



Conhecimento, uso e preferência acerca da assistência odontológica domiciliar pela população idosa: um estudo *Web Survey*

Knowledge, use, and preference regarding home dental care among older adults: a Web Survey study

Natália Cristina Garcia Pinheiro¹ 
Anna Crislainy da Costa Monteiro¹ 
Maria Luiza Diniz de Sousa Lopes¹ 
Kenio Costa Lima¹ 

Resumo

Objetivo: avaliar o uso, conhecimento objetivo e preferência da assistência odontológica domiciliar (AOD) pela população idosa e os fatores associados a esses desfechos. **Método:** Trata-se de um estudo transversal e *Web Survey*. A amostragem foi do tipo não-probabilística, realizada por meio de redes de contato. Foram aplicados questionários *online* à população idosa (≥ 60 anos) da região Metropolitana de Natal, RN, Brasil, com questões sobre conhecimento objetivo, uso e preferência da AOD, além de questões socioeconômicas e demográficas. Foi realizada a análise descritiva, bivariada e regressão robusta de Poisson, adotando-se um nível de significância de 5%. **Resultados:** Foram incluídas 203 pessoas idosas, sendo a maioria mulher, na faixa de idade de 60 a 69 anos. A maioria dessa população desconhecia a odontologia domiciliar (79,8%; IC95% 74,3-85,4%), nunca fez uso desse tipo de serviço (95,6%; IC95% 92,8-98,4%) e demonstrou preferência pela assistência em consultório odontológico (68,5%; IC95% 62,1-74,8%). Observou-se associação significativa entre conhecer a odontologia domiciliar e ter plano de saúde médico. Houve preferência significativamente maior de pessoas idosas sem plano de saúde e com menor escolaridade pelo atendimento em casa, em relação ao consultório tradicional. **Conclusão:** A odontologia domiciliar ainda é pouco conhecida e usada por parte da população idosa mais jovem, sendo sua familiaridade menor entre aqueles sem plano de saúde médico. No entanto, pessoas idosas sem plano de saúde e com menor escolaridade demonstraram maior preferência pela AOD, evidenciando a necessidade de fortalecer políticas públicas e ampliar sua oferta, especialmente para populações em maior vulnerabilidade socioeconômica.

Palavras-chave: Assistência Domiciliar. Odontologia Geriátrica. Saúde Bucal.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Odontologia, Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas. Natal, RN, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). N° do processo: 405916/2021-3.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Maria Luiza Diniz de Sousa Lopes
marialu.diniz@gmail.com

Recebido: 13/11/2024
Aprovado: 26/03/2025

Abstract

Objective: To assess the use, objective knowledge, and preference regarding home dental care (HDC) among older adults, as well as the factors associated with these outcomes. **Method:** This is a cross-sectional Web Survey study. The sampling was non-probabilistic and conducted through contact networks. Online questionnaires were administered to older adults (≥ 60 years) living in the Metropolitan Region of Natal, RN, Brazil. The questionnaire included items on objective knowledge, use, and preference for HDC, in addition to socioeconomic and demographic questions. Descriptive, bivariate, and robust Poisson regression analyses were performed, adopting a 5% significance level. **Results:** A total of 203 older adults were included, the majority being women aged between 60 and 69 years. Most of this population were unaware of home dental care (79.8%; 95% CI: 74.3–85.4%), had never used this type of service (95.6%; 95% CI: 92.8–98.4%), and expressed a preference for care provided in a dental office (68.5%; 95% CI: 62.1–74.8%). A significant association was observed between awareness of home dental care and having private health insurance. Older adults without health insurance and with lower educational levels showed a significantly greater preference for home care compared to traditional office-based care. **Conclusion:** Home dental care remains relatively unknown and underutilized by younger segments of the older adult population, with lower familiarity particularly among those without health insurance. However, older adults without insurance and with lower educational attainment expressed a stronger preference for HDC, highlighting the need to strengthen public policies and expand service availability, especially for socioeconomically vulnerable populations.

Keywords: Home Care Services. Geriatric Dentistry. Oral Health.

INTRODUÇÃO

A condição de saúde das pessoas idosas está frequentemente relacionada a multimorbidades, cujas principais doenças crônicas são a hipertensão, diabetes, cardiopatias¹, além de doenças degenerativas, como Parkinson e Alzheimer². Tais doenças apresentam múltiplas causas, possuem evolução lenta, podem levar a problemas na capacidade funcional e, como consequência, podem interferir diretamente na condição de saúde bucal dessas pessoas^{1,3}.

Esses fatores têm impulsionado a demanda por assistência domiciliar entre pessoas idosas, especialmente aqueles com dificuldade ou impossibilidade de locomoção. A assistência odontológica domiciliar (AOD) consiste em um tipo de serviço focando na promoção, prevenção e reabilitação de saúde bucal diretamente no domicílio dos pacientes, com ênfase especial na população idosa⁴. Nos últimos cinco anos, observou-se um crescimento significativo nos serviços privados de *home care* odontológico⁵, enquanto políticas públicas também avançaram, como a inclusão do cirurgião-dentista no Programa Melhor em Casa, ainda que de forma opcional dentro da rede de apoio ao Serviço de

Atenção Domiciliar (SAD)⁶. Atualmente, a Atenção Domiciliar (AD) é dividida em modalidades AD1, AD2 e AD3, com o objetivo de atender pacientes com diferentes níveis de complexidade. A AD1 abrange aqueles com problemas de saúde controlados e dificuldades de locomoção, enquanto a AD2 e AD3, no programa Melhor em Casa, por meio do SAD, atendem pacientes com condições mais graves, necessitando de cuidados contínuos e equipamentos específicos⁶.

Conforme o Estatuto da Pessoa Idosa⁷ e a Política Nacional do Idoso⁸, a garantia de ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde é um direito fundamental, assegurado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). O artigo décimo da PNSPI prevê a assistência domiciliar para pessoas idosas, com direcionamento àquelas com indicação clínica, como pessoas com dificuldades de locomoção ou vulnerabilidade, mas não enuncia limitações a esse tipo de assistência, de forma a incluir também as mais jovens ou aquelas que simplesmente preferem assistência domiciliar⁹. Portanto, esse tipo de assistência será uma realidade cada vez mais comum para essa população.

Estudos com pessoas idosas domiciliadas e não domiciliadas mostram a preferência por parte dessa população em ser atendida por dentistas em casa^{10,11}. Contudo, estudos têm evidenciado que as proporções daqueles que recebem AOD são baixas e pode haver uma necessidade não atendida, especialmente entre as pessoas idosas domiciliadas^{12,13}. Esse cenário pode estar relacionado a um possível desconhecimento por parte da própria pessoa idosa e cuidadores da disponibilidade e os benefícios da assistência odontológica em casa⁴.

Ainda não existem estudos que analisem a preferência por parte de pessoas idosas mais independentes em serem atendidos pelo modelo de AOD, bem como sobre o seu conhecimento e uso desse tipo de serviço. É importante ressaltar também que nem todas as pessoas idosas que preferem esse tipo de atendimento necessariamente necessitam dele. Contudo, explorar essas questões torna-se essencial para reconhecer a pessoa idosa como protagonista do cuidado com a própria saúde bucal. Além disso, a aplicação desse conhecimento vai além do cuidado individual, pois reflete a necessidade de políticas públicas voltadas aos cuidados em saúde domiciliar para pessoas idosas, visando não apenas melhorar a qualidade de vida do indivíduo, mas também otimizar a oferta, organização e a efetividade dos serviços de saúde, alcançando uma maior equidade no acesso aos cuidados.

Nesse sentido, o presente estudo objetivou avaliar se as pessoas idosas mais independentes conhecem, preferem ou se já usaram a AOD, e quais os fatores estão relacionados a esses desfechos. A hipótese testada é que fatores socioeconômicos e demográficos influenciam no conhecimento, uso e preferência pela AOD.

MÉTODO

A elaboração deste artigo seguiu as recomendações do *checklist Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology* (STROBE) e *Improving the Quality of Web Surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys* (CHERRIES).

O estudo se caracteriza por ser do tipo individualizado, observacional, e transversal, submetido

à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, obtendo parecer de aprovação N° 5.086.809, conforme a Resolução n° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados foi realizada entre 2021 e 2022 por meio de um questionário *online*, seguindo as diretrizes estabelecidas na Carta Circular n° 01/2021 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Antes de responder o questionário, todos os participantes foram informados sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, consentindo formal e voluntariamente sua participação mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O estudo incluiu indivíduos com 60 anos de idade ou mais, residentes da região Metropolitana de Natal, RN, Brasil, composta por 15 municípios, segundo a Lei complementar n° 157, atualizada em 2019¹⁴. Tal região compreende uma área total de 3.683,746 Km², com um total de 1.527.661 habitantes, dos quais 14,57% têm 60 anos ou mais¹⁵.

A amostragem foi do tipo não-probabilística por acessibilidade, por meio de redes de contato, utilizando redes sociais de pessoas idosas e não idosas. O *link* do questionário foi compartilhado diretamente com os participantes, que foram incentivados a repassá-lo a outras pessoas, configurando uma abordagem baseada na técnica bola de neve. Para o cálculo do tamanho amostral, estimou-se que o desfecho seria máximo (50%). Nesse sentido, com nível de confiança de 95%, margem de erro de 5%, poder de 80%, calculou-se que a amostra deveria ser de 385 indivíduos, sendo acrescido 15% a esse valor para realizar as associações.

Os indivíduos responderam a um questionário online através do *Google Forms*, utilizando o método *Web Survey* para ampliar o alcance e diversidade da população¹⁶. A pesquisa se configurou como um *open survey*, em que foram utilizados e-mails, postagens em Instagram e outras redes sociais para divulgação do estudo, além de ser postado em redes que tenham grandes acessos, a exemplo do portal da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

O perfil da população estudada foi observado por meio de questões sociodemográficas provenientes do Projeto de Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE)¹⁷. As questões relacionadas ao acesso aos

serviços de saúde, ao conhecimento objetivo, necessidade e uso da AOD por parte dessa população, foram elaboradas tendo como referência o estudo de Komulainen et al.¹¹, a fim de compreender qual o entendimento da população sobre essa área de atuação e fatores associados a essa realidade. Essas questões foram: “*Conhece o que é atendimento odontológico domiciliar?*”, “*Em algum momento da sua vida você já precisou receber Atendimento Odontológico Domiciliar?*”, cujas respostas eram dicotômicas (“*sim*” ou “*não*”); enquanto a preferência dos participantes quanto ao local de atendimento, foi avaliada pela questão “*Caso necessite de atendimento odontológico, onde prefere ser atendido?*”, com as opções de resposta “*casa*” ou “*consultório*”. A aplicabilidade e compreensão do questionário foram avaliadas por meio de um estudo piloto com 10 idosos, não sendo necessárias alterações.

No que diz respeito às variáveis do estudo, tem-se como dependentes o uso, a preferência e o conhecimento objetivo acerca da AOD. Este último buscou identificar um reconhecimento factual e verificável da existência dessa assistência, e não percepções subjetivas sobre ela. As variáveis independentes foram sexo (feminino; masculino), faixa etária (≥ 70 ; 60–69 anos), raça (negro; branco), estado civil (casado; não casado), escolaridade (ensino superior; ensino médio ou menor), uso de medicamentos (quatro ou menos; cinco ou mais), plano de saúde médico (sim; não), última ida ao dentista (>1 ano; ≤ 1 ano), tipo de serviço utilizado (privado; público), plano odontológico (sim; não).

Apenas os dados dos questionários completamente respondidos seguiram para a análise estatística. Inicialmente, foi realizada a análise descritiva destes, seguido da análise bivariada pelo teste qui-quadrado, e para conhecer o efeito líquido da associação das variáveis independentes sobre as dependentes, foi realizada a regressão robusta de Poisson. Para todos os testes estatísticos adotou-se um nível de significância 5%.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo está disponível mediante solicitação à autora correspondente.

RESULTADOS

Ao todo, 368 respondentes preencheram o formulário e 55,1% desses ($n=203$) se enquadram no estudo. A perda amostral ocorreu nos casos em que os questionários foram respondidos por indivíduos com menos de 60 anos ou que não residiam na região metropolitana de Natal, RN. Embora o tamanho amostral inicialmente pretendido não tenha sido alcançado, o poder da amostra final foi calculado e permaneceu acima de 80%, garantindo robustez aos resultados. A única exceção foi a variável plano odontológico, com um poder estatístico de 64,25%, o que indica uma menor capacidade de detectar diferenças reais para essa variável. No entanto, para plano de saúde médico, o poder foi de 91,97%, e para tipo de serviço utilizado, atingiu 100%, demonstrando alta confiabilidade na detecção de associações nessas variáveis.

O perfil das pessoas idosas foi caracterizado por uma maioria de mulheres (67%), com predominância da faixa etária de 60 a 69 anos (59,6%), raça branca (51,7%) e estado civil casado (46,3%). A escolaridade das pessoas idosas que responderam à pesquisa foi em sua maioria ensino superior (43,3%), e quanto às medicações usadas, 82,3% faziam uso de medicações diárias.

Em relação ao conhecimento objetivo sobre a odontologia domiciliar, 78,3% (IC 95% 74,3–85,4%) nunca ouviram falar desse tipo de serviço e, dos que conheciam, 12,8% relataram conhecer através de redes sociais/parentes e amigos. A maioria dessas pessoas idosas nunca precisou de assistência domiciliar (95,6%; IC 95% 92,8 – 98,4%), mas os poucos que já utilizaram esse serviço precisaram de limpeza (remoção de cálculo e profilaxia), restauração ou resolução de alguma urgência. Quanto à preferência por esse tipo de serviço, 68,5% (IC 95% 62,1–74,8%) dos respondentes preferiam ser atendidos em consultório odontológico a serem atendidos em casa.

No que diz respeito à relação entre o acesso/uso aos serviços de saúde geral e bucal, pouco mais da metade (50,2%) não possuía plano de saúde médico e 79,3% não possuía plano odontológico. Uma minoria

(35%) foi ao dentista há mais de um e menos de dois anos, e utilizaram o serviço privado.

Ao investigar as associações significativas das variáveis independentes com conhecer ou não a odontologia domiciliar, conforme a Tabela 1,

observou-se associação significativa apenas com o fato de ter ou não plano de saúde médico ($p < 0,0001$). As pessoas idosas que possuíam plano de saúde médico tinham um conhecimento objetivo cerca de 200% maior acerca da assistência odontológica domiciliar comparadas àquelas que não possuíam.

Tabela 1. Frequência absoluta e relativa do conhecimento objetivo da assistência odontológica domiciliar de acordo com as variáveis socioeconômicas e demográficas e acesso aos serviços de saúde bucal (N=203). Natal, RN, 2022.

Variáveis	Conhece a assistência odontológica domiciliar		P	RP (IC 95%)
	Sim n (%)	Não n (%)		
Sexo				
Masculino	15 (22,4)	52 (77,6)	0,086	1
Feminino	29 (21,3)	107 (78,7)		1,05 (0,60-1,82)
Faixa etária (anos)				
≥ 70	19 (23,2)	63 (76,8)	0,670	1
60–69	25 (20,7)	96 (79,3)		1,12 (0,66-1,89)
Raça				
Branco	23 (21,9)	82 (78,1)	0,893	1
Negro	19 (21,1)	71 (78,9)		1,03 (0,60-1,77)
Estado Civil				
Casado	24 (25,5)	70 (74,5)	0,216	1
Não casado	20 (18,3)	89 (81,7)		1,39 (0,82-2,35)
Escolaridade				
Ensino superior	20 (22,7)	68 (77,3)	0,750	1
Ensino médio ou menor	24 (20,9)	91 (79,1)		1,08 (0,64-1,84)
Medicamentos utilizados				
Quatro ou menos	27 (22,9)	91 (77,1)	0,060	1
Cinco ou mais	8 (19,0)	34 (81,0)		1,20 (0,59-2,43)
Plano de Saúde Médico				
Sim	33 (32,7)	68 (67,3)	<0,0001	1
Não	11 (10,8)	91 (89,2)		3,03 (1,62-5,65)
Última ida ao dentista				
>1 ano	23 (22,8)	78 (77,2)	0,706	1
≤1 ano	21 (20,6)	81 (79,4)		1,10 (0,65 -1,86)
Tipo de serviço utilizado				
Privado	34 (21,8)	122 (78,2)	0,603	1
Público	8 (18,2)	36 (81,8)		1,19 (0,59 - 2,39)
Plano odontológico				
Sim	13 (31,0)	29 (69,0)	0,101	1
Não	31 (19,3)	130 (80,7)		1,60 (0,92 - 2,79)

Fonte: Autor, 2022.

Quando analisada a associação das variáveis independentes à preferência, ou seja, diante da necessidade de assistência odontológica, se essas pessoas idosas preferiam ser atendidas em consultório tradicional ou em casa, houve associação significativa com escolaridade, plano de saúde médico, faixa etária, tipo de serviço utilizado e última visita ao dentista (Tabela 2). Após a regressão robusta de Poisson, foi

observada associação significativa entre escolaridade e possuir plano de saúde médico, com a preferência ao tipo de assistência odontológica. Isto é, pessoas idosas com escolaridade até o ensino médio preferiam ter um dentista atendendo em casa (26% maior) do que em consultório tradicional, e aquelas que não tinham plano de saúde médico preferiam (35% maior) ter AOD (Tabela 2).

Tabela 2. Frequência absoluta e relativa da preferência pelo local de assistência odontológica, em relação às variáveis socioeconômicas e demográficas e ao acesso aos serviços de saúde bucal (N=203). Natal, RN, 2022.

Variáveis	Preferência de assistência odontológica		<i>p</i>	RP (IC 95%)	RP aj (IC 95%)
	Casa n (%)	Consultório n (%)			
Sexo					
Feminino	43 (31,6)	93 (68,4)	0,960	1	
Masculino	21 (31,3)	46 (68,7)		1,00 (0,65 - 1,55)	
Faixa etária (anos)					
≥ 70	35 (42,7)	47 (57,3)	0,005	1	
60–69	29 (24,0)	92 (76,0)		1,78 (1,18 - 2,66)	
Raça					
Negros	30 (33,3)	60 (66,7)	0,888	1	
Branços	34 (32,4)	71 (67,6)		1,02 (0,68 - 1,53)	
Estado Civil					
Não casados	41 (37,6)	68 (62,4)	0,044	1	
Casados	23 (24,5)	71 (75,5)		1,53 (1,00 - 2,36)	
Escolaridade					
Até ensino médio	51 (44,3)	64 (55,7)	<0,001	1	1
Ensino superior	13 (14,8)	75 (85,2)		3,00 (1,74 - 5,16)	1,26 (1,01 - 1,56)
Medicamentos utilizados					
Cinco ou mais	18 (42,9)	24 (57,1)	0,606	1	
Quatro ou menos	34 (28,8)	84 (71,2)		1,48 (0,94-2,33)	
Plano de Saúde Médico					
Não	46 (45,1)	56 (54,9)	<0,0001	1	1
Sim	18 (17,8)	83 (82,2)		2,53 (1,58 - 4,05)	1,35 (1,10 - 1,66)
Última ida ao dentista					
>1 ano	24 (41,2)	60 (58,8)	0,003	1	
≤1 ano	22 (21,8)	79 (78,2)		1,89 (1,22 - 2,92)	
Tipo de serviço utilizado					
Público	21 (47,7)	23 (52,3)	0,007	1	
Privado	41 (26,3)	115 (73,7)		1,81 (1,21 - 2,72)	
Plano odontológico					
Não	55 (34,2)	106 (65,8)	0,114	1	
Sim	9 (21,4)	33 (78,6)		1,59 (0,86 - 2,95)	

Fonte: Autor, 2022. Likelihood Ratio Chi-Square: 9,254 Omnibus test: $p < 0,001$

DISCUSSÃO

A maioria da população idosa estudada desconhecia a odontologia domiciliar e quase todos os respondentes nunca utilizaram esse tipo de serviço. É bem verdade que a amostra foi composta em sua maioria por pessoas idosas mais jovens e isso contribuiu para um grau de independência maior, uma vez que essas tendem a ter maior autonomia, praticar mais atividades físicas e possuem uma percepção de qualidade de vida melhor do que aquelas mais longevas^{18,19}. Contudo, à medida que a idade e os níveis de dependência aumentam, as consultas ao dentista tendem a diminuir²⁰, o que ressalta a importância de entender as preferências da pessoa idosa, antecipando a dependência, para garantir que os cuidados odontológicos sejam adequados às necessidades dessa população em transformação¹⁰.

Há uma predominância de pacientes idosos institucionalizados e acamados estarem sujeitos a utilizar o AOD⁴, o que corrobora para a maioria das pessoas idosas deste estudo não necessitarem desse tipo de assistência odontológica em domicílio. Ademais, embora em outros países como Japão, Canadá e Finlândia já adotem um modelo de AOD para a pessoa idosa de forma mais eficaz em seus territórios^{11,13,21}, no Brasil, mesmo com uma crescente nos serviços privados de assistência tipo *home care* odontológico, o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda tem o cirurgião dentista de maneira optativa na equipe de apoio à atenção domiciliar²². Tais fatores, portanto, podem contribuir para o baixo conhecimento e até da escolha por esse tipo de serviço, mesmo para pessoas idosas.

A maioria das pessoas idosas do presente estudo demonstraram preferência pela assistência em consultório odontológico, sendo a preferência pelo AOD relatada por 31,5% dos indivíduos. Uma pesquisa finlandesa, com 321 pessoas idosas da comunidade, encontrou que 25,9% delas preferiam visita domiciliar do cirurgião-dentista, ao invés de se deslocar até o consultório odontológico¹¹. Nesse estudo, a preferência pelo AOD foi associada à incapacidade funcional e comprometimento cognitivo.

Um estudo recente explorou as preferências de um total de 246 pessoas idosas (> 65 anos), residentes em diferentes países europeus, com relação aos serviços odontológicos¹⁰. Os resultados evidenciaram que as pessoas idosas residentes na Suíça e no Reino Unido preferiam atendimento nos consultórios odontológicos, enquanto a preferência pela assistência em domicílio foi maior naquelas da Grécia e nos residentes na Suíça que tinham menor disposição a pagar por serviços odontológicos. Os autores levantam a hipótese de que as diferenças nas preferências observadas podem estar relacionadas ao contexto de desigualdades econômicas entre os países.

No presente estudo, houve uma maior preferência de pessoas idosas com baixa escolaridade e sem plano de saúde pela AOD, quando comparadas àqueles de maior escolaridade e com plano de saúde. Tal fato revela aspectos importantes no contexto do acesso a serviços especializados.

A baixa escolaridade tem sido associada com o maior grau de dependência de idosos nas atividades instrumentais de vida diária principalmente^{23,24}, e também tem sido apontada como um fator de influência socioeconômica no Brasil²⁵. A educação está fortemente relacionada à renda e ao patrimônio acumulados durante o ciclo de vida, afetando a qualidade dos cuidados de saúde acessíveis, o nível de autonomia e a capacidade de lidar com doenças crônicas ou limitações funcionais²⁶. Assim, baixos níveis de escolaridade podem configurar menor acesso aos serviços de saúde, sobretudo aos de saúde bucal²⁷.

Dessa forma, a preferência pelo AOD pode estar relacionada a pessoas idosas que têm um difícil acesso aos serviços de saúde. Esses indivíduos, que vivem em uma situação de maior vulnerabilidade e difícil acesso, podem preferir um cuidado mais diferenciado, acessível e confortável. Isso também pode justificar a relação entre pessoas idosas que não têm plano de saúde médico preferirem ser atendidas por dentistas em casa ao fato de ir em consultório tradicional. Para esses indivíduos, essa pode ser uma garantia de acesso, cada vez mais dificultada.

No entanto, houve pequenos avanços na cobertura da saúde bucal e diminuição da iniquidade

de acesso a esses serviços pela população, incluindo pessoas idosas²⁸. Isso pode estar relacionado ao incentivo à realização de assistência domiciliar e do encaminhamento adequado das demandas de atendimento, quando necessário, para um nível especializado de assistência odontológica não realizada na Atenção Primária à Saúde.

A literatura aponta ainda outras barreiras significativas para receber AOD como viver sozinho, demência e a falta de serviço odontológico na vizinhança que ofereça esse tipo de assistência¹³. Portanto, o investimento em ações de cobertura de saúde bucal para pessoas idosas, especialmente no âmbito do SUS, é de extrema importância como medida preventiva para evitar o agravamento de problemas bucais que podem impactar a saúde geral dos idosos, melhorar a qualidade de vida e reduzir complicações que poderiam exigir tratamentos mais complexos e onerosos no futuro. Mesmo que muitas pessoas idosas atualmente não necessitem desse tipo de serviço devido ao seu grau de independência, há uma tendência crescente de que venham a precisar no futuro. Além disso, a divulgação de que esse tipo de serviço existe é primordial para o conhecimento por esses idosos da alternativa e possibilidade do cuidado odontológico em casa⁴.

Este estudo apresenta algumas limitações inerentes ao formato de *Web Survey*, visto que apenas indivíduos com acesso à internet e familiaridade com tecnologia puderam participar. Isso pode resultar na sub-representação de grupos populacionais, como pessoas idosas de baixa renda, residentes de áreas rurais e aqueles com idade mais avançada. Além disso, a taxa de resposta em *Web Surveys* tende a ser inferior a outros métodos, e os respondentes podem diferir daqueles que optam por não responder, o que pode afetar a generalização dos resultados. Outro ponto a ser mencionado é que a ampla divulgação por e-mail, postagens no Instagram, outras redes sociais e plataformas de grande alcance impossibilitou a determinação do número exato de indivíduos convidados e, conseqüentemente, o cálculo da taxa de participação. Por fim, a ausência de estudos brasileiros que avaliem a preferência acerca do tipo de assistência odontológica pela população idosa, o que limitou comparação dos resultados com a

realidade brasileira. Contudo, apesar das limitações, o presente estudo contribui com resultados relevantes diante da escassez da literatura acerca da odontologia domiciliar para a pessoa idosa, e da necessidade crescente de entender melhor os desafios associados a esse tipo de assistência.

CONCLUSÃO

A odontologia domiciliar ainda é pouco conhecida, como também pouco utilizada pela população idosa mais jovem. Além disso, observou-se que fatores socioeconômicos influenciam a preferência pela assistência odontológica domiciliar, indicando a necessidade de políticas públicas que ampliem essa oferta no Sistema Único de Saúde.

Por conseguinte, recomenda-se a implementação de medidas que priorizem o acesso à assistência odontológica domiciliar, aumentando e capacitando os profissionais da rede e constituindo mais equipes de apoio com a participação de dentistas capacitados. Além disso, estratégias para reduzir as barreiras de acesso desses pacientes, a fim de minimizar as consequências das desigualdades socioeconômicas que interferem diretamente na condição de saúde bucal, sobretudo na população idosa, visando um acesso equânime aos serviços de saúde bucal.

Para estudos futuros, sugere-se investigar os principais desafios operacionais e estruturais na oferta desse serviço, bem como avaliar o impacto de intervenções voltadas à conscientização e adesão das pessoas idosas à assistência odontológica domiciliar. Além disso, pesquisas qualitativas podem contribuir para compreender as percepções e barreiras enfrentadas por essas pessoas na busca por esse tipo de assistência.

AUTORIA

- Natália C. G. Pinheiro – Conceituação, delineamento, análise e interpretação dos dados. Redação do artigo. Aprovação da versão a ser publicada.

- Anna Crisllainy da C. Monteiro – Análise e interpretação dos dados. Redação do artigo. Aprovação da versão a ser publicada.
- Maria Luiza D. S. Lopes - Interpretação dos dados. Redação e revisão crítica do artigo. Aprovação da versão a ser publicada.
- Kenio C. Lima - Conceituação, supervisão, delineamento, análise e interpretação dos dados. Revisão crítica do artigo. Aprovação da versão a ser publicada.

Editado por: Andressa Coelho Gomes

9 de 10

REFERÊNCIAS

1. Francisco PMSB, Assumpção DD, Bacurau AGDM, Neri AL, Malta DC, Borim FSA. Prevalência de doenças crônicas em octogenários: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(7):2655–65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.22482021>
2. Simieli I, Padilha LAR, Tavares CFDF. Realidade do envelhecimento populacional frente às doenças crônicas não transmissíveis. *Acervo Saúde*. 2019;(37):e1511. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e1511.2019>
3. Silva NBQD, Fernandes ACL, Nascimento EGCD, Oliveira LCD. Condições de Saúde e Utilização da Atenção Básica pelos Idosos: Revisão Integrativa. *Saúde Redes*. 2022;8(sup1):305–20. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2022v8nsup1p305-320>
4. Rocha DA, Miranda AF. Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura. *Rev bras geriatr gerontol*. 2013;16:181–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000100018>
5. Aguiar MCAD, Pinheiro NCG, Marcelino KP, Lima KCD. Halitosis and associated factors in institutionalized elderly persons. *Rev bras geriatr gerontol*. 2017;20(6):856–68. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170160>
6. BRASIL. Ministério da saúde. Portaria GM/MS no 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação nos 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMec). [Internet]. [citado 19 de fevereiro de 2025]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.005-de-2-de-janeiro-de-2024-535816012>
7. BRASIL. Lei No 14.423, de 22 de julho de 2022. Altera a Lei no 10.741, de 1o de outubro de 2003. Brasília - DF: Presidência da República. [Internet]. 2022 [citado 20 de fevereiro de 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm
8. BRASIL. Lei No 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. [Internet]. 1994 [citado 20 de fevereiro de 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm
9. BRASIL. Portaria no 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. [Internet]. 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>
10. Chebib N, Holmes E, Maniewicz S, Abou-Ayash S, Srinivasan M, McKenna G, et al. Exploring preferences of older adults for dental services: A pilot multi-national discrete choice experiment. *Gerodontology*. 2024;41(2):220–30. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ger.12696>
11. Komulainen K, Ylöstalo P, Syrjälä AM, Ruoppi P, Knuuttila M, Sulkava R, et al. Preference for dentist's home visits among older people. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012;40(1):89–95. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2011.00631.x>
12. Ornstein KA, DeCherrie L, Gluzman R, Scott ES, Kansal J, Shah T, et al. Significant unmet oral health needs of homebound elderly adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(1):151–7. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.13181>
13. Ishimaru M, Ono S, Morita K, Matsui H, Yasunaga H. Domiciliary dental care among homebound older adults: A nested case-control study in Japan. *Geriatr Gerontol Int*. 2019;19(7):679–83. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ggi.13676>
14. Lei Complementar 648 2019 de Rio Grande do Norte RN [Internet]. [citado 18 de fevereiro de 2025]. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/rn/lei-complementar-n-648-2019-rio-grande-do-norte-altera-a-lei-complementar-estadual-n-152-de-16-de-janeiro-de-1997-que-institui-a-regiao-metropolitana-de-natal-para-incluir-o-municipio-de-bom-jesus>

15. IBGE. Censo 2022 | IBGE [Internet]. [citado 19 de fevereiro de 2025]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/22827-censo-demografico-2022.html>
16. Couper MP, Miller PV. Web Survey Methods: Introduction. *Public Opinion Quarterly*. 2008;72(5):831–5. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/poq/nfn066>
17. Lebrão ML, Duarte YA de O, Pan American Health Organization, organizadores. O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. 1a ed. Brasília, DF, Brasil: Organização Pan-Americana de Saúde, OPAS/OMS; 2003. 255 p.
18. Marzo RR, Khanal P, Shrestha S, Mohan D, Myint PK, Su TT. Determinants of active aging and quality of life among older adults: systematic review. *Front Public Health* [Internet]. 2023;11:1193789. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1193789>
19. Barbosa R da C, Sousa ALL. Associação da autopercepção da qualidade de vida e saúde, prática de atividade física e desempenho funcional entre idosos no interior do Brasil. *Rev bras geriatr gerontol*. 2022;24:e210141. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.210141>
20. Spinler K, Aarabi G, Valdez R, Kofahl C, Heydecke G, König HH, et al. Prevalence and determinants of dental visits among older adults: findings of a nationally representative longitudinal study. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):590. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4427-0>
21. Makansi N, Rousseau J, Bedos C, Gauthier L, Morissette L, Ducharme I, et al. Domiciliary dentistry clinics: a multiple case study in the province of Quebec, Canada. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):972. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06788-4>
22. Silva RM da, Peres ACO, Carcereri DL. Atuação da equipe de saúde bucal na atenção domiciliar na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25:2259–70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.15992018>
23. Soares MFN, Maia LC, Costa S de M, Caldeira AP. Dependência Funcional em idosos assistidos por equipes da Estratégia Saúde da Família. *Rev bras geriatr gerontol*. 2020;22:e190147. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190147>
24. Ceccon RF, Vieira LJE de S, Brasil CCP, Soares KG, Portes V de M, Garcia Júnior CAS, et al. Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26:17–26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30352020>
25. Pereira LC, Figueiredo M do LF, Beleza CMF, Andrade EMLR, Silva MJ da, Pereira AFM. Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica. *Rev Bras Enferm*. 2017;70:112–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0046>
26. Andrade FB de, Thumé E, Facchini LA, Torres JL, Nunes BP. Education and income-related inequalities in multimorbidity among older Brazilian adults. *PLOS ONE*. 2022;17(10):e0275985. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275985>
27. Santos ASF, Lima RFR, Ferreira RC, Alencar GP, Carreiro DL, Silveira MF, et al. Uso de serviços de saúde bucal entre idosos brasileiros: mediação pela perda dentária. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27:2777–88. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022277.22122021>
28. Galvão MHR, Roncalli AG. Does the implementation of a national oral health policy reduce inequalities in oral health services utilization? The Brazilian experience. *BMC Public Health*. 2021;21(1):541. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10586-2>