



## ARTIGO ORIGINAL

# A não adesão ao atendimento odontológico de crianças em situação de vulnerabilidade

## *Non-adherence to dental care of socially vulnerable children*

Bárbara Vieira Pimentel<sup>1</sup> , Brígida Gimenez Carvalho<sup>1</sup>, Carolina Milena Domingos<sup>1</sup>, Pablo Caldarelli<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina (UEL) - Londrina (PR), Brasil.

<sup>2</sup>Departamento de Medicina Oral e Odontologia Infantil, Universidade Estadual de Londrina (UEL) - Londrina (PR), Brasil.

**Como citar:** Pimentel BV, Carvalho BG, Domingos CM, Caldarelli P. A não adesão ao atendimento odontológico de crianças em situação de vulnerabilidade. *Cad Saúde Colet*, 2021;29(3):314-321. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129030111>

### Resumo

**Introdução:** A adesão ao tratamento possui relação crucial com a iniquidade social, sendo uma das principais barreiras. **Objetivo:** Analisar os fatores relacionados à não adesão ao atendimento odontológico de crianças em situação de vulnerabilidade, segundo a percepção de uma equipe de saúde bucal. **Método:** Estudo qualitativo, por meio de entrevistas com a equipe de saúde bucal, realizado em uma Unidade Básica de Saúde da região sul do município de Londrina, Paraná, de julho a setembro de 2016, por identificação e caracterização do atendimento odontológico a crianças de 6 a 9 anos, residentes no território de abrangência. **Resultados:** Os resultados foram descritivos e analisados segundo a adesão ao tratamento, e as entrevistas foram interpretadas por meio da análise de conteúdo temática. Das 55 crianças identificadas, 30 eram faltosas, 19 eram assíduas e 6 nunca foram atendidas. Constatou-se que a concepção dos profissionais sobre a vulnerabilidade está relacionada às baixas condições socioeconômicas. Os principais fatores à não adesão foram: desvalorização da importância do cuidado, priorização de outras tarefas, questões culturais, sofrimento anterior, falta de profissionais, ausência de busca ativa e de classificação de risco e falta de integração entre os profissionais. **Conclusão:** O usuário é culpabilizado pela sua situação, e o profissional desconsidera a situação de vulnerabilidade, desresponsabilizando-se pelo cuidado integral.

**Palavras-chave:** vulnerabilidade social; adesão do paciente; equipe de cuidados de saúde; crianças; saúde bucal.

### Abstract

**Background:** Treatment adherence has a crucial relationship with social inequality, which is one of its main barriers. **Objective:** To analyze the factors related to non-adherence to dental care of socially vulnerable children according to the perception of an oral health team. **Method:** Qualitative study conducted through interviews with an oral health team in a Basic Health Unit (BHU) of the southern region of Londrina, state of Parana, Brazil, from July to September 2016 that aimed to identify and characterize the dental care of children aged 6-9 years residing in the BHU coverage territory. **Results:** The descriptive results were analyzed according to treatment adherence, and the interviews interpreted through thematic content analysis. Of the 55 children identified, 30 were often absent, 19 were assiduous, and six never attended treatment. It was verified that the professionals' understanding of vulnerability is related to low socioeconomic conditions. The main reasons for treatment non-adherence were devaluation of the importance of care, prioritization of other tasks, cultural issues, previous suffering, lack of professionals, absence of active search and risk classification, and lack of integration among professionals. **Conclusion:** The users are blamed for their situation, and the professionals disregard social vulnerability and disclaim responsibility for total care.

**Keywords:** social vulnerability; patient compliance; health care team; child; oral health.

Trabalho realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Londrina (PR), Brasil.

Correspondência: Bárbara Vieira Pimentel. E-mail: barbarapimentel\_4@hotmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Mar. 27, 2019. Aprovado em: Mar. 30, 2020



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

## INTRODUÇÃO

As ações em saúde bucal (SB) têm se consolidado progressivamente no Sistema Único de Saúde (SUS), como aponta Bulgarelli et al.<sup>1</sup>, especialmente a partir de 2002, com a inclusão da SB na Estratégia Saúde da Família. No entanto, para Peres<sup>2</sup>, esses avanços não garantiram a equidade no acesso de grupos vulneráveis, especialmente, ao tratamento de agravos em SB. Para Dias et al.<sup>3</sup>, alcançar uma melhoria dos indicadores de SB exige a adesão ao tratamento, o que se dá quando ocorre a concordância entre o comportamento do usuário e as orientações do profissional relacionadas ao tratamento odontológico.

Segundo Travassos e Martins<sup>4</sup>, a utilização do serviço de saúde é resultante da interação entre o indivíduo que procura cuidados e o profissional que os conduz. Tal interação resulta na efetividade do serviço prestado, sendo fator determinante para a adesão ao tratamento. Essa aceitação também possui relação crucial com a iniquidade social, que interfere no acesso, sendo uma das principais barreiras, coletiva e individual. Para Moreira et al.<sup>5</sup> e Fonsêca et al.<sup>6</sup>, a apropriação desigual de diversos fatores (sociais, culturais, entre outros) tem impactos consideráveis, e a SB pode ser um marcador socioeconômico e comportamental. Esse tem sido um importante tema de estudo por envolver outros comportamentos inerentes à saúde que vão além do simples cumprimento do tratamento. Carmo e Guizardi<sup>7</sup> apontam que a apropriação desigual de bens e serviços produz a vulnerabilidade, caracterizada pela condição de grupos de indivíduos que estão à margem da sociedade; são pessoas ou famílias que estão em processo de exclusão social, determinada, principalmente, por fatores socioeconômicos.

A vulnerabilidade apresenta-se em três dimensões interdependentes de determinação, como classifica Ayres et al.<sup>8</sup>: vulnerabilidade individual, social e programática. A vulnerabilidade individual refere-se ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre agravos de saúde e à capacidade de elaboração e aplicação dessas informações em sua vida prática. Já a vulnerabilidade social reflete o conjunto de fatores que determinam o acesso às informações, serviços e bens culturais, ao poder de participar de decisões políticas e às condições de moradia, educação e trabalho. Por sua vez, a vulnerabilidade programática relaciona-se às ações que o poder público, a iniciativa privada e as organizações da sociedade civil empreendem; refere-se ao grau e à qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção.

Considerando a relevância do tema e a ausência de publicações sobre a adesão de grupos vulneráveis ao tratamento odontológico, este estudo objetivou caracterizar o tratamento odontológico de crianças em condições de vulnerabilidade e compreender o motivo da não adesão à oferta na perspectiva dos profissionais.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem mista, desenvolvido em dois movimentos. O primeiro, descritivo e exploratório, com objetivo de identificar crianças em situação de vulnerabilidade inscritas em dois programas sociais e caracterizar a adesão ao tratamento odontológico, por meio de análise documental de prontuários. O segundo, de abordagem qualitativa, mediante entrevista, com o objetivo de analisar a percepção dos profissionais sobre os motivos da não adesão ao tratamento odontológico dessas crianças.

Este estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBS) da região sul do município de Londrina, Paraná, no período de julho a setembro de 2016. A área de estudo caracteriza-se por apresentar grande parcela da população na faixa etária infantojuvenil que vive em situação de vulnerabilidade, majoritariamente cadastrada em programas sociais, sendo, assim, justificada a pesquisa.

A população de estudo do primeiro movimento foi constituída por crianças na faixa etária entre 6 e 9 anos, residentes na área de abrangência da UBS, inseridas em dois programas sociais: o Programa Bolsa Família, que consiste em transferência direta de renda, beneficiando famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza, e o Projeto Sociedade Mantenedora de Assistência (SOMA), que consiste em uma forma de intervenção social desenvolvida em um Centro Educacional Infantil (CEI) da região<sup>9,10</sup>.

As informações sobre as crianças foram obtidas por meio de relatório do Programa Bolsa Família, documentado e fornecido por um agente comunitário de saúde da UBS, e da listagem de crianças matriculadas no Projeto SOMA, disponibilizada por assistente social do CEI. Os critérios de inclusão da presente pesquisa foram crianças cadastradas nos dois programas sociais, totalizando 83 crianças. Excluíram-se aquelas não residentes na área de abrangência da UBS (28). Assim, constituíram a população de estudo 55 crianças, sendo 32 atendidas pelo Projeto SOMA e 23 beneficiárias do Programa Bolsa Família. Ao realizar a análise de prontuários da clínica odontológica, descreveu-se a situação de atendimento: ativo/inativo, faltas, tratamentos e/ou abandono de tratamento, análise de odontograma, procedimentos realizados etc.

No segundo movimento, realizaram-se entrevistas individuais, baseadas em roteiro semiestruturado, conduzidas pela pesquisadora, com integrantes da equipe de SB da UBS, composta por dois cirurgiões-dentistas e três auxiliares de SB, gravadas e transcritas na íntegra. O roteiro da entrevista abordou o entendimento do entrevistado sobre a vulnerabilidade, critérios de atendimento, os motivos que contribuem para a não adesão ao tratamento odontológico dessas crianças e ainda estratégias utilizadas pela equipe para a organização do processo de trabalho, com vistas à adesão ao tratamento dessas crianças. O instrumento foi previamente testado em entrevista com outros dois profissionais da UBS.

As falas dos profissionais foram codificadas com a letra "P" (P1...P5), de forma a preservar suas identidades. As informações foram analisadas pelo método de análise de conteúdo temática, conforme explica Bardin<sup>11</sup>, da seguinte forma: pré-análise, exploração do material, ordenação e categorização dos dados, tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos resultados, a partir do referencial teórico de vulnerabilidade proposto por Ayres et al.<sup>12</sup>.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, sob o Parecer nº 1.154.455, e está de acordo com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde<sup>13</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise de prontuários apontou que 30 crianças (54,5%) apresentaram muitas faltas aos agendamentos ou abandonaram o tratamento e 6 (11%) nunca haviam sido atendidas na clínica odontológica da UBS. As demais 19 crianças estudadas (34,5%) haviam frequentado regularmente as consultas odontológicas, ou seja, possuíam uma situação de SB controlada, com ausências de cárie, controle de placa adequado e dentes hígidos.

Embora exista um aumento na utilização de serviços odontológicos em todas as camadas sociais no Brasil, essa utilização ainda é muito desigual, pois a proporção de pessoas que nunca visitaram serviços odontológicos é oito vezes maior nos mais vulneráveis, segundo Oliveira et al.<sup>14</sup>. Diante disso, reforça-se a necessidade de compreender qual entrave existe entre o serviço e o usuário, dificultando a adesão ao tratamento odontológico. De acordo com Bertolozzi et al.<sup>15</sup>, essa dificuldade não se reduz a um ato de volição pessoal, e sim constitui um processo intimamente associado à vida, dependente de uma série de intermediações do cotidiano da pessoa, da organização dos processos de trabalho em saúde e da acessibilidade em sentido amplo e integral. Portanto, a condição social tem sido enfatizada como importante determinante das condições de SB e das iniquidades em saúde.

Diante disso, de acordo com a fala dos entrevistados, emergiram três categorias que possibilitaram analisar os motivos da não adesão ao tratamento dessas crianças em situação de vulnerabilidade: condições relacionadas à criança, à família e à organização do serviço.

### Condições relacionadas à criança

De acordo com os entrevistados, as crianças que demonstraram a presença de medo, de trauma anterior ou algum sofrimento passado tiveram impacto negativo na adesão ao tratamento. Dessa forma, ao manifestar que "[...] a criança não gosta, não quer vir, porque ela já sofreu algum tipo de dor e sofrimento, ela consegue às vezes convencer os pais de não vir, [...] a criança impõe a vontade dela" (P1), esse profissional entendia que houve um convencimento

por parte da criança de não ir à consulta, impondo sua vontade aos pais. O comportamento da criança, sua relação familiar afetiva, a situação psicoemocional e as vivências e experiências ruins anteriores refletirão em seu modo de agir, ausentando-se do processo de promoção e recuperação da saúde.

Todos esses fatores estão estritamente ligados à vulnerabilidade individual, a qual compreende os aspectos biológicos, cognitivos, emocionais, atitudinais e referentes às relações sociais. Esta diz respeito ao grau e à qualidade das informações de que cada indivíduo dispõe, com capacidade de elaboração delas e aplicações na sua vida prática. Para Rodrigues e Neri<sup>16</sup>, isso é o que esclarece de forma essencial alguns comportamentos individuais.

Essa percepção não é exclusiva desses entrevistados, pois, em uma publicação de Reiners et al.<sup>17:2302</sup> sobre o tema, é verificado que a maioria dos fatores que contribuem para a “[...] não-adesão ao tratamento estão relacionados ao paciente”, ou seja “[...] tem sido conferida ao paciente a maior carga de responsabilidade pela adesão/não-adesão ao tratamento”.

### **Condições relacionadas à família**

Para os profissionais, as precárias condições socioeconômicas vividas pelas crianças e suas famílias contribuíam para que a busca do atendimento se desse somente em casos de extrema necessidade, expresso nas seguintes falas: *“Eu acho que tem a ver com a questão econômica da família. Da questão de acesso das famílias [...] da situação financeira, que acaba afetando outras áreas”* (P3); *“A parte socioeconômica inviabiliza [o atendimento odontológico] e, quando não tem mais jeito, eles procuram o serviço”* (P5).

Na percepção dos entrevistados, há também o entendimento de que a não adesão ao tratamento odontológico da criança estava relacionado aos comportamentos de sua família, entre os quais se destacaram a desvalorização da importância do cuidado, a priorização de outras tarefas/trabalho e a questão cultural. Um dos motivos cruciais manifestados pelos entrevistados foi a falta de colaboração, de interesse e de cuidado dos pais/responsáveis. Mencionaram o descaso à SB, pois *“não tem essa preocupação, [...] não dá a devida importância, acha que a SB não é importante [...]”* (P3); *“Então, normalmente não cuida nem da sua boca, provavelmente também não vai cuidar da boca do filho”* (P2).

Ainda para um profissional, a desestruturação familiar tinha influência na condição de vulnerabilidade, e essa era uma situação objetiva que, para a equipe, dificultava a continuidade do cuidado, pois:

*Não é a mãe que está cuidando, é outra pessoa; de repente tá morando com o pai, aí volta com a mãe, você perde esse contato. É a questão dessa relação familiar, as famílias estão muito desmanteladas, perde essa referência [...] acredito que dificulta o acesso.* (P1).

Outro motivo que levava à falta de adesão se referia ao horário de trabalho dos pais, pois coincidia com os horários de agendamento do atendimento odontológico. Dessa forma, *“[...] o horário que a gente agenda eles não conseguem trazer; eles marcam e não conseguem”* (P5); *“[...] que por ter outros afazeres, outras demandas, ela entende ser mais importantes do que vir aqui.”* (P3); *“Aí não traz a criança”* (P4). Ainda sobre o mesmo tema, a questão apontada pelos profissionais que interferia na adesão ao tratamento era cultural. *“Nas classes mais baixas, eles não têm aquela questão de ter que cuidar, de vir no dentista, nem no médico eles vêm, não têm um cuidado”* (P3); *“Acho que também é uma questão de cultura”* (P5).

As razões apontadas para a não adesão ao atendimento odontológico, relacionadas à família, inserem-se na dimensão da vulnerabilidade social, caracterizada por aspectos de moradia, educação, trabalho, cultura, sociais e econômicos, condições essas que, segundo Ayres et al.<sup>8</sup>, determinam as oportunidades de acesso a bens e serviços. Esses aspectos permitem compreender os comportamentos e práticas relacionados à exposição dos indivíduos, e tudo isso remete a aspectos materiais, culturais, políticos e morais, que dizem respeito à vida em sociedade. Portanto, o foco vai de encontro aos fatores contextuais que conformam a vulnerabilidade individual.

Embora, existam estratégias propostas pela gestão municipal na linha do cuidado ao público infantojuvenil para fortalecer a assistência da SB na atenção primária, ainda é necessário delinear e implementar ações intervencionistas com a rede intersetorial de proteção social da criança e do adolescente, visando garantir a atenção em SB de forma integral no território<sup>18</sup>. Também é fundamental que os trabalhadores tenham um olhar diferenciado, no sentido de compreender a influência que a vulnerabilidade social tem no comportamento dos indivíduos. Saber detectar as fragilidades e ter proatividade são ações necessárias para propor mudanças em um cenário insatisfatório, com capacidade de enfrentamento e de transformação da realidade local, regional e municipal para a promoção da SB.

### Condições relacionadas à organização do serviço

Foram manifestadas diferentes falhas na organização do serviço, na visão dos entrevistados, que ajudavam a explicar a falta de adesão dessas crianças. Foram apontados: a ausência de busca ativa, a inexistência de classificação de risco e de grupos prioritários, o agendamento demorado, a falta de compartilhamento de agenda e integração com outros profissionais e a não condicionalidade da odontologia no Programa Bolsa Família.

Os profissionais afirmaram que não havia busca ativa dos pacientes em situação de vulnerabilidade, alegando que a demanda espontânea era a que predominava: *"Hoje o que funciona? A livre demanda, né? A gente dá o agendamento, se a criança vir, vem; se não vir..."* (P1). Na fala do profissional, observa-se certa acomodação, pois *"[...] a gente espera eles virem. Não tem nada específico para uma busca desses pacientes, a gente não faz mesmo, não tem nenhuma situação de marcar, de ter um controle, não tem"* (P3). Apontou-se também que a quantidade de profissionais era insuficiente para a realização de uma busca ativa de faltosos ao serviço, o que, conseqüentemente, gerava ausência de adesão ao atendimento, ou seja, *"[...] depende de uma quantidade de profissionais, se você não tem uma quantidade suficiente para atender toda a demanda, você fica restrito pelo que é possível fazer, e nisso muitas pessoas não têm acesso"* (P1).

Outra situação foi que, para o serviço, a vulnerabilidade não era critério utilizado como parâmetro e *"[...] não há nenhum grupo, nenhum instrumento específico para essa população. Não existe critério para classificar o risco"* (P1), estratégias ou ferramentas de abordagem familiar para esses grupos nem critérios para classificação de risco. Além disso, para os profissionais, utilizar um critério de classificação de risco *"[...] não faz diferença. Acho que não valeria ter critério nenhum, acho que não"* (P4). Os entrevistados referiram que a equipe de SB, muitas vezes, não conhecia as crianças vulneráveis da área de abrangência e, algumas vezes, expressava um julgamento prévio do paciente, o que nem sempre condizia com a realidade. No entanto, reconheciam que não possuíam, efetivamente, o conhecimento do que se passava na família, já que *"[...] conhece na porta, quando a pessoa chega, só ali, muito restrito"* (P1); *"Conhece assim: ela é tal paciente, que faz barraco, a gente marca e não vem! Ou a mãe é problemática; mas conhecer o que se passa na família, acho que não"* (P2).

Uma entrevistada comentou que seu conhecimento dos casos se devia mais ao fato de ser moradora da área do que pelo próprio trabalho, pois, *"[...] por morar aqui [na área de abrangência], fico sabendo dos casos. Fico sabendo mais como moradora do que como profissional"* (P4). Ao relatar o atendimento clínico dessas crianças, um profissional manifestou sua compreensão de como, no seu trabalho, percebia a vulnerabilidade: *"Se tiver bem, o que a gente vai olhar? A situação da boca. Se tiver bem, esse outro componente [a vulnerabilidade], você acaba descartando, não é uma situação que envolve a nós"* (P1).

Isso reflete uma linha tênue no que diz respeito à organização do serviço e à proatividade do profissional em considerar a situação de vulnerabilidade das crianças atendidas. O atendimento pontual mostrou-se prioritário, e o profissional não conseguiu ter um olhar diferenciado para o aspecto sociofamiliar em que a criança estava inserida e ainda acreditava que não era uma situação que devia ser considerada no atendimento. Assim, eximiu-se de responsabilidades e manifestou que os problemas familiares eram um "distúrbio familiar": *"Olha o que é primordial e faz o que a gente tem condições de fazer. Se a criança está apresentando algum distúrbio familiar que leva ela a não escovar os dentes, a gente não olha"* (P1).

Na opinião de outro entrevistado, o atendimento de crianças em situação de vulnerabilidade era realizado, prioritariamente, por profissionais vinculados ao programa de pós-graduação inserido na UBS, “[...] porque, se não fosse a residência, isso daqui não estaria desse jeito, estaria pior, pra ser sincera” (P2). Os resultados reforçam que a odontologia ainda é exercida de forma intensamente autônoma. Trabalha-se sozinho promovendo a cura (ao menos em tese) e evidenciando-se, portanto, os componentes mecânicos da sua prática – os dentes –, que, para Fonsêca et al.<sup>19</sup>, são resultado de uma formação reiteradamente tecnicista que vigora desde o século XIX. Percebe-se nos profissionais um olhar unidirecional para a cavidade bucal, o que promove uma visão limitada do indivíduo como um todo, em uma dimensão biopsicossocial, pois

[...] ao fazer da boca uma abstração a desvincula do ser social que passa a ser tomado enquanto expressão do seu objeto e “compreendido” apenas a partir dele. O ser em sua concretude, como realidade social, com seus nexos sociais, é ignorado pela clínica odontológica<sup>20,60</sup>.

Para Bertolozzi et al.<sup>15</sup>, o cuidado constitui um desafio para os profissionais propiciarem tecnologias, dispositivos e instrumentos que apoiem a construção de práticas qualificadas, para responder às necessidades dos grupos sociais. Para Mendes<sup>21</sup>, o paciente adentra o serviço de saúde por inteiro, com suas subjetividades, conflitos e contradições, e logo se depara com barreiras no percurso da busca pelo cuidado, sendo ainda valorizada a dimensão do orgânico, da doença e da mecanização das práticas. Há, portanto, um grande obstáculo para uma satisfatória produção do cuidado em saúde que atenda esse indivíduo de forma integral, sem fragmentações.

Nessa lógica de submissão do sujeito a essa condição, as concepções apresentadas assumem um caráter pejorativo e reducionista, e seu enfrentamento pode se dar em uma perspectiva estigmatizante e de culpabilização, como nos diz Monteiro<sup>22</sup>. Quanto à demora para o agendamento, alegavam que, muitas vezes, a data para realização da consulta estava distante.

[...] também é outra parte que tem influência. Às vezes é longo [demorado] e a mãe por alguma razão pode até se esquecer. [...] são, muitas vezes, mães, vovós que não conseguem memorizar e se perdem, faltam por questão boba, besteira. A mãe mais avoada não lembra. (P1).

Já no que tange ao compartilhamento de agenda e à integração entre os diferentes profissionais da equipe de SB, os entrevistados deixaram claro que ainda era incipiente. Os casos mais vulneráveis eram trazidos por outros profissionais, não partindo da odontologia: “[...] Falta mais integração, troca de informações” (P1); “É mais comum mesmo eles [equipe de PSF da UBS] verem alguma situação lá e eles acabarem encaminhando pra gente, isso acontece mais” (P5).

No que diz respeito à equipe de SB, mostravam-se indiferentes quanto a essa procura, sem abertura. “Não é uma coisa que parte da gente, mas que vem da enfermagem, da equipe do PSF, trazem pra gente, mas do contrário, não” (P3). Foi mencionado também que o atendimento odontológico deveria constituir uma condicionalidade para o Programa Bolsa Família, pois muitas crianças só iam à UBS por causa da obrigatoriedade do Programa. Porém, em relação à consulta odontológica, a ausência desse critério acabava contribuindo, de forma significativa, para a falta de adesão ao tratamento.

Os resultados demonstram que a organização do serviço é um componente que influencia, de forma enfática, a não adesão ao atendimento odontológico de crianças em situação de vulnerabilidade e se relacionam à vulnerabilidade programática. Esta se refere, segundo Ayres et al.<sup>8</sup>, aos recursos sociais necessários para a proteção dos indivíduos de riscos à integridade e ao bem-estar físico, psicológico e social. Deste modo, percebe-se que a integralidade da atenção, equidade das ações, enfoques interdisciplinares, integração entre promoção, prevenção e assistência, compromisso e responsabilidade dos profissionais, planejamento e avaliação são componentes frágeis na organização do serviço de saúde em estudo e que reforçam o modelo biomédico hegemônico.

Segundo o mesmo autor, quando na atuação em contextos desfavoráveis, o serviço de saúde deveria ter como missão propiciar meios de superação dos indivíduos e grupos sociais, transformar reações, valores e interesses para emancipar-se de situações de vulnerabilidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, a maioria das crianças vulneráveis não apresentava adesão ao tratamento odontológico, e os motivos estavam relacionados tanto às características das crianças e seus responsáveis quanto à organização do serviço oferecido. A concepção dos profissionais e a organização do processo de trabalho da equipe, nesta pesquisa, evidenciaram pouca responsabilidade pelas crianças em situação de vulnerabilidade, demonstrando falta de motivação por parte dos profissionais para propor mudanças que promovam a adesão delas e de suas famílias ao tratamento odontológico.

Percebe-se que, mesmo com estratégias de inserção da odontologia no SUS, com equipes de SB na ESF, estas não foram suficientes para reduzir as iniquidades na utilização dos serviços odontológicos e garantir a adesão ao tratamento, uma vez que seu foco de atenção ainda não prioriza pessoas mais suscetíveis e vulneráveis. Isso suscita a discussão do real papel dos serviços de SB, já que o foco de ação parece estar centrado na doença da boca, e não na integralidade do cuidado em saúde. Para que a dimensão programática seja desenvolvida, com o intuito de reduzir iniquidades, deve-se estimular a educação permanente em saúde dos profissionais, o que os instigaria ao desenvolvimento de um trabalho mais voltado aos vulneráveis. Conhecer a realidade e o contexto social em que essa criança está inserida, e não somente a boca comprometida, é imprescindível.

Pode-se inferir que os resultados apresentados contribuem para a reflexão sobre os aspectos que interferem na adesão ao tratamento pela população em situação de vulnerabilidade, bem como repensar em que medida os processos de trabalho instituídos nas clínicas odontológicas contribuem, ou não, para que o cuidado prestado atenda aos princípios da integralidade, equidade e universalidade.

As limitações deste trabalho são inerentes aos dados secundários de preenchimento de prontuários, que podem comprometer a fidedignidade das informações. Referem-se também à dificuldade de localização de prontuários, já que muitos não foram localizados, além de os cadastros não estarem completamente atualizados.

A utilização das três dimensões de vulnerabilidade como referencial teórico pode mobilizar a construção de uma proposta de cuidado que considere as necessidades da pessoa atendida, considerando-a um ser biopsicossocial, fortemente marcada e influenciada pelo meio e impregnada de crenças, valores e comportamentos consolidados em sua individualidade.

Considera-se a necessidade de uma maior importância aos grupos sociais vulneráveis a partir da formulação e implementação de políticas públicas, de programas de desenvolvimento social e ações efetivas do Estado e da sociedade civil.

## REFERÊNCIAS

1. Bulgarelli AF, Nunes AA, Warmling CM, Hugo FN, Frichembruder K, Lemos VMA. Redes de atenção à saúde: práticas, experiências e propostas na gestão da Saúde Coletiva. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2016. 433 p.
2. Peres J No, Mendes KLC, Wada RS, Sousa MLR. Relação entre classificações de risco utilizadas para organização da demanda em saúde bucal em município de pequeno porte de São Paulo, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2017;22(6):1905-11. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.00702016>. PMID:28614510.
3. Dias AM, Cunha M, Santos A, Neves A, Pinto A, Silva A, et al. Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crônica: Revisão da Literatura. *Millenium.* 2011;40:201-19.
4. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica.* 2004;20(2 Supl. 2):S190-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>. PMID:15608933.

5. Moreira TP, Nations MK, Alves MS. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(6):1383-92. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600013>. PMID:17546329.
6. Fonsêca GS, Junqueira SR, Botazzo C, Carvalho YM, Araújo ME. A clínica do corpo sem boca. *Saude Soc*. 2016;25(4):1039-49. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902016163946>.
7. Carmo ME, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad Saude Publica*. 2018;34(3):e00101417. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00101417>. PMID:29590243.
8. Ayres JRCM, Franca I Jr, Calazans GJ, Saletti Filho HC. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa RM, Parker RG, editores. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder*. São Paulo: Ed. 34; 1999. p. 49-72.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Calendário Bolsa Família [Internet]. Brasília; 2015 [citado em 2016 jan 2]. Disponível em: <http://calendariobolsafamilia2016.org/bolsa-familia-2016/>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Serviço de convivência fortalecimento de vínculo [Internet]. Brasília; 2015 [citado em 2015 nov 13]. Disponível em: <http://mds.gov.br/assistencia-social-suas/servicos-e-programas/servicos-de-convivencia-e-fortalecimento-de-vinculos>
11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
12. Ayres JR, Paiva V, França I Jr, Gravato N, Lacerda R, Della Negra M, et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. *Am J Public Health*. 2006;96(6):1001-6. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2004.060905>. PMID:16449593.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União, Brasília*, 13 de junho de 2013.
14. Oliveira LJC, Correa MB, Nascimento GG, Goettems ML, Tarquinio SBC, Torriani DD, et al. Iniquidades em saúde bucal: Escolares beneficiários do Bolsa Família são mais vulneráveis? *Rev Saude Publica*. 2013;47(6):1039-47. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102013000901039>. PMID:24626542.
15. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF, et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(spe2):1326-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000600031>.
16. Rodrigues NO, Neri AL. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2012;17(8):2129-39. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800023>. PMID:22899153.
17. Reiners AAO, Azevedo RC, Vieira MA, Arruda AL. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Cien Saude Colet*. 2008;13(Supl. 2):2299-306. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900034>. PMID:19039413.
18. Londrina. Prefeitura Municipal. Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. Plano decenal dos direitos da criança e do adolescente de Londrina 2017-2026 [Internet]. Londrina; 2016 [citado em 2015 nov 13]. Disponível em: <http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/cmdca/2017/plano%20decenal/PLANO%20DECENAL%20ENVIADO.pdf>
19. Fonsêca GS, Junqueira SR, Botazzo C, Carvalho YM, Araujo ME. A clínica do corpo sem boca 1. *Saude Soc*. 2016;25(4):1039-49. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902016163946>.
20. Botazzo C. *Diálogos sobre a boca*. São Paulo: Hucitec; 2013.
21. Mendes VM. *As práticas corporais e a clínica ampliada: a educação física na atenção básica* [dissertação]. São Paulo: Escola de Educação Física e Esportes, Universidade de São Paulo; 2013.
22. Monteiro SRRP. O marco conceitual da vulnerabilidade social. *Soc Debate*. 2011;17(2):29-40.