

FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
RESIDÊNCIA INTEGRADA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

THAÍSE RODEIRO CARDOSO DE LACERDA FRANÇA

MATRCIAMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PELA
ODONTOLOGIA.

Camaçari,

2017.

THAÍSE RODEIRO CARDOSO DE LACERDA FRANÇA

**MATRICIAMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PELA
ODONTOLOGIA.**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Fundação Estatal de Saúde da Família e Fundação Oswaldo Cruz para obtenção de título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Cristiane Marbly Araújo
Abreu de Magalhães

Co-Orientador: Marcos Vinícius de Santana
Silva

Camaçari,

2017.

THAÍSE RODEIRO CARDOSO DE LACERDA FRANÇA

**MATRICIAMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA PELA
ODONTOLOGIA.**

Trabalho de conclusão de residência como requisito parcial para obtenção de título de Especialista em Saúde da Família, Fundação Estatal de Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz.

Aprovado em ____ de fevereiro de 2017.

Banca Examinadora:

Cristiane Marbly – Orientadora _____

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência, cujo objetivo é descrever o matriciamento realizado por uma cirurgiã-dentista, residente do Programa Multiprofissional de Saúde da Família em uma unidade de saúde. Em 1994 o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Saúde da Família, porém somente no ano 2000 a odontologia foi incluída ao programa com o intuito de ampliar o acesso da população. Foram realizados três encontros presenciais, entre janeiro e junho de 2016, envolvendo todos os profissionais da unidade de saúde da família, abordando os temas mais relevantes à saúde bucal. Os encontros aconteceram em formato de roda de conversa para proporcionar a maior participação dos sujeitos. A experiência permitiu compreender o matriciamento, ferramenta da educação permanente, como estratégia de modificação do processo de trabalho.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Saúde Bucal. Apoio Matricial.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
2	METODOLOGIA.....	9
2.1	O ESTUDO E O LOCAL.....	9
2.2	PARTICIPANTES.....	9
2.3	PERÍODO.....	9
2.4	TEMAS ABORDADOS E BIBLIOGRAFIA UTILIZADA.....	9
2.5	FORMATO E METODOLOGIA APLICADA NO MATRICIAMENTO.....	10
3	DESENVOLVIMENTO.....	11
3.1	PLANEJAMENTO DO MATRICIAMENTO.....	13
3.2	ENCONTROS.....	14
3.3	FACILIDADES E DIFICULDADES.....	15
3.4	IMPRESSÕES.....	15
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17

1. INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária Brasileira é um movimento social que visa a transformação de um modelo assistencial de saúde hospitalocêntrico e médico-centrado para a implantação de um novo modelo baseado nas necessidades reais da população. Consolidada em um espaço de intenso debate político, reconheceu o direito universal a saúde e proporcionou o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS). (MELO et al., 2012)

O Ministério da Saúde (MS), em 1994, instituiu o Programa de Saúde da Família (PSF) com o objetivo de reorganizar as práticas de saúde na Atenção Primária. Este novo modelo assistencial baseia-se no usuário de forma integral, levando em conta o ambiente familiar, condições sócio econômicas e a comunidade no qual está inserido o indivíduo. (CERICATO; GARBIN; FERNANDES, 2007)

A saúde da família proporcionou mudanças no processo de trabalho em saúde, trazendo influências sociais, culturais e psicológicas em conjunto com os saberes técnicos e biológicos, modificando a forma de pensar o processo saúde-doença. A estratégia do programa é promover de forma intersetorial ações de promoção e prevenção, ofertar um cuidado integral e humanizado, além de buscar a participação social. (PINHEIRO; OLIVEIRA, 2010)

Implantadas pelo Programa de Saúde da Família, as Unidades de Saúde da Família (USF) são compostas por uma equipe multiprofissional, inicialmente formadas por médicos e enfermeiros, responsáveis pela população do território adstrito da unidade. (SILVA; ATHAYDE, 2008)

As equipes de saúde da família devem conhecer a população pela qual são responsáveis, realizar uma análise situacional de saúde identificando os problemas mais prevalentes na comunidade, os principais riscos enfrentados e as condições sociais do território. Desta forma os profissionais devem proporcionar assistência integral e ações educativas em conjunto com a comunidade. (EMMI; BARROSO, 2008).

A Odontologia não esteve integrada às políticas públicas antes da criação do Sistema Único de Saúde, a assistência era prestada para crianças em idade escolar, focada em ações curativas, e atendimento às urgências. (SCARPARO et al., 2015)

A publicação da portaria 1.444 no ano 2000, insere o cirurgião-dentista na ESF, criando as equipes de saúde bucal. O Ministério da Saúde estabeleceu incentivo financeiro para a formação das equipes, e com a sua vinculação as equipes de saúde da

família houve a ampliação de serviços da atenção básica e a possibilidade de maior acesso à saúde bucal. (PINHEIRO; OLIVEIRA, 2010)

A presença do cirurgião-dentista na USF promove uma reorientação do processo de trabalho, implantando um modelo de atenção básica à saúde bucal realizando ações de identificação e controle das doenças bucais, consideradas problemas de saúde pública por sua alta prevalência. (CORRÊIA; CELESTE, 2015)

A formação do cirurgião-dentista é muito tecnicista, o que pode promover um distanciamento dos demais profissionais da equipe de saúde dificultando uma abordagem interdisciplinar. (COSTA et al., 2014)

Integração entre equipe de saúde bucal e equipe de saúde da família fortalece o processo de assistência formando uma equipe multiprofissional que complementa os campos de saberes das profissões sem excluir a especificidade de cada uma. (SOUZA; RONCALLI, 2007)

Segundo Cutolo e Madeira (2010) a equipe multiprofissional atua na perspectiva da integralidade, suas ações são planejadas de forma coletiva e adaptadas as necessidades da população. É uma característica do processo de trabalho da Saúde da Família.

Como residente do Programa de Residência Integrada de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família, atuando como cirurgião-dentista, foi possível perceber o grau de distanciamento com os demais profissionais e também o nível de desconhecimento sobre a saúde bucal por parte dos mesmos. Apesar de reconhecerem a importância da Odontologia na saúde dos indivíduos, não conseguem identificar as áreas de atuação do dentista, nem as principais condições que acometem a cavidade oral, dessa forma não conseguem promover ações de promoção e prevenção em saúde bucal.

“[...] no processo de construção coletiva do cuidado, profissionais de diversas áreas compartilham seu saber. Dessa forma, existe o campo, comum a todos, e o núcleo específico de cada especialidade ou profissão. O núcleo demarca uma área de saber e de prática profissional, e o campo um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscaria em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas [...]”. (MELO, 2012)

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº198, de 13 de agosto de 2004, considera que a Educação Permanente é um conceito pedagógico, onde o aprender e o ensinar fazem parte do processo de trabalho e possibilitam a transformação das práticas profissionais. A política permite ao mesmo

tempo o desenvolvimento pessoal dos trabalhadores e das instituições de saúde. (BRASIL, 2004).

O Apoio Matricial é um dispositivo da Educação Permanente e foi primeiramente adotado nos serviços de saúde mental. Matriciamento ou Apoio Matricial foi desenvolvido para que a equipe tenha outros profissionais especializados compartilhando e trocando saberes tornando o processo de trabalho mais resolutivo. O profissional que oferta o Apoio Matricial fica de retaguarda assistencial e promove suporte as equipes de referência, com o objetivo de realizar clínica ampliada. É um processo de educação aplicado ao trabalho em saúde e promove reflexão das práticas (CAMPOS; DOMITTI, 2007)

Não foram encontrados na literatura trabalhos que abordassem o Apoio Matricial sendo realizado por profissionais da equipe mínima (médico, enfermeiro e dentista), promovendo uma reflexão sobre a importância de compartilhar os saberes científicos da odontologia com as demais categorias, para que estas estejam capacitadas para fazer abordagens que envolvam a saúde bucal. Buscando estratégias de formação e capacitação dos profissionais afim de potencializar o trabalho na assistência e acolhimento foi proposto um Matriciamento.

O Matriciamento teve como finalidade ser uma ferramenta de mudança no processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família, proporcionando maior resolutividade e ampliação da atuação dos demais profissionais.

Este relato de experiência tem como objetivo descrever o percurso de planejamento e execução do Matriciamento realizado pela equipe de saúde bucal para os profissionais da Unidade de Saúde da Família do PhocIII, Camaçari.

2. METODOLOGIA

2.1 O estudo e o local:

Este estudo consiste em um relato de experiência realizado por uma cirurgiã-dentista residente do Programa de Residência Integrada de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família FESF-FIOCRUZ em uma Unidade de Saúde da Família do município de Camaçari, estado da Bahia. A USFPHOCIII possui 02 equipes de saúde da família, formadas por residentes médicas, enfermeiras e dentistas, que compõem a equipe mínima, 01 Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) formado por nutricionistas, educadores físicos e fisioterapeutas além de apoio institucional e servidores municipais das categorias de técnicos de enfermagem e auxiliares administrativos. A unidade tem aproximadamente 6.800 pessoas no território adscrito.

2.2 Sujeitos:

Foram convidados os profissionais da equipe mínima, NASF, Apoio Institucional e corpo técnico da USF.

2.3 Período:

Janeiro à Junho de 2016.

2.4 Temas abordados e bibliografia utilizada:

Promoção e prevenção em saúde bucal (flúor e dentes decíduos), identificação da cárie precoce e seus estágios de evolução, higienização da cavidade oral nos primeiros meses de vida, cronologia de erupção dos dentes, pré-natal odontológico, doenças periodontais e suas relações com doenças crônicas, câncer bucal, urgências e avaliação e caracterização da dor.

Bibliografia utilizada como referência foram os Cadernos da Atenção Básica do Ministério da Saúde: Caderno 36 de Diabetes Mellitus; Caderno 28, volume 2, Acolhimento a demanda espontânea; Caderno 32 de Atenção ao pré-natal de baixo risco; Caderno 37 de Hipertensão Arterial Sistêmica e Caderno 17 de Saúde Bucal.

2.5 Formato e metodologia aplicada no matriciamento:

Para apresentação dos temas foi elaborada uma apresentação de slides utilizando o programa powerpoint e modelos educativos de estruturas da cavidade oral, cedidos pela prefeitura municipal de Camaçari, para demonstração das estruturas da cavidade oral, evolução da cárie e técnicas de higiene. Foram realizados 03 encontros presenciais em formato de Roda de Conversa, pois permite uma maior interação dos participantes, conceitos e opiniões sobre o tema proposto num ambiente onde a descontração pudesse ser mantida.

4 DESENVOLVIMENTO

A Unidade de Saúde da Família PHOCIII, é uma das unidades de saúde de Camaçari que fazem parte do Programa de Residência Médica e Multiprofissional em saúde da família. A residência tem duração de 02 anos, onde no primeiro ano o residente fica imerso na assistência, foi neste momento que surgiu a necessidade de realizar o matriciamento contido neste relato.

A unidade é composta de duas equipes mínimas com enfermeiro, médico e cirurgião-dentista, e possui um núcleo de apoio à saúde da família (NASF) com nutricionista, educador físico e fisioterapeuta. Essa composição diversificada de categorias, e quantidade maior de profissionais facilita a realização de diversas atividades dentro na unidade de saúde da família, criando um espaço mais privilegiado para os residentes.

A odontologia, sob a minha visão, é uma profissão extremamente tecnicista e individualista, e mesmo dentro da estratégia de saúde da família, o dentista normalmente trabalha separadamente da equipe, desenvolvendo seu trabalho sem o envolvimento dos demais profissionais. A proposta do programa de residência trás o desenvolvimento do trabalho em saúde em equipes integradas, para realização de uma clínica ampliada:

“[...] a clínica ampliada busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional. Trata-se de colocar em discussão justamente a fragmentação do processo de trabalho e, por isso, é necessário criar um contexto favorável para que se possa falar destes sentimentos em relação aos temas e às atividades não-restritas à doença ou ao núcleo profissional [...]”. (BRASIL, 2009, p.14)

Minha percepção na assistência foi que os demais profissionais da área de saúde, normalmente, não reconhecem a importância da saúde bucal na saúde geral dos indivíduos, e negligenciam diversas vezes a necessidade de ter o apoio do cirurgião-dentista. O dentista da mesma forma não costuma compartilhar formas de atuar com prevenção e promoção de saúde bucal, tendo como base de que esta preocupação faz parte apenas do trabalho do mesmo.

Com o objetivo de reorientar o funcionamento da unidade de saúde da família, ampliar o acesso, identificar as necessidades dos usuários o acolhimento a demanda espontânea foi implantado. O acolhimento foi discutido e idealizado conforme as diretrizes propostas no Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, número 28, volume 1, de acolhimento a demanda espontânea, adaptando os modelos à realidade do território e capacidade da equipe. Inicialmente uma escala de profissionais foi formada para realizar a escuta de usuários que compareciam solicitando os serviços.

Acolhimento, segundo Hennington (2005), pode ser conceituado como um processo que permite a reorganização do trabalho em saúde e conseqüentemente o modelo de assistência prestada aos usuários. É uma postura adotada pelos profissionais envolvidos que se inicia no primeiro contato com o paciente.

Na tentativa de realizar um atendimento qualificado, não somente focado nas fase curativa, em conjunto com outra residente de odontologia elaboramos uma agenda onde nos dividimos em atividades fora da USF, como visita as creches e escolas do território, acolhimento, visita domiciliar, reunião de equipe e atendimento clínico. A USF PhocIII, optou por não realizar seus atendimentos clínicos por programas, uma agenda aberta, com horários marcados, pois segundo a equipe esta forma de atuação proporciona uma visão mais integral do usuário, uma facilidade para o mesmo durante a marcação, além de não utilizar a divisão histórica de programas atendidos pelos médica(o) e outros pela enfermeira(o).

O serviço odontológico da unidade encontrava-se parado por pendências em equipamentos, material e auxiliar há mais de um ano, antes da chegada da residência, o que provocou uma enorme demanda reprimida. Desta forma os residentes de odontologia encontravam-se mais disponíveis e foram absorvidos por demandas como a implantação do acolhimento à demanda espontânea.

Quando entramos de forma tão intensa no acolhimento nos deparamos com um quadro extremamente preocupante a população necessitava com urgência acesso a odontologia, pois a quantidade diária de usuários que compareciam ao acolhimento com queixas odontológicas eram alarmante. Da mesma forma também pudemos observar o despreparo dos demais profissionais em lidar com queixas odontológicas, na maioria das vezes se o paciente que referia algum problema de saúde bucal era direcionado para o dentista que estivesse no acolhimento.

Esta percepção me levou a questionar como somente o dentista poderia acolher toda essa demanda, a refletir o porquê desta postura de que tudo de origem na boca fosse demanda apenas do dentista. Era algo que me incomodava muito, pois acreditava que qualquer categoria, desde que orientada de forma correta, poderia realizar uma escuta da queixa do paciente e realizar minimamente as primeiras orientações, sem necessariamente ter a presença de um dentista.

Quando o atendimento clínico pode ser reaberto, e os usuários conseguiram de fato atendimento pude observar que a situação era ainda pior, a condição de saúde bucal da população era muito ruim, a maioria das crianças já tinham dentes permanentes cariados ou dentes decíduos destruídos pela cárie, adultos jovens com poucos dentes, idosos com comprometimento sistêmico sem nenhum tipo de acompanhamento. Era uma demanda muito maior do que a capacidade de atendimento que possuíamos. Conseguimos visualizar que realmente era necessário além de realizar os tratamentos clínicos, abordar a prevenção e promoção em saúde bucal de forma intensa.

Participando das demais atividades como reuniões de equipe ficava mais evidente o desconhecimento das atuações do cirurgião-dentista e da necessidade da integração entre as categorias. Era necessário, durante as reuniões que tratavam sobre processo de trabalho ou, por exemplo, visitas domiciliares que fosse sinalizado a necessidade de observar as questões de saúde bucal.

Com toda a problemática que vivenciava a equipe de saúde bucal da USF tive como prioridade pensar em alguma estratégia que aumentasse o seu potencial, conseguindo levar algum tipo de orientação à usuários que não tivessem conseguido de imediato acesso ao atendimento. Partindo da análise feita por mim pela experiência no acolhimento, acreditei que a forma mais eficiente seria matricular as demais categorias sobre os principais agravos em saúde bucal, além de doenças sistêmicas e suas associações com a cavidade oral, e ações em prevenção e promoção.

3.1 PLANEJAMENTO DO MATRICIAMENTO

Durante uma reunião de equipe conversei com os presentes o meu desejo de realizar essa atividade, pelo impacto que ela poderia ter na qualidade e resolutividade dentro do nosso processo de trabalho. Todos pareceram bastante interessados, e sugeriram alguns temas que tinham dúvidas ou que gostariam de maior esclarecimento.

Sendo assim dei continuidade a minha proposta elaborando o planejamento de ações para esta atividade.

Primeiramente achei adequado confeccionar uma apresentação de slides onde fosse exposto, de forma clara e objetiva, os principais conceitos a serem abordados, além disso, durante a apresentação os macromodelos das estruturas da cavidade oral seriam utilizados para que a experiência fosse o mais real possível. Como aporte teórico, os cadernos de atenção básica (Cadernos de saúde bucal, hipertensão arterial sistêmica, diabetes e acolhimento a demanda espontânea) do Ministério da Saúde foram usados. Com o levantamento dos assuntos planejei 03 encontros presenciais, que ocorreriam em formato de roda de conversa para proporcionar uma maior interação.

“[...] a roda de conversa consiste na criação de espaços de diálogos em que pessoas expressam, escutam os outros e a si mesmas. Essa estratégia estimula a construção de autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da troca de informações e da reflexão para a ação. Servem para alimentar circuitos de troca, mediar aprendizagens recíprocas e/ou associar competências [...]”. (RAMOS et al, 2013)

3.2 ENCONTROS

Temas abordados no primeiro encontro: pré-natal odontológico (com as recomendações do Ministério da Saúde presentes no Caderno de Atenção Básica número 32 de Atenção ao pré-natal de baixo risco) e os principais agravos durante a gravidez; higienização da cavidade oral nos primeiros meses de vida, a dentição na infância e cronologia de erupção dos dentes; cárie; doenças que acometem outras estruturas da cavidade oral; noções práticas de prevenção e promoção em saúde bucal.

Segundo encontro: hipertensão arterial sistêmica, como é conduzido o atendimento do paciente hipertenso e suas complicações; correlação da diabetes com doenças periodontais; outras doenças sistêmicas e a importância da visita regular e preventiva ao dentista; câncer bucal.

Terceiro encontro: urgências odontológicas; avaliação e caracterização da dor (uso de fármacos, principais questionamentos aos usuários, como classificar o risco).

Durante todos os encontros houve intensa participação dos profissionais, que demonstravam muito interesse em aplicar as informações em sua rotina na USF. Ao final de cada encontro tentei fomentar discussões para observar se fui capaz de

transmitir e alcançar meu objetivo como o matriciamento, que seria fazer com que a saúde bucal tenha envolvimento e atuação de todos os atores da equipe de saúde.

3.3 FACILIDADES E DIFICULDADES

Por estarem inseridos num programa de residência e ligados diretamente com a busca de conhecimentos e ampliação do olhar, os integrantes foram receptivos e participantes a idéia proposta. O convite à participação do matriciamento se estendeu a todos os profissionais da unidade, porém houve pouca receptividade das técnicas de enfermagem e agentes comunitários de saúde, estes apresentam pouco interesse e desmotivação em participar de atividades de educação em saúde com os residentes.

3.4 IMPRESSÕES

Com a realização dos encontros, acompanhei a rotina da unidade e pude perceber a mudança de postura dos profissionais. Primeiro no acolhimento, ganharam mais autonomia, solicitando menos a presença do dentista a cada escuta, avaliando o paciente e realizando as primeiras intervenções. As gestantes encaminhadas para consulta de pré-natal odontológico já haviam sido previamente informadas, pelas enfermeiras e médicas, como funciona o calendário do pré-natal odontológico e quais os cuidados a saúde bucal dela e do bebê. Em todas as consultas de puericultura e visitas domiciliares os profissionais, sem a presença do dentista, realizavam avaliação da cavidade oral, buscando identificar fatores de risco e doenças já instaladas, além de realizar escovações supervisionadas e orientações de higiene para os usuários.

O processo de trabalho ficou menos centrado em uma categoria profissional, o que proporcionou que a equipe de saúde bucal ficasse mais disponível para participar das demais atividades da unidade de saúde.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O apoio matricial mostra-se como uma importante ferramenta de trabalho na estratégia de saúde da família. Possibilita ampliação da atuação da equipe dando maior resolutividade aos casos, proporcionando maior acesso aos usuários e a serviços que por questões históricas não têm condições de absorver a demanda real do seu território.

A saúde bucal sofre com a demanda reprimida, e por meio das ações de promoção e prevenção tenta reverter o quadro constatado no Brasil. A maioria da população não tem acesso e necessita de tratamentos também curativos, o que sobrecarrega o serviço odontológico. Como porta de entrada do usuário, a atenção primária a saúde tem papel fundamental na mudança do cenário atual. O cirurgião-dentista deve capacitar as categorias para que estejam aptas a acolher os usuários, realizar orientações de prevenção em saúde bucal e a primeira abordagem das urgências odontológicas.

O trabalho do cirurgião-dentista fora descentralizado das ações clínicas curativas, promovendo ações fora do consultório e proporcionando ferramentas de trabalho para outras categorias é preconizado para as equipes de saúde bucal na atenção básica. O potencial deste envolvimento e integração da equipe na realização do cuidado se mostra evidente.

Com a mudança de postura no acolhimento, com a ampliação do olhar para além da visão do seu núcleo profissional o acesso a saúde bucal foi ampliada, questões que anteriormente passavam despercebidas pela equipe foram sinalizadas com brevidade proporcionando um atendimento integral ao usuário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 64p., 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 198**, 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: Gabinete do Ministro, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2017.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. v. 23, n. 2, p. 399-407, fev., 2007.

CERICATO, G. O.; GARBIN, D.; FERNANDES, A. P. S. **A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal**. RFO. v. 12, n. 3, p. 18-23, set.-dez., 2007.

CORRÊA, G. T.; CELESTE, R. K. **Associação entre a cobertura de equipes de saúde bucal na saúde da família e o aumento na produção ambulatorial dos municípios brasileiros, 1999 e 2011**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. v. 31, n. 12, p. 2588-2598, dez, 2015.

COSTA, S. M. et al. **Práticas de trabalho no âmbito coletivo: profissionais da equipe Saúde da Família**. Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 292-299, 2014.

CUTOLO, L. R. A.; MADEIRA, K. H. **O trabalho em equipe na estratégia Saúde da Família: uma análise documental**. Arquivos Catarinenses de Medicina. v.39, n.3, p.79-84, 2010.

EMMI, D. T.; BARROSO, R. F. T. **Avaliação das ações de saúde bucal no Programa de Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará**. Ciências & Saúde Coletiva. v. 13, n. 1, p. 35-41, 2008.

HENNINTONG, E. A. **Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.256-265, jan-fev, 2005.

MELO, L. M. et al. **Matriciamento como ferramenta para o processo de trabalho em equipe em uma unidade de saúde da família, Brasil: um relato de experiência**. Memórias da Convenção Internacional de Saúde Pública. Cuba, 2012.

PINHEIRO, P. M.; OLIVEIRA, L. C. **A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa de Saúde da Família**. Interface – Comunic., Saúde, Educ., 2010.

RAMOS, L. S. et al. **Estratégia de roda de conversa no processo de educação permanente em saúde Mental.** Rev Rene. v. 14, n. 4, p. 845-853, 2013.

SCARPARO, A. et al. **Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro.** Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro. v. 23, n. 4, p. 409-415, 2015.

SILVA, A. C. B.; ATHAYDE, M. **O Programa de Saúde da Família sob o ponto de vista da atividade: uma análise das relações entre os processos de trabalho, saúde e subjetivação.** Rev. Bras. Saúde ocup., São Paulo, v. 33, n. 117, p. 23-35, 2008.

SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. **Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. v. 23, n. 11, p. 2727-2739, 2007.