



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE-MS
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE DA FAMÍLIA SESAU/FIOCRUZ**

JUAN CARLO VICENTE PEREIRA DE ALMEIDA

**PERFIL DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DOMICILIAR: A VISÃO DOS
CIRURGIÕES-DENTISTAS DA APS DE CAMPO GRANDE**

**PROFILE OF HOME-BASED DENTAL CARE: THE PERSPECTIVE OF
DENTISTS IN PRIMARY HEALTH CARE IN CAMPO GRANDE**

CAMPO GRANDE - MS 2026



JUAN CARLO VICENTE PEREIRA DE ALMEIDA

**PERFIL DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DOMICILIAR: A VISÃO DOS
CIRURGIÕES-DENTISTAS DA APS DE CAMPO GRANDE/MS**

**PROFILE OF HOME-BASED DENTAL CARE: THE PERSPECTIVE OF
DENTISTS IN PRIMARY HEALTH CARE IN CAMPO GRANDE**

**Trabalho de Conclusão de Residência apresentado como
requisito parcial para conclusão da Residência
Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ, de
Mato Grosso do Sul.**

**Orientador (a) : Professor (a) Doutor(a) Keith Bulia da Fonseca
Simas**

Coorientador (a) : Doutor (a) Katlin Darlen Maia

**Residência Multiprofissional
em Saúde da Família**

SESAU/FIOCRUZ

Laboratório de Inovação na Atenção Primária à Saúde - Campo Grande - Mato Grosso do Sul

CAMPO GRANDE - MS 2026

Sumário

ABSTRACT	6
1. INTRODUÇÃO	7
2. MATERIAIS E METODOS	10
2.1. Tipo de estudo	10
2.2. Fontes de dados	10
2.3. População e amostra	11
2.4. Procedimentos de coleta e organização dos dados	11
2.5. Análise dos dados	12
2.6. Aspectos éticos	12
2.7. Validade científica e contribuições esperadas da metodologia	12
3. RESULTADOS	13
3.1. Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Participantes	13
3.2. Frequência de Visitas Domiciliares Realizadas pelos Cirurgiões-Dentistas	15
3.3. Perfil sociodemográfico, condições de acesso e comorbidades dos pacientes assistidos em visitas domiciliares odontológicas	18
3.4. Principais Problemas de Saúde Bucal Avaliados nas Visitas Domiciliares	20
3.5. Percepção dos Profissionais sobre a Importância e Necessidade das Visitas Domiciliares	20
4. DISCUSSÃO	23
5. CONCLUSÃO	27
6. REFERÊNCIAS	30
7. APÊNDICES E ANEXOS	33

APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	33
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	36
ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL	38
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	41

RESUMO

O atendimento odontológico domiciliar constitui uma estratégia relevante da Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente para populações em situação de vulnerabilidade e com limitações de acesso aos serviços. O objetivo deste estudo foi caracterizar o processo de trabalho e o perfil da assistência odontológica domiciliar na APS de Campo Grande/MS, bem como comparar a frequência das visitas domiciliares entre Unidades de Saúde da Família (USF) contempladas e não contempladas pelo programa Qualifica APS. Trata-se de um estudo observacional analítico transversal, de abordagem quantitativa, realizado com 39 cirurgiões-dentistas atuantes na APS, por meio de formulário eletrônico estruturado. A amostra foi majoritariamente composta por profissionais do gênero feminino (>80%), com idade média de 32,3 anos. A maioria dos participantes relatou realizar dez ou mais visitas domiciliares por mês, evidenciando a consolidação dessa prática no município. As ações mais frequentemente realizadas nas visitas foram avaliação de saúde bucal, instrução de higiene oral e protética, técnica de escovação e rastreamento/busca ativa de pacientes. Os materiais mais utilizados incluíram luvas, máscaras, palito de madeira, gaze e lanterna, indicando predominância de intervenções educativas, preventivas e avaliativas. Quanto ao perfil dos pacientes atendidos, destacaram-se indivíduos com dificuldade de acesso à unidade (46,2%), seguidos por pacientes domiciliados (25,6%) e acamados (17,9%), com maior concentração de comorbidades em grupos de alta vulnerabilidade social, especialmente diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Os resultados indicam que a visita domiciliar está incorporada ao processo de trabalho das equipes odontológicas, sendo fortalecida pela presença da residência multiprofissional, embora também esteja presente em unidades não contempladas pelo Qualifica APS, reforçando seu papel na ampliação do acesso e na integralidade do cuidado em saúde bucal.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Odontologia domiciliar; Visita domiciliar; Saúde bucal; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Home dental care represents an important strategy within Primary Health Care (PHC), particularly for vulnerable populations with limited access to health services. This study aimed to characterize the work process and the profile of home dental care provided in PHC in Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brazil, as well as to compare the frequency of home visits between Family Health Units participating and not participating in the Qualifica APS program. This is an analytical cross-sectional observational study with a quantitative approach, conducted with 39 dentists working in PHC, using a structured electronic questionnaire. The sample was predominantly female (>80%), with a mean age of 32.3 years. Most participants reported performing ten or more home visits per month, indicating that home dental care is a consolidated practice in the municipality. The most frequent interventions included oral health assessment, oral and prosthetic hygiene instruction, toothbrushing techniques, and active patient screening. The most commonly used materials were gloves, masks, wooden spatulas, gauze, and flashlights, highlighting the predominance of preventive, educational, and evaluative actions. Regarding the patients' profile, individuals with difficulties accessing health units accounted for 46.2% of visits, followed by homebound (25.6%) and bedridden patients (17.9%), with a higher prevalence of comorbidities among those in situations of high social vulnerability, especially diabetes mellitus and systemic arterial hypertension. The findings demonstrate that home dental care is integrated into the dentists' work routine in PHC, strengthened by multiprofessional residency programs, but also present in units not linked to Qualifica APS, reinforcing its role in expanding access and promoting comprehensive oral health care.

Keywords: Primary Health Care; Home dental care; Home visit; Oral health; Family Health Strategy.

1. INTRODUÇÃO

A atenção domiciliar em saúde representa uma importante estratégia dentro da Atenção Primária à Saúde (APS), pois promove o cuidado contínuo e humanizado aos usuários, especialmente àqueles com limitações de mobilidade ou em situações de vulnerabilidade social. No campo da odontologia, o atendimento domiciliar tem se configurado como uma prática ainda incipiente, embora sua relevância para a promoção da saúde bucal e para o fortalecimento do vínculo entre equipe e paciente seja amplamente reconhecida ^{1,2}.

Historicamente, o cuidado em domicílio surgiu como uma alternativa às hospitalizações prolongadas e aos altos custos de internação, consolidando-se como modelo assistencial nos Estados Unidos na década de 1980 com o surgimento do “Home Care” ³. No Brasil, a institucionalização desse modelo ocorreu a partir da Resolução RDC nº 11/2006 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que estabeleceu requisitos mínimos para a organização e funcionamento dos serviços de atenção domiciliar ⁴. Posteriormente, a Portaria nº 2.529/2006 instituiu a internação domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS), seguida pelas Portarias nº 2.527/2011 e nº 963/2013, que redefiniram os níveis de atenção e ampliaram a cobertura das equipes de atenção domiciliar ^{5,6}.

No contexto odontológico, a Política Nacional de Saúde Bucal, lançada em 2004, representou um marco na reorientação do modelo assistencial e na ampliação do acesso à saúde bucal, incentivando a integração das Equipes de Saúde Bucal (ESB) à Estratégia Saúde da Família (ESF) ⁷. Contudo, observa-se que o atendimento odontológico ainda se mantém, em muitos locais, restrito ao espaço do consultório e às práticas clínicas convencionais, sem a devida ênfase nas ações preventivas, coletivas e domiciliares ⁸. Pesquisas nacionais apontam que a realização de visitas domiciliares por cirurgiões-dentistas é pouco frequente, sendo atribuída à ausência de políticas específicas, à percepção limitada sobre o potencial de atuação nesse espaço e à dependência de tecnologias duras, como o uso de equipamentos de alta rotação ^{9,10}. Esse cenário reforça a necessidade de compreender os fatores que dificultam a prática e de analisar o impacto das ações domiciliares na efetividade da APS e na satisfação dos usuários.

O atendimento odontológico domiciliar se distingue dos demais serviços de saúde por requerer uma logística específica e, em alguns casos, a adaptação de equipamentos e técnicas. No entanto, estudos evidenciam que grande parte das

demandas pode ser resolvida com instrumentais básicos e ações de promoção e prevenção ^{11,12}. Nesse sentido, a atuação domiciliar do cirurgião-dentista, além de reduzir barreiras de acesso, contribui para a integralidade do cuidado e para a detecção precoce de agravos em saúde bucal, especialmente em idosos e pacientes acamados ^{13,14}.

Segundo o Ministério da Saúde ¹⁵, a visita domiciliar constitui uma prática essencial da atenção básica, por permitir a observação do ambiente e das condições de vida dos usuários, fortalecendo o vínculo com a equipe de saúde e promovendo a corresponsabilidade no cuidado. Quando realizada por cirurgiões-dentistas, essa visita se torna ainda mais relevante, pois possibilita intervenções educativas, preventivas e reabilitadoras em pacientes que, de outra forma, estariam excluídos dos serviços odontológicos convencionais.

O município de Campo Grande/MS é contemplado pelos programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e de Residência em Medicina de Família e Comunidade desde 2019, iniciativa que teve início sob a denominação INOVAAPS, posteriormente passou a se chamar TEIAS e, atualmente, é desenvolvida como Qualifica APS, configurando-se como uma parceria estratégica entre a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (SESAU) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). A implementação desses programas teve impacto significativo na organização dos processos de trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS) no município, contribuindo para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, a ampliação do acesso aos serviços, a qualificação do cuidado ofertado à população e a incorporação de práticas alinhadas aos princípios da integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, além de atuar como importante indutora de educação permanente em saúde, promovendo a integração ensino-serviço-comunidade, a qualificação técnica dos profissionais e o desenvolvimento de ações voltadas às necessidades reais do território. Nesse contexto, a APS de Campo Grande/MS é composta por 72 Unidades de Saúde da Família (USF), das quais nove são contempladas pelo programa Qualifica APS da Fiocruz, destacando-se a inserção do atendimento odontológico domiciliar como uma estratégia com potencial para ampliar a cobertura assistencial, reduzir agravos bucais e contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população ^{15,16}.

Portanto, o presente estudo evidencia a caracterização do processo de trabalho e o perfil da assistência odontológica domiciliar ofertada na Atenção

Primária à Saúde (APS) de Campo Grande/MS, além de comparar a frequência das visitas domiciliares realizadas entre as Unidades de Saúde da Família contempladas pelo programa Qualifica APS e aquelas não contempladas pela iniciativa. A pesquisa justifica-se por sua relevância científica, social e política, uma vez que contribui para a produção de evidências sobre a inserção da saúde bucal na assistência domiciliar, ampliando o campo de atuação da odontologia para além do espaço tradicional do consultório. Ao integrar o cirurgião-dentista à dinâmica territorial e às práticas multiprofissionais da APS, o estudo fortalece seus princípios, especialmente a integralidade do cuidado, a equidade e a organização do cuidado centrado nas necessidades da população.^{17,18}

2. MATERIAIS E METODOS

2.1. Tipo de estudo

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo observacional analítico transversal, de natureza quantitativa, desenvolvido com o objetivo de descrever o atendimento odontológico domiciliar na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Campo Grande/MS, a partir da percepção dos cirurgiões-dentistas atuantes na atenção domiciliar. A abordagem adotada possibilita analisar a percepção dos profissionais acerca dos principais agravos em saúde bucal identificados nos usuários domiciliados, bem como o perfil demográfico e clínico desses pacientes, considerando aspectos como faixa etária e condições sistêmicas referidas. Dessa forma, o estudo desloca o foco da análise epidemiológica direta para a compreensão das práticas profissionais e das condições de saúde bucal conforme relatadas pelos cirurgiões-dentistas, que atuam como informantes qualificados no contexto da atenção domiciliar ^{19,20}.

O delineamento transversal possibilita a coleta de dados em um único momento, permitindo a comparação entre as unidades de saúde contempladas e não contempladas pelo programa Qualifica APS, sem intervenção direta sobre os participantes ²¹. Esse tipo de estudo é amplamente utilizado em pesquisas epidemiológicas por possibilitar o levantamento de informações populacionais de forma objetiva e sistemática ²².

2.2. Fontes de dados

A pesquisa utilizou dados primários obtidos diretamente dos participantes — cirurgiões-dentistas atuantes nas Unidades de Saúde da Família (USFs) de Campo Grande/MS. As informações foram coletadas por meio de formulário eletrônico estruturado, desenvolvido especificamente para este estudo, aplicado por meio da plataforma Google Forms.

Adicionalmente, foram consultadas fontes secundárias de dados de domínio público, tais como relatórios do Ministério da Saúde, portarias normativas e o levantamento epidemiológico nacional SB Brasil, com a finalidade de comparação e contextualização dos resultados ^{23,24,25}.

2.3. População e amostra

A população do estudo foi composta por cirurgiões-dentistas atuantes na rede pública municipal de Campo Grande/MS, vinculados às Equipes de Saúde Bucal (ESB) das Unidades de Saúde da Família (USFs). O questionário eletrônico foi respondido por 40 profissionais, entre residentes, preceptores e dentistas da SESAU.

Foram adotados como critérios de inclusão: cirurgiões-dentistas que realizassem visitas domiciliares pela Estratégia Saúde da Família e estivessem em exercício profissional em qualquer USF do município no período da coleta. Como critérios de exclusão, foram desconsiderados respondentes que não atuavam na ESF, não realizavam atendimento domiciliar ou estavam lotados em unidades sem equipe de saúde bucal.

Os profissionais que se encontravam em período de férias durante a fase de coleta de dados receberam o convite para participação no projeto de pesquisa por meio de mensagem eletrônica, garantindo igualdade de acesso à informação, caráter voluntário da participação e ampliação do alcance da amostra.

Durante a análise dos dados, uma resposta foi descartada por não se enquadrar nos critérios de inclusão estabelecidos para o estudo, resultando em 39 respostas válidas para a composição final da amostra.

A amostra, portanto, foi não probabilística por conveniência, refletindo os profissionais que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa e responderam integralmente ao instrumento.

2.4. Procedimentos de coleta e organização dos dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de março e novembro de 2025, mediante o envio de link contendo o questionário eletrônico aos participantes. Antes do início da coleta definitiva, foi realizado um teste piloto com cinco profissionais, com o objetivo de verificar a clareza, a aplicabilidade e a adequação do instrumento, possibilitando os ajustes necessários antes de sua aplicação final ²⁶.

Os questionários contemplaram informações relativas à frequência das visitas domiciliares, ao perfil dos pacientes atendidos, aos principais agravos de saúde bucal observados e aos materiais utilizados pelos cirurgiões-dentistas. O tempo

médio de resposta foi de aproximadamente dez minutos, não interferindo na jornada de trabalho dos profissionais ¹⁹. Os dados obtidos foram organizados em planilhas eletrônicas no software Microsoft Excel e, posteriormente, exportados para softwares estatísticos específicos, assegurando a padronização, a consistência e a integridade das informações coletadas.

2.5. Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva, utilizando-se medidas de frequência absoluta e relativa, médias e desvios-padrão para a caracterização das variáveis de interesse. Posteriormente, foram conduzidas análises comparativas entre as unidades Qualifica APS e as demais Unidades de Saúde da Família (USF), com o objetivo de identificar diferenças na frequência e no perfil dos atendimentos odontológicos domiciliares.

Os resultados obtidos foram comparados aos dados do levantamento SB Brasil 2020/2022, permitindo avaliar a consistência dos achados locais em relação aos parâmetros nacionais ^{19,21}.

2.6. Aspectos éticos

O estudo respeitou integralmente as normas éticas previstas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes para pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), por meio da Plataforma Brasil, tendo sido aprovado sob o parecer nº 7.840.554, sendo a pesquisa iniciada somente após a emissão do parecer favorável ¹⁹.

Os participantes foram devidamente informados acerca dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa e manifestaram sua concordância por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram assegurados o anonimato dos participantes, a confidencialidade das informações e o direito de desistência em qualquer etapa do estudo, sem quaisquer prejuízos.

2.7. Validade científica e contribuições esperadas da metodologia

A validade científica deste estudo está sustentada na adequação metodológica e na representatividade da amostra, assegurando a confiabilidade e a reprodutibilidade dos resultados ²⁵.

Os resultados permitiram identificar fatores limitantes e facilitadores da prática

de atendimento odontológico domiciliar e subsidiar políticas públicas voltadas à ampliação do acesso à saúde bucal na APS^{23,27,28}.

Assim, a metodologia proposta não apenas garante a validade científica dos resultados, mas também contribui para a consolidação de um modelo de atenção integral à saúde bucal, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde.

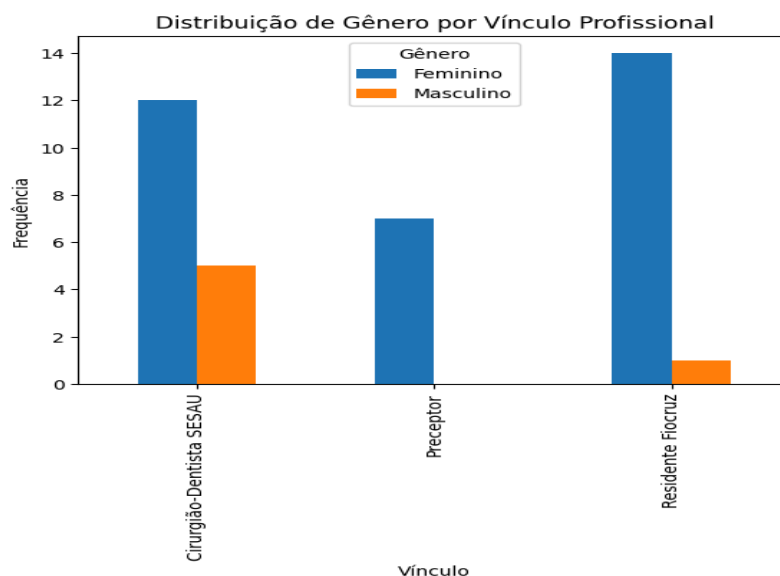
3. RESULTADOS

Os resultados apresentados neste capítulo derivam da análise completa das respostas fornecidas pelos 39 cirurgiões-dentistas participantes da pesquisa, cujas informações constam integralmente no Formulário de Pesquisa. O instrumento, composto por questões fechadas e abertas, permitiu mapear o perfil sociodemográfico e profissional dos respondentes, além de caracterizar suas rotinas de trabalho, frequência de visitas domiciliares, percepção sobre a prática, recursos utilizados, perfil dos pacientes atendidos e tipos de intervenções realizadas no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) em Campo Grande/MS. A análise dos dados evidencia importantes elementos epidemiológicos e organizacionais que contribuem para a compreensão da atuação da odontologia domiciliar no município.

3.1. Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Participantes

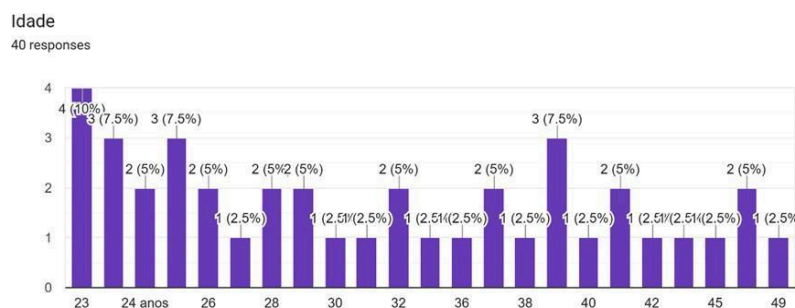
A análise das informações sociodemográficas indica que a amostra é majoritariamente composta por profissionais do gênero feminino, representando mais de 80% dos respondentes, evidenciando o processo de feminização da odontologia, especialmente entre profissionais mais jovens e recém-formados. A idade dos participantes variou entre 23 e 49 anos, com média de 32,3 anos, demonstrando a coexistência de cirurgiões-dentistas em diferentes estágios da trajetória profissional, incluindo residentes, preceptores e profissionais concursados ou contratados. Ainda no cenário atual, observam-se desigualdades no mercado de trabalho, com destaque para a diferença salarial entre homens e mulheres, mesmo em condições semelhantes de formação e atuação profissional, além de menor ocupação de cargos de liderança, reforçando a importância da análise sob a perspectiva de gênero.

Figura 1 - Distribuição por gênero dos cirurgiões-dentistas respondentes e vínculo profissional



Fonte: Formulário de Pesquisa (2025)

Figura 2 – Distribuição etária dos cirurgiões-dentistas participantes da pesquisa.



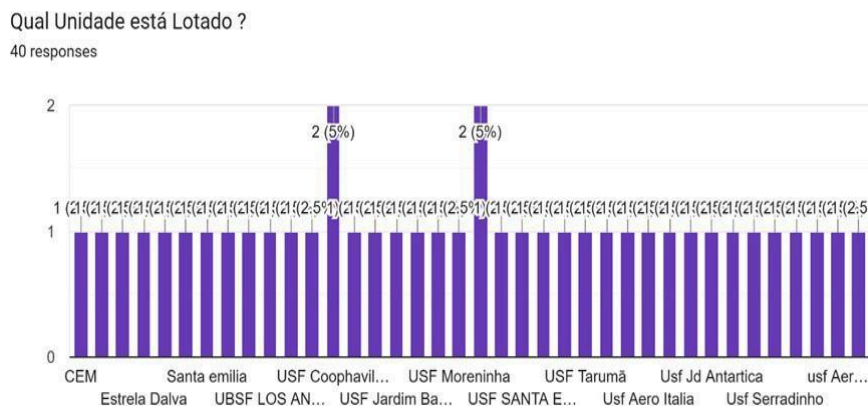
Fonte: Formulário de Pesquisa (2025).

Outro aspecto relevante é a predominância de residentes da Fiocruz entre os participantes. Uma parte significativa dos respondentes declarou estar vinculada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, atuando em diferentes Unidades de Saúde da Família (USF) do município. A presença marcante desses residentes indica que a prática das visitas domiciliares está fortemente integrada às atividades de formação em serviço, o que reforça o papel da educação permanente e da residência como indutores de mudanças nos processos de trabalho das equipes de saúde. Entretanto, observou-se também um número

expressivo de cirurgiões-dentistas estatutários da SESAU, demonstrando que a responsabilidade pelas visitas domiciliares não recai exclusivamente sobre os residentes, mas está progressivamente incorporada à rotina dos profissionais efetivos.

No que se refere à formação e especializações, os participantes relataram uma ampla variedade de áreas de pós-graduação, destacando-se Saúde da Família, Saúde Coletiva, Periodontia, Endodontia, Prótese Dentária, Dentística e, em menor proporção, Harmonização Orofacial. Essa pluralidade formativa mostra que, embora a APS tenha sua base na atenção integral e longitudinal, a diversidade de especialidades contribui para ampliar a capacidade resolutiva das equipes, permitindo que diferentes demandas clínicas sejam abordadas mesmo em ambiente domiciliar. A presença de especialistas em Saúde da Família e Saúde Coletiva confirma também a aderência ao modelo proposto pelas políticas públicas para atuação no território, contemplando ações de prevenção, promoção e cuidado integral

Figura 3 - Unidades de Saúde da Família (USF) e demais unidades onde os participantes estão lotados.



Fonte: Formulário de Pesquisa (2025).

3.2. Frequência de Visitas Domiciliares Realizadas pelos Cirurgiões-Dentistas

A análise da frequência mensal de visitas domiciliares revelou uma prática consolidada e amplamente difundida entre os participantes. De acordo com os dados do Formulário de Pesquisa, a maior parte dos cirurgiões-dentistas declarou realizar 10 ou mais visitas domiciliares por mês, caracterizando um alto nível de

engajamento e uma rotina intensiva de atendimento no território. Esse volume expressivo demonstra que a prática domiciliar não é esporádica ou eventual, mas faz parte sistemática do processo de trabalho das equipes odontológicas. Tal achado é particularmente relevante, pois reforça o papel da APS na ampliação do acesso à saúde bucal, especialmente para populações que enfrentam dificuldades de deslocamento.

Além desse grupo majoritário, uma parcela considerável dos profissionais relatou realizar entre 6 e 9 visitas mensais, o que representa uma frequência regular e consistente, alinhada aos padrões observados em outros serviços de APS que mantêm agendas domiciliares organizadas. Um grupo menor de profissionais relatou realizar entre 3 e 6 visitas por mês, enquanto uma quantidade reduzida declarou realizar 1 a 2 visitas mensais, evidenciando que, embora a maioria desempenhe a prática de forma intensa, ainda existem equipes com menor inserção, possivelmente devido a demandas internas, perfis distintos de território ou limitações estruturais.

Tabela 1: Associação entre vínculo profissional e frequência mensal de visitas domiciliares na Atenção Primária à Saúde

Vínculo profissional	1–2 vezes/mês n (%)	3–6 vezes/mês n (%)	6–9 vezes/mês n (%)	≥10 vezes/mês n (%)	Não realiza n (%)	Total
Preceptor (n=7)	0 (0,0)	1 (14,3)	2 (28,6)	4 (57,1)	0 (0,0)	7
Residente e Fiocruz (n=15)	0 (0,0)	4 (26,7)	3 (20,0)	8 (53,3)	0 (0,0)	15
Cirurgião-Dentista SESAU (n=17)	2 (11,8)	2 (11,8)	1 (5,9)	10 (58,8)	2 (11,8)	17
Total	2	7	6	22	2	39

Fonte: Formulário de Pesquisa (2025).

A análise também permitiu observar que as unidades que contam com residentes tendem a registrar maior frequência de visitas. Isso pode ser interpretado como resultado de uma organização metodológica da residência, que valoriza atividades externas e ações territoriais como elementos essenciais da formação. No entanto, o dado mais interessante é que unidades não pertencentes ao Qualifica APS também exibiram alta demanda de visitas, demonstrando que a adoção da

prática não se limita ao incentivo institucional do programa e depende fortemente de:

- características do território,
- organização interna da equipe,
- perfil epidemiológico da população,
- atuação proativa dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS),
- disponibilidade e iniciativa dos cirurgiões-dentistas

Essa constatação reforça que a visita domiciliar ultrapassou o estágio de experimentação e se consolidou como parte essencial do cuidado em saúde bucal na rede local.

A análise da frequência de visitas domiciliares, estratificada por categoria profissional, evidenciou diferenças relevantes na organização do processo de trabalho entre cirurgiões-dentistas da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), preceptores e residentes do Programa Qualifica APS. Observou-se que a maioria dos profissionais, independentemente da categoria, relatou realizar dez ou mais visitas mensais, com predominância entre os cirurgiões-dentistas da SESAU (61%), seguidos pelos preceptores (57%) e pelos residentes (53%).

Não houve relato de ausência de visitas domiciliares entre os grupos de residentes e preceptores, enquanto entre os cirurgiões-dentistas estatutários observou-se uma proporção de 11% de profissionais que informaram não realizar esse tipo de atendimento. Esse resultado sugere maior homogeneidade na incorporação da visita domiciliar como prática clínica entre profissionais vinculados à residência multiprofissional, o que pode estar relacionado à organização do processo formativo e à valorização das atividades territoriais nesse modelo de ensino em serviço.

Nas faixas intermediárias de frequência (3 a 9 visitas por mês), houve maior concentração de residentes e preceptores, indicando que esses profissionais apresentam distribuição mais equilibrada entre atividades ambulatoriais, assistenciais e pedagógicas. Por outro lado, os cirurgiões-dentistas da SESAU apresentaram distribuição mais heterogênea, com maior concentração nos extremos de frequência, o que evidencia maior variabilidade organizacional nas unidades não diretamente vinculadas ao Programa Qualifica APS.

Os achados indicam que a presença do Qualifica APS contribuiu para maior regularidade na realização das visitas domiciliares, favorecendo a inserção da saúde bucal no território e fortalecendo o modelo de cuidado orientado pela Estratégia

Saúde da Família. A maior adesão entre residentes e preceptores sugere que a formação em serviço exerce papel indutor na reorganização das práticas odontológicas, ampliando a perspectiva assistencial para além do atendimento ambulatorial tradicional.

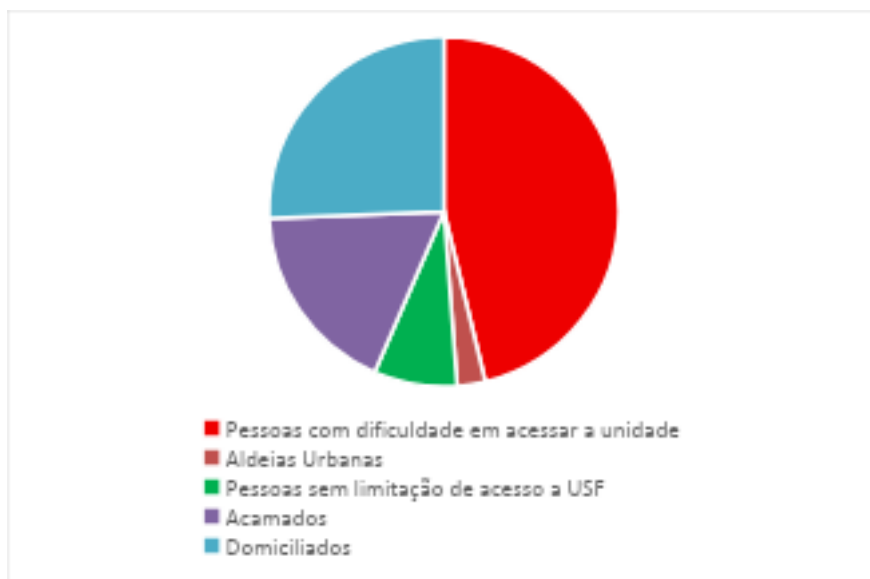
Esses resultados reforçam a importância de estratégias institucionais que integrem ensino e serviço como mecanismos de qualificação da Atenção Primária à Saúde, especialmente no que se refere à ampliação do acesso de populações com limitações funcionais ao cuidado em saúde bucal.

3.3. Perfil sociodemográfico, condições de acesso e comorbidades dos pacientes assistidos em visitas domiciliares odontológicas

A Figura 4 apresenta a distribuição percentual do perfil dos pacientes assistidos nas visitas domiciliares. Observou-se predominância de pessoas com dificuldades em acessar a unidade de saúde, correspondendo a 46,2% dos atendimentos. Os pacientes domiciliados representaram 25,6%, enquanto os pacientes acamados corresponderam a 17,9% do total.

Os perfis de pessoas sem limitação de acesso (7,7%) e de residentes em aldeias urbanas (2,6%) apresentaram menor participação entre os atendimentos domiciliares realizados.

Figura 4 -Caracterização dos pacientes acompanhados em visitas domiciliares por cirurgiões-Dentistas



Fonte: Formulário de Pesquisa (2025)

A Tabela 2 apresenta a distribuição das comorbidades de acordo com o grau de vulnerabilidade social dos pacientes atendidos por meio de visitas domiciliares. Verificou-se predominância de indivíduos classificados em alta vulnerabilidade social, os quais concentraram a maior frequência de comorbidades. Nesse grupo, destacou-se a associação entre diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica (DM + HAS), além da presença de doenças cardiovasculares associadas e de multimorbidade.

Entre os pacientes com vulnerabilidade intermediária, observou-se padrão semelhante, com maior ocorrência de DM + HAS, seguida por hipertensão isolada e multimorbidade, embora em menor frequência quando comparado ao grupo de alta vulnerabilidade. No grupo classificado com baixa vulnerabilidade social, a distribuição das comorbidades foi mais limitada, predominando a associação DM + HAS, com menor diversidade de condições clínicas.

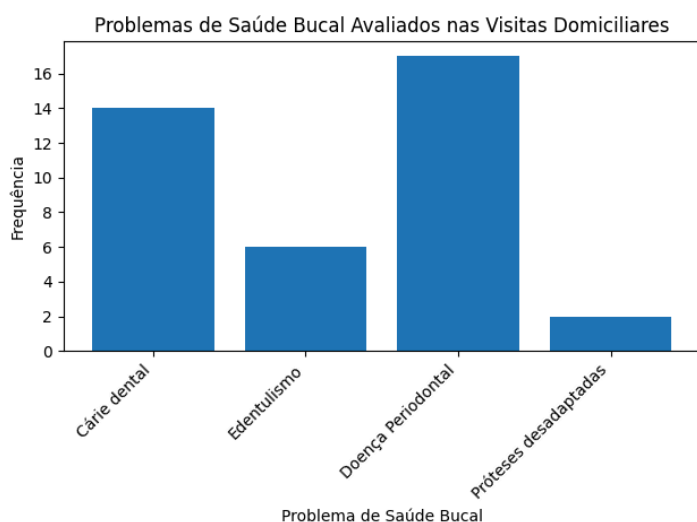
Tabela 2 - Distribuição das comorbidades de acordo com o grau de vulnerabilidade social dos pacientes assistidos em visitas domiciliares odontológicas

Vulnerabilidade	Doenças Cardiovasculares	DM + HAS	DM + HAS + Ca	Diabetes	Hipertensão	Hipertensão	Multimorbidade	Morbidade Avaliada
Alta	1	1	6	2	4	1		
Baixa	0	4	0	1	0	0		
Intermediária	0	4	1	0	2	1		

Fonte: Formulário de Pesquisa (2025)

3.4. Principais Problemas de Saúde Bucal Avaliados nas Visitas Domiciliares

Figura 5- Principais Problemas de Saúde Bucal Avaliados nas Visitas Domiciliares



Fonte: Formulário de Pesquisa (2025)

Doença periodontal aparece como o problema mais frequente, destacando-se como principal achado nas visitas domiciliares. Isso sugere forte relação com condições crônicas, dificuldade de autocuidado e limitações de acesso aos serviços. Cárie dental surge como o segundo agravo mais comum, indicando manutenção de necessidades curativas mesmo fora do ambiente da unidade de saúde. Edentulismo apresenta frequência relevante, reforçando a presença de usuários com perdas dentárias importantes, muitas vezes associadas à vulnerabilidade social e à necessidade de reabilitação protética. Próteses desadaptadas aparecem de forma menos frequente, porém significativa do ponto de vista clínico, pois impactam diretamente função mastigatória, conforto e qualidade de vida.

3.5. Percepção dos Profissionais sobre a Importância e

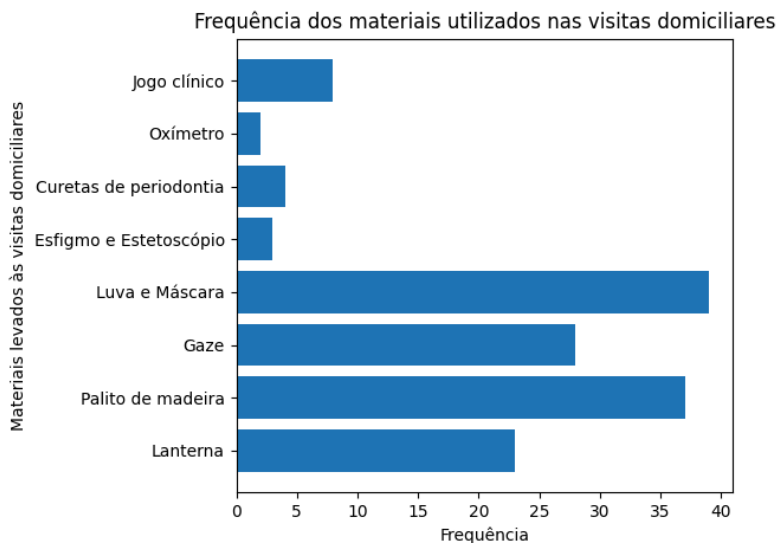
Necessidade das Visitas Domiciliares

A percepção dos cirurgiões-dentistas acerca do atendimento domiciliar foi marcadamente positiva. As respostas demonstram que praticamente todos os participantes acreditam que o dentista deve realizar visitas domiciliares e consideram essa prática relevante dentro da APS. Segundo os dados registrados no Formulário de Pesquisa, 100% dos respondentes afirmaram reconhecer a importância das visitas, independentemente da frequência com que as realizam ou das características do território em que atuam.

Essa unanimidade revela que, para os profissionais, a odontologia domiciliar representa um componente indispensável da assistência integral e um instrumento fundamental para alcançar populações que, de outra forma, ficariam à margem dos serviços de saúde. Alguns profissionais que declararam realizar poucas ou nenhuma visita domiciliar ainda assim responderam positivamente sobre sua importância, indicando que a ausência de prática não se relaciona à falta de reconhecimento, mas sim a possíveis limitações estruturais, organizacionais ou de gestão.

Outro ponto importante refere-se à necessidade de tecnologias específicas para o atendimento domiciliar. A maioria dos participantes relatou que o atendimento não exige tecnologias complexas, sendo possível realizá-lo com instrumentais simples e de fácil transporte, como lanterna, gaze, palito de madeira, luvas, máscara e espelho clínico. Essa percepção está alinhada à literatura científica, que aponta que grande parte das necessidades bucais de pacientes domiciliados pode ser identificada e manejada com recursos básicos, reforçando o caráter adaptativo e resolutivo da prática.

Figura 6- Materiais Utilizados nas Visitas Domiciliares

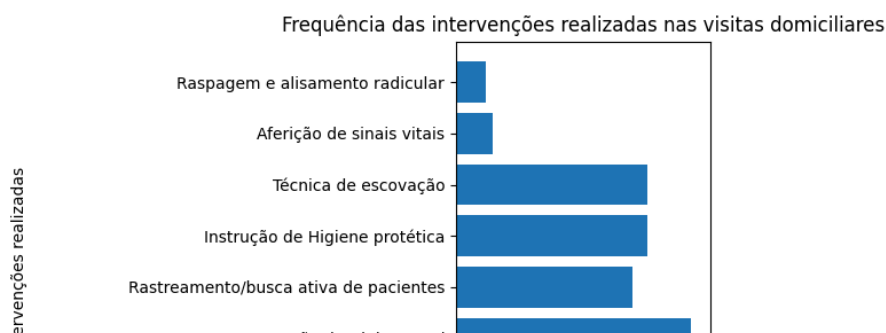


Fonte: Formulário de Pesquisa (2025)

A análise dos materiais utilizados nas visitas domiciliares demonstra predominância de insumos básicos para avaliação clínica e biossegurança, com destaque para luvas e máscaras, palito de madeira, gaze e lanterna, os quais foram os itens mais frequentemente levados pelos cirurgiões-dentistas. Esses achados indicam que as visitas domiciliares estão majoritariamente voltadas à avaliação da saúde bucal, orientações educativas e identificação de demandas, exigindo recursos simples, portáteis e de fácil manuseio. Materiais como jogo clínico e curetas de periodontia apresentaram menor frequência, sugerindo que procedimentos clínicos invasivos são menos comuns no ambiente domiciliar. Equipamentos como esfigmomanômetro, estetoscópio e oxímetro foram citados pontualmente, evidenciando a integração ocasional da odontologia com a avaliação clínica geral e o cuidado multiprofissional, em consonância com os princípios da Atenção Primária à Saúde.

Os profissionais demonstraram, assim, maturidade conceitual ao reconhecer que a visita domiciliar não deve replicar o consultório, mas sim adaptar o cuidado às condições e necessidades reais das pessoas em seus territórios, priorizando acolhimento, prevenção, avaliação contextual e atenção integral.

Figura 7 – Frequência das intervenções realizadas nas visitas domiciliares



Fonte: Formulário de Pesquisa (2025)

A análise das intervenções realizadas durante as visitas domiciliares evidencia que as ações mais frequentemente desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas concentram-se em atividades de avaliação de saúde bucal e educação em saúde, com destaque para a instrução de higiene oral, instrução de higiene protética e técnica de escovação. Observou-se também elevada ocorrência de rastreamento e busca ativa de pacientes, indicando a utilização das visitas domiciliares como estratégia para identificação de necessidades e fortalecimento do acesso aos serviços de saúde bucal. Intervenções relacionadas à avaliação das demandas para a equipe de trabalho apresentaram frequência intermediária, reforçando o papel da odontologia na articulação do cuidado multiprofissional. Por outro lado, procedimentos clínicos como raspagem e alisamento radicular e ações como aferição de sinais vitais foram menos frequentes, sugerindo que o foco das visitas domiciliares está predominantemente direcionado às ações preventivas, educativas e de avaliação, em consonância com os princípios da Atenção Primária à Saúde.

4. DISCUSSÃO

Os achados deste estudo evidenciam um cenário relevante para compreender o papel da odontologia domiciliar na Atenção Primária à Saúde (APS) de Campo Grande/MS e permitem articulá-los tanto com os dados epidemiológicos nacionais apresentados pelo SB Brasil quanto com o referencial de Emerson Merhy sobre tecnologias do cuidado no trabalho em saúde. A predominância feminina entre as cirurgiãs-dentistas respondentes segue uma tendência nacional de feminização da odontologia, identificada também em levantamentos como o SB Brasil, que aponta expansão crescente da presença de mulheres na profissão nas últimas décadas²⁹. Esse fenômeno, segundo Aquilante e Silva³⁰, acompanha a reconfiguração do perfil profissional, com maior inserção de mulheres em práticas integrais, educativas e preventivas — características marcantes da APS^{29,30}.

A amplitude etária entre 23 e 49 anos encontrada no Formulário de Pesquisa revela uma força de trabalho jovem, com forte representatividade de residentes em Saúde da Família. A literatura demonstra que equipes compostas por profissionais em formação tendem a apresentar maior adesão a práticas inovadoras e ações externas, como visitas domiciliares, por incorporarem de forma mais efetiva os

princípios da integralidade e do território ³¹. Na perspectiva das tecnologias de cuidado de Merhy, isso mostra a predominância de tecnologias leves, relacionadas ao vínculo, comunicação, escuta qualificada e acolhimento, elementos amplamente presentes nas práticas relatadas pelos participantes ^{31,32}.

A frequência elevada de visitas — com grande parte dos profissionais realizando dez ou mais atendimentos mensais — demonstra que o cuidado domiciliar está consolidado como parte da rotina das equipes. Esse dado é coerente com as diretrizes do Ministério da Saúde, que reconhece o domicílio como espaço prioritário para a APS, sobretudo para acompanhamento de grupos vulneráveis ²⁹. Ao comparar essa realidade local com o SB Brasil, observa-se que muitos dos agravos bucais mais encontrados nas visitas — cárie, doença periodontal, perda dentária e necessidade de prótese — são, também, altamente prevalentes nas faixas etárias mais atendidas pelos respondentes, principalmente idosos e adultos com maior vulnerabilidade social ^{29,33}.

Isso indica que o perfil epidemiológico local acompanha o cenário nacional, reforçando a pertinência das visitas domiciliares como estratégia de cuidado ^{29,33}.

Praticamente todos os profissionais reconheceram a importância da visita domiciliar, evidenciando consenso sobre sua relevância na APS. Esse alinhamento reforça o entendimento de que a prática domiciliar rompe a lógica tradicional da odontologia centrada em procedimentos instrumentais e tecnologias duras, deslocando o foco para o cuidado singular, o vínculo e o contato direto com a realidade de vida dos usuários. Merhy afirma que o trabalho em saúde só se torna efetivamente cuidador quando as tecnologias leves — como acolhimento, responsabilização e escuta — articulam-se às tecnologias leve-duras, como saberes clínicos, epidemiológicos e de planejamento territorial ³².

Um aspecto particularmente importante é o fato de a maioria dos profissionais considerar que as visitas domiciliares não exigem tecnologias duras, sendo possíveis com instrumentais simples como lanterna, gaze, palito de madeira e luvas. Esse entendimento está em plena consonância com estudos de Tedeschi-Oliveira e Silveira, que destacam que grande parte das demandas de pacientes acamados e idosos pode ser atendida por meio de ações educativas, preventivas e de avaliação clínica básica ^{34,35}.

Outro achado significativo diz respeito ao perfil epidemiológico dos pacientes atendidos. A predominância de idosos, muitos deles acamados, domiciliados ou com

limitações funcionais, reforça conclusões históricas presentes na literatura sobre a atenção domiciliar, como descrito por Veras e Monteiro, que apontam que a população idosa apresenta elevada demanda por cuidados prolongados e dependência crescente dos serviços de saúde ^{36,22}. Ao comparar esses dados com o SB Brasil, nota-se que os idosos compõem o grupo com maiores índices de perda dentária, edentulismo total, doença periodontal e necessidade protética — exatamente os agravos mais identificados pelos profissionais nas visitas ³³.

As comorbidades mais frequentes — hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e respiratórias — também coincidem com os achados do SB Brasil, que evidenciam forte associação entre condições sistêmicas crônicas e agravos bucais severos, sobretudo em populações vulneráveis ³³. A presença de tais comorbidades reforça a importância de abordagens interdisciplinares, uma vez que o cuidado odontológico isolado tem eficácia limitada sem articulação com a equipe como um todo. Isso confirma os argumentos de Merhy de que o processo de trabalho em saúde deve ser entendido como produção coletiva ³².

As intervenções mais citadas pelos profissionais — instrução de higiene oral, orientação protética, escovação supervisionada, busca ativa, avaliação clínica e, ocasionalmente, raspagem — confirmam que a visita domiciliar é centrada em práticas de cuidado integral que priorizam prevenção e educação. Essas intervenções estão em total alinhamento com o Caderno de Atenção Domiciliar e com a política nacional de saúde bucal, que definem a visita como estratégia de promoção de autonomia, autocuidado e vigilância de grupos de risco ^{29,37,32}.

Por fim, o fato de unidades não contempladas pelo Qualifica APS também realizarem visitas domiciliares de forma intensa demonstra que a prática não depende exclusivamente de programas de apoio institucional, mas sim da organização da equipe, do trabalho dos ACS e da corresponsabilização dos profissionais. Isso reforça o argumento de Oliveira e Souza, para quem a efetividade da APS está fundamentada na capacidade das equipes de construir práticas contextualizadas, baseadas na realidade do território e na produção de vínculos ³⁸.

Apesar da consolidação das visitas domiciliares como prática reconhecida e valorizada pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde, a realização desse

cuidado no cotidiano da APS enfrenta importantes desafios de ordem estrutural, organizacional e cultural. Entre as principais dificuldades, destaca-se a limitação de transporte institucional, o que frequentemente leva o cirurgião-dentista a utilizar veículo próprio para o deslocamento até os domicílios ^{29,31}.

Observa-se ainda a insuficiência de recursos humanos e a falta de equiparação entre as Equipes de Saúde Bucal (ESB) e as Equipes de Saúde da Família (ESF), cenário no qual uma única ESB, muitas vezes, é responsável por atender duas ou três equipes de saúde da família. Essa sobrecarga compromete a integração da saúde bucal no território e limita a ampliação das ações extramuros

^{29,31}.

Em alguns contextos, a odontologia ainda não se encontra plenamente integrada à Estratégia Saúde da Família, sendo tratada de forma isolada dentro da APS, como uma “ilha” assistencial ³⁸. Em contrapartida, observa-se que nos cenários onde a odontologia está inserida em programas de residência multiprofissional, a integração com a ESF ocorre de maneira mais efetiva ³¹.

Ressalta-se, ainda, que tais dificuldades também possuem um componente cultural e formativo. A estrutura tradicional da formação em odontologia, historicamente centrada no modelo curativista, individual e ambulatorial, contribui

para que alguns cirurgiões-dentistas apresentem menor envolvimento com os fluxos da ESF e com as práticas territoriais, como as visitas domiciliares ³⁸.

Apesar do reconhecimento da relevância e da consolidação das visitas domiciliares na rotina das equipes, a literatura aponta que a prática do atendimento odontológico no domicílio é permeada por desafios operacionais importantes ^{29,31}. Outro obstáculo frequentemente descrito refere-se à ausência ou insuficiência de instrumental odontológico portátil adequado para o atendimento domiciliar ^{34,35}. Questões relacionadas à segurança no território também emergem como fator relevante, impactando o planejamento das ações e a disponibilidade dos profissionais ^{38,32}.

A educação em saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) constitui uma

estratégia central para a qualificação do cuidado, a reorganização dos processos de trabalho e o fortalecimento dos atributos da APS, especialmente a integralidade, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado. Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) destaca-se como um dispositivo pedagógico que parte das problemáticas do cotidiano do trabalho para promover reflexão crítica, mudanças nas práticas profissionais e maior aderência às necessidades do território, diferenciando-se de modelos tradicionais de capacitação centrados apenas na transmissão de conteúdos³⁹.

Evidências demonstram que equipes com maior inserção em processos formativos contínuos apresentam melhor desempenho na qualidade da atenção prestada, maior vínculo com os usuários e melhores escores nos atributos da APS, reforçando a importância da qualificação profissional como indutora de cuidado resolutivo ³⁹. Além disso, a literatura aponta que a educação continuada e permanente, quando desenvolvida de forma multiprofissional e integrada ao serviço, contribui para a otimização das práticas assistenciais, o fortalecimento do trabalho em equipe e a incorporação de estratégias como o matriciamento e as reuniões de equipe, ampliando a capacidade de resposta da APS frente às demandas complexas da população⁴⁰.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu uma análise ampla e detalhada do atendimento odontológico domiciliar realizado por cirurgiões-dentistas na Atenção Primária à Saúde de Campo Grande/MS, revelando importantes características epidemiológicas, organizacionais e assistenciais. Os achados demonstraram que a prática está consolidada no município, tanto entre profissionais residentes quanto entre dentistas estatutários da rede, sendo adotada como estratégia fundamental para ampliar o acesso à saúde bucal, especialmente entre grupos com elevado grau de vulnerabilidade e restrição de mobilidade ^{1,14}.

A caracterização sociodemográfica da amostra revelou um perfil majoritariamente feminino e composto por profissionais jovens, o que se alinha à tendência nacional descrita em estudos epidemiológicos como o SB Brasil 2010 e SB Brasil 2020, que apontam crescimento constante da presença feminina e de

profissionais recém-formados na odontologia brasileira ³³. A predominância de residentes Fiocruz entre os participantes reforça a relevância da formação em serviço para a consolidação de práticas inovadoras e territorialidades de cuidado, como ressaltam Reis et al. ¹⁶.

Os dados confirmaram que a visita domiciliar é uma prática frequente e estruturada, com grande parte dos profissionais realizando dez ou mais visitas por mês. Essa alta adesão reforça a importância do cuidado no território como parte da rotina das Equipes de Saúde Bucal, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e com as recomendações dos Cadernos de Atenção Básica ^{7,15}. A comparação com o SB Brasil evidencia que os agravos bucais encontrados nas visitas — cárie, doença periodontal, perda dentária e necessidade de prótese — refletem o mesmo padrão epidemiológico observado nacionalmente, ressaltando a relevância da atuação domiciliar para enfrentamento das desigualdades em saúde bucal ^{33,21}.

Outro ponto importante refere-se à compreensão dos profissionais sobre o processo de trabalho no domicílio. A maioria relatou que o atendimento domiciliar não depende de tecnologias duras e pode ser realizado com instrumentais simples, o que evidencia a predominância das tecnologias leve e leve-dura descritas por Emerson Merhy ³².

Esses achados reforçam que a visita domiciliar é, antes de tudo, um espaço de vínculo, escuta qualificada, acolhimento e produção de autonomia, características centrais da APS e frequentemente negligenciadas em ambientes clínicos tradicionais^{2,32}.

O resultado referido pelos profissionais respondentes demonstra que a visita domiciliar cumpre papel essencial no cuidado de populações vulneráveis, atuando na prevenção de agravos, detecção precoce de doenças e monitoramento de condições crônicas. Esse achado dialoga com estudos clássicos e contemporâneos que situam a atenção domiciliar como estratégia fundamental para promoção da integralidade do cuidado em contextos de envelhecimento populacional e aumento de condições crônicas ^{3,13,14}.

As intervenções relatadas pelos profissionais — instrução de higiene oral, orientação protética, avaliação clínica, técnicas de escovação, busca ativa e, em alguns casos, procedimentos de raspagem — mostram que a prática domiciliar não se limita a um atendimento pontual, mas envolve ações de educação

permanente, prevenção e cuidado continuado. Tais ações reforçam o papel da ESB como agente de promoção da saúde, atuando em consonância com os princípios do SUS e com os modelos de cuidado centrados no usuário e no território ^{7,12}.

O presente estudo permitiu uma análise ampla e detalhada do atendimento. Por fim, o estudo evidencia que, apesar das limitações estruturais ainda

existentes, a APS de Campo Grande/MS possui organização interna e corpo profissional capacitado para sustentar um modelo de atenção domiciliar resolutivo e humanizado. A prática se mostra coerente com as diretrizes nacionais, com a literatura especializada e com os desafios epidemiológicos identificados. Além disso, reforça a necessidade de fortalecer políticas públicas, ampliar investimentos em capacitação e valorizar os profissionais que atuam no território, garantindo continuidade e qualificação da atenção odontológica domiciliar.

Diante desses achados, conclui-se que o atendimento odontológico domiciliar desempenha função essencial na APS do município, promovendo equidade, acessibilidade e cuidado integral, além de contribuir para redução das desigualdades em saúde bucal. Recomenda-se que futuros estudos incluam análises qualitativas sobre as percepções dos usuários e cuidadores, avaliação da resolutividade dos atendimentos e investigação sobre impacto na qualidade de vida — ampliando o conhecimento sobre essa prática e fortalecendo sua inserção nas políticas públicas de saúde bucal.

6. REFERÊNCIAS

1. Cunha MS, Gama LC. Atenção domiciliar em saúde: desafios e possibilidades na atenção básica. *Saúde Soc.*2012;21(3):555-563. doi:10.1590/S0104-12902012000300010.
2. Oliveira RS, Souza MF. Odontologia domiciliar: uma estratégia de cuidado na atenção primária. *Rev Bras Odontol.*2013;70(2):123-128.
3. Monteiro AI. Assistência domiciliar: evolução histórica e perspectivas. *Rev Saúde Pública.* 2000;34(3):240-245. doi:10.1590/S0034-89102000000300010.
4. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Diário Oficial da União. 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. 2013.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
8. Aquilante AG, Silva RF. A odontologia na Estratégia Saúde da Família: avanços e desafios. *Ciênc Saúde Colet.*2014;19(1):217-224. doi:10.1590/1413-81232014191.20312012.
9. Faccin D, Sebold R, Carcereri DL. Visita domiciliar na atenção básica: desafios para a odontologia. *Interface (Botucatu).*2010;14(33):585-594. doi:10.1590/S1414-32832010000300012.
10. Mattos GCM, et al. Inserção do cirurgião-dentista na atenção domiciliar: limites e possibilidades. *Rev APS.*2014;17(3):320-328.
11. Brunetti RF. *Odontogeriatría: noções de interesse clínico.* São Paulo: Quintessence; 2002.
12. Tedeschi-Oliveira SV. Odontologia domiciliar: fundamentos e prática clínica. *Rev Odontol Univ São Paulo.*2004;18(2):147-153.
13. Silveira FR. Saúde bucal do idoso: atenção domiciliar como estratégia de cuidado. *Cad Saúde Pública.* 1998;14(3):513-519. doi:10.1590/S0102-311X1998000300011.
14. Veras RP. Envelhecimento populacional e desafios para o sistema de saúde. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(4):523-529. doi:10.1590/S0034-89102002000400017.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
16. Reis C, et al. Atenção domiciliar e qualidade de vida na atenção primária. *Saúde Debate.* 2015;39(104):145-155. doi:10.1590/0103-110420151040183.
17. Rosenthal M. The role of home care in primary health systems. *Public Health.* 2001;115(1):1-5. doi:10.1016/S0033-3506(01)00445-7.
18. Werner RM, et al. Home-based care and health system performance. *Health Serv Res.* 1998;33(3):571-590. doi:10.1111/j.1475-6773.1998.tb00033.x.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

20. Faccin D, Sebold R, Carcereri DL. Visita domiciliar na atenção básica: desafios para a odontologia. *Interface (Botucatu)*.2010;14(33):585-594. doi:10.1590/S1414-32832010000300012.
21. Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. Inserção do cirurgião-dentista na atenção domiciliar: limites e possibilidades. *Rev APS*. 2014;17(3):320-328.
22. Monteiro AI. Assistência domiciliar: evolução histórica e perspectivas. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(3):240-245. doi:10.1590/S0034-89102000000300010.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. Diário Oficial da União. 2013.
25. Reis C, et al. Atenção domiciliar e qualidade de vida na atenção primária. *Saúde Debate*. 2015;39(104):145-155. doi:10.1590/0103-110420151040183.
26. Aquilante AG, Silva RF. A odontologia na Estratégia Saúde da Família: avanços e desafios. *Ciênc Saúde Colet*.2014;19(1):217-224. doi:10.1590/1413-81232014191.20312012.
27. Cunha MS, Gama LC. Atenção domiciliar em saúde: desafios e possibilidades na atenção básica. *Saúde Soc*.2012;21(3):555-563. doi:10.1590/S0104-12902012000300010.
28. Oliveira RS, Souza MF. Odontologia domiciliar: uma estratégia de cuidado na atenção primária. *Rev Bras Odontol*.2013;70(2):123-128.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
30. Aquilante AG, Silva RF. A odontologia na Estratégia Saúde da Família: avanços e desafios. *Ciênc Saúde Colet*.2014;19(1):217-224. doi:10.1590/1413-81232014191.20312012.
31. Cunha MS, Gama LC. Atenção domiciliar em saúde: desafios e possibilidades na atenção básica. *Saúde Soc*.2012;21(3):555-563. doi:10.1590/S0104-12902012000300010.
32. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *Saúde Debate*. 1997;21(53):71-84.
33. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2020/2022: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
34. Tedeschi-Oliveira SV. Odontologia domiciliar: fundamentos e prática clínica. *Rev Odontol Univ São Paulo*.2004;18(2):147-153.
35. Silveira FR. Saúde bucal do idoso: atenção domiciliar como estratégia de cuidado. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(3):513-519. doi:10.1590/S0102-311X1998000300011.
36. Veras RP. Envelhecimento populacional e desafios para o sistema de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(4):523-529. doi:10.1590/S0034-89102002000400017.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
38. Oliveira RS, Souza MF. Odontologia domiciliar: uma estratégia de cuidado na atenção primária. *Rev Bras Odontol*.2013;70(2):123-128.
39. Oliveira MPR, Menezes IHC, Sousa LM, Peixoto MRG. Formação e qualificação de profissionais de saúde: fatores associados à qualidade da Atenção Primária. *Rev Bras Educ Med*. 2016;40(4):547-559.
40. Mendes GN, Guimarães GLP, Paula EJC, Tavares PPC. Educação continuada e



permanente na Atenção Primária de Saúde: uma necessidade multiprofissional.
Cenas Educacionais. 2021;4:e12113.

7. APÊNDICES E ANEXOS

APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “**Análise Epidemiológica do Atendimento Odontológico Domiciliar na Atenção Primária à Saúde em Campo Grande/MS**”, que tem por objetivo realizar um estudo quantitativo, descrevendo as visitas domiciliares realizadas por CDs na APs no município de Campo Grande/MS, comparando as unidades contempladas pelo projeto Qualifica APS e as não Qualifica e avaliar o impacto do programa, assim como analisar o perfil dos pacientes, frequência das visitas domiciliares realizadas por CDs na APs e os recursos utilizados nelas.

Esta pesquisa está sendo conduzida pelo pesquisador Juan Carlo Vicente Pereira De Almeida, discente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/Fiocruz sob orientação da dentista Keith Bulia da Fonseca Simas. Em caso de dúvidas ou problemas referentes ao estudo, entre em contato pelo celular (67) 98206-8253 ou e-mail: drjuanalmeida8@gmail.com. Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa de Universidade Federal da Grande Dourados- UFGD o qual é a referência do presente estudo e está localizado no Prédio da Reitoria, Unidade I, Sala 501, Rua João Rosa Góes, 1761 - Vila Progresso, Dourados - MS. O contato telefônico é (67) 3410-2853. O horário de atendimento é de segunda a sexta-feira, os horários de atendimento são no período da manhã: Das 8h às 12h, e no período da tarde: das 14h às 17h. Ainda, você poderá contatar o pesquisador responsável: Juan Carlo Vicente Pereira de Almeida O telefone para contato é (67)98206-8253 e o endereço eletrônico é drjuanalmeida8@gmail.com, com endereço de referência situado na rua Amazonas,1690, apto 602.

É importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Por favor não se apresse em tomar a decisão. Você precisa decidir se quer participar ou não. Leia-o cuidadosamente e pergunte a pesquisadora caso tenha alguma dúvida.

Juan Carlo Vicente Pereira de Almeida

Participante



Pesquisador responsável

Serão incluídas nesta pesquisa cirurgiões dentistas que atuam no SUS em unidades de saúde da família, podendo ser eles residentes, preceptores e/ou servidores SESAU vinculados a ESF em uma USF em suas visitas domiciliares.

Serão excluídos deste estudo as unidades que não possuam equipe de saúde bucal, além de dentistas que não atuam e estejam vinculados a ESF, mesmo que estes em unidades mistas.

A coleta tem previsão para início logo após a aprovação do comitê de ética e pesquisa com seres humanos.

Caso aceite participar desta pesquisa, você tem a garantia de indenização diante eventuais danos decorrentes da pesquisa, durante ou após a mesma – estes custeados pelo pesquisador responsável – além de ter a plena liberdade de recusar-se a participar e poderá retirar seu consentimento e desistir de sua participação nesta pesquisa a qualquer momento, inclusive durante a coleta, sem penalização alguma.

Ao aceitar, após a assinatura deste termo, você responderá um questionário, disponível online, na plataforma Google Forms, contendo questões abertas e fechadas. Este instrumento ficará em posse do pesquisador para posterior análise dos dados obtidos por meio dele.

A pesquisa conta com dados primários, obtidos por meio de um formulário online aprovado pelo comitê de ética. O questionário será disponibilizado a você via link online para preenchimento no Google Forms. Por ser online, não haverá impacto na sua jornada de trabalho, uma vez que não exigirá deslocamento para ser respondido. O formulário será um instrumento da obtenção de dados que os cirurgiões dentistas (CD's) observam durante suas visitas domiciliares. O tempo estimado de resposta será inferior a 10 minutos.

Caso você necessite de apoio emocional pelo despertar de possíveis emoções associadas à participação nesta pesquisa, os pesquisadores te encaminharão e acompanharão para atendimento individualizado em local especializado, no serviço de psicologia, cujo a unidade pertence.

Juan Carlo Vicente Pereira de Almeida Participante
Pesquisador responsável

Juan Carlo Vicente Pereira de Almeida Participante Pesquisador responsável

Ao aceitar participar estará ciente que esta pesquisa apresenta riscos e desconfortos mínimos, como o risco de constrangimento ao responder questionamentos, ao ser observado no cotidiano do trabalho e participar de momentos que possam envolver outras pessoas; sendo que nenhum dos processos adotados causam danos imediato ou futuro aos participantes. Como forma de evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano, você está ciente que não será utilizado nenhum procedimento que possa lhe prejudicar; contudo, diante de qualquer risco/desconforto, você poderá interromper sua participação na pesquisa e comunicar a pesquisadora.

Sua participação neste estudo é voluntária e você não receberá qualquer incentivo financeiro. Os resultados desta pesquisa serão apresentados como Trabalho de Conclusão de Residência para título de Especialista em Saúde da Família por meio do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família SESAU/FIOCRUZ e serão utilizados para o ensino. Podem também ser publicados em periódicos da área e apresentados em eventos científicos nacionais e/ou internacionais.

É garantido que você receba uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O instrumento aplicado para coleta de dados nesta pesquisa será guardado por um período de 05 (cinco) anos, sendo destruído após este período. Os dados dos participantes serão preservados e mantidos sob sigilo.

Esta pesquisa atende as exigências da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 que compete e atribui diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

O projeto de pesquisa passou por avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Grande Dourados.

Por se tratar de uma pesquisa desenvolvida por meio da utilização de dados coletados em formulários online, serão minimizados os riscos como invasão de privacidade, divulgação de dados confidenciais, perdas ou danos aos formulários após o preenchimento.

Juan Carlo Vicente Pereira de Almeida Participante
Pesquisador responsável

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Identificação do participante:

Idade: Gênero:

Residente () Preceptor () CD Sesau ()

Há quanto tempo trabalha na APS ?

Possui alguma especialização ? Se sim, em qual área ? () SIM () NÃO

Qual?

Sua unidade é contemplada pelo projeto TEIAS SESAU/FIOCRUZ ? () SIM () NÃO

Quantas visitas domiciliares são realizadas ao longo de um mês?

() 1-2 vezes por mês

() 3-6 vezes por mês () 6- 9 vezes por mês

() 10 ou mais vezes por mês () Não Faz

Em média quantos paciente são atendidos por domicilio ?

() 1-2

() 3-6

() 6- 9

() 10 ou mais

Acredita que o dentista deve realizar visitas domiciliares ? () SIM () NÃO

Acha relevante a prática de visitas domiciliares pelo Cirurgião dentista na APS ?

() SIM () NÃO

Acredita que para o cirurgião dentista realizar visitas domiciliares necessita de alguma tecnologia

() SIM () NÃO

Quais as Faixas etárias mais avaliadas durante as visitas domiciliares () Recém nascidos

() Crianças

() Adolescentes

() Jovens Adultos () Adultos

() Idosos

() Idosos + (acima de 80 anos)

Os Pacientes visitados possuem qual grau de vulnerabilidade social ?

() Baixa vulnerabilidade

() Intermediario

() Alta vulnerabilidade () Não vulnerável

Qual o perfil dos pacientes mais assistidos em suas visitas ?

Acamados

Domiciliados

Aldeias Urbanas

Quilombos

Pessoas com dificuldades em acessar a unidade

Pessoas sem limitação de acesso

Quais os materiais que costumam levar em suas visitas domiciliares ?

Esfigno e Estetoscopio

Lanterna

Oxímetro

Palito de madeira
Curetas de periodontia
Jogo clínico
Gaze

Luva e Máscara
Outros: Quais ?

Quais comorbidades são mais encontradas durante as visitas

Diabetes
Hipertensão
Problemas cardiovasculares
Problemas respiratórios
Doenças Reumáticas
Não avalia as comorbidades dos pacientes
Outros : Quais ?

Quais os problemas de saúde bucal mais avaliados e encontrados em suas visitas ?

Edentulismo
Doença Periodontal
Cárie dental
Abscessos dentários
Alterações de mucosa na cavidade bucal
Traumas dentários
Próteses mal adaptadas
Outros : quais ?

Quais intervenções são realizadas durante as suas visitas ?

Instrução de Higiene oral
Instrução de Higiene protética
Avaliação de saúde bucal
Técnica de escovação
Rastreamento/busca ativa de pacientes
Raspagem e alisamento radicular
Avaliação das demandas para a equipe de trabalho
Aferição de sinais vitais
Outros: Quais ?

ANEXO A - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE AVALIAÇÃO CRÍTICA DO JBI PARA ESTUDOS ANALÍTICOS DE CORTE TRANSVERSAL

Revisor GTAFEP Date 24/01/2025

Autor _____ Ano 2025 Número do registro 016/2025

	Sim	Não	Não está claro	Não se aplica
1. Os critérios de inclusão na amostra foram claramente definidos?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os sujeitos do estudo e o ambiente foram descritos em detalhes?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A exposição foi medida de forma válida e confiável?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Foram usados critérios objetivos e padronizados para medir a condição?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Os fatores de confusão foram identificados?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. As estratégias para lidar com os fatores de confusão foram indicadas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Os resultados foram medidos de forma válida e confiável?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Foi utilizada uma análise estatística adequada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Avaliação geral: Incluir Excluir Procurar mais informações

Comentários (incluindo o motivo da exclusão)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

ANEXO IV À RESOLUÇÃO SESAU N. 831, DE 5 DE AGOSTO DE 2024

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO N. 011/2025

A Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS - SESAU, autoriza a realização da pesquisa proposta pelo (a) pesquisador (a), Juan Carlo Vicente Pereira de Almeida, inscrito (a) no CPF/MF sob n.º 023.507.441-16, portador (a) do documento de Identidade sob n.º 1.880.726, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Amazonas, N.º 1690, Bairro: Vila Gomes, nesta Capital, telefone n.º (67)98206-8253, pesquisador (a) do Curso de Residência Multiprofissional em estratégia de saúde da família, da Instituição FIOCRUZ/SESAU com o título do Projeto de Pesquisa: **"Análise Epidemiológica do Atendimento Odontológico Domiciliar na Atenção Primária à Saúde em Campo Grande/MS"**, orientado (a) pela Professor (a) Keith Bulla da Fonseca Simas inscrito (a) no CPF/MF sob n.º 018.526.297-03, portador (a) do documento de Identidade sob n.º 096.86180-2 DETRAN/RJ, residente e domiciliado (a) à Rua/Av. Rua Amicar de Castro, N.º 150, Bairro: Jacarepaguá - Rio de Janeiro, nesta cidade, telefone n.º (21) 99674-5006, professor (a) e pesquisador (a) do Curso de: Residência Multiprofissional em estratégia de saúde da família, da Instituição FIOCRUZ/SESAU.

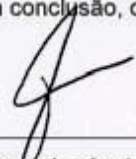
O Pesquisador (a), firma o compromisso de manter o sigilo das informações obtidas do banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde, assumindo a total responsabilidade por qualquer prejuízo ou dano à imagem dos pacientes cadastrados na SESAU. Fica advertido (a) de que os nomes e/ou qualquer referência aos dados do paciente devem ser mantidos em sigilo, não podendo em hipótese alguma serem divulgados, devendo ser consultada a gestão da unidade de saúde, sobre quaisquer referências aos dados analisados.

A pesquisas científicas envolvendo seres humanos, só será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com resolução n. 466/202 (Conselho Nacional de Saúde).

Vale ressaltar que a visita restringir-se-á somente a observação e entrevistas não sendo permitido fotos e/ou procedimentos.

Após a conclusão, o pesquisador deverá entregar uma cópia para esta Secretaria.


Campo Grande - MS, 12 de fevereiro de 2025


Pesquisador (a)

Juan Carlo Vicente Pereira de Almeida
Cirurgião-Dentista
CRO/MS 8252


Orientador(a)

Dra. Keith Bulla da Fonseca Simas
Cirurgiã-Dentista
Doutora
CRO/RJ 28850


Jackliny Qta de Souza
Coordenadora GTAPEP
Gerência de Pesquisa, Ensino e Extensão
GPÉE/CGES/SESAU



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE

ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

TERMO DE PARCERIA PARA PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE

Considerando a importância da pesquisa na área da saúde;
Considerando a necessidade de elaborar protocolos para assegurar a qualidade dos trabalhos realizados;
Considerando resguardar questões éticas e preservar sigilo das informações constantes nas fichas/prontuários/laudos de pacientes atendidos na rede municipal de saúde;
O presente termo estabelece responsabilidades entre o pesquisador (a) e a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande MS.

COMPETÊNCIAS:

PESQUISADOR:

- 1) Para que a execução da pesquisa aconteça deverá entregar a esta secretaria uma cópia do parecer do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos com o número de protocolo.
- 2) Em função da rotina de trabalho da SESAU de cada unidade e ou serviço de saúde, favor agendar previamente com a área envolvida;
- 3) Garantir a citação da SESAU como fonte de pesquisa;
- 4) Disponibilizar cópia para a SESAU e quando necessário para equipe de saúde
- 5) Ao comparecer em nossas unidades ou serviços de saúde autorizados para realização da pesquisa, apresentar-se ao gestor responsável, com vestimentas adequadas, com a utilização de equipamentos de proteção individual –EPI, bem como correta identificação através de crachás.

SESAU:

- 1) Fornecerá as informações para pesquisa, preservando-se a identidade e endereço do paciente;
- 2) As pessoas serão atendidas pelos técnicos de acordo com a necessidade/objetivo da pesquisa;
- 3) Receber o resultado final e encaminhar para o devido retorno.

Campo Grande - MS, 12 de fevereiro de 2025

Pesquisador (a)

Juan Carlo Vicente Pereira de Almeida
Cirurgião-Dentista
CRO/MS 8262

Orientador(a)

Dra.Keith Bulia da Fonseca Simas
Cirurgião-Dentista
Doutora
CRO/RJ 28850

Jackliny Ota de Souza
Coordenadora GTAPEP
Gerência de Pesquisa, Ensino e Extensão
GPPE/CGES/SESAU

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
GRANDE DOURADOS - UFGD



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise Epidemiológica do Atendimento Odontológico Domiciliar na Atenção Primária à Saúde em Campo Grande/MS

Pesquisador: JUAN CARLO VICENTE PEREIRA DE ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 89059325.3.0000.5160

Instituição Proponente: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.840.554

Apresentação do Projeto:

1. Introdução

Segundo Rosenthal (2001), o cirurgião-dentista (ou a prática de cuidados bucais) surgiu antes mesmo do consultório odontológico, de forma independente. Quando a humanidade começou a se organizar em grupos, passou a cuidar dos membros que os compunham. O indivíduo mais habilidoso ou sensível começou a se interessar pela dor dos outros e a buscar formas de oferecer atendimento e cuidado. Pesquisas anteriores em diversos contextos, com abrangência territorial limitada, indicam que os cirurgiões-dentistas raramente realizam cuidados domiciliares, citando a falta de identificação de oportunidades de atuação nesse ambiente (Faccin; Sebold; Carcerei, 2010; Costa; Araújo, 2013; Mattos et al., 2014). A atenção domiciliar, além de fortalecer o vínculo do paciente com sua unidade de referência e com a equipe que o assiste, vem se mostrando de suma importância, pois reduz riscos de infecções e permite a reabilitação em ambiente familiar. A visita domiciliar realizada por cirurgiões-dentistas têm se mostrado de extrema importância, pois leva prevenção, promoção e reabilitação em saúde a pacientes com dificuldades de acessar as unidades, sem necessariamente depender das tecnologias do consultório odontológico. A ampliação e a qualificação das ações de saúde bucal incluem a organização de visitas da equipe de saúde bucal a pessoas acamadas ou com dificuldades de locomoção, com o objetivo de identificar riscos e proporcionar o acompanhamento e tratamento necessários (Brasil, 2004, p. 15). Essa

Endereço: Rua João Rosa Góes, 1761

Bairro: Vila Progresso

UF: MS

Município: DOURADOS

CEP: 79.825-070

Telefone: (67)3410-2853

E-mail: cep@ufgd.edu.br

Continuação do Parecer: 7.640.554

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP/UFGD, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO em virtude do(a) pesquisador(a) ter atendido as recomendações do parecer n. 7.752.331.

Conforme orientações das resoluções vigentes que regem a ética em pesquisa com seres humanos:

* o pesquisador deve comunicar qualquer evento adverso imediatamente ao Sistema CEP/CONEP;

* O pesquisador deve apresentar relatório parcial e final ao Sistema CEP/CONEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2501673.pdf	21/08/2025 10:33:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	21/08/2025 10:33:07	JUAN CARLO VICENTE PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	21/08/2025 10:32:36	JUAN CARLO VICENTE PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/08/2025 10:29:35	JUAN CARLO VICENTE PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Orçamento	DECLARACAODECUSTEIO.pdf	22/05/2025 14:39:11	JUAN CARLO VICENTE PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	aceite_sesau_oficial.pdf	17/05/2025 11:48:16	JUAN CARLO VICENTE PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAODEDISPENSADOTERMOEINFRAESTRUTURA.pdf	17/05/2025 11:28:20	JUAN CARLO VICENTE PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	Declaracaodecompromissodopesquisador.pdf	15/05/2025 17:48:10	JUAN CARLO VICENTE PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	Questionario.pdf	09/05/2025 17:15:04	JUAN CARLO VICENTE PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito

Endereço: Rua João Rosa Góes, 1761

Bairro: Vila Progresso

UF: MS

Município: DOURADOS

CEP: 79.825-070

Telefone: (67)3410-2853

E-mail: cep@ufgd.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS - UFGD 

Continuação do Parecer: 7.840.954

Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	06/05/2025 11:28:58	JUAN CARLO VICENTE PEREIRA DE ALMEIDA	Aceito
----------------	--------------------	------------------------	---	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

DOURADOS, 16 de Setembro de 2025

Assinado por:
Leonardo Ribeiro Martins
(Coordenador(a))