

Organização do processo de acolhimento à demanda espontânea odontológica na Atenção Primária à Saúde por meio do arco de Maguerez: relato de experiência

Thais Barros Zanette da Silva

RESUMO

Este artigo tem o objetivo de relatar a experiência do uso do arco de Maguerez na reorganização dos processos de acolhimento, escuta inicial qualificada e classificação de risco da demanda espontânea odontológica de uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal. As cinco etapas do arco, que são a observação da realidade, apontamento dos pontos-chave, teorização, sugestão de hipóteses de solução e aplicação à realidade, foram realizadas pelos profissionais da equipe de Saúde Bucal da unidade nos meses de abril a junho de 2021. Observou-se que os fatores mais impactantes na organização dos fluxos de abordagem da demanda espontânea odontológica estavam relacionados à capacitação e à atuação dos profissionais. A utilização da metodologia do arco de Maguerez para visualização e abordagem de problemas na Atenção Primária à Saúde mostrou-se relevante para qualificar os processos de trabalho e, conseqüentemente, elevar a qualidade dos serviços de saúde pública ofertados à população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; assistência odontológica integral; aprendizagem baseada em problemas; fluxo de trabalho.

ABSTRACT

This article aims to report the experience of the use of the Arch of Maguerez in the reorganization of the processes of reception, initial qualified listening and risk classification of spontaneous dental demand in a Basic Health Unit in Distrito Federal, Brazil. The five stages of the arch, which are observation of reality, pointing out key points, theorizing, suggesting solution hypotheses and application to reality, were applied by the professionals of the unit's Oral Health team from April to June 2021. It was observed that the most impacting factors in the organization of the flows related to spontaneous dental demand were associated with the training and performance of health professionals. The use of the methodology of the Arch of Maguerez to visualize and approach problems in Primary Health Care proved to be extremely relevant to qualify work processes and, consequently, raise the quality of public health services offered to population.

Keywords: Primary Health care; Comprehensive Dental Care; Problem-Based Learning; Workflow.

Revista da Rede APS 2022
Publicada em: 26/12/2022
DOI:10.14295/aps.v4i3.256

Thais Barros Zanette da Silva
(Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília – DF, Brasil)

Correspondência para:
Thais Barros Zanette da Silva
bz.thais.res@escs.edu.br

Submissão recebida em 05 de dezembro de 2022.
Aceito para publicação em 19 de setembro de 2022.
Aprovado pela editoria científica

INTRODUÇÃO

A escuta inicial qualificada, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), caracteriza-se por ser humanizada e ativa, de forma a investigar queixas ocultas em busca de uma percepção ampliada das condições de saúde e dos aspectos de vulnerabilidade dos usuários (Ministério da Saúde, 2013). É considerada uma ferramenta essencial para o estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a construção da corresponsabilização em saúde (Santos, 2019). No momento da escuta inicial, realiza-se a classificação de risco, que se baseia em fatores biológicos e de vulnerabilidade dos usuários e tem por objetivo organizar a priorização dos atendimentos de demanda espontânea a partir de uma representação por cores (Ministério da Saúde, 2013).

No contexto da APS, o acolhimento possui caráter transversal e deve ser reconhecido como uma postura a ser adotada pelos profissionais de saúde, estando presente em todas as relações de cuidado entre profissionais de saúde e usuários (Tesser e Norman, 2014). O que acontece na prática, porém, é que o acolhimento se restringe a momentos pontuais durante a abordagem de demandas agudas, fato que prejudica a acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde (Clementino et al., 2017). Dentre os desafios encontrados para a implantação do acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), destacam-se a pouca valorização dos profissionais pelo contexto individual dos conhecimentos dos usuários e a necessidade de reestruturação do modelo de trabalho, que ainda encontra-se médico-centrado (Mitre et al., 2012).

O acolhimento, a escuta qualificada e a classificação de risco dos usuários que buscam as UBS por demanda espontânea é incumbência de todos os profissionais que atuam na APS. A escuta inicial de usuários com queixas odontológicas deve ser realizada por qualquer profissional que esteja escalado nessa função, independentemente de sua profissão. Nessa mesma lógica, os profissionais das equipes de Saúde Bucal (eSB) também devem se inserir

nesse processo de escuta qualificada de usuários com queixas não relacionadas à odontologia (Ministério da Saúde, 2013).

Para a abordagem e reorganização dos processos relacionados à escuta, classificação de risco e acolhimento, uma opção é a utilização da metodologia da problematização com o uso do Arco de Maguerez. Essa é uma metodologia de ensino-aprendizagem dividida em cinco etapas que tem como ponto de partida a realidade e a observação de possíveis problemas ali existentes. O objetivo final sempre é o de promover, em algum grau, a transformação da realidade (Colombo e Berbel, 2007). Na APS, a utilização dessa metodologia mostra-se como importante ferramenta para o processo de reflexão acerca dos aspectos que necessitam de intervenção. Além disso, promove a integração de saberes e discussão da dinâmica dos serviços para melhoria da qualidade do cuidado nesse ponto da rede (Farias et al., 2020).

Com isso, o objetivo do presente artigo é o de relatar a experiência de membros de uma equipe de Saúde Bucal da APS na aplicação do Arco de Maguerez para organização do processo de acolhimento, escuta qualificada e classificação de risco da demanda espontânea odontológica de uma UBS do Distrito Federal.

DESENVOLVIMENTO

A intervenção foi realizada em uma UBS do Distrito Federal no período de abril a junho de 2021. A referida UBS é composta por duas equipes de Saúde da Família (eSF), uma equipe de Saúde Bucal (eSB) e uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (eNASF), totalizando 18 servidores que atuam no campo assistencial na unidade.

A Figura 1 mostra, de forma esquematizada, a construção das etapas do método. O primeiro passo é a observação da realidade, a partir da qual se faz possível detectar aspectos que podem configurar-se como problemas. Para essa etapa, articula-se os conhecimentos pré-existentes com os que se adquire ao estar frente ao contexto da realidade. O segundo passo é a determinação dos pontos-chave, que se caracterizam por ser um conjunto de tópicos

que influenciam de forma direta ou indireta a existência do problema observado. A terceira etapa é a teorização, para a qual é realizada a busca pelo embasamento teórico que servirá como suporte para a transformação da realidade. Com base na teorização, elencam-se hipóteses de solução para o problema observado através da projeção de ideias e reflexões acerca do que pode ser feito para

tentar solucioná-lo. A última etapa é a aplicação à realidade. Nessa etapa, são colocadas em prática as hipóteses de solução percebidas como mais viáveis, visando a superação total ou parcial do problema, o que, conseqüentemente, leva à uma transformação da realidade (Santos, 2019).

Figura 1 – Esquematização do arco de Magueriz



Fonte: Elaborado pela autora

Primeira Etapa: Observação da realidade. Inicialmente, os profissionais da eSB procuraram observar a rotina dos demais profissionais da UBS, percebendo atentamente os processos de trabalho, as escalas e as divisões de tarefas. Nessa unidade, a escuta inicial era realizada, na maioria das vezes, pelos técnicos de enfermagem, porém, outros profissionais da unidade também eram inseridos nesse processo quando necessário. A escuta inicial era realizada por profissionais escalados a cada turno para essa função e ocorria de forma unificada, sem a separação de acolhimento de usuários por equipe. Todas as demandas espontâneas eram acolhidas pelos profissionais escalados, incluindo as odontológicas. Tal organização está de acordo com a Linha Guia de Saúde Bucal do DF (Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2018), que afirma que todos os profissionais devem participar do processo de acolhimento e escuta das demandas

espontâneas odontológicas. Além disso, segundo o CAB 28 (Ministério da Saúde, 2013), existem diferentes modelos de organização do acolhimento à demanda espontânea, dentre eles está a forma unificada, na qual não há a separação por equipes.

A escuta inicial de usuários com sintomas respiratórios, assim como a literatura tem recomendado (Teixeira, 2020), era realizada em local separado por um profissional escalado especificamente para acolher esse tipo de demanda, em razão da pandemia do COVID-19.

Devido à infraestrutura da unidade, que não contava com salas exclusivas para a escuta inicial da demanda espontânea, não existia privacidade para a realização da escuta qualificada, que era feita na recepção. Observou-se que, de modo geral, a escuta inicial era feita de forma muito simples, passiva e sem a busca por queixas ocultas e indicadores de

vulnerabilidade, o que afetava diretamente a precisão da classificação de risco para a adequada priorização dos atendimentos de demanda espontânea. Além disso, não era seguido nenhum tipo de padrão, fluxo ou protocolo para a definição das prioridades de atendimento. O registro da escuta no sistema e-SUS AB também se apresentava extremamente simplório, sobretudo quando o usuário trazia uma demanda odontológica.

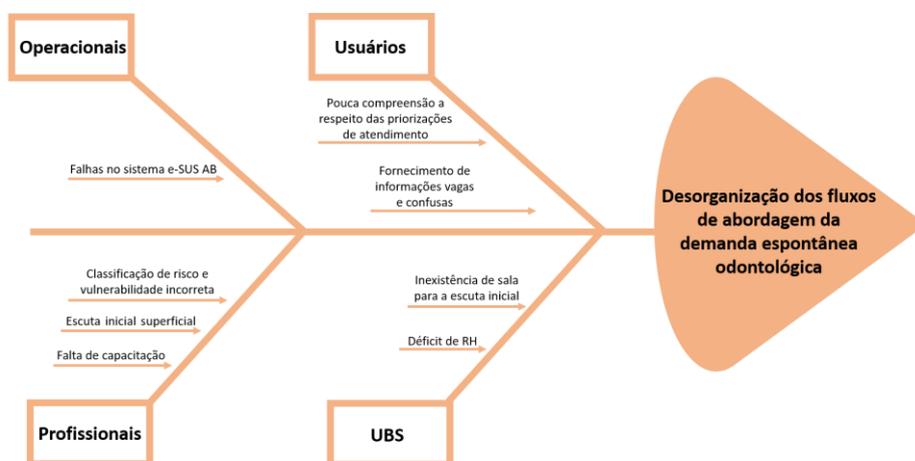
De acordo com a observação da realidade, chegou-se o seguinte questionamento: Como fortalecer a escuta inicial dos usuários de demanda espontânea e qualificar o processo de classificação de risco e vulnerabilidade em odontologia para uma adequada organização dos fluxos de atendimento na UBS?

Segunda Etapa: Pontos-Chave. Para a determinação dos pontos-chave do problema escolhido, optou-se por utilizar o diagrama de

Ishikawa, que é uma ferramenta empregada para a visualização das possíveis causas de um determinado problema. Tal ferramenta facilita o reconhecimento das raízes do problema e possibilita o planejamento de ações mais assertivas e resolutivas (Lira et al., 2017).

No diagrama de Ishikawa, o problema ou efeito é apresentado na extremidade de uma linha central e suas possíveis causas são categorizadas e apresentadas em linhas secundárias, dispostas ao longo dessa linha central. O problema analisado através do diagrama de Ishikawa (Figura 2) foi a desorganização dos fluxos de abordagem da demanda espontânea odontológica. As possíveis causas foram categorizadas como sendo de origem operacional, decorrentes do perfil dos usuários, relacionadas aos profissionais escalados na escuta e a dificuldades encontradas na UBS.

Figura 2 – Diagrama de Ishikawa



Fonte: Elaborado pela autora.

Diante do diagrama, é possível observar que algumas das prováveis causas do problema são extremamente complexas de serem abordadas, como é o caso das causas de origem operacional e de dificuldades da UBS, visto que seria necessário o auxílio de outros setores para resolvê-las. A abordagem de pontos relacionados aos usuários também é algo complexo, por ser dependente do perfil dos

usuários que procuram a unidade por demanda espontânea. Como esse tipo de demanda pode ser composto por usuários provenientes de diferentes locais, não só do território das equipes, a determinação desse perfil para planejamento de ações seria uma tarefa quase impossível.

Ao se analisar o impacto de cada provável causa, as questões relacionadas à atuação dos

profissionais mostram-se como as mais relevantes para o surgimento do problema apresentado. Portanto, os pontos-chave estabelecidos foram:

- Falta de capacitação profissional em escuta qualificada, acolhimento e classificação de risco na lógica da Estratégia Saúde da Família (ESF);
- Escuta inicial superficial e passiva, sem a busca por queixas ocultas e indicadores de vulnerabilidade;
- Desconhecimento dos profissionais das eSF acerca do processo de classificação de risco da demanda espontânea odontológica na APS.

Terceira Etapa: Teorização. Na maioria das UBS do DF, a realização da escuta inicial de usuários de demanda espontânea com queixas odontológicas é feita exclusivamente pelos profissionais das equipes de Saúde Bucal, sem envolvimento dos membros integrantes das equipes de Saúde da Família. Segundo a Linha Guia de Saúde Bucal do DF, a realização da escuta inicial qualificada para usuários com demandas odontológicas é de responsabilidade de todos os profissionais das equipes da unidade e não apenas de uma pessoa isoladamente ou de uma determinada categoria profissional (Clementino et al., 2017).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica número 18, cujos volumes tratam especificamente do acolhimento no âmbito da APS, existem várias possibilidades de modelagens para o acolhimento e escuta da demanda espontânea em uma UBS, podendo estes serem realizados pelas eSF de referência dos usuários, por uma equipe de acolhimento e escuta do dia ou misturando-se esses dois formatos de abordagem (Mitre et al., 2012). O importante é que a escuta inicial seja realizada de forma realmente qualificada, possibilitando a identificação de demandas implícitas e que estão relacionadas ao contexto biológico, social, espiritual e ambiental dos usuários. Apenas a partir disso se torna possível oferecer uma atenção equânime, interdisciplinar e Intersetorial à população (Colombo et al., 2007).

É necessário ressaltar que o usuário sempre deverá estar no centro do cuidado e os processos de trabalho das equipes da APS devem ser voltados às necessidades da população para que os serviços de saúde sejam qualificados e resolutivos (Fonsêca et al., 2018).

Na literatura, artigos que abordam essa temática não deixam dúvidas a respeito da importância do acolhimento com escuta inicial para garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde. A APS é a porta de entrada preferencial do SUS, bem como seu componente coordenador e ordenador, portanto, a ocorrência de falhas durante esse primeiro contato com o usuário representa uma das principais fontes de barreira de acesso aos serviços de saúde pública no Brasil (Lopes et al., 2015).

Em uma revisão integrativa, Coutinho e colaboradores concluíram que a prática do acolhimento na APS não é realizada de maneira uniforme e organizada, o que compromete seu papel na qualificação dos serviços de saúde. A sistematização dos processos na APS, ainda que se respeitando as particularidades de cada território e unidade de saúde, faz-se necessária para a consolidação do acolhimento com escuta inicial enquanto ferramenta para garantia dos princípios constitucionais do SUS (Coutinho et al., 2015).

Nesse contexto, a classificação de risco é uma estratégia que permite a sistematização dos fluxos de abordagem e encaminhamento dos usuários de demanda espontânea, por isso, é extremamente importante que haja uma capacitação profissional para a aplicação dessa ferramenta (Farias et al., 2020). Equívocos e discordâncias durante a classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários de demanda espontânea são possíveis de ocorrer e devem ser vistos como oportunidades de estímulo à educação permanente e ao trabalho colaborativo entre os profissionais da unidade (Mitre et al., 2012).

Apesar de existirem fluxogramas que orientam e sistematizam a correta classificação de risco das queixas mais comuns nas UBS (Ministério da Saúde, 2013; Secretaria de Estado de Saúde do

Distrito Federal, 2018), observa-se que estes não são comumente utilizados nessa importante etapa de acesso aos serviços. Os motivos para a ocorrência desse fato, segundo a literatura, encontram-se principalmente na falta de capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde bem como na não formalização dos protocolos disponíveis atualmente (Costa et al., 2018).

Morelato *et al* (2021) realizaram um estudo qualitativo com enfermeiros da atenção primária acerca do acolhimento com classificação de risco no qual observou-se que 80% dos enfermeiros participantes do estudo nunca haviam utilizado um protocolo de classificação de risco na APS. O resultado do estudo em questão respalda o que é visto na prática das UBS e as discussões encontradas na literatura acerca dessa temática, que apontam para as dificuldades de se solidificar um processo de acolhimento, escuta qualificada e classificação de risco adequados a esse ponto da rede de atenção à saúde (Sampaio et al., 2022).

O conhecimento embasado na literatura e o entendimento pleno a respeito das questões referentes ao acolhimento, escuta qualificada e classificação de risco e vulnerabilidade por parte dos profissionais da APS nem sempre é uma realidade, porém, a implementação desses processos em uma UBS necessita de uma qualificação ampla e profunda. Para isso, é preciso refletir e discutir sobre a necessidade de capacitação dos profissionais das equipes, visando à qualificação do cuidado e melhoria das condições de trabalho (Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2018).

Quarta Etapa: Hipóteses de Solução. Após a observação da dinâmica dos fluxos de trabalho da UBS, análise dos pontos-chave do problema escolhido e teorização das questões observadas, elencou-se as possíveis formas de intervenção:

- Estimular a realização cursos de capacitação em escuta qualificada e classificação de risco e vulnerabilidade da demanda espontânea odontológica;

- Promover reuniões periódicas de discussão para fomentar o treinamento em serviço, compartilhar saberes e trocar feedbacks;

- Compartilhar com os servidores os fluxogramas de classificação de risco das queixas odontológicas mais comuns, contidos na Linha Guia de Saúde Bucal do DF;

- Adotar uma postura acessível e disponível para dúvidas e questionamentos dos demais colegas acerca dos processos de escuta e classificação de risco e vulnerabilidade em odontologia;

Quinta Etapa: Aplicação à Realidade. A primeira reunião de capacitação foi realizada com a presença dos médicos, técnicos de enfermagem, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, residentes multiprofissionais e de medicina que estavam atuando na UBS naquele momento, além dos profissionais da equipe de Saúde Bucal da unidade. Infelizmente, nenhum profissional da eNASF estava presente na UBS no momento da reunião.

A reunião foi dividida em três momentos. No primeiro momento, foi realizada uma encenação de uma situação fictícia, porém comum, de um usuário que comparece à UBS com uma queixa odontológica. Durante a encenação, foram incluídos questionamentos importantes para exemplificar a realização de uma escuta qualificada dos usuários de demanda espontânea para a odontologia. Foram abordados aspectos de vulnerabilidade, saúde sistêmica, cadastro na eSF de referência e, claro, a queixa trazida pelo usuário.

Durante o segundo momento, abriu-se espaço para discussão sobre a encenação que acabara de ocorrer, estimulando os servidores a debaterem os aspectos positivos e negativos da situação apresentada e a refletirem sobre os pontos observados que podem ser agregados às suas práticas. Ainda durante esse momento, os fluxos de classificação de risco da demanda espontânea em odontologia, constantes na Linha Guia de Saúde Bucal do DF, 2018, foram compartilhados no grupo de Whatsapp dos servidores da UBS e discutidos um a um.

No último momento da reunião, os profissionais foram divididos em dois grupos. Cada um dos grupos recebeu uma folha com dez situações fictícias diferentes de usuários que procuraram a UBS com alguma queixa odontológica. Cada situação apresentada continha perguntas sobre classificação de risco e vulnerabilidade e qual o encaminhamento para aquele caso. Os profissionais discutiram juntos as situações e responderam em grupo as questões apresentadas. Após a finalização, as respostas foram apresentadas para todos e debatidas entre os profissionais.

Ao final da reunião, uma pasta com todos os fluxos de classificação de risco de queixas odontológicas impressos, presentes na Linha Guia de Saúde Bucal do DF, 2018, foi disposta na mesa onde é realizada a escuta inicial dos usuários para direcionar a classificação de risco das demandas espontâneas mais comuns em odontologia. Além disso, todos os membros da eSB se colocaram à disposição dos colegas que necessitem de orientações e auxílio durante a escuta qualificada dos usuários de demanda espontânea para a odontologia.

CONCLUSÃO

Observou-se que a aplicação do método do Arco de Maguerez contribuiu positivamente para a identificação e abordagem de aspectos que necessitavam de intervenção. Sua construção em etapas facilitou o entendimento do contexto em que os profissionais estavam inseridos e gerou reflexões a respeito de problemas que poderiam estar impactando negativamente os processos abordados. Nessa perspectiva, enfatiza-se a importância de mais estudos que utilizem ferramentas de ensino em serviço para suscitar a melhoria da qualidade dos serviços de saúde no Brasil, melhorando pontos como acesso, humanização, vínculo e integralidade do cuidado na APS.

REFERÊNCIAS

- Clementino FS, Santos FNN, Gomes LB, Marcolino EC, Pessoa Júnior JM, Chaves AEP. **Acolhimento na perspectiva do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.** R bras ci Saúde. 2017 [acesso em 05/07/2021]; 21(4). DOI: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2017v21n4.31155>
- Colombo AA, Berbel NAN. **A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores.** Semina: Ciências Sociais e Humanas. 2007 [acesso em 10/07/2021]; 28(2):121-146. Disponível em: http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_390_ametodologiadaproblematizacaocom_oarcodemaguerez.pdf
- Costa AB, Gouvea PB, Rangel RCT, Scneider P, Alves TF, Acosta AS. **Percepção dos enfermeiros sobre o acolhimento e classificação de risco na Atenção Primária à Saúde (APS).** Enfermería Actual de Costa Rica [online]. 2018 [acesso em 25/11/2022]; 35:103-115. DOI: <https://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i35.32113>
- Coutinho LRS, Barbieri AR, Santos MLM. **Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa.** Saúde debate. 2015 [acesso em 25/11/2022]; 39(105). DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018>
- Farias QLT, Azevedo SGV, Bastos IB, Vital ACP, Cavalcante ASP, Rocha SP, et al. **Acolhimento com classificação de risco na Estratégia Saúde da Família: implantação a partir do Arco de Maguerez.** Rev. Bras. Pesq. Saúde. 2020 [acesso em 10/07/2021]; 22(1):106-112. DOI: <https://doi.org/10.21722/rbps.v22i1.20637>
- Fonsêca GS, Pires FS, Junqueira SR, Souza CR, Botazzo C. **Redesenhando caminhos na direção da clínica ampliada de saúde bucal.** Saude soc. 2018 [acesso em 13/07/2021]; 27(4):1174-1185. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180117>
- Lira LH, Hirai FE, Oliveira M, Portellinha W, Nakano EM. **Use of the Ishikawa diagram in a case-control analysis to assess the causes of a diffuse lamellar keratitis outbreak.** Arq. Bras. Oftalmol. 2017 [acesso em 13/07/2021]; 80(5):281-284. DOI: <https://doi.org/10.5935/0004-2749.20170069>
- Lopes AS, Vilar RLA, Melo RHV, França RCS. **O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários.** Saúde debate. 2015 [acesso em 25/11/2022]; 39(104). DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040563>
- Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº 28: Acolhimento à demanda espontânea (Volume I).** Brasília (DF); 2013. [acesso em 10/06/2021]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf
- Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº 28: Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica (Volume II).** Brasília (DF); 2013. [acesso em 15/06/2021]. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf
- Mitre SM, Andrade ELG, Cotta RMM. **Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil.** Cienc. saúde coletiva. 2012 [acesso em 05/07/2021]; 17(8). DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800018>

Morelato CS, Dorneles LL, Martins VP, Goés FSN, Viana AL, Brunello MEF, et al. **Acolhimento da demanda espontânea na Atenção Primária: necessidades de aprendizagem de enfermeiros.** Rev. Bras. Enferm. 2021 [acesso 26/11/2022]; 74 (2). DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0317>

Sampaio RA, Rodrigues AM, Nunes FC, Naghettini AV. **Desafios no acolhimento com classificação de risco sob a ótica dos enfermeiros.** Cogitare Enferm. 2022 [acesso em 27/11/2022]; 27. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80194>

Santos AB. **Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica.** APS em Revista. 2019 [acesso em 10/06/2021]; 1(2):170-179. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/23>

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal(Brasil), Subsecretaria de atenção integral à saúde. Gerência de odontologia. **Linha Guia de Saúde Bucal do Distrito Federal - Organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal**, Brasília (DF); 2018. [acesso em 27/07/2021]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/79514/Linha+Guia+de+Sa%C3%BAde+Bucal+do+DF.pdf/6231d30f-e4de-e345-7b35-5583ff1e3942?t=1648513462135>

Teixeira MG, Medina MG, Costa MCN, Barral-Neto M, Carreiro R, Aquino R. **Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19.** Epidemiol. Serv. Saúde. 2020 [acesso em 10/07/2021]; 29(4). DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000400015>

Tesser CD, Norman AH. **Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família.** Saude soc. 2014 [acesso em 15/06/2021]; 23(3):869-883. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300011>