



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Literacia em Saúde Oral em Portugal

Aurica Ciobanu

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Professor Doutor Nuno Crespo, Professor Associado com agregação do ISCTE –
Instituto Universitário de Lisboa, Departamento de Economia

outubro, 2023



BUSINESS
SCHOOL

Literacia em Saúde Oral em Portugal

Aurica Ciobanu

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Professor Doutor Nuno Crespo, Professor Associado com agregação do ISCTE –
Instituto Universitário de Lisboa, Departamento de Economia

outubro, 2023

Agradecimento

A elaboração desta tese de mestrado marca o término de um ciclo fundamental no meu percurso académico, sendo esse possibilitado e facilitado pelo apoio e amizade dos meus colegas, professores, amigos e familiares.

Em primeiro lugar quero agradecer ao meu orientador da tese, Professor Doutor Nuno Crespo pelo seu precioso apoio, disponibilidade e paciência para esclarecer todas as minhas dúvidas. Um sincero obrigada pela partilha de conhecimento que foi imprescindível e que enriqueceu não só este trabalho, como também o meu próprio conhecimento a nível científico.

Quero agradecer à minha família, por me apoiarem nos bons e nos maus momentos, por serem um exemplo de coragem e determinação e por me terem dado forças nos momentos mais difíceis.

A todos os meus amigos, que ouviram muitas vezes as minhas queixas e aos quais falhei muitas vezes para poder estar fechada e trabalhar na tese em vez de estar com eles. Obrigada por terem acreditado em mim, por me terem apoiado e por me fazerem tão feliz.

Agradeço também aos meus colegas do ISCTE, que fomos partilhando todo o processo em conjunto, apoiando-nos e motivando-nos uns aos outros.

Um enorme obrigada às minhas amigas do coração, que me ensinaram e inspiraram todos os dias a ser melhor. Muito obrigada por todo o carinho, paciência e por me ajudarem a concluir esta etapa tão importante da minha vida.

Resumo

Introdução: Um dos principais problemas de saúde da população no geral são as doenças da cavidade oral. A ausência de saúde oral pode comprometer a saúde em geral e diretamente a qualidade de vida do indivíduo. Torna-se crucial a instrução e a educação da população para que cada vez mais haja uma consciencialização acerca da importância que os cuidados de saúde oral têm na saúde em geral.

Objetivo: Determinar o nível de literacia em saúde oral da população portuguesa, avaliando o estado de saúde oral da amostra em estudo e compreendendo quais os fatores que estão relacionados com os níveis de literacia em saúde oral.

Metodologia: De modo a atingir os objetivos propostos, foi realizado um questionário aos pacientes que realizaram consultas de Higiene Oral, aliado a um rastreio de saúde oral observacional.

Resultados: A amostra deste estudo foi constituída por 120 participantes, sendo a maioria do género feminino (n=74; 61,7%) e na faixa etária entre os 20 e os 30 anos de idade (n=36; 30,0%). O valor do Índice de CPO aumenta à medida que a idade aumenta e é maior no género masculino. Foi possível aferir que participantes que possuem melhores níveis de literacia em saúde oral, têm um Índice de CPO mais baixo.

Conclusão: Os resultados evidenciam a importância que os níveis de literacia em saúde possuem na condição da saúde oral e geral dos indivíduos.

Palavras-Chave: Literacia em Saúde; Literacia em Saúde Oral; Saúde Oral; Índice de CPO.

Classificação JEL: I10; I11

Abstract

Introduction: One of the main health problems of the general population is diseases of the oral cavity. The absence of oral health can compromise health in general and directly the individual's quality of life. Education and instruction of the population is crucial so that there is increasing awareness of the importance that oral health care has on health in general.

Objective: To determine the level of oral health literacy of the portuguese population, evaluating the oral health status of the sample under study and understanding which factors are related to levels of oral health literacy.

Methodology: In order to achieve the proposed objectives, a questionnaire was administered to patients undergoing Oral Hygiene consultations, combined with observational oral health screening.

Results: The sample of this study consisted of 120 participants, the majority of whom were female (n=74; 61.7%) and aged between 20 and 30 years old (n=36; 30.0%). The value of the CPO Index increases as age increases and is higher in males. It was possible to verify that participants who have better levels of oral health literacy have a lower OPC index.

Conclusion: The results highlight the importance that health literacy levels have on the oral and general health status of individuals.

Keywords: Health Literacy; Oral Health Literacy; Oral Health; CPO Index.

JEL classification: I10; I11

ÍNDICE

Introdução.....	1
CAPÍTULO I - Revisão de Literatura	5
1.1 Saúde geral e importância da saúde oral	5
1.2 Importância da saúde oral na gestão da saúde.....	6
1.3 Saúde oral em Portugal.....	8
1.4 Literacia em saúde	9
1.4.1 A relação da Literacia em Saúde com a saúde do indivíduo.....	11
1.4.2 Literacia em saúde oral	12
1.4.3 Instrumentos de avaliação da Literacia em Saúde	13
CAPÍTULO II – Metodologia	14
2.1 Recolha de dados	14
2.1.1 Questionário.....	14
2.1.2 Rastreamentos de saúde oral: Índice de CPO.....	15
2.2 Tratamento de dados.....	16
CAPÍTULO III - Apresentação de resultados.....	17
3.1 Caracterização da amostra	17
3.2 Caracterização da assiduidade aos cuidados de saúde oral	18
3.3 Caracterização do estado de saúde oral da amostra.....	20
3.4 Influência do Índice CPO e Perceção de saúde oral nos fatores sociodemográficos	22
3.4.1 Idade.....	23
3.4.2 Género.....	24
3.4.3 Níveis Educacionais.....	26
3.5 Literacia em Saúde Oral: Qual a relação com o grau de escolaridade, nível de saúde oral objetivo e com a perceção da saúde oral dos indivíduos?	27
3.5.1 Influência dos níveis educacionais na literacia em saúde oral.....	27
3.5.2 Índice de CPO relacionado com os níveis de literacia em saúde oral ..	30

3.5.3	Percepção de saúde oral e níveis de literacia em saúde oral.....	31
CAPÍTULO IV: Discussão de Resultados.....		32
4.1.	Acesso aos cuidados de saúde oral.....	32
4.2.	Razões para irregularidade às consultas de saúde oral.....	33
4.3.	Influência da idade, género e nível educacional na percepção da saúde oral .	35
4.4.	Severidade da condição de saúde oral relacionada com a idade, género e nível educacional	36
4.5.	Níveis de Literacia em Saúde Oral relacionado com o Índice de CPO, percepção em saúde oral e o nível educacional	37
CAPÍTULO V: Conclusão		39
Referências Bibliográficas.....		42
ANEXOS.....		49
	Anexo A – Protocolo de Recolha de dados	50
	Anexo B – Questionário.....	51

Índice de Tabelas

Tabela 1: Distribuição das questões presentes no questionário aplicado	14
Tabela 2: Classificação do Índice de CPO.....	15
Tabela 3: Relação da faixa etária com o gênero dos participantes	17
Tabela 4: Grau de escolaridade dos participantes.....	18
Tabela 5: Valores e severidade do Índice de CPO	22
Tabela 6: Relação da Percepção de saúde oral com a idade	24
Tabela 7: Relação do Índice de CPO com o gênero	25
Tabela 8: Relação do Índice de CPO com o grau de escolaridade	26
Tabela 9: Relação da Percepção de saúde oral com o grau de escolaridade	27
Tabela 10: Relação entre a Correspondência 1 e o grau de escolaridade	28
Tabela 11: Relação entre a Correspondência 2 e o grau de escolaridade	29
Tabela 12: Relação entre o número de correspondências corretas da questão um com o índice de CPO.....	30
Tabela 13: Relação entre o número de correspondências corretas totais com o índice de CPO	31

Índice de Figuras

Figura 1 - Literacia em saúde: Modelo Conceptual	10
Figura 2: Regularidade das idas ao Médico Dentista/ Higienista Oral.....	18
Figura 3: Razão para não visitar o Médico Dentista/ Higienista Oral.....	19
Figura 4: Principal motivo para visitar o profissional de saúde oral	20
Figura 5: Autoavaliação do estado de saúde oral	20
Figura 6: Frequência de escovagem dentária diária	21
Figura 7: Relação do Índice de CPO com as faixas etárias	23
Figura 8: Relação entre a Percepção da saúde oral com o género da amostra	25

Lista de Siglas

CPO – Cariados, Perdidos e Obturados

FDI – Federação Dentária Internacional

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Introdução

A elaboração desta tese de mestrado, que será realizada em forma de dissertação, visa estimular o interesse acerca da saúde oral e da Medicina Dentária em Portugal, permitindo realizar uma reflexão sobre as lacunas que existem a nível da literacia em saúde oral.

A saúde oral é uma componente fundamental da saúde em geral, estando intimamente relacionado com o bem-estar físico, mental e social do indivíduo. A ausência de saúde oral poderá, assim, comprometer a saúde em geral e diretamente a função mastigatória, a fala, a estética do sorriso e a sua comunicação e interação social. É crucial a instrução e a educação da sociedade para que cada vez mais haja uma consciencialização alargada a toda a população acerca da importância que os cuidados de saúde oral têm na saúde em geral. Portanto, importa entender qual o nível de literacia da população portuguesa, com o intuito de melhorar a implementação de medidas de Literacia em Saúde Oral, reforçando a prevenção e a promoção da Saúde Oral em Portugal.

A saúde oral está relacionada com a saúde em geral do indivíduo. Uma adequada saúde oral promove o bem-estar físico, mental e social. (WHO, 2003). A *FDI World Dental Federation* (FWDF) considera que “a saúde oral é uma componente essencial da saúde em geral e um índice elevado de saúde oral é um direito humano fundamental”. Segundo Patel R. (2012), a saúde oral não só provoca dor e desconforto a nível individual, como também tem um grande impacto na saúde e qualidade de vida em geral. Portanto, a saúde oral é reconhecida como um conceito dinâmico de acordo com as percepções e experiências individuais, considerando as diferentes expectativas dos indivíduos, assim como a instabilidade da saúde ao longo do tempo.

A literatura científica verificou que a ausência ou fraca qualidade de saúde oral está intimamente relacionada a várias doenças crónicas, como os diabetes e doenças respiratórias e cardiovasculares.

A prevalência das doenças orais é elevada, sendo que variam consoante os estilos de vida dos indivíduos e dos acessos aos serviços de saúde. A nível mundial a cárie dentária afeta 60-90% das crianças em idade escolar e 100% dos adultos, sendo que muitas das vezes provoca desconforto e dor dentária. Segundo, Veiga et. al (2015), a cárie dentária continua a ser um dos problemas dentários mais comuns a nível mundial, pelo que é considerada um grave problema de saúde pública. Os profissionais de saúde reconhecem que existe uma necessidade de avaliar a condição oral dos indivíduos tendo em

consideração que as alterações na cavidade oral podem originar graves problemas de saúde em geral ou até mesmo agravar os estados de doença já existentes.

O conceito de Literacia em Saúde foi introduzido na década de 1970 e sofreu uma grande evolução na importância dos cuidados de saúde e na Saúde Pública. Define-se como “o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e compreender informações e serviços básicos de saúde necessários para tomar decisões de saúde apropriadas”.

Ao longo do tempo o termo de Literacia em Saúde tem vindo a sofrer alterações, sendo que, a definição mais abrangente e desenvolvida em 2012 pelo *European Health Literacy Consortium*: “A Literacia em Saúde resulta da relação entre conhecimentos, motivação e competências individuais, necessários para aceder, compreender, avaliar e utilizar informação sobre saúde, de forma a tomar decisões sobre os cuidados, a promoção da saúde e a prevenção da doença, de modo a manter ou melhorar a qualidade de vida”. A Literacia em Saúde é considerada um fator de grande destaque na saúde, comportamento de saúde e nos resultados de saúde de um indivíduo. Na “7ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde” da Organização Mundial da Saúde (OMS), a Literacia em Saúde ganhou destaque na promoção de saúde.

Níveis mais baixos de literacia em saúde oral têm sido relacionados a um conhecimento insuficiente da saúde oral, o que poderá implicar nos cuidados de higiene oral diários. Firmino et al., refere que indivíduo que possuam uma baixa literacia em saúde apresentam dificuldade em compreender as instruções de saúde, assim como a importância dos procedimentos de prevenção clínica.

No estudo comparativo de Mackenback et al. (2008), concluiu-se que Portugal, comparativamente a outros países europeus, apresenta níveis elevados de desigualdade em função da educação, facto que também tem influência no acesso a cuidados de saúde oral. Em Portugal, as iniciativas do governo no sentido de promover a saúde oral e os cuidados de higiene oral da população portuguesa são muito escassas e limitadas, sendo que os serviços de saúde são maioritariamente particulares. Nos últimos anos, o Ministério da Saúde tem feito um esforço no sentido resolver a grave lacuna existente a nível da educação, da promoção e da prestação de cuidados de saúde oral à população no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Porém, o problema persiste sendo que o mesmo resultou de vários erros de estratégia na política de saúde que se foram acumulando nestas últimas décadas.

Nos últimos anos, a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) tem vindo a realizar um trabalho árduo de sensibilização e alerta para a importância de elaborar um programa de saúde oral estruturado e integrado de forma a corresponder às necessidades básicas de cada indivíduo. Contudo, os serviços de saúde públicos continuam com algum défice de recursos humanos e de infraestruturas incapazes de dar total resposta às graves necessidades preventivas e curativas existentes na população no âmbito da saúde oral.

Na literatura ainda escasseiam estudos acerca da relação entre o nível de literacia em saúde oral de cada indivíduo e a severidade da condição da saúde oral da realidade portuguesa. Por isso, tornou-se relevante avaliar o nível de literacia da população portuguesa, com o intuito de perceber se existe alguma relação direta entre a condição da saúde oral e a falta de informação e de conhecimento sobre a saúde oral. Este estudo não é representativo da população em geral, sendo que se trata de uma investigação realizada numa clínica dentária privada.

O presente trabalho de investigação propõe contribuir para minimizar as lacunas existentes em relação ao nível de literacia em saúde oral da população portuguesa. O objetivo principal do estudo em causa passa por estudar e compreender os níveis de literacia em saúde oral da população portuguesa. Assim, é fundamental entender o estado atual da literacia em saúde oral, com o intuito de identificar quais as grandes falhas e posteriormente, providenciar um conjunto de medidas de forma a mitigar essas lacunas.

Posto isto, de forma a atingir o objetivo principal do estudo propuseram-se, assim os objetivos específicos:

- Caracterizar a assiduidade aos cuidados de saúde oral, identificando os principais fatores que influenciam o acesso dos portugueses na procura de cuidados de saúde oral;
- Caracterizar o estado de saúde oral da população do estudo;
- Relacionar os níveis de saúde oral e a perceção de saúde oral com a idade, género e níveis educacionais;
- Relacionar a severidade da condição de saúde oral com a idade, género e grau de escolaridade;
- Relacionar os níveis de literacia em saúde oral com o grau de escolaridade, Índice de CPO e com a perceção da população em estudo.

Esta tese de mestrado divide-se em cinco capítulos.

O capítulo I corresponde à revisão de literatura, onde é abordado o quadro conceptual do tema.

De seguida, no capítulo II é apresentada a metodologia do estudo em causa, onde se inclui a seleção da amostra, a recolha de dados e a forma como os mesmos foram tratados e analisados.

No capítulo III, será realizada a apresentação dos resultados obtidos nesta investigação.

Seguidamente, o capítulo IV é direccionado para a discussão dos resultados das principais descobertas realizadas através do estudo em causa, identificando as contribuições para a teoria e as implicações na prática.

Por fim, no capítulo V, serão apresentadas as conclusões da investigação em estudo, com as limitações em causa, sugestões para futuros estudos e a experiência adquirida.

CAPÍTULO I - Revisão de Literatura

1.1 Saúde geral e importância da saúde oral

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”. Esta perspectiva aponta para a necessidade de considerar indicadores subjetivos para avaliar o nível de saúde das populações, como a autopercepção do estado de saúde.

A saúde oral é uma componente fundamental da saúde geral, estando intimamente relacionada com o bem-estar físico, mental e social do indivíduo. A ausência de saúde oral poderá, assim, comprometer a saúde geral do indivíduo, e diretamente a sua função mastigatória, a fala, a estética do sorriso e a sua comunicação e interação social. Segundo Glick et al. (2017), a saúde oral reflete os atributos fisiológicos, sociais e psicológicos que são essenciais para a qualidade de vida e é influenciada pelas experiências, percepções, expectativas e capacidade de adaptação às circunstâncias. A saúde oral é então considerada parte integrante da saúde em geral, uma vez que se comprometida, poderá dar origem a um vasto número de doenças crônicas e infecciosas (World Dental Federation [FDI], 2014). A literatura científica verificou que a ausência ou fraca qualidade de saúde oral está intimamente relacionada a várias doenças crônicas, como os diabetes e doenças respiratórias e cardiovasculares.

A *FDI World Dental Federation* (FWDF) considera que “a saúde oral é uma componente essencial da saúde em geral e um índice elevado de saúde oral é um direito humano fundamental”. Segundo Patel R. (2012), a saúde oral não só provoca dor e desconforto a nível individual, como também têm um grande impacto na saúde e qualidade de vida em geral. Portanto, a saúde oral é reconhecida como um conceito dinâmico de acordo com as percepções e experiências individuais, considerando as diferentes expectativas dos indivíduos, assim como a instabilidade da saúde ao longo do tempo.

Segundo Locker (1988), o desenvolvimento da saúde oral e dos conceitos de saúde e qualidade de vida implicam que quando se menciona a saúde oral não se destaque apenas a cavidade oral, mas sim o indivíduo como todo e a forma como as alterações e doenças orais são capazes de afetar o bem-estar, a saúde e a qualidade de vida.

1.2 Importância da saúde oral na gestão da saúde

A saúde é um dos pilares fundamentais a nível mundial, requerendo uma ação efetiva tanto dos setores económicos como sociais. O setor da saúde tem crescido exponencialmente na economia dos países desenvolvidos, quer em termos de consumo dos recursos globais, quer em termos de despesa pública.

Os cuidados de saúde são o funcionamento dos serviços de saúde pública aliados aos cuidados de saúde pessoais. Assim, um sistema de saúde deve incluir todas as atividades e estruturas cujo intuito seja influenciar, educar e incentivar a adoção de cuidados e hábitos a favor da saúde. O estado saudável é uma condição influenciada por inúmeros fatores determinantes que se encontram relacionados entre si. O conceito de fatores determinantes atualmente, de uma forma geral indica que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e dos grupos da população estão relacionadas com a sua situação de saúde. Nas últimas décadas, observou-se um enorme avanço no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população.

De acordo com o Artigo 64º, 2005 da Constituição da República Portuguesa, todos os cidadãos portugueses têm o direito à proteção da saúde e o dever de a defender e a promover. Este direito pode ser usufruído através de um serviço nacional de saúde e tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito. Compete, ao Estado disponibilizar a prestação de todo o tipo de cuidados de saúde, bem como, garantir o acesso a todos os cidadãos a cuidados de medicina preventiva, curativa e reabilitação, independentemente da sua particular condição económica.

A gestão dos sistemas de saúde engloba as ações e os métodos adotados pela sociedade para a organização da promoção e proteção da saúde dos indivíduos. Segundo Siddiqui et al., (2009), a gestão clínica é o processo pelo qual as organizações de saúde se responsabilizam pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela ressalva de padrões elevados de qualidade dos cuidados.

A prevenção e a promoção da saúde oral são fundamentais para a consciencialização dos problemas da cavidade oral. Porém, nos últimos anos, a saúde oral tem-se focado essencialmente no tratamento e não na prevenção e promoção da mesma. As doenças da cavidade oral são a quarta patologia mais dispendiosa para o tratamento (FDI, 2012).

Nos países mais desenvolvidos essa lacuna foi facilmente combatida com a implementação de serviços avançados de saúde oral, nomeadamente no setor privado. Por outro lado, nos países em desenvolvimento e economicamente pouco desenvolvidos a prioridade foca-se no alívio da dor e em serviços de emergência clínica (Petersen, 2008).

Uma boa gestão da saúde prende-se por uma prestação de cuidados de saúde adequada, intervenções personalizadas e não personalizadas eficazes, seguras e de qualidade a quem precisa, quando, onde e na quantidade necessária com o mínimo de desperdício de recursos (Barros, 2016). Estudos recentes apontam que uma melhor gestão do financiamento nos cuidados de saúde oral poderia contribuir para uma redução dos custos gerais de cuidados de saúde (Simon, 2016).

Na prática clínica diária é imprescindível a delineação e um planeamento de toda a equipa clínica, neste caso do Médico Dentista, Higienista Oral e do Laboratório, assim como do plano de tratamento, seguindo os protocolos estabelecidos pela clínica. O funcionamento dos serviços deverá garantir um melhor circuito de material, manutenção de aparelhos, efetividade e eficácia, segurança, eficiência e satisfação do doente (Siddiqi et al., 2009).

Desta forma, a gestão da saúde tem um papel crucial na saúde oral, uma vez que as causas e determinantes sociais da saúde oral relacionam-se com outras doenças da saúde em geral. Os profissionais de saúde oral desempenham uma função crucial na educação do paciente e na prevenção da doença, por isso, devem contribuir para a melhoria da saúde oral dos doentes e, consequentemente na saúde em geral. Para assegurar a sustentabilidade da disponibilização de cuidados de saúde oral durante as oscilações económicas devem-se assegurar responsabilidades. Deve ser dado ênfase à promoção de uma utilização proativa e inovadora da tecnologia e dos materiais dentários. A saúde oral tem de ser encarada como uma porta de acesso para um melhor índice de saúde geral, através de uma melhor saúde oral (FDI, 2012).

1.3 Saúde oral em Portugal

A medicina dentária em Portugal é constituída maioritariamente por serviços de saúde do setor privado (Almeida et al., 2003). Assim, os problemas de saúde orais associado ao valor elevados dos tratamentos dentários, culmina num acesso mais dificultado à medicina dentária em Portugal (Maida et al., 2012).

Segundo o Barómetro da Saúde Oral (OMD 2017), cerca de 98% dos portugueses afirmam escovar os dentes com frequência. Estes dados, quando comparados com os do Barómetro de 2014 apontam para um aumento da frequência de escovagem. O mesmo Barómetro (2017), refere que cerca de 32% dos portugueses têm dentição completa, portanto, cerca de 68% da população portuguesa tem falta de dentes naturais. Quando comparado com a média da União Europeia, verifica-se que 41% dos europeus possui dentição total, enquanto a média portuguesa fixa-se nos 32% (*Special Eurobarometer*, 2009).

Percebe-se também que a falta de dentes, é um problema que afeta mais o sexo feminino. Além disso, quase 37% dos portugueses com mais de 6 dentes em falta, não têm nada a substituí-los, com os efeitos que isto acarreta, no que diz respeito ao processo de mastigação e à estética facial.

O Barómetro da Saúde Oral (OMD, 2017) analisa também os hábitos de visitas ao médico dentista, sendo que, 27% dos portugueses nunca visitam o médico dentista ou apenas o fazem em caso de urgência, sendo uma das principais justificações o facto de pensarem que não têm necessidade de o fazer (45%) ou a falta de recursos financeiros (43%). Importa referir que a investigação aponta para uma correlação estatisticamente significativa entre a regularidade de visitas ao médico dentista e a falta de dentes naturais: quanto maior é a falta de dentes, menor é a regularidade de visitas e vice-versa.

O Barómetro de Saúde Oral (OMD, 2017) refere que 71% da população portuguesa mostra não saber que o Sistema Nacional de Saúde disponibiliza serviços de medicina dentária e apenas 10% recorreram ao Hospital ou Centro de Saúde nos últimos 12 meses para resolver um problema de saúde oral, sendo que metade destes, não viram os seus problemas resolvidos. Estas perceções sobre a oferta de medicina dentária levam a que 62% dos portugueses considerem esta área médica mais cara comparativamente a outras especialidades médicas.

Através do Barómetro de Saúde Oral (OMD, 2015), verifica-se que, poucos são os portugueses que recorreram ao SNS (Serviço Nacional de Saúde) para tratamento de um problema relacionado com os dentes nos últimos 12 meses. Destes, 22,3% não viram o seu problema solucionado. Mais de metade (58,3%) dos menores dos agregados familiares portugueses com menos de seis anos nunca visitam o médico dentista. Os menores com idade entre os 7 e os 15 anos são os que mais utilizam o cheque dentista como modalidade de pagamento dos serviços de medicina dentária. No entanto, destaca-se que, 59,5% dos portugueses com menores no agregado familiar desconhecem a existência do cheque dentista.

Apesar de se ter verificado um alargamento do programa e como consequência disso se tenha vindo a observar uma redução da prevalência de cárie dentária, especificamente, nas crianças portuguesas, o último estudo realizado em 2015, intitulado de III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais apresentou resultados elevados no Índice de dentes cariados, perdidos e obturados (Índice de CPO). [Direção Geral de Saúde (DGS), 2015].

1.4 Literacia em saúde

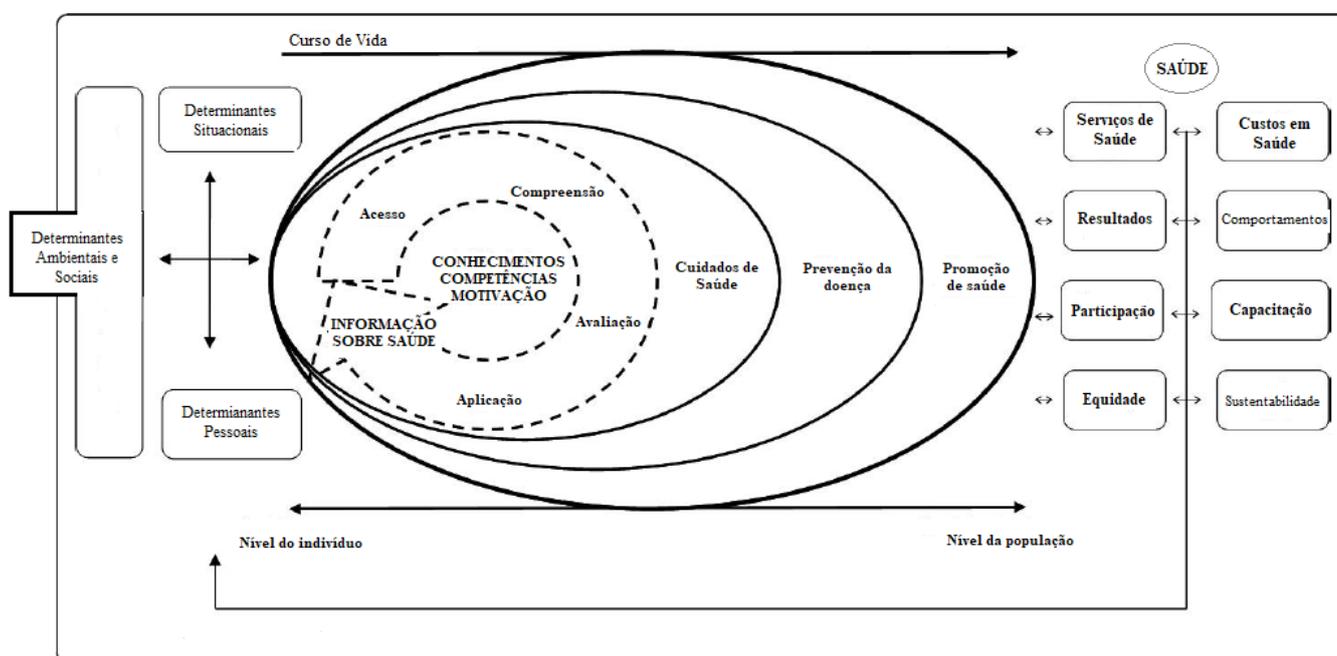
O termo literacia em saúde foi abordado pela primeira vez na década dos 1970, na monografia *“Health Educacion as Social Policy”*. Em 1998, surge a primeira definição do conceito de literacia em saúde: “Competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e capacidade individuais para aceder, compreender e utilizar informação de forma a promover e manter a saúde”.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais aliada à capacidade de o indivíduo aceder, compreender e utilizar informação de forma a promover e a manter uma boa saúde. Portanto, pode-se considerar que a literacia em saúde resulta dos fatores culturais, sociais e individuais. Nos fatores individuais destacam-se as capacidades cognitivas, incluindo a capacidade de memória e processamento da informação, sendo que estas influenciam a literacia e a compreensão da informação.

A literacia em saúde tem vindo a ganhar cada vez mais importância, uma vez que esta pode desempenhar um papel fundamental na manutenção ou melhoria da condição de saúde das pessoas.

Em 2012, *Sørensen et al.*, desenvolveram um modelo conceitual, que integra as principais dimensões de literacia em saúde e os fatores que a influenciam, assim como possíveis consequências relacionadas com a saúde. Este modelo abrange doze dimensões, e relaciona os três domínios da saúde (cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde) com as competências o do indivíduo (acesso, compreensão, avaliação e utilização da informação de saúde) (Figura 1).

Figura 1 - Literacia em saúde: Modelo Conceptual



Fonte: *Sorensen et al.*, 2012 (Adaptado)

A literacia em saúde apresenta diversos fatores que influenciam as decisões relacionadas à saúde que cada indivíduo toma, sendo denominados por determinantes. Desta forma, existem inúmeros determinantes que influenciam o nível de literacia em saúde. Nos determinantes sociais e ambientais destaca-se a demografia, cultura, linguagem ou sistema sociopolítico, produzindo um efeito mais generalizado na literacia em saúde da população. Em contrapartida, nos determinantes pessoais salienta-se a idade, género, nível de educação/ instrução, rendimento e estatuto económico; e os determinantes situacionais, como a estrutura familiar e social, influencia diretamente a literacia em saúde do indivíduo.

A literacia em saúde concilia a relação entre a educação e a saúde. Um nível baixo de educação está relacionado a um nível baixo de literacia em saúde, e consequentemente está associado a uma pior autoperceção da saúde. Existe uma relação entre recursos financeiros e literacia em saúde, uma vez que, indivíduos provenientes de meios socioeconomicamente desfavorecidos, tendem a demonstrar níveis de literacia mais baixos. Um estudo demonstrou que uma baixa escolaridade e rendimentos dos pais associa-se a uma elevada incidência de cárie dentária nas crianças. A nível cultural podem existir barreiras que se relacionem com a baixa literacia e que podem advir de hábitos e tradições inerentes a povos e grupos étnicos.

A literacia em saúde estabelece uma relação com a saúde em geral, influenciando o conhecimento em saúde e a frequência de utilização dos serviços de saúde e os respetivos custos. Os indivíduos que apresentem baixos níveis de literacia em saúde demonstram maiores dificuldades na compreensão de instruções de saúde, tais como as prescrições médicas e na monitorização de glicose ou pressão arterial. Assim, esta baixa literacia em saúde pode resultar num pior estado de saúde geral, causando maiores gastos com cuidados de saúde e mais indivíduos com necessidades de hospitalização.

1.4.1 A relação da Literacia em Saúde com a saúde do indivíduo

Segundo a literatura, níveis mais baixos de literacia em saúde estão relacionados a pior estado de saúde e a custos mais elevados associados à saúde. A evidência revela que, indivíduos com baixos níveis de literacia em saúde têm mais tendência a sofrer hospitalização, a recorrer aos serviços de emergência e baixa adesão aos fármacos prescritos.

Níveis mais baixos de Literacia em Saúde remetem para uma menor aceitação de programas de prevenção, rastreio e imunização, assim como do sentimento de vergonha durante as consultas. Aliado a isso, tem sido relacionado com a diminuição da capacidade de compreensão da informação sobre os alimentos ou fármacos, na promoção de hábitos de vida saudável e na adoção de medidas preventivas e maior dificuldade na comunicação entre o médico e o paciente.

Ao nível da saúde oral verifica-se que um baixo nível de literacia em saúde leva a uma maior incompreensão na comunicação de aspetos de saúde e, consequentemente, a uma má perceção e aplicação dos cuidados de saúde, o que tem influência no estado de

saúde do indivíduo, culminando num maior risco de aparecimento de problemas orais. O nível de literacia de cada indivíduo condiciona também a consciencialização pessoal para recorrer a cuidados de saúde oral, sendo que um nível mais baixo de literacia conduzirá a uma menor procura deste tipo de cuidados.

1.4.2 Literacia em saúde oral

O estudo de Guo et al. (2014) refere que existe uma relação entre a literacia e a literacia em saúde, considerando-se que os indivíduos com capacidades de literacia mais elevadas possuem uma maior probabilidade de apresentar capacidades maiores de literacia em saúde. Assim, o aumento da literacia em saúde torna-se crucial no sentido de promover uma melhor qualidade de vida individual, uma vez que resulta numa aquisição de novos conhecimentos, atitudes positivas e comportamentos mais saudáveis. Relativamente à saúde pública, uma maior literacia em saúde proporciona uma maior equidade e sustentabilidade pública.

A literacia em saúde é crucial para a comunicação entre o profissional de saúde e o paciente durante as consultas e consequentemente para a obtenção de resultados positivos nos tratamentos efetuados. Por outro lado, a comunicação entre o profissional de saúde e o paciente desempenha um papel crucial na correta utilização dos serviços de saúde oral. Os indivíduos que possuem uma literacia em saúde baixa, tendem a sentir com mais frequência dificuldades na compreensão e aquisição de informações acerca da saúde oral, bem como na perceção de necessidade de intervenção de tratamentos dentários, consequentemente aumentando a suscetibilidade para um pior estado de saúde oral.

Guo et al., estabeleceram uma relação entre a comunicação entre o profissional de saúde oral com o paciente e as visitas regulares ao dentista. Em relação à saúde oral, um baixo nível de literacia em saúde associa-se a uma incompreensão na comunicação dos aspetos de saúde, que por sua vez tem influência no estado de saúde do paciente, levando a um risco maior de aparecimento de problemas orais. Aliado a isso, o nível de literacia condiciona a consciencialização para a procura de cuidados de saúde oral, sendo que um nível mais baixo de literacia proporcionará uma menor procura de cuidados de saúde oral.

Segundo o relatório da *National Institute of Oral Health and Craniofacial Research, National Institutes of Health, U.S. Public Health Service, Department of Health and Human Services*, existem desigualdades na saúde oral, sendo que a percentagens dos problemas de saúde oral não tratados é superior na população que apresentam baixos

rendimentos e menor níveis de escolaridade, indivíduos que não possuem seguros de saúde e idosos. Através deste relatório, foi possível aferir que o problema da baixa literacia em saúde oral por vezes torna-se “invisível” por diversos motivos, nomeadamente pelos profissionais de saúde oral não estarem preparados para verificar se estes tipos de problemas estão presentes; os pacientes não se sentem à vontade para falar das suas dificuldades de compreensão e solicitar esclarecimentos e os próprios pacientes não terem consciência do nível baixo da sua literacia em saúde.

1.4.3 Instrumentos de avaliação da Literacia em Saúde

A medição da literacia em saúde tornou-se cada vez mais importante visto que permite conhecer as limitações da população, de modo a saber onde, quando e como intervir, aumentando o sucesso das estratégias implementadas.

Foram desenvolvidos diversos instrumentos de medição da literacia em saúde, sendo que se pode destacar o *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM), que avalia o reconhecimento da dicção de termos relacionados com a saúde. Outro instrumento é o *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA), tendo uma versão mais reduzida (S-TOFHLA), que permite a avaliação da literacia e numeracia através da interpretação de texto. O *European Health Literacy Survey Questionnaire* (HLS-EU-Q) foi desenvolvido no âmbito do *European Health Literacy Consortium* e qualifica a dificuldade relacionada a diversas tarefas. Por último, o *Newest Vital Sign* (NVS) foi implementado com o objetivo de criar um instrumento de medição de aplicação rápida, com elevada sensibilidade para baixos níveis de literacia em saúde.

Em 2008, surgiu o *Oral Health Literacy Instrument* (OHLI), um instrumento construído com base no TOFHLA na forma de questionário por inquérito. É composto por duas secções que avaliam a capacidade de compreensão de leitura (38 itens) e a compreensão de informação numérica (19 itens), respetivamente. É ainda composto por 17 itens que avaliam os conhecimentos gerais de saúde oral através da identificação de estruturas orais e de instrumentos de higiene oral.

CAPÍTULO II – Metodologia

2.1 Recolha de dados

2.1.1 Questionário

O instrumento de recolha de dados deste estudo foi um questionário em conjunto com um rastreio de saúde oral observacional. O questionário culminou na junção de questões elaboradas pela investigadora e de adaptações de estudos pré-existentes (Dania Abdulelah Sabbahi [2008] e Victor Abreu Assunção [2015]). O inquérito teve como base um teste de avaliação de literacia em saúde oral: “Instrumento de literacia em saúde oral para adultos” (OHLI) da autoria de Dania Abdulelah Sabbahi, traduzido e validado na versão portuguesa por Victor Abreu Assunção (2015). Este instrumento permite através das respostas às questões verificar o nível de literacia em saúde oral dos participantes.

A versão final obtida é constituída por 2 secções (16 itens): a primeira parte prende-se com a caracterização sociodemográfica, a assiduidade aos cuidados de saúde oral e a caracterização do estado de saúde oral, sendo composta por 12 questões; a segunda parte avalia os conhecimentos acerca das estruturas da cavidade oral e dos meios de higiene oral (4 itens).

Tabela 1: Distribuição das questões presentes no questionário aplicado

Questionário	Caracterização Sociodemográfica	- Idade - Género - Grau de escolaridade - Situação profissional
	Caracterização da assiduidade aos cuidados de saúde oral	- Assiduidade aos cuidados de saúde oral - Motivo pelo qual frequenta ou não as consultas - Razão mais frequente para visitar o profissional de saúde oral
	Caracterização do estado de saúde oral	- Autoavaliação do estado de saúde oral Hábitos de Higiene Oral
	Imagem 1	- Avaliação dos conhecimentos das estruturas da cavidade oral
	Imagem 2	
	Imagem 3	
	Imagem 4	
	- Avaliação dos meios de higiene oral	

Fonte: Elaboração própria

2.1.2 Rastreios de saúde oral: Índice de CPO

Aos indivíduos que responderam ao inquérito, foi realizada uma avaliação observacional da sua cavidade oral, com o intuito de identificar o número de dentes cariados, perdidos e obturados, determinando o seu Índice de CPO. Este índice avaliado foi desenvolvido por Klein e Palmer (1937) e adotado pela Ordem Mundial de Saúde (OMS). Os dados recolhidos através deste índice permitem obter resultados acerca do estado de saúde oral da amostra, avaliando a severidade da mesma.

No final da consulta, na mesma folha do questionário, era realizado o rastreio e assinalados os dentes cariados, perdidos por cárie e obturados, de cada paciente, sendo que no final era feita a soma do número destes dentes. Desta forma obteve-se a severidade do estado de saúde oral de cada paciente. O grau de severidade é apresentado na tabela abaixo.

Tabela 2: Classificação do Índice de CPO

Severidade	Valor
Muito baixa	< 5
Baixa	5,0 – 8,9
Moderada	9,0 – 13,9
Elevada	> 13,9

Fonte: Elaboração própria

Foi realizado um Protocolo de recolha de dados (Anexo A) e apresentado à Direção da clínica. Após a aprovação da realização do estudo, procedeu-se à aplicação dos questionários e realizados os rastreios orais aos pacientes nas consultas de Higiene Oral pela autora da investigação.

Na presente investigação recorreu-se a uma amostra por conveniência (Vilelas, 2009). A recolha de dados decorreu durante o período de abril a junho de 2023. No final das consultas de Higiene Oral e após a explicação ao paciente acerca do estudo e da autorização do mesmo, foram aplicados os questionários. É de salientar que durante o preenchimento do inquérito, a investigadora não estava presente no gabinete. Após a

consulta de higiene oral, registavam-se os dados de rastreios na mesma folha do questionário do paciente.

Os questionários foram aplicados pela autora da investigação, Higienista Oral, numa clínica dentária privada localizada no centro de Lisboa (não identificado por razões de confidencialidade). É de salientar que a clínica em questão não tem acordo com seguros de saúde, sendo que os valores dos tratamentos se encontram acima da média do mercado, correspondendo a uma procura de um segmento com poder de compra elevado. Assim, é de esperar que os pacientes que frequentem a clínica onde foram aplicados os inquéritos, sejam pacientes com elevadas condições financeiras.

Com o intuito de reduzir vieses de respostas fornecidas pelos pacientes abordados foi explicado cautelosamente o objetivo do questionário, reforçando o anonimato e a rigorosidade nas respostas às questões colocadas.

2.2 Tratamento de dados

Os dados recolhidos ao longo do estudo foram tratados e analisados estatisticamente, recorrendo ao software de estatística “*Statistical Package for the Social Sciences*” (IBM SPSS Statistics Base versão 28.0).

Os dados obtidos foram analisados através de estatística descritiva, onde foram calculadas as frequências e médias. Aliado a isso, foram estabelecidas diversas relações com as variáveis em estudo.

CAPÍTULO III - Apresentação de resultados

3.1 Caracterização da amostra

A amostra do presente estudo é constituída por 120 inquiridos, sendo que a 74 são do género feminino (61,7%) e 46 do masculino (38,3%). Ao nível da idade dos participantes, a faixa etária da amostra que mais se repete em termos de frequência absoluta (moda) é entre os 20 e os 30 anos de idade (n=36; 30,0%).

Tabela 3: Relação da faixa etária com o género dos participantes

Faixa Etária	Género				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
n	%	n	%			
20 – 30 anos	23	31,0	13	28,3	36	30,0
31 – 40 anos	19	25,7	10	21,7	29	24,2
41 – 50 anos	17	23,0	7	15,2	24	20,0
51 – 60 anos	5	6,8	7	15,2	12	10,0
+ 60 anos	10	13,5	9	19,6	19	15,8

Fonte: Elaboração própria

Em termos de grau de escolaridade observou-se uma predominância de indivíduos que concluíram a Licenciatura. Por ordem crescente, verifica-se um menor número de indivíduos que apenas possuem o grau de escolaridade até ao 9º ano (n=6; 5%), seguem-se os indivíduos que concluíram os estudos até ao 12º ano (n=21; 17,5%), indivíduos que possuem um Mestrado ou Doutoramento (n=44; 36,7%) e por fim, os que possuem uma Licenciatura (n=44; 36,7%). Os indivíduos Licenciados representam 40,8% (n=49) do total, 4,1 pontos percentuais acima daqueles que possuem Mestrado/ Doutoramento. Dado que a clínica onde foi recolhida a amostra é frequentada por indivíduos com alto poder de compra, este resultado encontra-se dentro do expectável.

Tabela 4: Grau de escolaridade dos participantes

Grau de escolaridade	n	%
Até ao 9º ano	6	5
Até ao 12º ano	21	17,5
Licenciatura	49	40,8
Mestrado/ Doutoramento	44	36,7
Total	120	100,0

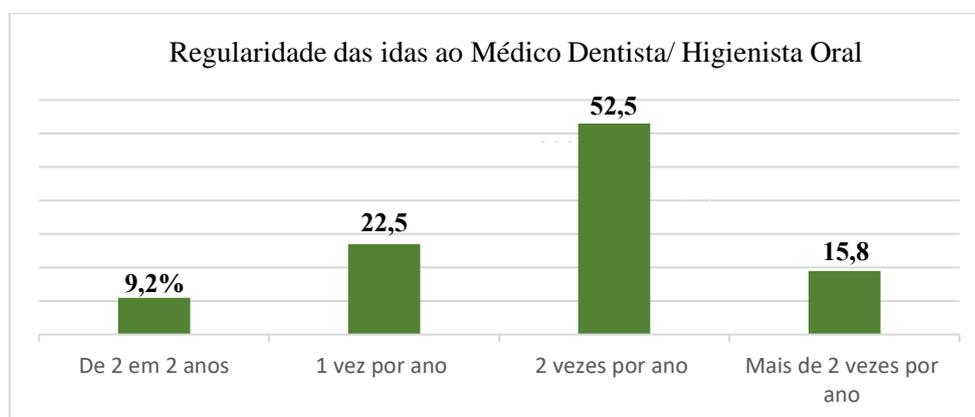
Fonte: Elaboração própria

A amostra, em termos de empregabilidade, caracteriza-se por prevalecer o número de indivíduos empregado (n=87; 72,5%), sendo que a maioria é do género feminino, e compreendidos entre 31-40 anos de idade.

3.2 Caracterização da assiduidade aos cuidados de saúde oral

Quando questionados sobre a frequência a que vão ao dentista, verificou-se, na amostra utilizada, que a frequência mais comum na ida ao dentista é cerca de duas vezes por ano (n=63; 52,5%). Este resultado encontra-se dentro do esperado, uma vez que, a recolha de dados foi realizada numa clínica dentária e não aleatoriamente noutra local, o que prevê o resultado obtido.

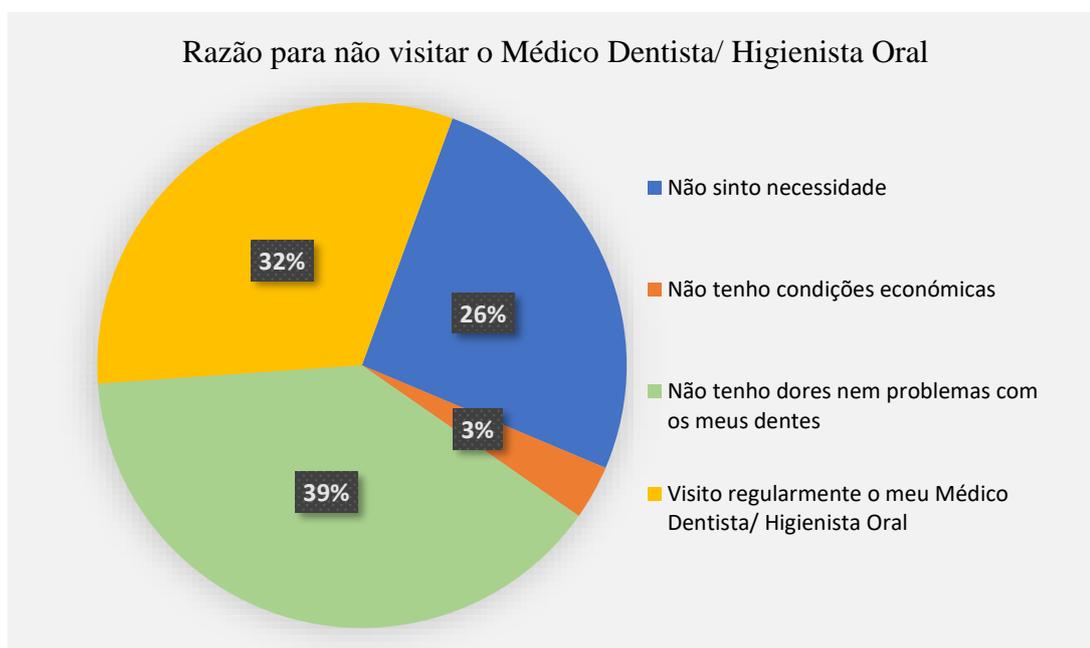
Figura 2: Regularidade das idas ao Médico Dentista/ Higienista Oral



Fonte: Elaboração própria

Com o intuito de perceber qual o impedimento principal no acesso às consultas de medicina dentária, considerou-se importante questionar os indivíduos a razão principal para não visitar o Médico Dentista. Deduziu-se que a maioria, 39,2%, não visitava o médico dentista por não ter dores nem problemas com os dentes.

Figura 3: Razão para não visitar o Médico Dentista/ Higienista Oral

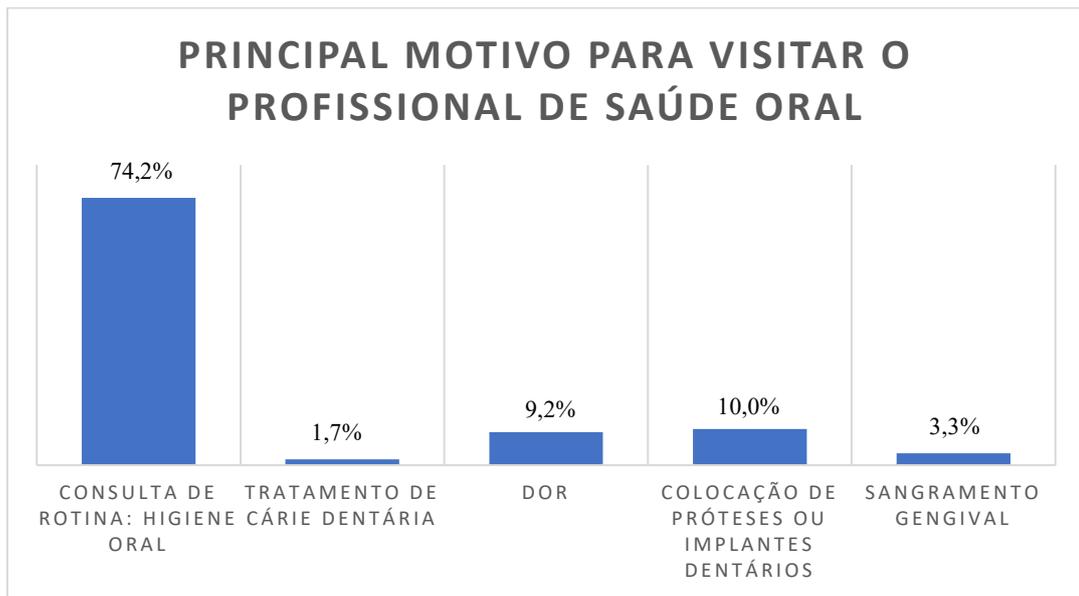


Fonte: Elaboração própria

Considerou-se também importante questionar os indivíduos acerca do motivo da última consulta para perceber se só em caso de urgência é que recorrem aos serviços de saúde ou se mantêm uma rotina de controlo regular. Dos indivíduos inquiridos foi a consulta de higiene oral a mais realizada (n=89; 74,2%).

Seguiu-se a consulta de para colocação de próteses ou implantes dentários, como a segunda mais realizada (n=12; 10%). Este resultado encontra-se dentro do esperado, uma vez que, a especialidade principal da clínica em questão centra-se nessa vertente. O motivo de dor teve uma percentagem de 9,2%.

Figura 4: Principal motivo para visitar o profissional de saúde oral



Fonte: Elaboração própria

Tal como sugerido no Barómetro da Saúde Oral, (4ª edição, 2018), também se colocou a mesma questão, sendo que a principal razão foi as “Visitas regulares – *Check-up*, limpeza ou ortodontia”, assim como no estudo em causa.

3.3 Caracterização do estado de saúde oral da amostra

Quando inquiridos como consideram o seu estado de saúde oral, a maioria dos participantes 51,7%, respondeu que era razoável. Apenas 5% considera a seu estado de saúde oral “Bom”.

Figura 5: Autoavaliação do estado de saúde oral



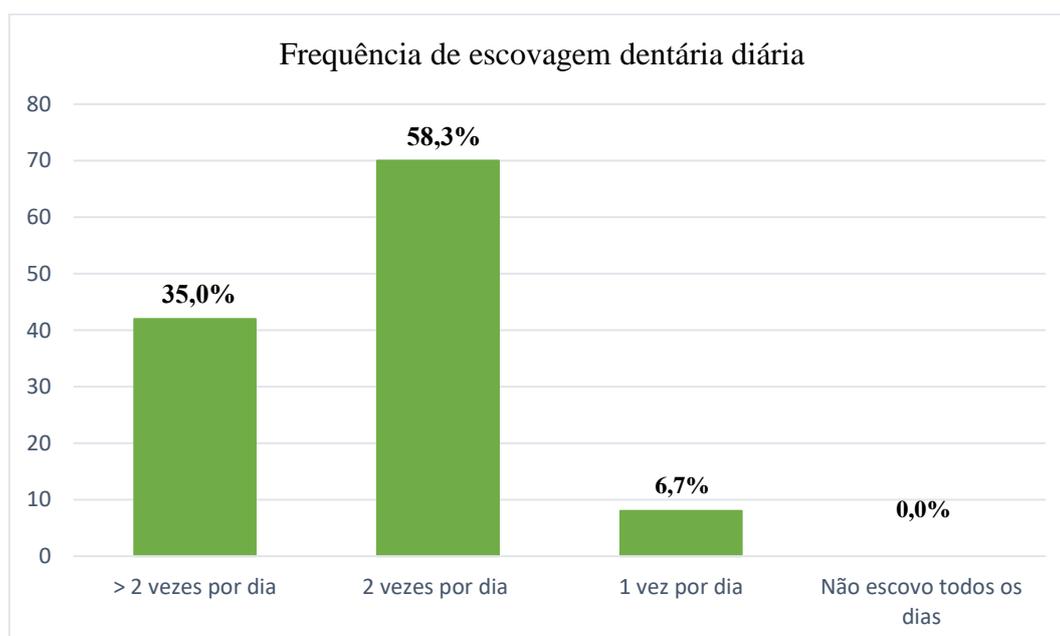
Fonte: Elaboração própria

No presente estudo, 43,3% dos participantes avaliou a sua saúde oral de forma negativa, encontrando-se perto da percentagem mais alta. Contrariamente ao que foi verificado no estudo de Luchi et al. (2012), em que a avaliação da percepção da saúde oral de forma negativa, obteve a percentagem menor (33,2%).

Relativamente ao Índice de CPO total dos participantes, obteve-se um valor de 10,07, encontrando-se no grau de severidade “moderado”. Cruzando os valores da percepção dos indivíduos, confere-se que o que os participantes consideram da sua saúde oral corresponde ao seu estado de severidade da cavidade oral.

A escovagem dentária é um fator fundamental para uma correta manutenção de higiene oral diária. Assim, os participantes foram questionados acerca da frequência da escovagem diária. Verificou-se que, 58,3% dos inquiridos escovam os dentes duas vezes por dia, seguindo-se os indivíduos que realizam a escovagem mais que duas vezes por dia (n=42; 35,0%). É possível ainda afirmar que, nenhum participante selecionou a resposta “Não escovo os meus dentes todos os dias”. Este resultado encontra-se dentro do esperado, uma vez que, a maioria dos participantes que frequenta as consultas de Higiene Oral mostra-se altamente preocupado com a sua saúde oral e consequentemente com a rotina de higiene oral diária.

Figura 6: Frequência de escovagem dentária diária



Fonte: Elaboração própria

3.4 Influência do Índice CPO e Percepção de saúde oral nos fatores sociodemográficos

O Índice de CPO é um indicador que mede o grau de severidade do estado da saúde oral de uma determinada amostra. Este índice de dentes cariados, perdidos e obturados foi desenvolvido por Klein e Palmer (1937) e adotado pela Ordem Mundial de Saúde (OMS), *Oral Health Surveys*, 2013. O seu cálculo é realizado através da soma dos dentes cariados, perdidos e obturados. Para determinar o Índice de CPO de um determinado grupo divide-se a média do número total de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados pelo número total de indivíduos observados. Os dados recolhidos através deste índice permitem obter resultados acerca do estado de saúde oral da amostra, avaliando a severidade da mesma. No quadro seguinte é possível observar os valores e a severidade do estado da saúde oral.

Tabela 5: Valores e severidade do Índice de CPO

Severidade	Valor
Muito baixa	< 5
Baixa	5,0 – 8,9
Moderada	9,0 – 13,9
Elevada	> 13,9

Fonte: Elaboração própria

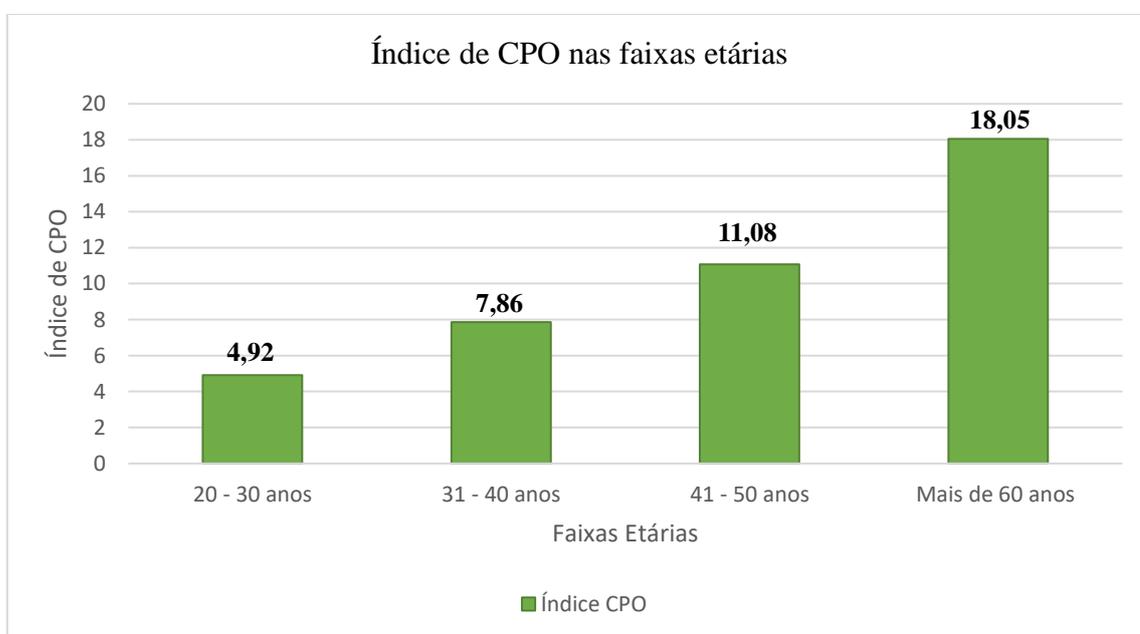
Por isso, tornou-se interessante relacionar o mesmo com os fatores sociodemográficos com o intuito de responder à seguinte questão: “Quais são as possíveis explicações para ter um nível efetivo de saúde oral?”.

A percepção da saúde oral foi um indicador avaliado no questionário aplicado, correspondendo a uma forma subjetiva da avaliação da saúde oral. Tornou-se interessante entender se a percepção dos participantes do estudo estará relacionada com os fatores sociodemográficos e outras variáveis. Por isso, achou-se interessante relacionar a percepção da saúde oral com os fatores sociodemográficos com o intuito de responder à seguinte questão: “Quais são as possíveis explicações para ter uma percepção melhor da saúde oral?”.

3.4.1 Idade

Quando se comparou o Índice de CPO com as faixas etárias, verificou-se que, quanto maior a faixa etária, maior o Índice de CPO e conseqüentemente maior o grau de severidade do estado da saúde oral. Observou-se que os inquiridos entre os 20 e os 30 anos de idade apresentam um índice CPO de 4,92, correspondendo a um grau de severidade “Muito baixo”. Por outro lado, os inquiridos com mais de 60 anos de idade, apresentam um índice de CPO de 18,05, correspondendo a um grau de severidade “Elevado”.

Figura 7: Relação do Índice de CPO com as faixas etárias



Fonte: Elaboração própria

Através da Figura 6 observou-se um crescimento da severidade do estado da saúde oral à medida que a idade aumenta. Na mesma linha, o III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais (2015), obteve resultados similares. Também se verificou um aumento do Índice de CPO à medida que a idade aumenta, sendo que na faixa etária dos 35-44 e dos maiores de 65 anos observou-se um índice de CPO de 11,64 e 16,17 respectivamente.

Também num estudo realizado na Vila de Óbidos, calculou o Índice de CPO em adultos e idosos e analisando o CPO por faixas etárias, o valor de CPO em adultos foi de 11,6 (35-44 anos) e de 20,6 em idosos (65-74 anos).

Quando relacionado a faixa etária com a percepção da saúde oral, verificou-se que em todas as faixas etárias os inquiridos maioritariamente percebem a saúde oral como “Razoável”, à exceção da faixa etária “Mais de 60 anos” que mais de metade dos inquiridos (57,9%; n=11) consideram a sua saúde oral num estado “Mau”. Também no Índice de CPO se verificou que os inquiridos que possuíam uma pior condição de saúde oral era a população na faixa etária com mais de 60 anos.

Tabela 6: Relação da Percepção de saúde oral com a idade

Idade	Percepção de saúde oral		
	Bom	Razoável	Mau
	%	%	%
20-30 anos	5,6	50,0	44,4
31-40 anos	10,3	44,8	44,8
41-50 anos	0,0	70,8	29,2
51-60 anos	8,3	50,0	41,7
+60 anos	0,0	42,1	57,9

Fonte: Elaborado própria

3.4.2 Género

Estabeleceu-se uma relação entre o Índice de CPO com o género da amostra com o intuito de verificar se existe uma explicação para o nível efetivo da saúde oral. Relativamente aos rastreios orais, verificou-se que o género masculino apresenta uma pior condição de saúde oral comparativamente ao género feminino, uma vez que os valores de Índice de CPO obtidos foram 10,89 e 9,65 respetivamente.

Num estudo realizado na Vila de Óbidos verificou que não existe diferença entre o género masculino e feminino, uma vez que os dados recolhidos são bastante similares.

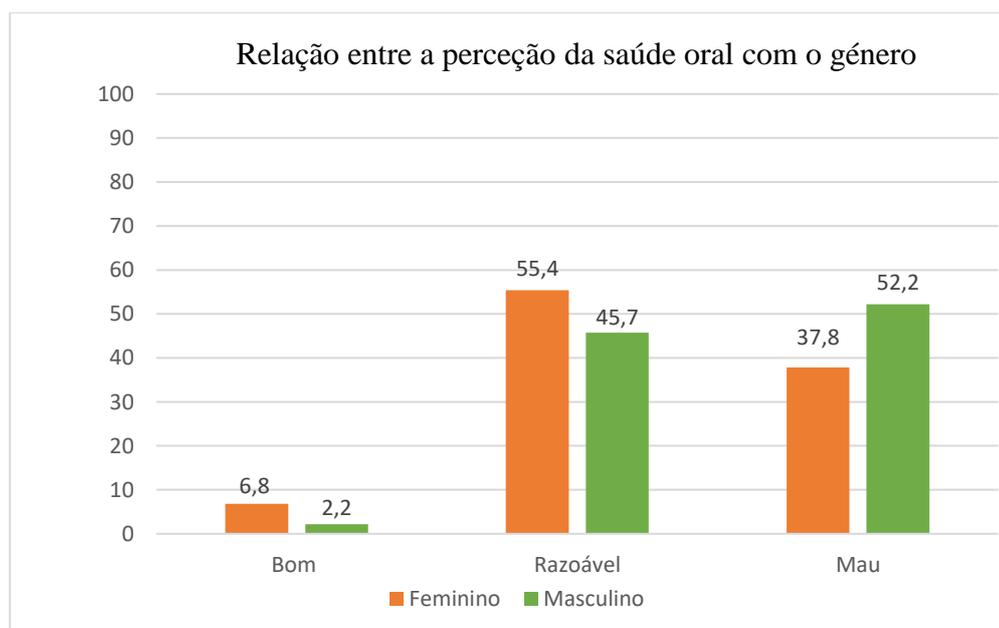
Tabela 7: Relação do Índice de CPO com o género

Género	Índice CPO
Feminino	9,65
Masculino	10,89

Fonte: Elaboração própria

Estabeleceu-se uma correlação entre a perceção da saúde oral dos inquiridos com o género da amostra com o intuito de verificar se existe de facto uma explicação para uma melhor perceção em saúde oral. A maioria dos inquiridos do género feminino considera a sua saúde oral “Razoável”, ao invés do género masculino que a maioria percecionou a sua saúde oral como “Mau”. Quando cruzamos estes dados com o Índice de CPO, verifica-se que de facto, o género feminino apresenta um índice de CPO mais baixo (9,65) do que o género masculino (10,89), o que permite aferir que aquilo que os indivíduos percecionam de forma subjetiva é o que se verifica através do nível efetivo da saúde oral.

Figura 8: Relação entre a Perceção da saúde oral com o género da amostra



Fonte: Elaboração própria

Um estudo realizado nos Centros de Saúde Lisboa Norte, entre 2012-2013, verificou que a maioria dos participantes percecionavam a sua saúde oral como elevada, ou seja, neste caso “Bom”, o que não se sucede na presente investigação.

3.4.3 Níveis Educacionais

Com o Índice de CPO foi possível realizar uma correlação entre o mesmo e o grau de escolaridade. À priori, indivíduos com graus de escolaridade mais baixos, ou seja, níveis de literacia inferiores estarão associados a um grau de severidade maior. Verificou-se que, indivíduos com grau de escolaridade até ao 9º e 12º anos, apresentavam um índice de CPO de 10,92. Esta correlação é expectável uma vez que graus de escolaridade inferiores refletem um nível de conhecimento e rendimento mais baixos, traduzindo-se em maiores problemas de saúde oral.

Por outro lado, indivíduos que apresentam estudos superiores, obtiveram um Índice de CPO de 9,69. Verificou-se que, ainda que se encontrem no mesmo grau de severidade, indivíduos com estudos superiores apresentam um índice de CPO menor, significando que possuem uma melhor condição de saúde oral.

Tabela 8: Relação do Índice de CPO com o grau de escolaridade

Grau de Escolaridade	Índice CPO
Até ao 9º ano	10,92
Até ao 12º ano	
Licenciatura	9,91
Mestrado/ Doutoramento	

Fonte: Elaboração própria

Relativamente à percepção do seu estado da saúde oral, a maioria dos inquiridos que possuem o ensino básico e superior, percecionam a sua saúde oral como “Razoável”, sendo que nenhum participante considera a sua saúde oral boa. Os participantes que possuem estudos superiores, a maioria (n=44; 47,3%) consideram a sua saúde oral como “Razoável”. Porém, nestes participantes houve 6,5% (n=6) que percecionou a sua saúde oral como “Bom”, o que não se verificou no outro grupo. Assim, é possível afirmar que quanto maior o grau de escolaridade, melhor a percepção da saúde oral. Cruzando os dados com Índice de CPO, verificou-se que efetivamente, indivíduos com um grau de escolaridade maior possuem um Índice de CPO menor e, portanto, uma melhor condição de saúde oral.

Tabela 9: Relação da Percepção de saúde oral com o grau de escolaridade

Grau de Escolaridade	Percepção de saúde oral					
	Bom		Razoável		Mau	
	N	%	N	%	N	%
Até ao 9º ano	0	0,0	18	66,7	9	33,3
Até ao 12º ano						
Licenciatura	6	6,5	44	47,3	43	46,2
Mestrado/ Doutoramento						

Fonte: Elaboração própria

3.5 Literacia em Saúde Oral: Qual a relação com o grau de escolaridade, nível de saúde oral objetivo e com a percepção da saúde oral dos indivíduos?

3.5.1 Influência dos níveis educacionais na literacia em saúde oral

A segunda parte do questionário aplicado era composto por quatro questões em que cada questão tinha uma imagem e ao lado de cada imagem uma lista de palavras. Em cada

questão os participantes tinham de fazer corresponder palavras a espaços em brancos que apontavam para uma determinada estrutura da cavidade oral. Desta forma, foi possível testar os níveis de literacia em saúde oral dos inquiridos.

Na correspondência da questão um foi avaliado o conhecimento relativamente às estruturas que compõem a cavidade oral. (Note que correspondências significa o preenchimento do espaço em branco com as palavras apresentadas). Foi dividido o número de correspondências corretas em três categorias: 0 a 2, 3 a 5 e 6 a 7 correspondências corretas. Verificou-se uma evolução na categoria em que os inquiridos respondem quase totalmente certo ou totalmente certo, incrementado com o nível de escolaridade. Não é tão direto, mas o mesmo sucede na categoria entre 3 a 5 correspondências corretas, embora isto se verifique porque os mesmos passam para a categoria superior.

Na categoria do número de correspondências entre 0 a 2 corretas, o resultado encontra-se dentro do expectável, uma vez que a maioria dos participantes que apenas respondem correto entre 0 a 2 correspondências, apenas possuem o ensino básico ou o secundário. É de denotar que não se observou ninguém com Mestrado ou Doutoramento que não respondesse corretamente a pelo menos três questões.

Tabela 10: Relação entre a Correspondência 1 e o grau de escolaridade

Nível Educacional	Correspondências da questão 1					
	Número de correspondências corretas					
	0-2		3-5		6-7	
	N	%	N	%	N	%
Até ao 9º ano	1	16,7	2	33,3	3	50,0
Até ao 12º ano	1	4,8	9	42,9	11	52,4
Licenciatura	4	8,2	18	36,7	27	55,1
Mestrado/ Doutoramento	0	0	17	38,6	27	61,4

Fonte: Elaboração própria

Com o Índice de CPO foi possível realizar uma correlação entre o mesmo e o grau de escolaridade. À priori, indivíduos com graus de escolaridade mais baixos, ou seja, níveis de literacia inferiores estarão associados a um grau de severidade maior. Verificou-se que, indivíduos com grau de escolaridade até ao 9º e 12º anos, apresentavam um índice de CPO de 10,92. Esta correlação é expectável uma vez que graus de escolaridade inferiores refletem um nível de conhecimento e rendimento mais baixos, traduzindo-se em maiores problemas de saúde oral.

Por outro lado, indivíduos que apresentam estudos superiores, obtiveram um índice de CPO de 9,69. Verificou-se que, ainda que se encontrem no mesmo grau de severidade, pacientes com estudos superiores apresentam um índice de CPO menor, significando que possuem uma melhor condição de saúde oral.

Tabela 11: Relação entre a Correspondência 2 e o grau de escolaridade

Nível educacional	Correspondências da questão 2					
	Número de correspondências corretas					
	0-1		2-3		4-5	
	N	%	N	%	N	%
Até ao 9º ano	1	16,7	5	83,3	0	0,0
Até ao 12º ano	6	28,6	7	33,3	8	38,1
Licenciatura	9	18,4	28	57,1	12	24,5
Mestrado/ Doutoramento	5	11,4	28	63,6	11	25,0

Fonte: Elaboração própria

Na correspondência da questão dois, verificou-se uma discrepância no número de correspondências corretas entre os inquiridos que possuem ensinos superior e os que apenas concluíram o ensino básico e o secundário. Observou-se que, dos indivíduos que realizaram 4-5 correspondências corretas, 74,5% (n=23) concluíram o ensino superior e que apenas 25,8% (n=8) dos participantes possuíam o 12º ano. Pode afirmar-se que

indivíduos que possuem maiores habilitações literárias, neste caso uma licenciatura, mestrado ou doutoramento acertam em mais correspondências do que os que apenas concluíram o 12º ano. Assim, os níveis educacionais estão relacionados com os níveis de literacia dos inquiridos.

É de salientar que nenhum indivíduo que tenha habilitações literárias até ao 9º ano acertou quase totalmente certo ou totalmente certo na correspondência da questão dois.

3.5.2 Índice de CPO relacionado com os níveis de literacia em saúde oral

Com o intuito de perceber se o que explica o nível efetivo de saúde oral (Índice de CPO) são os níveis de literacia, considerou-se imprescindível estabelecer esta correlação.

Na questão um foi avaliado o conhecimento relativamente às estruturas que compõem a cavidade oral. Foi dividido o número de correspondências corretas em três categorias: 0 a 2, 3 a 5 e 6 a 7 correspondências corretas. É expectável que indivíduos que acertem em mais correspondências, possuam um Índice de CPO menor, e, portanto, uma melhor condição de saúde oral. Os resultados encontram-se dentro do esperado, pois observa-se que os inquiridos que apenas estabelecem entre 0 a 2 correspondências corretas apresentam um índice de CPO de 13,83, sendo muito superior aos que estabelecem as correspondências quase totalmente certas ou totalmente certas, com um Índice de CPO de 9,29.

Tabela 12: Relação entre o número de correspondências corretas da questão um com o índice de CPO

Questão 1: Correspondências corretas	Índice CPO
0-2	13,83
3-5	10,39
6-7	9,29

Fonte: Elaboração própria

Para consolidar o resultado obtido, achou-se pertinente realizar uma relação entre o Índice de CPO e as correspondências totais do questionário aplicado. O resultado obtido enfatiza a ideia de que participantes com um maior número de correspondências corretas, que por sua vez remete para um maior nível de literacia em saúde oral, apresentam um Índice de CPO menor, correspondendo a uma melhor condição de saúde oral.

Tabela 13: Relação entre o número de correspondências corretas totais com o índice de CPO

Correspondências corretas totais	Índice CPO
5-9	12,04
10-14	10,21
15-17	8,46

Fonte: Elaboração própria

3.5.3 Percepção de saúde oral e níveis de literacia em saúde oral

Com o intuito de compreender se o que explica a percepção da saúde oral são os níveis de literacia, considerou-se essencial estabelecer esta correlação.

Observou-se que no geral os inquiridos consideram a sua saúde oral “Razoável” ou “Má”. No entanto, dentro dos participantes que consideram a sua condição de saúde oral “Bom”, verificou-se que indivíduos que estabeleceram a correspondência quase correta na totalidade ou correta na totalidade, apresentavam uma percepção da saúde oral melhor. Além disso, foi possível aferir que os inquiridos que responderam entre a 3 a 5 correspondências corretamente, correspondendo a um acerto intermédio, a maioria (n=24; 52,2%) considera a sua saúde oral “razoável” fazendo corresponder o nível de literacia à percepção da sua saúde oral.

É possível estabelecer uma relação com o Índice de CPO, uma vez que, também se verificou que uma melhor condição de saúde oral remetia para responder corretamente quase na totalidade ou na totalidade.

CAPÍTULO IV: Discussão de Resultados

4.1. Acesso aos cuidados de saúde oral

Como anteriormente referido, o principal objetivo desta investigação foi avaliar o grau de conhecimento e a perceção dos inquiridos acerca da saúde oral numa clínica dentária privada e assim, determinar o seu nível de literacia em saúde oral. Através da aplicação do questionário foi possível estabelecer relações com o intuito de entender quais as possíveis explicações para ter um nível de literacia em saúde oral melhor ou pior. A saúde oral tem ganho cada vez mais importância, como tal, é imprescindível perceber quais as lacunas existentes acerca do conhecimento e perceção dos inquiridos com o intuito de mitigar as falhas. A saúde oral está relacionada com a saúde em geral do indivíduo. Segundo a literatura, a ausência ou fraca qualidade de saúde oral está intimamente relacionada a várias doenças crónicas, como os diabetes e doenças respiratórias e cardiovasculares. Posto isto, é fundamental que os indivíduos tenham capacidades, conhecimentos e aptidões para entender a relação que a saúde em geral tem com a saúde oral.

O questionário e o rastreio oral foram realizados a 120 pacientes que frequentaram as consultas de Higiene Oral numa clínica dentária privada no centro de Lisboa. De acordo com os resultados obtidos da amostra observa-se que a faixa etária que frequenta mais o Médico Dentista/ Higienista Oral está compreendida entre os 20 e os 30 e entre os 31 e 40 anos de idade. Por outro lado, verificou-se que a frequência do Médico Dentista/ Higienista Oral se encontra em menor número em indivíduos entre os 51 e os 60 e os que têm mais de 60 anos de idade. Este resultado vai de encontro ao que está descrito na literatura, uma vez que indivíduos de faixas etárias superiores estão dependentes para se deslocarem às consultas. Assim, é possível aferir que o acesso e a assiduidade às consultas está condicionada pela idade.

De acordo com os resultados sociodemográficos obtidos, em termos de grau de escolaridade, verificou-se uma percentagem superior de indivíduos que concluíram a Licenciatura, sendo que apenas 5% (n=6) da amostra possui até ao 9º ano. O resultado obtido encontra-se dentro do esperado, uma vez que, a clínica onde foi recolhida a amostra é frequentada por indivíduos com alto poder de compra e conseqüentemente, com níveis educacionais superiores. Assim, é possível aferir que é fundamental o investimento na educação e o destaque da importância dos cuidados de saúde oral, com o intuito de

consciencializar a população acerca deste tema tão importante para a sociedade. Relacionando a informação anterior com o facto de mais de metade da amostra frequentar o dentista (52,5%) mais de duas vezes por ano, verifica-se deste modo que o nível de literacia tem influência neste parâmetro. Esta constatação está de acordo ao descrito na literatura que demonstra que o nível de literacia de cada indivíduo influencia na consciencialização pessoal para recorrer a cuidados de saúde oral. Segundo Guo et al. (2015), um baixo nível de literacia em saúde oral leva a uma maior incompreensão na comunicação de aspetos de saúde e, conseqüentemente, a uma má perceção e aplicação dos cuidados de saúde, o que tem influência no estado de saúde do indivíduo, conduzindo a um risco maior de aparecimento de problemas orais.

4.2. Razões para irregularidade às consultas de saúde oral

Como referido anteriormente, verifica-se que mais de metade da amostra visita o seu Médico Dentista/ Higienista Oral duas vezes por ano. É necessário salientar que o presente estudo foi realizado numa clínica dentária privada e não aleatoriamente noutro local, o que pressupõe à priori o resultado obtido. Não obstante, a partir deste indicador torna-se pertinente perceber quais são as causas que motivam o não acesso regular cuidados de saúde oral na amostra populacional que referiu não realizar consultas regulares ao Médico Dentista/ Higienista Oral.

O impedimento principal ao acesso às consultas de medicina dentária foi o facto de os indivíduos considerarem que não têm dores nem problemas com os seus dentes (39,2%). Aliado a isso, 26% da amostra respondeu que não sentia necessidade de ir ao dentista com regularidade. A partir deste ponto, torna-se crucial abordar o conceito de literacia dado que, atualmente é fundamental as pessoas terem consciência da importância que a saúde oral tem na sua saúde geral e também perceberem que com a evolução médica e tecnológica os procedimentos clínicos realizados diminuem consideravelmente as situações de dor e desconforto no dentista.

Outro aspeto crítico é consciencializar os indivíduos que o facto de não sentirem dor não significa que não possam ter algum problema de saúde oral e que as consultas regulares ao Médico Dentista/ Higienista Oral são de extrema importância para a prevenção e o controlo do aparecimento das mesmas. Por exemplo, um paciente pode não

sentir dor nem desconforto e ter um início de uma cárie dentária, que se for vista atempadamente pode ser crucial para estagnar a progressão para um caso pior.

É de realçar que necessita de haver uma consciencialização da influência que a saúde oral tem na saúde em geral. Segundo a literatura, indivíduos com problemas cardíacos têm a possibilidade de desenvolver uma endocardite bacteriana, uma infeção do revestimento interno do coração ou das válvulas cardíacas. O sangramento gengival na cavidade oral pode permitir que certas bactérias da boca entrem no sistema sanguíneo e atinjam as válvulas ou tecidos. Nesses casos, a infeção pode danificar ou mesmo destruir as válvulas ou tecidos coronários (Archives, 2007). Importa salientar que, a causa do sangramento gengival pode ser originada pela falta de consultas regulares de Higiene Oral, onde é removido o cálculo, de modo que o mesmo não inflame os tecidos gengivais e não origine o sangramento gengival. Posto isto, é fundamental instruir a população do impacto que as consultas regulares ao Médico Dentista/ Higienista Oral possuem na sua saúde em geral.

Por outro lado, quando questionados acerca do motivo da última consulta, 74,2% da amostra mencionou que o principal motivo foi a consulta de rotina: Higiene Oral, seguindo-se da consulta para colocação de prótese dentária ou implantes dentários. Este resultado é expectável tendo em conta o local onde a amostra foi recolhida. A clínica onde foi realizada a investigação é frequentada por indivíduos com alto poder de compra. Entramos aqui num domínio que importa refletir acerca da influência que o fator socioeconómico tem no acesso aos tratamentos dentários. Segundo o estudo de Wamala et al. (2006), verificou que 60% da barreira de acesso aos cuidados de saúde oral se foca nas diferenças socioeconómicas. Também no estudo de Tchicaya & Lorentz (2014) revelam que aproximadamente 59% das mulheres e 40% dos homens portugueses não acederam a serviços de medicina dentária por razões económicas, rejeitando por isso realizar o tratamento dentário que lhes havia sido proposto. Posto isto, a amostra recolhida não é representativa da população em geral. Os resultados obtidos estão num segmento muito acima daquilo que é a média da população em geral, uma vez que estamos a referir-nos a indivíduos com um segmento de compra muito elevado e superior ao normal, portanto, é expectável que hajam resultados mais positivos. No entanto, é fundamental refletir, que se mesmo neste tipo de amostra existem lacunas e resultados menos bons, nas populações com um rendimento mais baixo esses resultados à priori serão ainda piores.

4.3. Influência da idade, género e nível educacional na percepção da saúde oral

A partir dos resultados obtidos quando questionados acerca do estado de saúde oral, a maioria (51,7%) respondeu que considerava a sua saúde oral “razoável”, seguindo-se os indivíduos que consideravam o estado de saúde oral “mau”, com 43,7%. Quando relacionado a faixa etária com a percepção da saúde oral, verificou-se que em todas as faixas etárias os inquiridos percecionam a saúde oral como “Razoável”, à exceção da faixa etária “Mais de 60 anos” que mais de metade dos inquiridos (57,9%; n=11) consideram a sua saúde oral num estado “Mau”. Na mesma linha, segundo Sanders & Slade (2006), no estudo que analisou a autoavaliação de saúde oral numa população da Austrália, encontraram uma pior autoavaliação nas faixas etárias de 45-64 anos.

Relativamente ao género, a maioria dos participantes do género feminino consideraram a sua saúde oral “Razoável”, ao invés do género masculino que a maioria percecionou a sua saúde oral como “Mau”. Tal como está confirmado na literatura, nas pesquisas de Matthias et al (1995) e Matos & Lima-Costa (2006), as mulheres apresentaram uma percepção de saúde oral mais positiva que os homens. Também nos estudos de Tassinari et al (2007) e Sanders & Spencer (2005), os homens avaliaram pior a sua saúde oral.

Os resultados desta investigação apontam para a existência de uma correlação entre os níveis educacionais com a percepção da sua saúde oral. Constatou-se que existiu uma melhor percepção da saúde oral dos participantes com níveis educacionais mais elevados. Tal como está confirmado na literatura por vários autores (Gift et al, 1998; Heft et al, 2003; John et al, 2004; Tassinari et al, 2007), que estabeleceram uma percepção da saúde oral mais positiva em indivíduos com uma escolaridade superior. O resultado obtido encontra-se dentro do expectável uma vez que, indivíduos com níveis educacionais mais elevados à partida terão mais informação e conhecimento acerca do tema em estudo.

4.4. Severidade da condição de saúde oral relacionada com a idade, género e nível educacional

Quando se comparou o Índice CPO com as faixas etárias, verificou-se que, quanto maior a faixa etária, maior o Índice de CPO e consequentemente maior o grau de severidade do estado da saúde oral. Na mesma linha, o III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais (2015), obteve resultados similares. Também se verificou um aumento do Índice de CPO à medida que a idade aumentava. Refletindo acerca deste resultado, é notório e expectável as apurações realizadas através desta correlação. Segundo a Ordem dos Médicos Dentistas, com a idade é normal surgirem problemas a nível da cavidade oral, nomeadamente as cáries dentárias, doença periodontal e a perda dos dentes. Outras alterações associadas à idade estão relacionadas com o aparecimento de mucosas sensíveis e finas, alteração da cor dos dentes e diminuição da perceção de certos sabores. Aliado a isso, com a idade a eficácia da realização dos métodos corretos de higiene oral diária diminui, sendo por isso necessário um controlo regular às consultas de higiene oral. Ora, como verificado anteriormente a faixa etária que menos visita o Médico Dentista/Higienista Oral centra-se na população mais idosa. Posto isto, a condição da saúde oral piora com o aumento da idade, o que se reflete nos resultados obtidos nesta investigação.

Estabeleceu-se uma relação entre o Índice de CPO com o género da amostra em que se verificou que o género masculino apresenta uma pior condição de saúde oral comparativamente ao género feminino, uma vez que os valores obtidos foram 10,89 e 9,65 respetivamente. Os resultados obtidos apontam para um grau de severidade “moderado”. Contudo, e tendo em conta que a amostra foi recolhida numa clínica dentária privada, pressupõe-se à partida que os pacientes tenham um maior controlo, a longo prazo do seu estado de saúde oral e que, portanto, terão menos problemas a nível da sua saúde oral. Torna-se importante refletir que a amostra em estudo possui alto rendimento e poder de compra e mesmo assim apresenta um estado de saúde oral “moderado”. Importa refletir sobre qual será o estado de saúde oral de uma população com baixo rendimento e sem poder de compra para realizar as consultas atempadamente.

Quando relacionado o Índice de CPO com o grau de escolaridade, os resultados obtidos demonstraram o esperado. Indivíduos com um grau de escolaridade superior possuíam um Índice de CPO mais baixo, e, portanto, uma melhor condição de saúde oral. Por outro lado, indivíduos com graus de escolaridade mais baixos, ou seja, níveis de

literacia inferiores estarão associados a um grau de severidade maior. Os resultados vão de encontro ao descrito na literatura que revelam que o nível de literacia de cada indivíduo condiciona também a consciencialização pessoal para recorrer a cuidados de saúde oral. Posto isto, um baixo nível de literacia em saúde remete a uma maior incompreensão na comunicação de aspetos de saúde e, conseqüentemente, a uma má perceção e aplicação dos cuidados de saúde, o que tem influência no estado de saúde do indivíduo, conduzindo a um risco maior de aparecimento de problemas orais (Guo et al., 2015).

4.5. Níveis de Literacia em Saúde Oral relacionado com o Índice de CPO, perceção em saúde oral e o nível educacional

De acordo com os resultados obtidos através dos questionários, foi possível estabelecer o nível de literacia dos participantes. A análise do número de correspondências corretas realizadas às perguntas revela que inquiridos que tenham uma melhor condição de saúde oral estabelecem mais correspondências e respondem a mais questões corretamente. Este resultado é exatamente o que era expectável de suceder, uma vez que, pacientes com mais níveis de literacia, à priori, possuem uma melhor condição de saúde oral. Em contrapartida, os pacientes que possuem uma pior condição de saúde oral, possuem um Índice de CPO mais elevado e respondem a menos questões corretamente. Assim, é possível afirmar que pacientes que possuem uma pior condição de saúde oral, procuram menos os profissionais de saúde oral, dado que têm mais dificuldades em perceber a necessidade da prevenção e controlo das doenças orais.

Na literatura, verificaram-se resultados similares referindo que indivíduos com menor nível de literacia em saúde, procuram menos a realização de exames de controlo para prevenção de situações de doença uma vez que apresentam maiores dificuldades em entender os resultados dos testes, indicando uma maior propensão para a procura de soluções em serviços de urgência (Morrison, Brousseau, Brazauskas, & Levas, 2015; Zikmund-Fisher, Exe, & Witteman, 2014), estes indivíduos são também mais propensos a não aderir à terapêutica e a não realizar a procura de cuidados de saúde regulares, sendo que estas situações vão melhorando conforme aumenta a literacia em saúde (Ostini & Kairuz, 2014).

Por outro lado, pacientes com um nível de literacia mais elevado, apresentam resultados do Índice de CPO mais baixos e assim uma melhor condição da sua saúde oral. Um estudo realizado em 2012 na *University of North Carolina at Chapel Hill*, verificou que os indivíduos com maiores níveis de literacia em saúde apresentavam uma menor negligência nos cuidados de saúde dentários, o que reflete a atenção dada à possibilidade de realizar a sua higiene oral pessoal (Lee, Divaris, et al., 2012)

Quando relacionado o nível de literacia em saúde oral com o grau de escolaridade dos participantes é possível aferir que a componente educacional acarreta uma grande influência no nível de literacia em saúde oral. Por isso mesmo, é extremamente importante investir na educação para que cada vez mais haja uma consciencialização alargada a toda a população acerca da importância dos cuidados de saúde oral. Uma população melhor informada acerca da saúde em geral e da saúde oral será capaz de tomar as próprias decisões de forma correta, contribuindo não só para a melhoria dos próprios resultados em saúde, como também os resultados da população em geral.

Em Portugal, dados do *Health Literacy Population Survey Project 2019-2021* (HLS19) – pesquisa que mediu a literacia em saúde em 17 países da região europeia da OMS, incluindo em Portugal, revelam que 65% da população tem um nível suficiente de literacia em saúde, 22% apresentam um nível problemático e 7,5% um nível inadequado. Estes números representam uma evolução face a investigações anteriores, nomeadamente em relação ao relatório “Literacia em Saúde em Portugal”, publicado em 2016 pelo CIES-IUL, segundo o qual, 42,4% dos portugueses revelavam um nível suficiente de literacia em saúde, 38% apresentavam um nível problemático e em 11% este conhecimento era considerado inadequado. Ainda que se verifique essa evolução, elevar os níveis educacionais é fundamental para aumentar o nível de literacia em saúde oral da população e conseqüentemente a saúde oral.

CAPÍTULO V: Conclusão

Considerações gerais

A saúde oral está intimamente relacionada com a saúde geral de cada indivíduo. Contudo, atualmente as doenças da cavidade oral são muito frequentes, consistindo num dos principais problemas de saúde pública. Assim, torna-se fundamental garantir o acesso aos tratamentos de cuidados de saúde orais para a melhoria da condição de saúde da população a fim de diminuir as disparidades que existem entre os indivíduos. É necessário compreender os processos de desenvolvimento das doenças orais de forma a intervir na altura ideal com o objetivo de reduzir as desigualdades socioeconómicas em relação à saúde oral. As discrepâncias a nível da saúde são evidentes na saúde oral e nunca é demasiado tarde para intervir a fim de melhorar a saúde e bem-estar da população.

No que concerne à literatura, é possível aferir que não existem muitos estudos acerca da saúde oral da população portuguesa adulta, sendo que com esta investigação foi possível obter um maior conhecimento sobre um tema ainda pouco explorado. Aliado a isso, foi possível estudar um assunto relacionado com a área profissional da autora do estudo.

O objetivo primordial desta investigação passava por avaliar o grau de conhecimento e a perceção dos inquiridos acerca da saúde oral numa clínica dentária privada e assim, determinar o seu nível de literacia em saúde oral. De forma a atingir o objetivo proposto foi realizado uma aplicação de um caso português, medindo os níveis de literacia da amostra em estudo.

Através desta investigação foi verificado que níveis educacionais elevados, como é o caso da grande parte da amostra em estudo que possuem uma licenciatura, mestrado ou doutoramento, estão relacionados com uma melhor literacia em saúde oral. Verificou-se que a maioria dos participantes não visitava o profissional de saúde devido ao facto de não sentir dor nem necessidade. Ora, não sentir dor não significa que não possam ter problemas de saúde oral. Desta forma, o conceito de literacia em saúde oral ganha uma grande importância na procura dos tratamentos, sendo também uma barreira para a um estado de saúde oral saudável. Também se constatou que existe uma melhor perceção da saúde oral dos participantes com grau de escolaridade mais elevados.

Através desta investigação ficou reforçada a ideia de que quanto maior a idade, maior o grau de severidade da condição de saúde oral. Também se verificaram piores resultados da percepção de saúde oral nas faixas etárias superiores.

Quando medida a severidade da condição de saúde oral, através do Índice de CPO, concluiu-se que, participantes que possuem melhores níveis de literacia em saúde oral, têm um Índice de CPO mais baixo.

Posto isto, concluiu-se que no geral os indivíduos não possuíam grandes níveis de literacia em saúde oral, apresentando um nível de literacia de saúde oral “moderado”. É de salientar que estas conclusões não são representativas da população portuguesa em geral, representando indivíduos com alto poder de compra, é expectável que os níveis de literacia em saúde oral sejam acima daquilo que é a média da população. Desta fora, importa refletir na seguinte questão “Se na população com alto poder de compra se verificam lacunas relativamente à literacia em saúde oral, o que será que se sucede na população com poderes de compra inferiores?”.

Limitações da investigação

No que toca às limitações do estudo importa realçar a diversidade da amostra, que foi obtida por conveniência, não sendo representativa da população portuguesa em geral, apesar de significativa a dimensão da amostra, 120 indivíduos.

Outra limitação prende-se pelo facto de os questionários terem sido aplicados numa clínica dentária privada em Lisboa, o que pode ter influenciado a veracidade das respostas obtidas, uma vez que os participantes podem omitir a realidade acerca dos seus hábitos de higiene oral, influenciando as conclusões retiradas da investigação.

Porém, apesar das limitações apresentadas, considera-se que o estudo em causa tenha contribuído para o conhecimento da situação da população portuguesa adulta acerca dos níveis de literacia em saúde oral.

Sugestões para futuros estudos

Esta investigação poderá contribuir para o conhecimento dos níveis de literacia em saúde oral da população em estudo, mas seria interessante a aplicação do mesmo modelo num meio que abrangesse outro tipo de amostra, como por exemplo numa clínica de poder de compra baixo ou médio. Assim, seria possível realizar uma comparação entre os níveis de literacia em saúde oral entre classes diferentes.

Para complementar o estudo em causa seria também interessante realizar este estudo numa população aleatória, não necessariamente numa clínica dentária, de forma a obter resultados mais realistas daquilo que são os níveis de literacia em saúde oral da população portuguesa em geral.

Referências Bibliográficas

- Almeida, C., Peterson, P., André S. & Toscano, S. (2003). “Changing oral health status of 6 and 12-year-old schoolchildren in Portugal”. *Community Dental Health*, 20: 211-216.
- Arah, O. A., Westert, G. P., Hurst, J., & Klazinga, N. S. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(suppl_1), 5–13.
- Assunção, V. (2015). *Avaliação da literacia em saúde oral e da saúde oral dos alistados e oficiais da Escola da Guarda – GNR* (Tese de Doutoramento em Ciências e Tecnologias da Saúde). Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa, Lisboa.
- Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., & Nurss, J. (1999). Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling*, 38(1), 33–42.
- Bakker, J. and Berendse, F. (1999) “Constraints in the restoration of ecological diversity in grassland and heathland communities,” *Trends in Ecology & Evolution*, 14(2), pp. 63–68.
- Baskaradoss, J. K. (2018). Relationship between oral health literacy and oral health status. *BMC Oral Health*, 18(1).
- Batista, M. J., Lawrence, H. P., & Sousa, M. da L. R. de. (2017). Oral health literacy and oral health outcomes in an adult population in Brazil. *BMC Public Health*, 18(1).
- Beagley, L. (2011). Educating Patients: Understanding Barriers, Learning Styles, and Teaching Techniques. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 26(5), 331–337.
- Bröder, J., Okan, O., Bauer, U. et al. (2017). Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models. *BMC Public Health*, 17(1).
- Budhathoki, S. S., Pokharel, P. K., Jha, N., Moselen, E., Dixon, R., Bhattachan, M., & Osborne, R. H. (2018). Health literacy of future healthcare professionals: a cross-sectional study among health sciences students in Nepal. *International Health*, 11(1), 15–23.

- Burns, J., McGoldrick, N., & Muir, M. (2018). Oral health literacy, oral health behaviours and dental outcomes. *Evidence-based dentistry*, 19(3), 69–70.
- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 77–93.
- Carvalho, C., Manso, A. C., Escoval, A., Salvado, F., & Nunes, C. (2016). Self-perception of oral health in older adults from an urban population in Lisbon, Portugal. *Revista de Saúde Pública*, 50(0).
- Castro Afonso, A., & Silva, I. (2015). Oral health-related quality of life and associated variables: Integrative Review. *Psicologia, Saúde & Doença*, 16(3), 311–330.
- Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., Mayeaux, E. J., George, R. B., Murphy, P. W., & Crouch, M. A. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Family medicine*, 25(6), 391–395.
- DeWalt, D. A., Berkman, N. D., Sheridan, S., Lohr, K. N., & Pignone, M. P. (2004). Literacy and health outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 19(12), 1228–1239.
- Education for all: Literacy for life*. (2005). The United Nations Educational, Scientific And Cultural Organization Publishing.
- FDI visão 2020 (2020). Uma reflexão sobre o futuro da saúde oral. Consultado a 15 agosto 2023. Disponível em <https://www.omd.pt/content/uploads/2017/12/fdi-visao-2020-pt.pdf>
- Federman, A. D., Sano, M., Wolf, M. S., Siu, A. L., & Halm, E. A. (2009). Health Literacy and Cognitive Performance in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(8), 1475–1480.
- Firmino, R. T., Ferreira, F. M., Paiva, S. M., Granville-Garcia, A. F., Fraiz, F. C., & Martins, C. C. (2017). Oral health literacy and associated oral conditions: A systematic review. *The Journal of the American Dental Association*, 148(8), 604–613.

- Fleary, S. A., Joseph, P., & Pappagianopoulos, J. E. (2018). Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. *Journal of Adolescence*, *62*, 116–127.
- Glick, M., Williams, D. M., Kleinman, D. V., Vujcic, M., Watt, R. G., & Weyant, R. J. (2016). A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *The Journal of the American Dental Association*, *147*(12), 915–917.
- Gould, A. R. (2001). The Surgeon General's Report on Oral Health: Defining Priorities. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, *91*(4), 387.
- Guo, Y., Logan, H. L., Dodd, V. J., Muller, K. E., Marks, J. G., & Riley, J. L. (2014). Health Literacy: A Pathway to Better Oral Health. *American Journal of Public Health*, *104*(7), e85–e91.
- Holtzman, J. S., Atchison, K. A., Macek, M. D., & Markovic, D. (2017). Oral Health Literacy and Measures of Periodontal Disease. *Journal of periodontology*, *88*(1), 78–88.
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., Paulsen, and, & C. (2006). *The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy*.
- Levinthal, B. R., Morrow, D. G., Tu, W., Wu, J., & Murray, M. D. (2008). Cognition and Health Literacy in Patients with Hypertension. *Journal of General Internal Medicine*, *23*(8), 1172–1176.
- Locker D. (1988). Measuring oral health: a conceptual framework. *Community dental health*, *5*(1), 3–18.
- Luchi, C. A., Peres, K. G., Bastos, J. L., & Peres, M. A. (2013). Desigualdades na autoavaliacao da saude bucal em adultos. *Revista de Saúde Pública*, *47*(4), 740–751.
- MacEntee, M. I., & Brondani, M. (2015). Cross-cultural equivalence in translations of the oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *44*(2), 109–118.

- MacEntee, M. I., Wong, S. T., Smith, A., B. Lynn Beattie, Brondani, M., S. Ross Bryant, Graf, P., & Shimaie Soheilipour. (2014). Oral Healthcare Challenges for Older Punjabi-Speaking Immigrants. *Canadian Journal on Aging* =, 33(2), 196–207.
- Maida, C. A., Marcus, M., Spolsky, V. W., Wang, Y., & Liu, H. (2012). Socio-behavioral predictors of self-reported oral health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 22(3), 559–566.
- Northridge, M. E., Yu, C., Chakraborty, B., Port Greenblatt, A., Mark, J., Golembeski, C., Cheng, B., Kunzel, C., Metcalf, S. S., Marshall, S. E., & Lamster, I. B. (2015). A Community-Based Oral Public Health Approach to Promote Health Equity. *American Journal of Public Health*, 105(S3), S459–S465.
- Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349–364.
- Ownby, R. L., Acevedo, A., Waldrop-Valverde, D., Jacobs, R. J., & Caballero, J. (2014). Abilities, skills and knowledge in measures of health literacy. *Patient Education and Counseling*, 95(2), 211–217.
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259–275.
- Parker, R., & Ratzan, S. C. (2010). Health Literacy: A Second Decade of Distinction for Americans. *Journal of Health Communication*, 15(sup2), 20–33.
- Parker, R. (2000). Health literacy: a challenge for American patients and their health care providers. *Health Promotion International*, 15(4), 277–283.
- Patel, R. (2012). *The State of Oral Health in Europe Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe*. <http://www.oralhealthplatform.eu/wp-content/uploads/2015/09/Report-the-State-of-Oral-Health-in-Europe.pdf>
- Pereira Cruvinel, A. F., Cusicanqui Méndez, D. A., Campos Chaves, G., Gutierrez, E., Lotto, M., Marchini Oliveira, T., & Cruvinel, T. (2018). The Brazilian validation of a

- health literacy instrument: the newest vital sign. *Acta Odontologica Scandinavica*, 76(8), 587–594.
- Petersen, P. E. (2003). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31 (s1), 3-34.
- Petersen, P. E. (2008). World Health Organization global policy for improvement of oral health - World Health Assembly 2007. *International Dental Journal*, 58(3), 115–121.
- Rodrigues, V. (2018) “Literacia em Saúde,” *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(8), pp. 679–680.
- Rootman, I., & Ronson, B. (2005). Literacy and Health Research in Canada: Where Have We Been and Where Should We Go? *Canadian Journal of Public Health*, 96(S2), S62–S77.
- Safeer, R. S., & Keenan, J. (2005). Health literacy: the gap between physicians and patients. *American family physician*, 72(3), 463–468.
- Sansom-Daly, U. M., Lin, M., Robertson, E. G., Wakefield, C. E., McGill, B. C., Girgis, A., & Cohn, R. J. (2016). Health Literacy in Adolescents and Young Adults: An Updated Review. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology*, 5(2), 106–118.
- Siddiqi, S., Masud, T. I., Nishtar, S., Peters, D. H., Sabri, B., Bile, K. M., & Jama, M. A. (2009). Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 90(1), 13–25.
- Simon L. (2016). Overcoming Historical Separation between Oral and General Health Care: Interprofessional Collaboration for Promoting Health Equity. *AMA journal of ethics*, 18(9), 941–949.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1).

- Van der Heide, I., Wang, J., Droomers, M., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J., & Uiters, E. (2013). The Relationship Between Health, Education, and Health Literacy: Results From the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. *Journal of Health Communication, 18*(1), 172–184.
- Veiga, N. J., Pereira, C. M., Ferreira, P. C., & Correia, I. J. (2014). Oral health behaviors in a sample of portuguese adolescents: an educational issue. *Health Promotion Perspectives, 4*(1), 35–45.
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., Mockbee, J., & Hale, F. A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *Annals of family medicine, 3*(6), 514–522.
- Weiss, B. D. (2005). Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *The Annals of Family Medicine, 3*(6).
- World Dental Federation. (2014). Oral Health - Worldwide. Switzerland.
- Yazdani, R., Esfahani, E. N., & Kharazifard, M. J. (2018). Relationship of Oral Health Literacy with Dental Caries and Oral Health Behavior of Children and Their Parents. *Journal of Dentistry (Tehran, Iran), 15*(5), 275–282.

Outras referências bibliográficas:

Barómetro da Saúde Oral. Ordem dos Médicos Dentistas; 2017.

Barómetro de Saúde Oral. Ordem dos Médicos Dentistas; 2015.

Carvalho A. Estudo piloto do índice CPO na Vila de Óbidos. Congresso OMD, 2013.

“Decreto-Lei n.º 86/1976”. Diário da República 1ª série. Constituição da República Portuguesa (2005)

Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (DSPDPS) Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar. Plano de ação para a Literacia em Saúde (2019-2021).

Ordem dos Médicos Dentistas (OMD) – Barómetro da Saúde Oral 2017. Ordem dos Médicos Dentistas. 3ª Edição: Portugal, 2017.

Special Eurobarometer – Oral health. Belgium, 2009

“III Estudo Nacional da Prevalência de Doenças Orais 6, 12, 18, 35-44 e 65-74 anos”, Lisboa, Direção Geral da Saúde, novembro de 2015.

“II Estudo Nacional da Prevalência de Doenças Orais”, Lisboa, Direção Geral da Saúde, julho de 2008.

ANEXOS

Anexo A – Protocolo de Recolha de dados

Protocolo de Recolha de Dados

Investigação sobre Literacia em Saúde Oral

Exmo.(a) Sr.(a),

O questionário que se segue tem o propósito de recolher dados que permitam o desenvolvimento de um trabalho de investigação, no âmbito do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde do Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE), sob a orientação do Professor Nuno Crespo.

A saúde oral tem vindo a evoluir nos últimos anos, por isso, é importante entender qual o nível de literacia da população portuguesa, com o intuito de melhorar a implementação de medidas de Literacia em Saúde Oral, reforçando a prevenção e a promoção da saúde oral.

O principal objetivo é avaliar a literacia em saúde oral da população portuguesa, obtendo a perceção dos mesmos quanto à saúde oral.

Os resultados deste estudo poderão ser de grande utilidade para os profissionais de saúde da clínica, no sentido de se compreender com mais clareza o nível de literacia dos seus pacientes. Isso irá também permitir que se possa adaptar as consultas consoante os resultados obtidos na investigação.

O questionário é anónimo e todos os dados recolhidos são totalmente confidenciais, sendo apenas utilizados para a investigação em causa.

O questionário que irá encontrar apresentam, no início, instruções de preenchimento. É muito importante que os participantes respondam a todas as questões para que os dados possam ser corretamente analisados. É de denotar que nos questionários não há respostas corretas ou erradas; o importante é que seja respondido com sinceridade. O questionário deve ser preenchidos individualmente.

Aliado ao questionário na consulta será realizada uma avaliação observacional da cavidade oral, identificando o número de dentes cariados, perdidos ou obturados (restaurados).

Desde já agradeço a sua colaboração na investigação,

Muito obrigada,

Aurica Ciobanu

Anexo B – Questionário

Questionário

Esta investigação é realizada no âmbito da tese de mestrado da aluna Aurica Ciobanu, no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE). O presente estudo tem como principal objetivo caracterizar o nível de literacia em saúde oral da população portuguesa. O questionário é constituído por 12 perguntas e tem uma duração estimada de 5 minutos. As autorizações destes dados serão para o estudo académico e análise estatística. A participação neste estudo é voluntária e toda a informação fornecida é confidencial.

Para mais informações e/ou esclarecimentos de alguma dúvida deverá entrar em contacto com a investigadora, Aurica Ciobanu, através do seguinte email: auriaciobanu98@gmail.com

Muito obrigada pela sua participação e o seu contributo para este estudo.

1. Idade

- 20-30 anos de idade
- 31-40 anos de idade
- 41-50 anos de idade
- 51-60 anos de idade
- +60 anos de idade

2. Género

- Feminino
- Masculino

3. Concelho de residência: _____

4. Grau de escolaridade

- Até ao 9º ano
- Até ao 12º ano
- Licenciatura
- Mestrado/ Doutoramento

5. Neste momento, está empregado?

- Sim
- Não
- Reformado

6. Tem seguro de saúde?

- Sim
- Não

7. Com que regularidade frequenta o seu Médico Dentista/ Higienista Oral?

- De 2 em 2 anos
- 1 vez por ano
- 2 vezes por ano
- Mais de 2 vezes por ano

8. Razão para não visitar o Médico Dentista? (Pode escolher várias opções).

- Não sinto necessidade
- Não tenho condições económicas
- Não tenho dores nem problemas com os meus dentes
- Visito regularmente o meu Médico Dentista/ Higienista Oral

9. Qual a razão mais frequente para visitar o seu profissional de saúde oral?

- Consulta de rotina: Higiene Oral
- Tratamento de cáries
- Dor
- Colocação de próteses ou implantes
- Sangramento gengival

10. Como considera o seu estado de saúde oral?

- Mau
- Razoável
- Bom

11. Com que frequência faz a escovagem dentária?

- Mais que 2 vezes por dia
- 2 vezes por dia
- 1 vez por dia
- Não escovo os meus dentes todos os dias

12. Considera que a população portuguesa necessita de um serviço alargado de medicina dentária no Serviço Nacional de Saúde?

- Sim
- Não

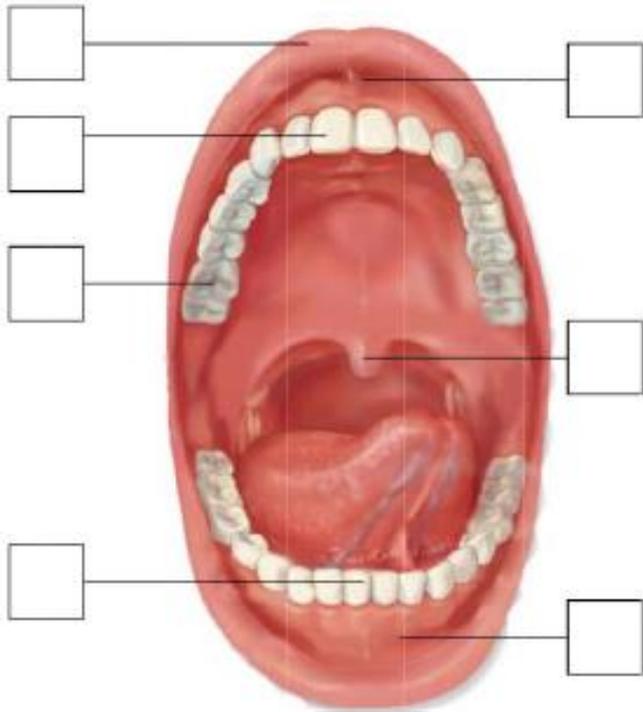
2ª PARTE

Nesta parte serão apresentadas algumas imagens no lado direito de cada página. Ao lado de cada imagem existe uma lista de palavras.

Faça a correspondência entre as palavras e os espaços em branco, escrevendo apenas um número em cada espaço.

Existem mais palavras do que espaços em branco.

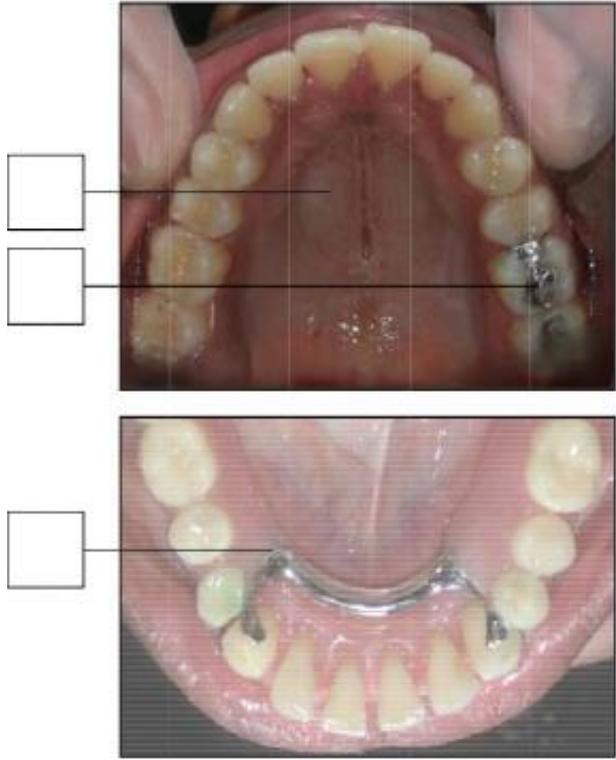
1. Cárie
2. Molar
3. Úvula
4. Compósito
5. Incisivo
6. Freio
7. Lado dorsal da língua
8. Gengiva
9. Amálgama
10. Prótese Dentária
11. Palato
12. Lábios



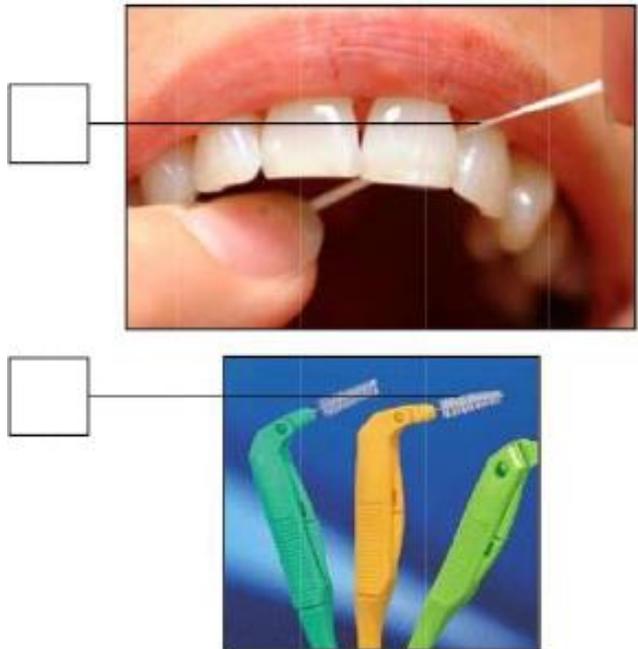
1. Cárie
2. Pigmentação fisiológica
3. Molar
4. Pré-molar
5. Hemorragia Interna
6. Compósito
7. Cálculo
8. Escovagem
9. Pavimento da boca
10. Amálgama
11. Hemorragia gengival



1. Cárie
2. Molar
3. Úvula
4. Compósito
5. Incisivo
6. Amálgama
7. Prótese Dentária
8. Palato



1. Escova
2. Escovilhão
3. Fio dentário
4. Bochecho
5. Aplicação de flúor
6. Brackets



Rastreios de Saúde Oral: Índice CPO

Avaliação observacional da cavidade oral, identificando o número de dentes cariados, perdidos ou obturados (restaurados).

Este Índice de dentes cariados, perdidos e obturados (cpo para dentes decíduos/CPO para dentes definitivos) foi desenvolvido por Klein e Palmer (1937) e adotado pela OMS. Os dados recolhidos a partir deste índice permitiram obter, de forma objetiva, resultados acerca do estado de saúde oral da amostra recolhida, avaliando a severidade do mesmo.

No final da consulta, na mesma folha do questionário, eram assinalados os dentes cariados, perdidos por cárie e obturados, de cada paciente, sendo que no final era feita a soma do número destes dentes e posteriormente divididos pelo número total de dentes presentes na boca do paciente. Desta forma obtém-se o índice de CPO, permitindo calcular a severidade do estado de saúde oral de cada paciente.

Muito baixa	< 5
Baixa	5,0 – 8,9
Moderada	9,0 – 13,9
Elevada	>13,9

Rastreio Oral – CPO

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Código:

C – Cariado

O – Obturado

P – Perdido