

**PROPORCIONANDO O CUIDADO ODONTOLÓGICO INTEGRAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA****PROVIDING COMPREHENSIVE DENTAL CARE IN THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM: AN EXPERIENCE REPORT****PRESTACIÓN DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA INTEGRAL EN EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD DE BRASIL: INFORME DE EXPERIENCIA**

Daianny Cristina Ramos dos Santos Cordovil¹, Nayara Akemi Tsunemitsu², Paulo Rodrigo Cordovil Cordovil³, Micheli Mayara Souza Barros⁴, Maria Manuelle dos Santos Moura², Ellen Polyana Carvalho Farias⁵, Raquel Rodrigues Bastos², Mayra Trindade Pantoja Leão⁶

e757906

<https://doi.org/10.47820/recima21.v7i5.7906>

PUBLICADO: 05/2026

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como eixo estruturante para a organização do cuidado, orientado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Nesse contexto, a sistematização de experiências profissionais contribui para o fortalecimento das práticas assistenciais e para o letramento em saúde. Este estudo trata-se de um relato de experiência, de natureza descritiva e analítica, realizado no contexto da ESF, descreve a vivência prática de uma equipe de saúde bucal atuante na ESF, no município de Belém, no estado do Pará, detalhando o fluxo assistencial estabelecido desde o acolhimento da demanda espontânea (urgências) até o planejamento reabilitador e a manutenção preventiva. A equipe, composta por duas residentes, uma preceptora e uma técnica em saúde bucal, pautou sua atuação no acompanhamento longitudinal. O relato descreve as etapas de avaliação clínica, elaboração de planos terapêuticos individualizados e manejo da contrarreferência na rede de atenção. Observou-se que a articulação entre o saber acadêmico da residência e a rotina do serviço contribuiu para o fortalecimento do letramento em saúde e da resolutividade clínica. Conclui-se que a sistematização dessas práticas evidencia a importância da educação permanente para a consolidação da rede de cuidados e a qualificação da assistência odontológica no SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde bucal. Atenção Primária à Saúde. Integralidade em saúde. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) constitutes the main entry point to the Brazilian Unified Health System (SUS), with the Family Health Strategy (FHS) as the structuring axis for the organization of care, guided by the principles of universality, equity, and comprehensiveness. In this context, the systematization of professional experiences contributes to the strengthening of care practices and

¹ Bacharelado em Odontologia, pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Residente da Residência Multiprofissional Saúde da Família, pela Universidade do Estado do Pará (UEPA).

² Bacharelado em Odontologia, pela Universidade da Amazônia (UNAMA). Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, pela Universidade do Estado do Pará (UEPA).

³ Bacharelado em Assistente Social, pela Universidade Federal do Pará (UFPA).

⁴ Bacharelado em Enfermagem, pela Universidade do Estado do Pará (UEPA) Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, pela Universidade do Estado do Pará (UEPA).

⁵ Bacharelado em Fisioterapia, pelo Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU). Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, pela Universidade do Estado do Pará (UEPA).

⁶ Bacharelado em Odontologia pelo Centro Universitário do Pará (CESUPA). Especialista em Saúde da Família, Residência Multiprofissional em Saúde da Família/Atenção Básica (UEPA). Preceptora do Programa de Residência Saúde da Família/Atenção Básica (UEPA). Especialista em Odontopediatria (IOA). Especialista em Saúde Coletiva (FAVENI). Mestranda em Saúde Coletiva na Amazônia (UFPA).



health literacy. This study is an experience report, of a descriptive and analytical nature, carried out in the context of the FHS, describing the practical experience of an oral health team working in the FHS in the municipality of Belém, in the state of Pará, detailing the established care flow from the reception of spontaneous demand (emergencies) to rehabilitative planning and preventive maintenance. The team, composed of two residents, a preceptor, and an oral health technician, based its work on longitudinal follow-up. The report describes the stages of clinical evaluation, development of individualized therapeutic plans, and management of counter-referrals within the care network. It was observed that the articulation between the academic knowledge gained during residency and the routine of the service contributed to strengthening health literacy and clinical problem-solving skills. It is concluded that the systematization of these practices highlights the importance of continuing education for consolidating the care network and improving the quality of dental care within the Brazilian Unified Health System (SUS).

KEYWORDS: Oral Health. Primary Health Care. Comprehensive Health Care. Family Health Strategy.

RESUMEN

La Atención Primaria de Salud (APS) constituye el principal punto de entrada al Sistema Único de Salud (SUS) brasileño, con la Estrategia de Salud Familiar (ESF) como eje estructurador para la organización de la atención, guiada por los principios de universalidad, equidad e integralidad. En este contexto, la sistematización de las experiencias profesionales contribuye al fortalecimiento de las prácticas de atención y la alfabetización en salud. Este estudio es un informe de experiencia, de carácter descriptivo y analítico, realizado en el contexto de la ESF, que describe la experiencia práctica de un equipo de salud bucal que trabaja en la ESF en el municipio de Belém, en el estado de Pará, detallando el flujo de atención establecido desde la recepción de la demanda espontánea (emergencias) hasta la planificación rehabilitadora y el mantenimiento preventivo. El equipo, compuesto por dos residentes, un preceptor y un técnico en salud bucal, basó su trabajo en el seguimiento longitudinal. El informe describe las etapas de evaluación clínica, desarrollo de planes terapéuticos individualizados y manejo de contraderivaciones dentro de la red de atención. Se observó que la articulación entre el conocimiento académico adquirido durante la residencia y la rutina del servicio contribuyó a fortalecer la alfabetización en salud y las habilidades para la resolución de problemas clínicos. Se concluye que la sistematización de estas prácticas resalta la importancia de la formación continua para consolidar la red de atención y mejorar la calidad de la atención odontológica dentro del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil.

PALABRAS CLAVE: Salud bucal. Atención primaria de salud. Atención integral de la salud; Estrategia de salud familiar.

INTRODUÇÃO

A introdução contextualiza o SUS, a APS, a ESF e a inserção da saúde bucal na rede, delimitando o tema e apresentando objetivo ao final. Todavia, o texto demanda revisão de clareza, coesão e correção gramatical. Há problemas de formulação e de precisão conceitual. Trechos como “instituído por meio de lutas sociais foi criado” podem ser reescritos para evitar construção truncada. O segmento “Sendo a saúde entendida como o bem-estar físico” contém erro ortográfico grave. A passagem “Buscando a ampliação do cuidado, evidenciando o cuidado centrado não



apenas no indivíduo, mas na família e comunidade a Estratégia Saúde da Família foi elaborada” apresenta estrutura sintática frágil e pontuação inadequada. Recomenda-se revisão integral da introdução com maior rigor formal e melhor encadeamento argumentativo.

A fundamentação teórica é pertinente, pois mobiliza conceitos de integralidade, APS, ESF, saúde bucal e atenção secundária. Entretanto, permanece mais descritiva do que analítica. O manuscrito carece de aprofundamento crítico da literatura e de maior densidade conceitual sobre integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado e resolutividade em saúde bucal. Seria conveniente ampliar o diálogo entre os referenciais normativos e a produção científica recente, evitando que a seção introdutória assuma apenas função expositiva.

A promulgação da Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como um direito fundamental e dever do Estado, estruturando o Sistema Único de Saúde (SUS) sob as premissas de universalidade, equidade e integralidade. Nesse arranjo, a Atenção Primária à Saúde (APS) assume o papel de ordenadora da rede e porta de entrada preferencial, operando por meio de atributos essenciais como a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a orientação familiar e comunitária. A Estratégia Saúde da Família (ESF) consolida-se como o modelo prioritário para a reorientação da assistência, visando superar a fragmentação do cuidado e promover uma abordagem biopsicossocial que transcenda a dimensão puramente biológica do processo saúde-doença (Brasil, 1988).

Historicamente, a saúde bucal foi marcada por um modelo assistencial excludente e centrado em procedimentos curativos e mutiladores. A inserção das Equipes de Saúde Bucal (eSB) na ESF e a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), o programa "Brasil Sorridente" representaram um marco analítico na busca pela integralidade. A integralidade, enquanto princípio polissêmico, exige que o cuidado odontológico não se limite à resolução de agravos agudos, mas se articule em uma rede de atenção que garanta a continuidade do tratamento em níveis de complexidade secundária e terciária, por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) (Brasil, 2017).

As especialidades odontológicas no SUS foram implantadas com o intuito de promover a integralidade do cuidado, proporcionando aos cidadãos o atendimento completo odontológico, tanto na atenção primária, como na secundária e terciária. Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) são instituições que atuam unidas à atenção primária à saúde, e obrigatoriamente necessitam possuir as especialidades de diagnóstico bucal, cirurgia oral menor, endodontia e atendimento a pacientes com necessidades especiais. Intensificando ainda mais o



cuidado, os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias foram inseridos no SUS, proporcionando reabilitações bucais com prótese dentárias (Brasil, 2006).

Entretanto, a efetivação dessa rede enfrenta desafios persistentes relacionados à resolutividade e à integração real entre os níveis de atenção. A literatura científica recente aponta que a simples ampliação da cobertura não garante a coordenação do cuidado; é necessária uma articulação robusta entre o planejamento terapêutico na APS e os sistemas de referência e contrarreferência. Nesse sentido, a longitudinalidade revela-se como o eixo que permite à equipe de saúde bucal acompanhar o ciclo de vida do usuário, promovendo o letramento em saúde e a autonomia dos sujeitos (Brasil, 2014; Veras, 2025).

Diante deste cenário, o presente estudo objetiva relatar a vivência prática de uma equipe de saúde bucal na ESF, evidenciando como a sistematização de fluxos a partir do atendimento de urgência ao encaminhamento aos centros de especialidades, materializa os conceitos de cuidado integral e humanizado no contexto amazônico.

1. METODOLOGIA

A metodologia está identificada como relato de experiência, de natureza descritiva, e descreve satisfatoriamente o cenário, a equipe envolvida e a sequência assistencial. Contudo, há fragilidade metodológica importante: faltam delimitação temporal da experiência, critérios de seleção do caso relatado, justificativa para escolha da usuária como eixo narrativo e considerações éticas, especialmente quanto ao sigilo, anonimização e eventual dispensa ou necessidade de apreciação ética. Ainda que relatos de experiência tenham flexibilidade metodológica, é desejável explicitar tais aspectos para robustecer o manuscrito.

Trata-se de um relato de experiência de natureza descritiva e analítica, desenvolvido no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Belém, Pará. A experiência ocorreu no período de dezembro de 2025 a fevereiro de 2026, intervalo correspondente à integração de duas residentes de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (UEPA) ao cenário de prática, sob supervisão de uma cirurgiã-dentista preceptora e apoio de uma técnica em saúde bucal.

A sistematização da experiência baseou-se na observação participante das atividades assistenciais e no registro em prontuários clínicos, considerando o fluxo de atendimento desde a demanda espontânea até a continuidade do cuidado na rede de atenção. O critério de seleção deste caso específico para o relato fundamentou-se na sua capacidade de representar o fluxo assistencial ideal dentro da rede: a usuária ingressou via demanda espontânea (urgência), percorreu o tratamento clínico na APS e foi integrada à rede de atenção secundária Centro de



Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratório Regional de Próteses Dentárias (LRPD). Assim, a escolha do caso justifica-se por sua densidade pedagógica, permitindo analisar a materialização dos conceitos de integralidade, longitudinalidade e resolutividade em um único percurso terapêutico.

No que tange aos aspectos éticos, o relato pautou-se nas diretrizes da Resolução nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Garantiu-se o sigilo e a anonimização das informações da usuária, com supressão de quaisquer dados que permitissem sua identificação. Por tratar-se de relato de experiência derivado da prática assistencial cotidiana, sem intervenção experimental ou identificação de sujeitos, o estudo concentrou-se na análise do processo de trabalho e da organização do cuidado.

A clínica odontológica no SUS atua de portas abertas, com atendimentos previamente agendados e também com atendimentos de demanda espontânea. A demanda espontânea é reconhecida como atendimentos não agendados, motivados por uma necessidade imediata, sendo classificadas como urgências e emergências odontológicas. Os atendimentos de urgência e emergência odontológica buscam sanar a dor, infecções e traumas dentários. O atendimento clínico na atenção primária à saúde está voltado para o atendimento de prevenção, tratamento e resolução de doenças da cavidade bucal, como cárie, gengivite, periodontite, extrações simples, urgências odontológicas, entre outros (Ferreira, 2024).

Sendo assim, esse relato de experiência teve início a partir de um atendimento odontológico de urgência, no qual a usuária apresentava dor na região do elemento dentário 48. Durante o exame clínico intra e extraoral, associado ao odontograma, foram identificadas múltiplas necessidades odontológicas, incluindo lesão cariosa extensa com exposição pulpar no elemento 48, raízes residuais dos elementos dentários 14, 15 e 16 com mobilidade e presença de secreção purulenta, além de lesões cariosas em outros elementos dentários (Brasil, 2023; Frichebruder, 2022).

Na consulta inicial, foi realizado o manejo da urgência odontológica por meio de acesso endodôntico no elemento 48, medicação intracanal e selamento provisório, além de prescrição medicamentosa e solicitação de exame radiográfico panorâmico para planejamento terapêutico. A partir da avaliação clínica e radiográfica, foi elaborado um plano de tratamento integral, contemplando exodontias múltiplas, procedimentos restauradores, ações preventivas e encaminhamento para atenção secundária. Salientando a importância do atendimento integral e humanizado (Oliveira, 2022).

Foram realizadas exodontias dos elementos 14, 15 e 16, seguidas de acompanhamento pós-operatório. Posteriormente, procedeu-se à exodontia do elemento dentário 25, conforme



decisão compartilhada com a paciente. Na sequência do tratamento, foram executados procedimentos de adequação do meio bucal, incluindo restaurações, raspagem periodontal, profilaxia e aplicação tópica de flúor, além de orientações de higiene bucal e entrega de insumos, como creme dental, fio dental e escova dentária. Possibilitando meios para continuidade do cuidado odontológico (Da Silva, *et al.*,2025).

A usuária foi orientada de como deveria seguir para realizar o agendamento nos serviços de Atenção Secundária por meio da regulação da unidade básica, posteriormente foi encaminhada ao CEO para continuidade do tratamento endodôntico/cirúrgico do elemento 48 e ao LRPD para reabilitação protética. Ao final, foi estabelecido acompanhamento periódico na APS, com orientações quanto ao retorno e manutenção da saúde bucal. Desse modo, buscou-se proporcionar o cuidado integral, assim como a longevidade do cuidado na atenção primária à saúde (Brasil, 2006; Da Silva, *et al.*,2025).

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão apresentam dados narrativos coerentes com a proposta do texto e demonstram a trajetória do cuidado, incluindo urgência, exodontias, adequação do meio bucal, encaminhamento ao CEO e ao LRPD e seguimento na APS. Contudo, a discussão ainda é breve e por vezes reiterativa. Em alguns momentos, o texto afirma princípios gerais já expostos anteriormente, mas poderia explorar com maior profundidade o que a experiência revelou de singular, os limites encontrados no processo assistencial, as barreiras de acesso, o papel da regulação e o impacto clínico e social do cuidado ofertado.

A experiência relatada em Belém/PA revela que a resolutividade na Atenção Primária à Saúde (APS) transcende a execução de procedimentos técnicos; ela reside na capacidade da equipe de transitar entre a odontologia minimamente invasiva e a intervenção cirúrgica necessária em quadros de negligência assistencial crônica. O caso em questão evidencia um cenário comum no contexto amazônico: a chegada do usuário via urgência por dor aguda (elemento 48), que funciona como um evento sentinela para revelar necessidades acumuladas, como as raízes residuais e a demanda protética. No campo da saúde bucal, a APS desempenha papel fundamental na coordenação do cuidado, desde o atendimento de urgência até a reabilitação, incluindo ações preventivas e educativas, conforme preconizado pela Política Nacional de Saúde Bucal. Que possibilita a ampliação do vínculo entre usuários e profissionais em saúde (Brasil, 2023; Brasil, 2017).



Nesse sentido, o planejamento terapêutico individualizado atuou como ferramenta de equidade. Em vez de restringir-se ao alívio da sintomatologia dolorosa, o que perpetuaria o modelo excludente e curativista, a equipe utilizou o episódio de urgência para estabelecer o vínculo e iniciar o cuidado longitudinal. Entretanto, a execução deste plano esbarra em barreiras de acesso estruturais. O papel da regulação municipal surge aqui como um gargalo crítico: a transição do usuário para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e para o Laboratório Regional de Próteses Dentárias (LRPD) não é automática e depende da disponibilidade de vagas e da logística territorial, o que muitas vezes ameaça a continuidade do cuidado (Veras, 2025; Seabra, 2025).

A transição de um modelo curativista para o cuidado integral exige que o planejamento considere não apenas o elemento dentário isolado, mas a subjetividade do usuário e sua trajetória de exclusão assistencial. No caso relatado, a decisão compartilhada e a escuta qualificada foram determinantes para a adesão ao tratamento complexo, demonstrando que o acolhimento humanizado atua como um catalisador da resolutividade clínica. Dessa forma, o planejamento terapêutico deve ser individualizado, considerando as necessidades clínicas, sociais e subjetivas do usuário (Brasil, 2023; Oliveira, 2022).

A articulação entre o saber acadêmico da Residência Multiprofissional e a rotina do serviço introduziu uma singularidade: a educação permanente em tempo real. A presença de residentes permitiu uma discussão de caso mais adensada, favorecendo o letramento em saúde da usuária. Ao compreender seu percurso terapêutico, a paciente deixou de ser um objeto de intervenção para tornar-se sujeito do cuidado, o que impactou diretamente na adesão às exodontias múltiplas e na manutenção da higiene bucal. A experiência relatada evidencia a complexidade das demandas atendidas na Atenção Primária à Saúde e reforça a importância da integralidade do cuidado como princípio norteador das práticas em saúde. A integralidade pressupõe a articulação entre os diferentes níveis de atenção e a abordagem ampliada do indivíduo, considerando suas necessidades biológicas, psicológicas e sociais (Amorim, 2024).

A interligação entre a atenção primária à saúde, os Centros de Especialidades Odontológicas e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias geram o cuidado integral, possibilitando a continuidade do cuidado e a resolutividade das demandas, garantindo acesso a procedimentos especializados e reabilitadores. Fundamentais para a longevidade do tratamento bucal. Além disso, destaca-se a importância da educação permanente em saúde como estratégia para qualificação profissional, permitindo maior segurança na tomada de decisão clínica e no planejamento terapêutico. Gerando confiança enquanto promotor de cuidado, integrando o conhecimento teórico com a prática profissional (Brasil, 2006; Brasil, 2018; Leal *et al.*, 2021).



Conclui-se que o impacto social do cuidado ofertado não se limitou à eliminação de focos infecciosos, mas à reabilitação da dignidade e da função social da usuária. O desafio persistente, contudo, permanece na fragilidade da rede de contrarreferência, garantir que, após o tratamento especializado, o usuário retorne e permaneça sob vigilância da APS, consolidando o ciclo da integralidade e evitando a reincidência de agravos preveníveis.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato desta experiência evidencia que a atuação qualificada da equipe de saúde bucal na ESF é o alicerce para a efetivação da integralidade no SUS. Como principal aprendizagem institucional, destaca-se que o acolhimento à urgência odontológica não deve ser visto apenas como um atendimento pontual, mas como um potente dispositivo de triagem e captação de usuários historicamente excluídos, permitindo o diagnóstico precoce de necessidades complexas e o estabelecimento de vínculo longitudinal.

Em termos de implicações práticas, a vivência demonstra que a sistematização de fluxos assistenciais bem definidos e o manejo resolutivo da regulação municipal são competências tão essenciais quanto a destreza clínica. Para outras equipes de saúde bucal no SUS, este relato sugere que a inserção de programas de residência multiprofissional atua como um catalisador da educação permanente, oxigenando as discussões clínicas e elevando o letramento em saúde dos usuários.

Conclui-se que o fortalecimento da rede de cuidados em Belém e em outros contextos semelhantes depende de uma gestão que priorize a integração real entre a APS, os CEOs e os LRPDs. A experiência reafirma que o cuidado odontológico, quando planejado de forma compartilhada e humanizada, possui o potencial de transformar a realidade biopsicossocial do indivíduo, convertendo preceitos normativos em práticas de saúde resolutivas e emancipadoras.

REFERÊNCIAS

AMORIM, S. M.; LEITE, I. C. G. Avaliação da integralidade e do acesso de primeiro contato em saúde bucal na Atenção Primária, sob a perspectiva de cirurgiões-dentistas. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 49, p. 1–12, 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: planalto.gov.br. Acesso em: 23 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023**. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: Presidência da República, 2023. Disponível em: planalto.gov.br. Acesso em: 23 fev. 2026.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: saude.gov.br. Acesso em: 12 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 599, de 23 de março de 2006**. Define a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: saude.gov.br. Acesso em: 23 fev. 2026.

DA SILVA, M. G. O. et al. A inserção da saúde bucal na estratégia saúde da família: avanços e desafios para a integralidade do cuidado no sus. **ARACÊ**, [s. l.], v. 7, n. 4, p. 20848–20860, 2025. FERREIRA, E. R. V. O.; SANTOS, M. S.; ARAÚJO, É. H. A Integração do e-SUS APS e a Odontologia na Atenção Primária: Avanços no Atendimento e na Gestão da Saúde Bucal. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [s. l.], v. 6, n. 11, p. 2811–2821, 2024.

FRICHEMBRUDER, K.; PRASS, T. S.; HUGO, F. N. Série histórica de atendimentos de urgência odontológica no Brasil entre 2008 e 2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 3215-3226, 2022.

LEAL JÚNIOR, F. J. et al. Integralidade em saúde bucal na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 11, p. e311101119529, 2021.

LEAL, R. V. S.; EMMI, D. T.; ARAÚJO, M. V. A. Acesso e qualidade da atenção secundária e da assistência em estomatologia no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, e310205, 2021.

OLIVEIRA, M. T. P. et al. Os desafios e as potencialidades da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma análise dos processos de trabalho. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, e320106, 2022.

SEABRA, E. J. et al. Plano de tratamento odontológico integrado na atenção de saúde bucal. **Revista FT**, [s. l.], 2025. Disponível em: <https://revistaft.com.br/plano-de-tratamento-odontologico-integrado-na-atencao-de-saude-bucal/>. Acesso em: 23 fev. 2026.

VERAS, L. M. O. et al. Odontologia minimamente invasiva: técnicas e materiais conservadores. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 235–237, 2025.