Montevideu para receber assistência odontológica nos serviços da prefeitura do município. A assistência é financiada pelo Mides por meio do pagamento de uma cota por participante.

A distribuição dos indivíduos pelos serviços de saúde acontece de acordo com a proximidade

de seu local de moradia ou trabalho, durante sua permanência no UT. As consultas são realizadas semanalmente, fora do horário de trabalho dos participantes. Durante a vigência do programa, existe uma comunicação permanente entre o dentista e os representantes das organizações sociais (assistente social, psicólogo, educador social), para dar continuidade ao processo assistencial do paciente. Desde o início do programa observa-se que um número significativo de pessoas não utiliza os serviços ou abandona o tratamento odontológico sem receber a alta.

Para conhecer o perfil epidemiológico dos participantes, em 2007 foi realizado um levantamento epidemiológico da situação de saúde bucal e necessidades de tratamento numa amostra de 308 pacientes do programa Trabajo por Uruguay (antecessor e que atendeu uma população semelhante ao do programa UT). Observou-se como resultado desse levantamento um CPOD (número de dentes cariados, perdidos e obturados) médio de 18,32, em que os componentes perdidos e obturados representavam 95% do índice. O motivo mais frequente da consulta ao dentista foi a extração dentária, e apenas 20% dos indivíduos não necessitavam de nenhum tipo de prótese dentária (Blanco et al., 2010).

De acordo com o informe de avaliação do programa Trabajo por Uruguay, o acesso aos serviços de saúde (principalmente bucal e oftalmológico) promove ganhos na autopercepção dos participantes: autoestima, autoapresentação e socialização, o que melhora as chances subjetivas (e objetivas) de inserção no mercado de trabalho. A partir dos resultados de assistência odontológica, definiu-se como a quarta meta do programa Trabajo por Uruguay que 65% dos participantes deveriam ter tratamentos odontológicos iniciados (58% de 65%) (Uruguay, 2011). Em 2011-2012 a meta fixada foi de 75%, chegando a ser alcançada em 2012 (Uruguay, 2013).

Em todo o país, dos 6.213 indivíduos participantes do programa UT que podiam receber assistência odontológica, 3.145 iniciaram o tratamento (Uruguay, 2013). Entre 2008 e 2015, 2.592 pessoas receberam assistência odontológica no programa UT nos serviços de saúde municipais de Montevideu e 941 (36,3%) abandonaram o tratamento (Tabela 1). Considera-se como completo o tratamento que o

paciente está disposto a receber durante o programa, podendo ser diferente daquele inicialmente proposto pelo profissional. A alta resulta do diálogo entre o profissional e o paciente, respeitando a autonomia deste. Por exemplo, um paciente pode decidir realizar tratamento restaurador e de extração dentária, mas não o protético.

Considera-se que o paciente abandonou o tratamento quando ele deixa de procurar o serviço, conforme registro feito após seis meses do término do programa. O percentual de abandono por ano oscilou entre o valor mínimo de correspondente ao ano 2011 (23%) e um máximo no ano 2014 (59%).

Tabela 1 – Tratamentos odontológicos concluídos (altas) e abandonados pelos participantes do Programa Uruguay Trabaja, 2008-2015

Ano	Altas n (%)	Abandonados n (%)	Total n (%)
2008	321 (70,1)	137 (29,9)	458 (100,0)
2009	271 (56,0)	213 (44,0)	484 (100,0)
2010	251 (60,3)	165 (39,7)	416 (100,0)
2011	241 (77,0)	72 (23,0)	313 (100,0)
2012	201 (66,1)	103 (33,9)	304 (100,0)
2013	163 (68,8)	74 (31,2)	237 (100,0)
2014	69 (41,0)	101 (59,0)	170 (100,0)
2015	134 (63,8)	76 (36,2)	210 (100,0)
Total	1.651 (63,7)	941 (36,3)	2.592 (100,0)

Ressalta-se que, de modo geral, o número de tratamentos concluídos e de abandonos diminuiu no período estudado por terem diminuído o número de pessoas que integram o programa pertencentes à cidade de Montevideu (incrementando-se o número de integrantes assistidos do interior do país).

Em relação às variáveis sexo e idade (Tabela 2), os dados foram agrupados em quatro faixas etárias, permitindo que se disponha de dados para 905 indivíduos que abandonaram o tratamento odontológico. Deles, a maioria era composta por mulheres (64,5%). O grupo de 25 a 34 anos foi o que teve maior percentagem de abandonos (36,5%), contrastando com o grupo de pessoas de 45 ou mais anos de idade, que alcançou o menor percentual (14,5%).

Tabela 2 – Distribuição por grupos de idade e sexo dos indivíduos que abandonaram o tratamento odontológico do Programa Uruguay Trabaja, 2008-2015

Idade (anos)	<25	25 a 34	35 a 44	45 ou +	Total
Sexo	n (%)				
Mulheres	196 (21,7)	204 (22,5)	98 (10,8)	86 (9,5)	584 (64,5)
Homens	86 (9,5)	127 (14,0)	62 (6,9)	46 (5,1)	321 (35,5)
Total	282 (31,2)	331 (36,5)	160 (17,7)	132 (14,6)	905 (100,0)

A análise das condições clínicas de saúde bucal relacionadas à cárie dentária mostrou que o valor do CPOD médio foi de 15,8 para o total de indivíduos que abandonaram o tratamento odontológico. A média do CPOD dos homens foi de 15,5 e das mulheres 16,02.

Discussão

A expansão da cobertura da assistência odontológica na população adulta no Uruguai tem sido realizada por intermédio de programas semelhantes ao UT. Diante dessa realidade, a questão da assistência odontológica pode ser abordada em duas dimensões. A primeira é constituída pela expansão da cobertura odontológica a partir de programas sociais e a segunda diz respeito à forma como a inserção da assistência odontológica ocorre em programas focalizados e limitados no tempo.

No nível macro, os programas sociais formam parte das intervenções concretas dos sistemas de proteção social que oferecem cobertura contra os riscos que podem afetar a vida dos indivíduos como a enfermidade, acidentes, velhice, empobrecimento (Castel, 2004).

Um dos componentes da proteção social é a atenção à saúde. No caso do Uruguai, o processo de reforma sanitária iniciado em 2007 reconhece a saúde como um direito, definindo um sistema universal executado por serviços públicos ou privados. Os avanços observados na assistência médica, entretanto, não tiveram paralelo na assistência odontológica no que se refere ao acesso, financiamento, tipo de procedimento ou modelo de atenção (Conill, 2004), comprometendo definitivamente o caráter de integralidade da atenção à saúde (Muntaner et al., 2011).

A relação entre a saúde e a configuração do estado de bem-estar social dos países tem sido estudada por diferentes autores (Bambra, 2007; Navarro et al., 2006). O Uruguai mantém um formato de provisão social de tipo misto, onde convivem serviços públicos e privados, gerando-se uma matriz de bem-estar e proteção social relativamente híbrida (Midaglia; Antia, 2007). No sistema saúde, em particular, é possível reconhecer a influência dos modelos organizativos dos seguros sociais, vinculados ao desenvolvimento do trabalho assalariado e financiado em torno de cotizações, e dos serviços nacionais de saúde, dada a existência de um seguro social centralizado orientado para a universalidade. Esse seguro é inspirado no modelo de bem-estar tanto dos países europeus conservadores quanto dos socialdemocratas (Setaro, 2013).

Segundo Guarnizo-Herrero et al. (2013), pouco se conhece sobre a relação entre os regimes de bem-estar e a saúde bucal. Numa análise envolvendo a saúde bucal em adultos e os regimes de bem-estar nos países europeus, foi concluído que os que possuem melhores níveis de saúde bucal são precisamente os estados de bem-estar com maior número de políticas universais redistributivas, como o modelo escandinavo. Estudo comparando dados de pesquisas nacionais do Reino Unido, Finlândia, Austrália e Alemanha, em adultos maiores de 30 anos (Sanders et al., 2009), mostrou que a amplitude da cobertura do estado de bem-estar reduz os níveis das desigualdades dos índices de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Quanto menor for o caráter universal das políticas e maior sua focalização nos pobres, maiores são as desigualdades na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. No Brasil, políticas públicas beneficiaram mais a saúde bucal de

adolescentes de condição socioeconômica mais alta, não contribuindo para a redução da desigualdade resultante de um gasto público regressivo (Celeste; Nadanovsky, 2010).

As formas de inclusão da odontologia nas políticas e nos modelos de atenção à saúde são muito diversas, apresentando diferentes respostas às políticas de saúde geral e às matrizes de estado de bem-estar dos diferentes países (Currie; Tickle; Maupomé, 2012; Holden, 2013; Locker; Maggírias; Quiñonez, 2011; Saekel, 2010; Sanabria-Castellanos; Suárez-Robles; Estrada-Montoya, 2015). A incorporação plena da odontologia nos sistemas de saúde não ocorre com frequência, mesmo em cenários como os das socialdemocracias, em que sabidamente os governos oferecem mais benefícios em matéria de assistência à saúde. Nesse ambiente, a odontologia tem se inserido como algo “excepcional” em termos de cobertura, financiamento e gestão, incluindo os sistemas de saúde de cobertura universal (Listl; Moeller; Manski, 2014).

Entre os países da América do Sul, o Brasil, com um Sistema Único de Saúde (SUS) desde a década de 90, só estabelece a Política Nacional de Saúde Bucal a partir de 2004. Nesse modelo, a saúde bucal é proposta como um direito, ainda que as desigualdades no acesso aos cuidados em saúde bucal permaneçam (Pucca Junior; Lucena; Cawahisa, 2010; Pucca Junior et al., 2009). Nos últimos anos, observam-se dois movimentos concomitantes na odontologia. O primeiro consiste no fortalecimento de políticas públicas, trazendo a saúde bucal como importante questão na agenda de prioridades em saúde. O segundo aponta para o crescimento acentuado do segmento odontológico da saúde complementar que reproduz a prática curativa e individual do setor privado (Listl; Moeller; Manski, 2014). No caso da Argentina, o sistema de saúde é misto e segmentado, sendo formado pelo subsistema de serviços públicos em que toda a população tem cobertura, pelo subsistema de seguros sociais constituído pelas “Obras Sociales” e, por fim, pelo subsistema privado, com a prática da medicina de pagamento prévio. O subsistema público desenvolve ações coletivas em saúde bucal que incluem campanhas de educação e prevenção. Os governos estaduais e municipais oferecem

serviços assistenciais diferentes dependendo das localidades consideradas. A assistência odontológica está incluída no subsistema de seguros sociais e nos beneficiários do subsistema privado com procedimentos variados, não incluindo próteses (Giovannella, 2013).

No Uruguai, a assistência à saúde bucal dos adultos é a combinação de acesso aos serviços básicos do sistema, com programas focalizados na assistência integral inseridos no bojo de programas sociais dirigidos aos setores mais vulneráveis da sociedade. Apesar de suas limitações esta opção pode ser considerada um avanço em relação à superação dos modelos assistenciais materno-infantis que historicamente orientavam a assistência à saúde.

Ampliar a assistência odontológica por meio dos programas dos sistemas de proteção social, e não na estrutura do sistema de saúde, debilita a inclusão da odontologia no sistema público de saúde. Produz-se, desse modo, a fragmentação do acesso dos usuários do setor público a partir de uma discriminação positiva e focalizada.

A opção de ampliar a oferta via programas sociais como o UT, dirigidos a atender a situações de pobreza, acaba reforçando a ideia de que a assistência odontológica é um benefício para os participantes dos programas que a recebem, não pela sua condição de cidadãos, mas pela sua situação de exclusão.

Programas focalizados procuram resolver a tensão entre o acesso igualitário e a discriminação positiva. Geram, assim, uma flexibilização no sistema de proteção ao reduzir o “coletivo protetor” que qualifica os sujeitos como usuários do setor público e os reúne em coletivos menores e instáveis, tendendo à individualização dessa proteção (Ortega; Vecinday, 2009).

Castel (2004) assinala que a individualização da proteção social tem um custo elevado, pois a discriminação positiva de grupos pode gerar a estigmatização negativa, vinculando-os à condição de beneficiários num contrato que é regressivo frente às proteções sociais universais. Além disso, ao se viabilizar o acesso à proteção social motivada por uma condição de desvantagem dos indivíduos, existe o risco de se legitimar uma prática não orientada para uma cidadania social e de continuidade de direitos.

Incluir a assistência em saúde bucal no UT é uma forma de valorizar a saúde bucal como parte do processo que busca a inclusão social dos participantes do programa no curto prazo, bem como sua integração social no longo prazo. Entretanto, oferecer acesso à assistência odontológica aos indivíduos que têm sido historicamente excluídos desta não é um processo que se possa reverter rapidamente.

Os dados da condição de saúde bucal relacionados à cárie dentária (CPOD) dos participantes do UT que abandonaram o tratamento odontológico mostraram altos níveis da patologia, apesar do acesso gratuito à assistência integral. Este resultado reforça o entendimento de que a saúde bucal, enquanto necessidade, é uma produção social. Assim sendo, está relacionada às condições sociais de vida dos indivíduos, suas tradições históricas e representações sobre o corpo e sobre o fenômeno saúde-doença. O indivíduo considera como sua necessidade aquilo que problematiza como tal, levando a que o conjunto de necessidades que o identificam esteja marcado por hábitos e normas e também pela moral social de seu tempo. A concepção do acompanhamento efetivo dos sujeitos portadores de dificuldades, destinando-se a ajudá-los a sair de sua situação de vulnerabilidade socioeconômica, é uma proposta exigente. Com frequência, procura-se modificar a conduta dos indivíduos, incentivando-os a mudar suas representações e reforçar suas motivações, como se fossem eles os principais responsáveis pela situação na qual se encontram. Haverá indivíduos que poderão inserir o cuidado com a saúde bucal no seu projeto de vida, mas exceções serão percebidas. São pessoas expostas a um contexto social semelhante que ora conseguem finalizar o processo assistencial em saúde bucal exitosamente e ora o abandonam.

Esta análise mostrou que, em determinados períodos, os resultados referentes aos tratamentos concluídos e abandonados foram numericamente similares, como nos anos de 2009 e 2014, o que expressa a necessidade de estudos que possam buscar a compreensão do fenômeno observado na perspectiva de seus participantes. Aspectos voltados ao tempo de envolvimento dos participantes nas

atividades do programa UT e tarefas relacionadas ao cuidado de suas famílias (já que a maioria são mulheres), e até ao vínculo estabelecido entre os participantes e os profissionais que atuam nos serviços públicos odontológicos podem estar associados ao abandono. Salienta-se que o abandono da assistência em saúde bucal implica aos participantes na perda de seus direitos adquiridos. UT abre uma janela de oportunidade assistencial que se fecha rapidamente para muitos participantes. Como consequência, a opção remanescente é o regime de acesso à assistência em saúde bucal disponível para a população em geral, que não inclui a integralidade da atenção de suas necessidades. Além desse, o espaço de resposta para as necessidades em saúde bucal passa a ser a odontologia de mercado, privada e liberal, para a qual a maior parte dos indivíduos não tem capacidade de pagamento.

Considerações finais

Este estudo analisou um programa social para populações vulneráveis no Uruguai, a partir do subprograma da saúde bucal, identificando tratamentos odontológicos completados e abandonados. Sua contribuição está na possibilidade de trazer para a discussão a fragilidade da inserção da assistência odontológica em políticas de proteção social baseadas em estratégias focalizadas em populações vulneráveis. A continuidade dessas estratégias pode ter como consequência uma escalada de propostas assistenciais de coletivos protetores cada vez mais restritos, que podem não resolver ou ainda reproduzir o abandono e a falta de proteção.

Incorporar a assistência odontológica integral no sistema de saúde é a única possibilidade de o Uruguai transformar a saúde bucal em direito efetivo. Programas focalizados, enquanto dispositivos de proteção social, devem estar articulados funcionalmente a políticas sociais universais que devem, como a de saúde, satisfazer adequadamente as necessidades de toda a população. Pesquisas que possam avançar na análise do programa UT, agregando a perspectiva de seus participantes, são recomendadas.

Referências

- ÁLVAREZ, L. et al. Dental caries in Uruguayan adults and elders: findings from the first Uruguayan National Oral Health Survey. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 1663-1672, 2015.
- BAMBRA, C. Going beyond the three worlds of welfare capitalism: regime theory and public health research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, London, v. 61, n. 12, p. 1098-1102, 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, 5., 2010, Montevideo. *Resumos...* Montevideo: SUIO, 2010.
- CASTEL, R. *La inseguridad social: ¿Qué es estar protegido?* Buenos Aires: Manantiales, 2004.
- CELESTE, R. K.; NADANOVSKY, P. How much of the income inequality effect can be explained by public policy? Evidence from oral health in Brazil. *Health policy*, Amsterdam, v. 97, p. 250-258, 2010.
- CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, 2004.
- CURRIE, R. B.; TICKLE, M.; MAUPOMÉ, G. Letter from America: UK and US state funded dental provision. *Community Dental Health Journal*, London, v. 29, n. 4, p. 315-320, 2012.
- GIOVANELLA, L. *Los sistemas de salud de Argentina, Brasil y Uruguay en perspectiva comparada*. Rio de Janeiro: Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud, 2013.
- GUARNIZO-HERRERO, E. et al. Oral health and welfare state regimes: a cross national analysis of european countries. *European Journal of Oral Sciences*, Copenhagen, v. 121, p. 169-175, 2013.
- HOLDEN, A. C. Justice and NHS dental treatment: is injustice rife in NHS dentistry? *British Dental Journal*, London, v. 214, n. 7, p. 335-337, 2013.
- INE - INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Encuesta Continua de Hogares Ampliada. *Los uruguayos y la salud: situación, percepciones y comportamiento*. 2007. Disponível em: <<https://bit.ly/2q4WUOy>>. Acesso em: 20 out. 2018.
- LAGUZZI, P. N. et al. Tooth loss and associated factors in elders: results from a national survey in Uruguay. *Journal of Public Health Dentistry*, Raleigh, v. 76, n. 2, p. 85-165, 2016.
- LISTL, S.; MOELLER, J.; MANSKI, R. A multi-country comparison of reasons for dental non-attendance. *European Journal of Oral Sciences*, Copenhagen, v. 122, n. 1, p. 62-69, 2014.
- LOCKER, D.; MAGGIARIAS, J.; QUIÑONEZ, C. Income, dental insurance coverage, and financial barriers to dental care among Canadian adults. *Journal of Public Health Dentistry*, Raleigh, v. 71, n. 4, p. 327-347, 2011.
- MIDAGLIA, C.; ANTIA, F. La izquierda en el gobierno: cambio o continuidad en las políticas de bienestar social? *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, Montevideo, v. 16, n. 1, p. 131-157, 2007.
- MIDAGLIA, C.; ANTIA, F. El sistema de bien estar uruguayo: entre la moderación reformista liberal y la ampliación de la responsabilidad estatal em el área de la protección social. In: IDIART, A. (Ed.). *Estado benefactor y políticas sociales: historia, implementación y reforma de programas sociales en Argentina, Chile y Uruguay*. Buenos Aires: Biblos, 2011. p. 21-48.
- MUNTANER, C. et al. Politics, welfare regimes, and population health: controversies and evidence. *Sociology of Health & Illness*, Henley on Thames, v. 33, p. 946-964, 2011.
- NAVARRO, V. et al. Politics and health outcomes. *Lancet*, London, v. 368, n. 9540, p. 1033-1037, 2006.
- ORTEGA, E.; VECINDAY, L. De las estrategias preventivistas a la gestión del riesgo: notas sobre los procesos de individualización social. *Revista Fronteras*, Montevideo, n. 5, p. 11-20, 2009.

- PUCCA JUNIOR, G. A.; LUCENA, E. H. G.; CAWAHISA, P. T. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health system. *Brazilian Oral Research*, São Paulo, v. 24, p. 26-32, 2010. Suplemento 1.
- PUCCA JUNIOR, G. A. et al. Oral health policies in Brazil. *Brazilian Oral Research*, São Paulo, v. 23, p. 9-16, 2009. Suplemento 1.
- SAEKEL, R. China's oral care system in transition: lessons to be learned from Germany. *International Journal of Oral Science*, London, v. 2, n. 3, p. 158-156, 2010.
- 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. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Bogotá, v. 14, n. 28, p. 161-189, 2015.
- SANDERS, A. E. et al. A cross national comparison of income gradients in oral health quality of life in four welfare states: application of the Korpi and Palme typology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, London, v. 63, p. 569-574, 2009.
- SETARO, M. *La economía política de la reforma del sector salud en el Uruguay, 2005-2012*. 2013. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidad de la República, Montevideo, 2013.
- URUGUAY. Ley nº 17.866, de 21 de marzo de 2005. Creación del Ministerio de Desarrollo Social. *Diario Oficial*, Montevideo, n. 26717, p. 704-A, 31 mar. 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/2CMKhQR>>. Acesso em: 13 dez. 2017.
- URUGUAY. Ley nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. *Diario Oficial*, Poder Legislativo, Montevideo, tomo 2, p. 1369, 13 dec. 2007a. Disponível em: <<https://bit.ly/2OqX6WZ>>. Acesso em: 2 maio 2018.
- URUGUAY. Ministerio de Salud Pública. *Programa Nacional de Salud Bucal*. Montevideo, 2007b.
- URUGUAY. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Dirección General de Secretaría. Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). *Catálogo de prestaciones*. Montevideo, 2008a. Disponível em: <<https://bit.ly/2CwikMd>>. Acesso em: 21 out. 2018.
- URUGUAY. Presidencia de la República. *Plan de Equidad*. Montevideo, 2008b. Disponível em: <<https://bit.ly/1sZtGhS>>. Acesso em: 3 maio 2018.
- URUGUAY. Ministerio de Desarrollo Social. *Programa Uruguay Trabaja: Dirección de Trabajo Ciudadano*. Montevideo, 2009.
- URUGUAY. Ministerio de Salud Pública. *La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, 2005-2009*. Montevideo, 2010. Disponível em: <<https://bit.ly/2CLf3tc>>. Acesso em: 10 out. 2018.
- URUGUAY. Ministerio de Desarrollo Social. Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo. División Evaluación. *Programa Uruguay Trabaja: edición 2009: resultados evaluación: informe final*. Montevideo, 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/2NGF79T>>. Acesso em: 10 out. 2018.
- URUGUAY. Ministerio de Desarrollo Social. *Programa Uruguay Trabaja: ediciones 2011 y 2012: informe final de seguimiento*. Montevideo, 2013. (Documento de Trabajo nº 18). Disponível em: <<https://bit.ly/2Nlle24>>. Acesso em: 10 out. 2018.
- URUGUAY. Ministerio de Desarrollo Social. *Programa Uruguay Trabaja: proceso de implementación de cupos sorteados y derivados: características y dificultades (2014)*. Montevideo, 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2NJeIS5>>. Acesso em: 10 out. 2018.

Contribuição das autoras

Blanco e Abegg foram responsáveis pela concepção do estudo. Todas as autoras analisaram os dados e contribuíram para a redação e revisão do artigo.

Recebido: 24/08/2018

Aprovado: 14/09/2018