

Contribuições da saúde bucal para o acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família

Contributions of the oral health for user embracement at a Family Health Unit

Arthur Igor Cruz Lima¹, Marcos Vinicius de Santana Silva²,
Juliane Kelly Fagundes Silva³, Taiana Cristine de Souza Pacheco⁴

¹Autor para correspondência. Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0001-9305-649X. arthur.igor.lima@gmail.com

²Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0002-6472-2999. drmarcossantana87@gmail.com

³Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0002-8709-9036. fagundesjuliane@yahoo.com.br

⁴Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0002-2980-9730. taiana.souza@hotmail.com

RESUMO | INTRODUÇÃO: a Estratégia de Saúde da Família tem como objetivo reorganizar a Atenção Básica de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), visando expandir, qualificar e consolidar a Atenção Primária reorganizando o processo de trabalho, ampliando a resolutividade e causando impacto positivo na saúde de indivíduos e comunidades. No Brasil, o conceito de Acolhimento atende aos requisitos básicos da estratégia em Saúde a partir da implantação da Política Nacional de Humanização, que repensa o modelo de gestão do SUS. **OBJETIVO:** Relatar a experiência das contribuições da equipe de saúde bucal para o acolhimento diário em uma Unidade de Saúde da Família (USF) em Lauro de Freitas, região metropolitana de Salvador, no estado da Bahia. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Relato de experiência baseado na vivência dos Residentes de Odontologia do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **RESULTADOS:** O acolhimento perpassa desde o acesso inicial do usuário no sistema até a resolução das suas questões de saúde. Em Saúde Bucal é uma ferramenta capaz de direcionar a organização e o planejamento das atividades garantindo o acesso da demanda espontânea, urgências e necessidades cotidianas da população. **CONCLUSÕES:** A estratégia desenvolvida para o acolhimento da demanda espontânea e consultas programáticas em odontologia, é fruto da necessidade de organizar uma demanda reprimida durante anos no Brasil. A organização efetiva do acolhimento integrado foi possível com articulação de todos os trabalhadores da USF. Adequar as diretrizes do SUS com acesso em saúde bucal é um desafio técnico e político, considerando as necessidades de saúde da população.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde bucal. Atenção primária à saúde. Acolhimento. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT | INTRODUCTION: The Family Health Strategy aims to reorganize Primary Care in accordance with Unified Health System (UHS) principles, aiming to expand, qualify and consolidate Primary Health Care by reorganizing the work process, increasing its effectiveness and having a positive impact on the health of individuals and communities. In Brazil, the “user embracement” concept meets the basic requirements of the health strategy, based on the implementation of the National Humanization Policy, which rethinks the UHS management model. **OBJECTIVE:** To report the experience of oral health team contributions to daily care at a family health unit (USF) in Lauro de Freitas, metropolitan region of Salvador, in the state of Bahia. **MATERIALS AND METHODS:** Report of experience based on the experience of the Residents of Dentistry of the Program of Multiprofessional Residency in Family Health. **RESULTS:** The host goes from the initial access of the user to the system until the resolution of their health issues. In Oral Health is a tool capable of directing the organization and planning of activities guaranteeing access to the spontaneous demand, urgencies and daily needs of the population. **CONCLUSIONS:** The strategy developed for the user embracement of spontaneous demand and programmatic consultations in dentistry is the result of the need to organize a repressed demand for years in Brazil. The effective organization of the integrated user embracement was possible with articulation of all USF workers. Adapting UHS guidelines with access to oral health is a technical and political challenge, considering the health needs of the population.

KEYWORDS: Oral health. Primary health care. User embracement. Unified Health System.

Introdução

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como objetivo principal reorganizar a Atenção Básica no Brasil de acordo com os princípios do SUS, é uma estratégia que visa expandir, qualificar e consolidar a Atenção Básica pelo fato de reorganizar o processo de trabalho, potencializando e aprofundando nas diretrizes e princípios da Atenção Básica, a fim de ampliar a resolutividade e causar impacto positivo na realidade de saúde das pessoas e comunidades¹.

A inserção da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na ESF é uma possibilidade de se criar um espaço de práticas e saberes que reorientem o processo de trabalho e a atuação da saúde bucal nos serviços de saúde. Isso exige que a equipe de trabalho possua uma interação com os usuários e ao mesmo tempo participe da gestão dos serviços para que as demandas da população sejam atendidas com maior resolutividade, ampliando acesso às ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde bucal, através de medidas coletivas e individuais¹.

No Brasil, o conceito de acolhimento atende aos requisitos básicos da estratégia em Saúde a partir da implantação da Política Nacional de Humanização (PNH), que repensa o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). O acolhimento perpassa desde o acesso inicial do usuário no sistema até a resolução das suas questões de saúde, e por conta dessa ampla demanda, pode resultar em uma reorganização do serviço tendo assim maior resolutividade das necessidades dos usuários².

O acolhimento traz uma reflexão sobre os processos de trabalho em saúde, que estabelece uma relação concreta e de confiança entre o usuário e os profissionais, sendo que essa reflexão é guiada pelo SUS¹. É uma ferramenta que apoia a qualificação do sistema de saúde, possibilitando um acesso mais humanizado, justo e integral^{3,4}.

O ato de acolher pode acontecer em todos os espaços do serviço e pode ser realizado por todos os profissionais. A sua execução avalia a necessidade

de intervenções imediatas, identifica vulnerabilidades individuais ou coletivas, organiza o acesso dos usuários e os direciona para o serviço que melhor atenda suas reais necessidades^{5,6}.

Na perspectiva do cuidado integral em saúde, acolhimento articula-se intimamente com acesso e implantação de práticas nos serviços de saúde que buscam a resolutividade⁷. Em cada localidade essa prática de cuidado apresenta singularidades, considerando os modos de viver, de agir e as condições socioeconômicas de cada usuário⁸.

Diante disso, o acolhimento em saúde bucal torna-se uma ferramenta capaz de direcionar a organização e o planejamento das atividades no Sistema Único de Saúde, sendo mais eficiente, produtivo e uma forma otimizadora da gestão. Deve ser organizado com o objetivo de acolher a demanda espontânea, os casos de urgência e dar resolutividade às necessidades da população⁶.

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência das contribuições da equipe de saúde bucal para o acolhimento diário em uma Unidade de Saúde da Família (USF) em Lauro de Freitas, região metropolitana de Salvador, no estado da Bahia.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, produzido a partir da experiência de implantação do acolhimento desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família (USF) em um município da região metropolitana de Salvador, com equipe composta por servidores, trabalhadores contratados pelo município e profissionais de uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Relato de Experiência e Discussão

A Residência de Medicina de Família e Comunidade juntamente com a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (FESF-SUS/FIOCRUZ) foi inserida na

USF São Judas Tadeu, localizada em Lauro de Freitas, região metropolitana de Salvador, em março de 2017 com o intuito de provocar avanços e fortalecimento na Atenção Primária à Saúde (APS) e melhoria da qualidade de vida da população. A USF São Judas Tadeu passou por um processo de transição de uma sede antiga para uma USF nova, onde neste tempo permaneceu por volta de nove meses sem funcionamento para os usuários. Com a chegada da equipe da residência, foi construído juntamente com a equipe pedagógica, residentes e servidores ações de cuidado na USF, assim como o seu modelo de gestão, processos de trabalho, formação e educação permanente. A equipe pedagógica do programa de residência é formada por preceptores, apoiadores de núcleo e campo. É um programa de residência formado por uma equipe multiprofissional, onde estão inseridos fisioterapeutas, cirurgiões-dentistas, médicos, nutricionistas, enfermeiras e profissionais de educação física.

O acolhimento foi um dos processos discutidos a fim de ser implantado na unidade com o objetivo de se obter um espaço reservado para escuta qualificada, identificação das necessidades de saúde da comunidade, avaliação de riscos, vulnerabilidades e eliminação do sistema de fichas. Enxergou-se essa necessidade, visto que anteriormente a escuta era realizada predominantemente em consultas agendadas. Warmling considera que a centralidade no acolhimento da demanda de quem procura por atendimento odontológico e a insuficiência de equipe de saúde para atender a demanda geram sobrecarga de trabalho. O acolhimento é posto como uma forma de se organizar o processo de trabalho na ESF, lidando com as situações de demanda espontânea, sem que esta ocupe o tempo reservado e necessário para a construção do cuidado longitudinal da demanda programada na USF, contribuindo assim para o estabelecimento de vínculos⁹.

Foram realizadas discussões em espaços pedagógicos sobre o acesso e acessibilidade na USF e realizada análise situacional utilizando dados secundários do sistema de informação da Atenção Básica e Plano Municipal de Saúde do período 2014-2017. Além disso, foram consultadas revisões de literatura e experiências profissionais dos trabalhadores sobre classificação de risco e escolha das estratégias em reuniões

de unidade/equipe, para que o profissional do dia do acolhimento - profissional graduado na área da saúde que fica disponível em determinado dia na semana para escuta qualificada inicial dos usuários na USF, há um rodízio que contempla essa atividade na agenda de todos os profissionais - pudesse classificar o paciente priorizando aqueles casos que deveriam ser atendidos no dia ou agendados.

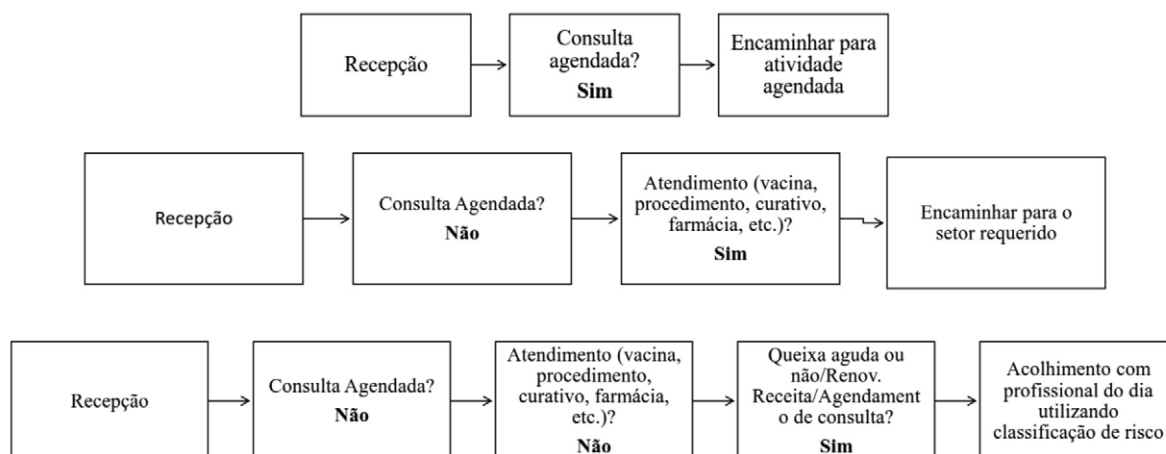
O conceito de acesso é complexo e, em muitos casos, é utilizado de forma imprecisa na sua relação com os serviços de saúde. O seu significado é variado dentre os autores e em alguns momentos esse termo é utilizado como sinônimo de acessibilidade⁵.

De acordo com Donabedian¹⁰ acesso e acessibilidade quando relacionados a serviços de saúde, possuem significados semelhantes. O conceito diz respeito à capacidade de se obter cuidados de saúde, de modo simples e conveniente. Para o autor, a acessibilidade é pautada em dois contextos: geográfico e sócio organizacional. O primeiro está relacionado à distância e ao tempo de locomoção dos usuários até o serviço de saúde. O segundo diz respeito a todos os tipos de oferta que podem facilitar ou dificultar a capacidade dos usuários no uso dos serviços.

Após diversos espaços de discussões e planejamento, a equipe de residentes criou a proposta do acolhimento integrado de todos os núcleos envolvendo medicina, enfermagem, odontologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da FAMÍLIA (NASF) assim como serviços ofertados pela unidade (marcação de consultas de todos os núcleos e renovação de receita).

Diante disso, com a avaliação de todos os trabalhadores sobre a nova conformação do serviço e alguns ajustes, foi criado o fluxograma de acesso a USF São Judas Tadeu, para aperfeiçoar a acessibilidade do usuário a unidade.

Figura 1. Fluxograma de acesso do usuário a unidade



Fonte: Elaboração dos autores com base no Caderno nº 28 – Acolhimento à Demanda Espontânea. (Volume I e II) ^{10,11}

O fluxograma acima mostra que o primeiro contato do usuário com a USF dá-se pela recepção, que busca inicialmente compreender a demanda do usuário. Quando o mesmo já possui atendimento programado, a recepção o encaminha para o profissional de referência. Caso o usuário não tenha atendimento programado e esteja em busca de outros serviços ofertados pela unidade, como vacina, aferição de pressão arterial, mensuração de glicemia e curativos, ele é direcionado ao setor requerido de acordo com as particularidades de cada serviço. Se o usuário comparece com uma queixa, seja ela aguda ou não, busca renovação de receita ou deseja marcar uma consulta, ele é direcionado ao acolhimento para que o profissional do dia possa realizar a devida escuta e providenciar o encaminhamento seguro.

Historicamente, o modo tradicional de formação do cirurgião-dentista, fundamentado em práticas uniprofissionais e extremamente autonomizadas, reforça o isolamento da prática de saúde bucal na saúde da família. Nesse sentido, é preciso de estratégias para modificação e qualificação do processo de trabalho, para que esteja integrado aos demais profissionais que compõe a estrutura de profissionais da unidade de saúde da família¹¹.

Para que o acolhimento em saúde bucal pudesse ser realizado por qualquer profissional do serviço independentemente do espaço e nível de formação, a equipe de saúde bucal realizou matriciamento com enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, médicos, profissional de educação física, auxiliar de saúde bucal, recepcionistas e agentes comunitários de saúde, a fim de qualificar a escuta do usuário tanto no espaço físico do acolhimento, quanto em outros locais dentro ou fora da unidade.

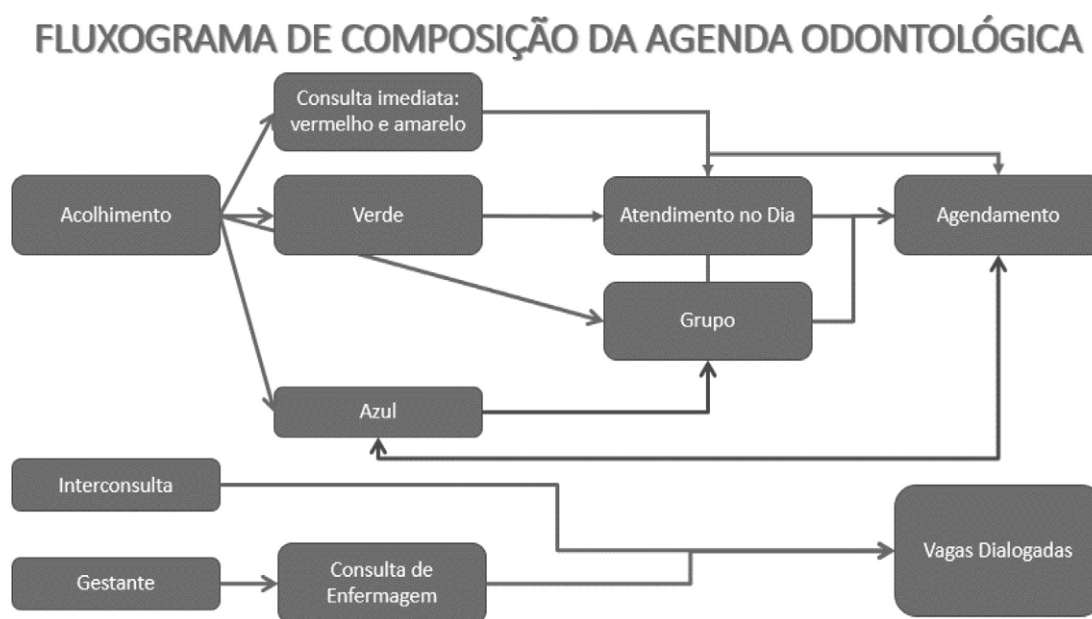
O conceito de apoio matricial é um arranjo de gestão que contribui para a organização das ações de saúde na Atenção Básica e amplia o acesso nas equipes de saúde da família. Sendo assim, são construídos novos arranjos onde, com uma equipe mais qualificada, consegue-se pensar cada situação dentro de suas particularidades, sob diferentes olhares. O matriciamento possibilita realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre as especialidades e profissões¹².

No matriciamento foram mostradas situações bucais comuns que podem surgir no dia a dia de uma USF e como o profissional pode investigar a queixa do usuário a fim de realizar a classificação da melhor maneira possível. Ao mesmo tempo em que essas situações foram mostradas, a equipe correlacionou com experiências próprias ou de pessoas próximas buscando entender as causas de patologias como a cárie e doença periodontal e o porquê de determinadas condutas. O matriciamento foi realizado utilizando o recurso do Microsoft Office Power Point, sendo rico em imagens e utilizando uma linguagem acessível para profissionais que não tinham formação em saúde bucal.

Além disso, foram apresentadas estratégias de exame clínico para casos de cárie ativa, inativa, abscessos e fraturas, assim como avaliar mobilidade e vitalidade pulpar das unidades dentárias (teste de percussão), utilizando a espátula de madeira.

O fluxo que o usuário irá percorrer na unidade caso ele compareça ao acolhimento com uma demanda de saúde bucal, está explicitado no fluxograma abaixo:

Figura 2. Composição da agenda odontológica



Fonte: Elaboração dos autores com base no Caderno nº 28 – Acolhimento à Demanda Espontânea (Volume I e II) e Caderno nº 17 - Saúde Bucal. ^{9,10,11}

Durante o acolhimento, o usuário pode ser classificado como atendimento imediato (vermelho), atendimento prioritário (amarelo), atendimento no dia sem prioridade e encaminhado para agendamento (azul). Importante destacar que as cores vermelho, amarelo e verde geram atendimento no dia, de acordo com a situação clínica do usuário. Quando é classificado como azul, o mesmo é agendado. Destaca-se também, que a partir do acolhimento, o usuário pode ser direcionado ao grupo de saúde bucal, espaço coletivo onde são realizadas atividades de educação em saúde, escovação supervisionada e exame da cavidade oral.

Quadro 1. Classificação de risco odontológica

VERMELHO (Atendimento Imediato)	AMARELO (Atendimento Prioritário)	VERDE (Atendimento no dia s/ prioridade)	AZUL (Agendamento de consulta ou atividade)
Abscesso (inchaço, dor, presença ou não de febre e/ou pus)	Dor muito intensa, contínua e espontânea que aumenta ao deitar e é sensível ao frio e ao calor	Dor provocada, que passa ou permanece por um tempo curto após retirar o estímulo	Dor sem quadro agudo
Traumatismo bucal com perda de consciência, náusea, vômitos, dores de cabeça ou que possam indicar traumatismo craniano	Dor forte, dor de ouvido, dificuldade de deglutição, dificuldade de abrir a boca, com ou sem febre	Dente com mobilidade e dor	Fratura de restauração (sem dor)
Trauma dentário ocorrido até 30 min: Fratura, mobilidade dentária ou avulsão	Fratura dentária entre 30 min e 01 hora	Remoção de sutura	Dente com mobilidade e ausência de dor
Hemorragia/Cortes extensos na região de cabeça e pescoço	Fratura de restauração com dor	Sangramento gengival (com dor)	Extração (decíduo ou permanente)
Luxação de ATM (Mandíbula deslocada)	Complicações pós-cirúrgicas	Alterações na mucosa (bolhas, feridas, etc.)	Sangramento gengival (sem dor)
			Avaliação

Fonte: Elaboração dos autores com base no Caderno nº 28 – Acolhimento a Demanda Espontânea (Volume II) e Caderno nº 17 – Saúde Bucal.^{9,11}

O acolhimento em saúde bucal representa um dispositivo com a capacidade de direcionar a organização e o planejamento das atividades que são desenvolvidas no SUS, de forma mais eficaz e produtiva, sendo assim um valioso instrumento de gestão. Deve ocorrer de forma continuada e dinamizada em todos os locais e momentos do serviço de saúde, e não como um modo de recebimento de demandas espontâneas, de urgências e emergências.⁶ Em um estudo realizado em Porto Alegre, as ESB que participaram apresentaram dificuldades em articular no processo de trabalho um acolhimento que atendesse as necessidades de saúde bucal. Esses profissionais tem a percepção de que a grande demanda reprimida por procedimentos odontológicos inviabiliza a implantação de um acolhimento, não compreendendo que essa demanda é produto de um modelo curativista e limitante para a produção do cuidado, ofertada através de agendamentos pontuais para consultas clínicas¹¹.

A lógica de um cuidado restrito ao consultório odontológico limita o acesso e não dialoga com as necessidades de saúde. Um estudo transversal, realizado com dados secundários, identificou que a prevalência da oferta de procedimentos odontológicos preventivos foi 61% maior nas cidades que realizavam acolhimento dos usuários quando comparado às cidades que não realizavam essa escuta acolhedora em prol da resolutividade das necessidades em saúde bucal^{13,15}.

No entanto, em uma Revisão de Literatura que identificou elementos analisadores do trabalho em saúde bucal na APS no Brasil apontando desafios e mudanças positivas após o lançamento das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, foram ressaltados como avanços no cenário do país o acolhimento, a construção de vínculos, a responsabilização, as ações educativas e de educação permanente¹⁶.

O processo de implantação do modelo de acolhimento apresentado acima sofreu uma série de entraves, principalmente quando estava relacionado a saúde bucal. Foi levantado o questionamento da avaliação bucal realizada por profissionais que não eram dentistas e como seria a aceitabilidade dos usuários quanto a esse processo. De início, houve certa dificuldade dos profissionais em distinguir e definir as situações bucais. Porém, foi uma estratégia da equipe de saúde bucal, sempre ter um profissional (residente, preceptor ou apoiador), disponível para auxiliar no momento do acolhimento e realizar o reforço teórico sobre saúde bucal. O acolhimento das necessidades de saúde bucal no contexto da atenção básica é compreendido como de responsabilidade única do cirurgião-dentista. A constituição de um trabalho coletivo, com a presença da equipe de saúde bucal, ainda é uma dificuldade. O trabalho ainda é centrado na produção de procedimentos odontológicos, que dificulta a integração com outros membros da equipe de saúde¹¹.

No decorrer do cotidiano, médicos, enfermeiras e profissionais do NASF se habituaram a realizar e investigar as demandas de saúde bucal que surgiam no acolhimento e o processo tornou-se mais otimizado, beneficiando o usuário. Apesar dos inúmeros desafios para organização do acolhimento de forma coletiva a satisfação dos usuários foi expressa ao longo do tempo, motivando a equipe a continuar inovando na organização do processo de trabalho.

Uma experiência exitosa, ocorreu na cidade de São Paulo, a partir do contexto apresentado de que a prática da saúde bucal deve ser propositiva de novos olhares e concepções, os pesquisadores propuseram a uma UBS, novos fluxos e abordagens, compondo novas práticas em saúde bucal que potencialmente correspondessem à inovação pretendida pela Política Nacional de Saúde Bucal. A experientiação de novos arranjos para a clínica de saúde bucal permitiu a entrada do sujeito, com suas queixas, como centro da atuação e do trabalho da equipe¹⁷.

Foi encontrada dificuldade na organização do grupo de saúde bucal, os usuários direcionados para o respectivo grupo compreendiam o espaço como atendimento clínico individual e, por vezes, o espaço foi esvaziado. Estudos evidenciam as dificuldades apresentadas pelos cirurgiões-dentistas para atuar com

base nos determinantes sociais do processo saúde-doença¹⁸. Diante da limitação do estudo e da relevância do tema para saúde pública, sugere-se novos estudos que utilizem o acolhimento em saúde bucal como objeto de avaliação.

Conclusões

A estratégia desenvolvida para o acolhimento da demanda espontânea e consultas programáticas em odontologia é fruto da necessidade de organizar uma demanda reprimida durante anos no Brasil. A organização efetiva do acolhimento integrado foi possível com articulação de todos os trabalhadores da Unidade de Saúde da Família São Judas Tadeu. No entanto, ainda não foi criado nenhum mecanismo para avaliação do acolhimento pelos trabalhadores e usuários. Buscar adequar às diretrizes do SUS com acesso em saúde bucal é um desafio técnico e político, considerando as necessidades de saúde da população. A implantação do acolhimento, com classificação de risco, em odontologia representou a garantia de atendimento no dia, programado sem a cultura da “fila” ou limitação de marcação em apenas um dia no mês, como em algumas USFs. É uma estratégia que precisa ser avaliada e com participação efetiva da comunidade. Apesar da limitação do tempo de avaliação dessa experiência, acreditamos que este trabalho pode contribuir para discussões e reflexões no processo de acolhimento na estratégia de saúde da família.

Contribuições dos autores

Lima AIC participou da busca pelo referencial teórico e da redação do artigo científico. Silva MVS participou orientando a construção do relato de experiência e revisão das referências e redação final. Silva JKF participou orientando a construção do relato de experiência e revisão final antes da submissão. Pacheco TCS participou da sistematização prévia do relato de experiência.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo mas não limitando-se a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017.
2. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Documento Base Para Gestores e Trabalhadores do SUS; 2010.
3. Carvalho CAP, Marsicano JA, Carvalho FS, Sales-Peres A, Bastos JRM, Sales-Peres SHC. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. Arq Ciências da Saúde. 2008;15(2):93-5.
4. Baraldi DC, Souto BGA. A demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo. Arq Bras Ciências da Saúde. 2011;36(1):10-17. doi: [10.7322/abcs.v36i1.69](https://doi.org/10.7322/abcs.v36i1.69)
5. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica - Acolhimento à Demanda Espontânea. 2013;28(1). doi: [10.1128/AAC.03728-14](https://doi.org/10.1128/AAC.03728-14)
6. Moimaz SAS, Bordin D, Fadel CB, Santos CB, Garbin CAS, Saliba NA. Qualificação do acolhimento nos serviços de saúde bucal. Cad Saúde Coletiva. 2017; 25(1):1-6. doi: [10.1590/1414-462x201700010239](https://doi.org/10.1590/1414-462x201700010239)
7. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saude Publica. 1999;15(2):345-353. doi: [10.1590/s0102-311x1999000200019](https://doi.org/10.1590/s0102-311x1999000200019)
8. Silva TF, Romano VF. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. Saúde em Debate. 2015;39(105): 363-374. doi: [10.1590/0103-110420151050002005](https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002005)
9. Scholze ADS. Acolhimento com classificação de risco para a Estratégia Saúde da Família: a prática em uma unidade docente-assistencial. Rev Bras Med Família e Comunidade. 2014;9(31): 219-226. doi: [10.5712/rbmfc9\(31\)637](https://doi.org/10.5712/rbmfc9(31)637)
10. Perides M. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. Int J Qual Heal Care. 2003;15(4):357-358. doi: [10.1093/intqhc/mzg052](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg052)
11. Warmling CM, Baldisserotto J. Artigos. 2019:1-15.
12. Arona EC. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de capivari. Saude e Soc. 2009;18(supl 1):26-36. doi: [10.1590/s0104-12902009000500005](https://doi.org/10.1590/s0104-12902009000500005)
13. Neves M, Giordani JMA, Ferla AA, Hugo FN. Primary care dentistry in Brazil: From prevention to comprehensive care. J Ambul Care Manage. 2017;40(2):S35-S48. doi: [10.1097/JAC.000000000000186](https://doi.org/10.1097/JAC.000000000000186)
14. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Pucca Júnior GA et al. Avaliação Da Atenção Secundária Em Saúde Bucal: Uma Investigação Nos Centros de Especialidades Do Brasil. 2012; 28: Sup:S81-S89.
15. Santos NML dos, Hugo FN. Formação em Saúde da Família e sua associação com processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. Cien Saude Colet. 2018;23(12):4319-4329. doi: [10.1590/1413-812320182312.12922016](https://doi.org/10.1590/1413-812320182312.12922016)
16. Scherer CI, Scherer MDA. Advances and challenges in oral health after a decade of the "Smiling Brazil" Program. Rev Saude Publica. 2015;49:98. doi: [10.1590/S0034-8910.2015049005961](https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005961)
17. Fonsêca GS, Pires FS, Junqueira SR, Souza CR, Botazzo C. Redesenhando caminhos na direção da clínica ampliada de saúde bucal. Saúde e Soc. 2018;27(4): 1174-1185. doi: [10.1590/s0104-12902018180117](https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180117)
18. Sabato E, Owens J, Mauro AM, Findley P, Lamba S, Fenesy K. Integrating social determinants of health into dental curricula: An interprofessional approach. J Dent Educ. 2018; 82(3):237-245. doi: [10.21815/JDE.018.022](https://doi.org/10.21815/JDE.018.022)