INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Avaliação do nível de literacia em saúde oral em pacientes de ortodontia comparativamente aos pacientes que nunca tiveram tratamento ortodôntico

Cristiana Margarida Pereira Pedroso

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:
Prof. Doutora Sofia Lopes Portela, Professora Auxiliar,
ISCTE-IUL

setembro, 2024

BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Avaliação do nível de literacia em saúde oral em pacientes de ortodontia comparativamente aos pacientes que nunca tiveram tratamento ortodôntico

Cristiana Margarida Pereira Pedroso

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:
Prof. Doutora Sofia Lopes Portela, Professora Auxiliar
ISCTE-IUL

setembro, 2024

Agradecimentos

A realização desta dissertação de mestrado assinala o término do ciclo do meu percurso académico, estando este marcado pelo suporte e amizade dos meus familiares, amigos e professores.

Primeiramente quero agradecer à minha orientadora da tese, Professora Doutora Sofia Lopes Portela pela sua disponibilidade, atenção, cuidado que sempre prestou em todos as fases deste trabalho. Um muito obrigado por todo o apoio e pela partilha de conhecimento que foi muito importante para enriquecer o trabalho, mas também o meu próprio conhecimento.

Quero agradecer à minha família, por todo o apoio nos bons e maus momentos, por serem muito importantes na minha vida e me transmitirem força e positividade para me tornar uma pessoa mais corajosa e determinada.

Um muito obrigada aos meus amigos e aos amigos do ISCTE que sempre estiveram disponíveis para me ajudarem e apoioarem nesta jornada em que partilhámos muitas ideias, motivando-nos uns aos outros.

Agradeço muito à Drª Bianca Rosca por toda a ajuda e disponibilidade na partilha de informação sobre a àrea na qual desenvolvi a minha dissertação.

Ao ISCTE agradeço por estes 5 anos do meu percurso académico, que foram tão enriquecedores tanto a nível pessoal como profissional.

Resumo

A saúde oral é essencial para a saúde em geral, uma vez que as doenças da cavidade oral são um dos principais problemas de saúde da população, embora a maioria delas sejam evitáveis e tratáveis no seu estado inicial. A literacia em saúde oral está relacionada com a literacia em saúde, sendo cada vez mais importante consciencializar os cidadãos para a importância que os cuidados de saúde oral têm na saúde em geral. O objetivo desta dissertação é avaliar o nível de literacia em saúde oral em pacientes que estejam a fazer ou tenham feito tratamento de ortodontia comparativamente aos pacientes que nunca tiveram tratamento ortodôntico. Com vista a alcançar o objetivo proposto aplicou-se o questionário Oral Health Literacy Questionnaire (OHL-AQ), juntamente com algumas questões para caracterizar o perfil sócio-demográfico, os hábitos e conhecimentos de saúde oral dos respondentes. A amostra deste estudo foi constituída por 274 respondentes, sendo o sexo representado equitativamente (50,4% do sexo feminino e 49,6% do sexo masculino) e quase 30% dos inquiridos têm entre 18 e 29 anos. A maioria dos respondentes apresentavam um nível adequado de literacia em saúde oral (90,5%). Verificou-se uma relação linear positiva entre o grau de escolaridade dos inquiridos e o seu nível de literacia em saúde oral. Quanto às dimensões do questionário OHL-AQ, a interpretação de receitas médicas apresentava maior percentagem de respostas corretas (94,16%).

Palavras-chave: Literacia em Saúde; Literacia em Saúde Oral; Saúde Oral; OHL-AQ

JEL Classification: I10; I11; I12

Abstract

Oral health is essential for general health, since oral cavity diseases are one of the main health problems of the population, even most of them are preventable and treatable in their initial stage. Oral health literacy is related to health literacy, and it is increasingly important to raise awareness among citizens about the importance of oral health care for general health. The objective of this dissertation is to evaluate the level of oral health literacy in patients who are undergoing or have undergone orthodontic treatment compared to patients who have never undergone orthodontic treatment. In order to achieve the proposed objective, a questionnaire composed the Oral Health Literacy Questionnaire (OHL-AQ), was applied, together with some questions to characterize the sociodemographic profile, habits and oral health knowledge of the interviewees. The sample for this study consists of 274 interviewees, with gender representation being equal (50.4% female and 49.6% male) and almost 30% of respondents being between 18 and 29 years old. Most interviewees had an adequate level of oral health literacy (90.5%). A positive linear relationship was found between the respondents' level of education and their level of oral health literacy. Regarding the dimensions of the OHL-AQ questionnaire, the interpretation of medical prescriptions had the highest percentage of correct answers (94.16%).

Keywords: Health Literacy; Oral Health Literacy; Oral Health; OHL-AQ

JEL Classification: I10; I11; I12

Índice

AGRADECIMENTOS ..... **I**

RESUMO ..... **III**

ABSTRACT ..... **V**

ÍNDICE ..... **VII**

ÍNDICE DE FIGURAS ..... **IX**

GLOSSÁRIO ..... **XI**

1. INTRODUÇÃO **1**

2. REVISÃO DE LITERATURA **3**

2.1. A SAÚDE ORAL E A ORTODONTIA 3

2.2. A GESTÃO DA SAÚDE E A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE ORAL EM PORTUGAL 5

2.3. LITERACIA EM SAÚDE 7

2.4. A LITERACIA EM SAÚDE ORAL E O SEU IMPACTO NA SAÚDE ORAL DOS PACIENTES 8

2.5. FATORES QUE INFLUENCIAM OS NÍVEIS DE LITERACIA EM SAÚDE E OS NÍVEIS DE LITERACIA EM SAÚDE ORAL 10

2.6. RELAÇÃO ENTRE A LITERACIA EM SAÚDE ORAL E A ORTODONTIA 12

2.7. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE ORAL 14

3. METODOLOGIA **17**

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO **19**

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA 19

4.2. HÁBITOS E ESTADO DE SAÚDE ORAL 20

4.3. NÍVEL DE LITERACIA EM SAÚDE ORAL 22

4.4. ANÁLISE DAS DIMENSÕES DO QUESTIONÁRIO OHL-AQ 24

4.4.1. RELAÇÃO ENTRE O SEXO, IDADE, GRAU DE ESCOLARIDADE, ESTADO DE SAÚDE ORAL, REGULARIDADE DE IDAS AO MÉDICO DENTISTA OU HIGIENISTA ORAL E AS DIMENSÕES DA LITERACIA EM SAÚDE ORAL DO QUESTIONÁRIO OHL-AQ 25

5. CONCLUSÕES **27**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **29**

ANEXOS..... 35

ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE LITERACIA EM SAÚDE ORAL PARA ADULTOS . 35

ANEXO B – TESTES DE HIPÓTESES..... 41

ANEXO C - TESTE KRUSKAL-WALLIS: ESTADO DE SAÚDE ORAL E REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO 46

Índice de Figuras

Figura 1: Faixa etária dos respondentes 19
Figura 2: Grau de escolaridade dos respondentes 19
Figura 3: Regularidade de idas ao médico dentista ou higienista oral 20
Figura 4: Realização de tratamento ortodôntico 21
Figura 5: Autoavaliação do estado de saúde oral 21
Figura 6: Nível de literacia em saúde oral 22
Figura 7: Respostas corretas nas cinco dimensões do questionário OHL-AQ 24

Glossário

FDI – Federação Dentária Internacional

FPL - *Federal Poverty Level*

OHL-AQ – *Oral Health Literacy Adults Questionnaire*

OHLI – Oral Health Literacy Instrument

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

OMS – Organização Mundial de Saúde

REALD – *Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry*

REALM – *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*

REALMD – *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine and Dentistry*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – *Statistical Packages for the Social Sciences*

ToFHLA – *Test of Functional Health Literacy in Adults*

ToFHLiD – *Test of Functional Health Literacy in Dentistry*

1. Introdução

A saúde oral é essencial para a saúde geral, o bem-estar e a qualidade de vida ao longo da mesma, permitindo aos indivíduos comer, falar e socializar na sociedade. A maioria das doenças orais são evitáveis e podem ser tratadas no seu estado inicial, através da diminuição de fatores de risco como (i) o tabagismo, (ii) o consumo de álcool, (iii) e dietas pouco saudáveis, isto é, ricas em açúcares. As doenças orais estão entre as doenças não transmissíveis mais comuns em todo o mundo, sendo que cerca de 3,5 mil milhões de pessoas foram afetadas por doenças orais, mundialmente, em 2019 (World Health Organization, 2022b). A cárie dentária é uma das doenças não transmissíveis mais comuns em todo o mundo, em que mais de um terço da população global vive com cárie dentária não tratada (World Health Organization, 2022b).

A saúde em geral poderá ficar comprometida pela fraca saúde oral, afetando também a função mastigatória, a fala, o sorriso e a comunicação com os outros. Para uma maior consciencialização da população no que concerne à relevância que os cuidados de saúde oral têm na saúde em geral, é fulcral promover a educação da sociedade. Assim, é de extrema importância determinar qual o nível de literacia em saúde oral da população portuguesa, também com o propósito, consequentemente, de reforçar a prevenção e a promoção da saúde oral em Portugal.

O conceito de literacia em saúde foi introduzido na década de 1970 e a sua definição tem vindo a evoluir, sendo que, em 2012, o *European Health Literacy Consortium* desenvolveu uma definição mais abrangente: “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” (Sørensen et al., 2012).

A literacia em saúde oral está relacionada com a literacia em saúde e define-se como o grau em que os indivíduos têm capacidade de obter, processar e compreender informações e serviços básicos de saúde oral e craniofacial que são essenciais pra tomar decisões apropriadas sobre saúde (Kleinman, 2010).

Os indivíduos que apresentam baixos níveis de literacia em saúde oral têm dificuldade em compreender as instruções e a importância dos procedimentos médicos dentários preventivos, conduzindo isto a uma baixa adesão aos mesmos (Vasconcelos et al., 2022). Neste sentido, também se verifica que as pessoas com baixa literacia em saúde oral apresentam maior probabilidade de terem diagnósticos tardios sobre problemas de saúde

oral, tendo por consequência consultas de emergência e elevados custos associados aos tratamentos dentários (Vasconcelos et al., 2022).

Os médicos dentistas desempenham um papel crucial na promoção da literacia em saúde oral, isto é, na educação dos pacientes e da comunidade em geral (Correia, 2023). Com o acesso a materiais informativos, por parte dos pacientes, é possível aumentar a consciencialização da população sobre a importância da literacia em saúde oral e promover a adoção a hábitos de saúde oral saudáveis (Correia, 2023). Uma abordagem preventiva realizada pelos próprios pacientes coopera com a redução de problemas orais e outras doenças que possam advir dos mesmos, bem como propícia a autonomia do paciente no cuidado da sua saúde oral (Correia, 2023).

Durante um tratamento ortodôntico, os pacientes têm bastante contacto com o seu dentista e higienista oral, por um período de tempo bastante prolongado. Sabe-se que existe uma piora na saúde gengival, devido às alterações gengivais que ocorrem por uma maior acumulação de placa bacteriana e existe elevado risco de desenvolvimento de cáries. Isto deve ser combatido com mais comunicação entre o médico dentista e o paciente, no sentido de promover uma maior literacia em saúde oral do paciente.

O objetivo desta dissertação é avaliar o nível de literacia em saúde oral em pacientes de ortodontia, ou seja, pessoas que estão a realizar ou já realizaram um tratamento ortodôntico, face aos pacientes que nunca tiveram tratamento ortodôntico. Neste sentido, é possivel refletir sobre as lacunas existentes ao nível da literacia em saúde oral, além de promover o interesse acerca da mesma.

Neste estudo foi utilizado como instrumento de avaliação da literacia em saúde oral o *Oral Health Literacy Questionnaire* (OHL-AQ), ao qual foram adicionadas questões que pretendem caracterizar o perfil sóciodemográfico, os hábitos de saúde oral e os conhecimentos de saúde oral dos respondentes. A população alvo deste estudo foram todos os portugueses maiores de idade. Foi utilizada uma amostra por conveniência, tendo sido obtidas 274 respostas válidas, que foram analisadas com o *Statistical Packages for the Social Sciences* (SPSS), com a utilização de técnicas de estatística descritiva e inferencial.

Esta tese de mestrado encontra-se dividida em cinco capítulos. O capítulo 1 apresenta a introdução desta tese. O capítulo 2 apresenta a revisão de literatura sobre a saúde oral, a ortodontia, a literacia em saúde e em saúde oral e os instrumentos de avaliação da literacia em saúde oral. De seguida, no capítulo 3 é apresentada a metodologia do estudo, onde se inclui a amostra, a recolha de dados e o modo como os mesmos foram tratados e analisados. O capítulo 4 é destinado à apresentação dos resultados obtidos nesta investigação, bem como à discussão dos resultados das principais análises realizadas através do estudo. O capítulo 5 corresponde às conclusões da investigação em estudo e às limitações identificadas no mesmo, com a apresentação de sugestão para futuros estudos.

2. Revisão de Literatura

2.1. A saúde oral e a ortodontia

A saúde oral é definida como “multifacetada e inclui a capacidade de falar, sorrir, cheirar, provar, tocar, mastigar, engolir e trasmitir uma série de emoções através de expressões faciais com confiança e sem dor, desconforto e doença do complexo craniofacial” (Glick et al., 2016; p. 916).

Segundo a *World Health Organization* (2022a; p.1) a saúde oral designa-se como “o estado da boca, dos dentes e das estruturas orofaciais que permitem ao indivíduo desempenhar funções essenciais, como comer, respirar e falar, e engloba dimensões psicossociais, como a autoconfiança, o bem-estar e a capacidade de socializar e trabalhar, sem dor, desconforto e constrangimento”. A saúde oral não é constante ao longo da vida dos indivíduos, ou seja, varia com a transição das faixas etárias e é parte integrante da saúde em geral tendo um papel notável na participação dos cidadãos na sociedade e na sua vida pessoal (World Health Organization, 2022a).

A *FDI World Dental Federation* declara que “a saúde oral é uma componente essencial da saúde em geral e um índice elevado de saúde oral é um direito humano fundamental” (Glick et al., 2020; p. 4). Adicionalmente, a saúde oral é considerada um direito humano básico, contribuindo, substancialmente, para uma boa qualidade de vida.

A Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), entidade que regula a prática da profissão de medicina dentária em Portugal, desenvolve anualmente o Barómetro da Sáude Oral, o qual apresenta a realidade portuguesa a nível de hábitos de acesso, perceções e motivações no que concerne à oferta de cuidados de saúde dentários, delineando não só o panorama atual como os pontos de evolução (QSP, 2023). A edição de 2023 deste barómetro revela que ocorreu uma evolução da percentagem de portugueses com dentição completa, exceto os dentes do siso, provada pelo acréscimo da valorização da medicina dentária em Portugal e pela mudança das mentalidades das novas gerações, no que respeita aos cuidados de saúde oral. De acordo com o mesmo estudo, 48,1% dos portugueses afirmou procurar informação sobre saúde oral, nomeadamente nas consultas com o seu médico dentista, o que revela a importância da saúde oral para os cidadãos.

De acordo com a OMD a ortodontia é “a especialidade de medicina dentária, que se dedica à prevenção e correção das más posições dos dentes e dos maxilares”. O tratamento ortodôntico consiste em endireitar ou movimentar os dentes, a fim de beneficiar o paciente (i) na melhoria estética da face e do sorriso, levando ao aumento da sua auto-estima e da comunicação no meio social, (ii) no correto alinhamento dos dentes, possibilitando uma melhor higiene dentária e, por consequência, diminuição do risco de cáries e problemas nas

gengivas, e (iii) e na boa função mastigatória, muscular e da articulação dos maxilares, com benefícios em termos de saúde e bem-estar em geral.

Geralmente os tratamentos ortodônticos são realizados na fase de adolescência dos pacientes em parte porque é quando os indivíduos já têm a dentição permanente, e começam a atribuir elevada importância à sua aparência física despertando a curiosidade em saber mais sobre as várias fases do tratamento, o que contribui para um maior interesse e motivação (Dimberg et al., 2015).

A oclusão incorreta dos dentes é um dos problemas relevates na saúde oral, devido à sua elevada prevalência, sendo geralmente corrigido através do tratamento ortodôntico (Piassi et al., 2016). Existem evidências contraditórias em relação aos efeitos da má oclusão dentária e respetivo tratamento na função, aparência e bem-estar social e psicológico dos pacientes (Zhang et al., 2006, citado em Bernabé et al., 2008). Neste sentido, Bernabé et al., (2008) efetuaram um estudo para avaliar o impacto do tratamento ortodôntico prévio na qualidade de vida dos adolescentes. Com este estudo concluiu-se que nos casos em que o tratamento foi eficaz e a má oclusão dos dentes foi corrigida o tratamento teve um impacto positivo na qualidade de vida dos pacientes, enquanto que nos casos em que a má oclusão dos dentes não foi resolvida, o impacto na qualidade de vida dos adolescentes é significativo.

2.2. A gestão da saúde e a prestação de cuidados de saúde oral em Portugal

A gestão de cuidados de saúde designa-se pela liderança e direção provida às organizações que prestam serviços de saúde, mais propriamente, aos recursos humanos, departamentos, unidades ou serviços dentro dessas organizações através dos gestores (Buchbinder & Shanks, 2017). As organizações que prestam cuidados de saúde são complexas e dinâmicas, sendo substancial que as tarefas executadas nestas instituições exijam um elevado grau de coordenação entre as múltiplas especializações, que devem operar de forma íntegra (Buchbinder & Shanks, 2017).

Os gestores de saúde têm um papel crucial ao assegurar que as tarefas sejam efetuadas da melhor forma possível, com o propósito de atingir os objetivos estipulados, com os recursos humanos e financeiros apropriados para fortalecer e apoiar a instituição (Buchbinder & Shanks, 2017). Por conseguinte, a gestão clínica é extremamente relevante para as instituições que prestam cuidados de saúde, visto que é o processo responsável pela melhoria contínua dos seus serviços e pelos elevados padrões de qualidade dos cuidados de saúde (Siddiqi et al., 2009).

Conforme o artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, todos os cidadãos portugueses têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. Este direito é proporcionado através de um serviço nacional de saúde universal, geral e tendencialmente gratuito, tendo em consideração as condições económicas e sociais dos indivíduos. O Estado está incumbido, prioritariamente, de garantir o acesso de todos os cidadãos a cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação, independentemente da sua condição económica. Não obstante, a medicina dentária exercida em Portugal é maioritariamente privada.

A medicina dentária, em Portugal, tem apresentado uma atitude mais preventiva, nos últimos anos, procurando sensibilizar a população para a adoção de alguns hábitos de higienização oral diária, bem como para a marcação de consultas com o médico dentista, e ainda, consultas de higiene oral (Fernandes, 2022). Neste sentido, uma correta gestão da saúde entende-se como uma prestação de cuidados adequada, com intervenções personalizadas e não personalizadas eficazes, seguras e de qualidade, que são oferecidas àqueles que necessitam, quando, onde e na quantidade necessária, tendo o mínimo de desperdício de recursos (Lourenço & Barros, 2016).

Para uma melhor gestão da saúde oral, a nível clínico, é essencial existir um planeamento realizado por toda a equipa constituída pelo médico dentista, pelo higienista oral e pelo protésico e o plano de tratamento que contém todos os procedimentos a seguir (Siddiqi et al., 2009). O sistema de funcionamento dos serviços deve assegurar o melhor circuito de material,

manutenção de aparelhos, efetibilidade e eficácia, segurança, eficiência e satisfação do paciente (Siddiqi et al., 2009).

Assim, a gestão da saúde assume um papel primordial na saúde oral, na medida em que os fatores de risco e determinantes sociais da saúde oral estão relacionados com outras doenças da saúde em geral, como as doenças não transmissíveis. Os profissionais de saúde oral desempenham um papel fundamental na melhoria da saúde geral dos pacientes, focando-se na educação do paciente e na prevenção da doença. A fim de assegurar a sustentalibilidade da disponibilização de cuidados de saúde oral durante as oscilações económicas do país devem-se assegurar responsabilidades. Ainda se deve promover a utilização proativa e inovadora da tecnologia e dos materiais dentários. Por fim, a saúde oral tem de ser vista com um acesso para um melhor índice de saúde geral, através de uma melhor saúde oral (Glick et al., 2020).

2.3. Literacia em saúde

O conceito de literacia em saúde é definido como “a capacidade que os indivíduos têm de obter, processar e compreender informação básica de saúde, assim como para tomar decisões de saúde apropriadas” (Ratzan & Parker, 2000, citado em Nielsen-Bohlman et al., 2004; p. 20).

A literacia em saúde remete para as competências e conhecimentos necessários dos indivíduos, para acederem, compreenderem, avaliarem e utilizarem informação sobre saúde, que lhes permita tomar decisões sobre cuidados de saúde, prevenção da doença e formas de promover uma vida saudável (Espanha et al., 2016). Deste modo, uma baixa literacia em saúde pode originar um maior número de internamentos, uma frequente deslocação aos serviços de urgência, e ainda, um menor predomínio de atitudes preventivas no núcleo familiar, em relação ao campo da saúde (Espanha et al., 2016).

O modo como as organizações e os sistemas sociais apoiam a literacia em saúde torna-se um aspeto relevante para o desenvolvimento de populações mais saudáveis (Sørensen et al., 2021).

A promoção da literacia em saúde, junto dos cidadãos, das comunidades e das organizações, compreende-se como uma importante oportunidade e desafio da Saúde Pública (Direção-Geral da Saúde, 2019).

De acordo com os resultados do Inquérito sobre literacia em saúde em Portugal realizado em 2016, 5 em cada 10 portugueses têm níveis reduzidos de literacia em saúde e, 60% das pessoas pertencentes a grupos muito vulneráveis (pessoas com 65 ou mais anos, com baixos níveis de escolaridade, com rendimentos mensais até 500€ e com doenças crónicas) registam níveis de literacia limitados, ou seja, “problemático” ou “inadequado”, pelo que é relevante incrementar o investimento na área de literacia em saúde (Direção-Geral da Saúde, 2019).

2.4. A literacia em saúde oral e o seu impacto na saúde oral dos pacientes

Com base na definição de literacia em saúde, a literacia em saúde oral compreende-se como o grau em que os indivíduos têm capacidade de obter, processar e compreender informações e serviços básicos de saúde oral e craniofacial necessários para tomar decisões apropriadas (Kleinman, 2010).

A literacia em saúde oral, em geral e especificamente na área de ortodontia tem muito impacto na prática clínica. É de extrema relevância os médicos dentistas compreenderem a consciencialização e os níveis de literacia dos pacientes em relação à ortodontia e à saúde oral, para a adesão dos pacientes aos cuidados de saúde oral. A evidência denota que o objetivo dos profissionais de saúde em incrementar a literacia em saúde dos pacientes, remete para uma relação de confiança crescente entre os mesmos, promovendo a comunicação e orientação dos pacientes sobre o tratamento (Thom et al., 2014).

De acordo com Nutbeam (1999), a literacia em saúde oral encontra-se decomposta em três diferentes níveis: funcional, interativo e crítico. O nível funcional descreve-se pela transmissão de informações reais sobre a utilização de serviços de saúde e a existência de riscos para a saúde; o nível interativo caracteriza-se pela capacidade de desenvolver competências que viabilizam a participação ativa nos cuidados de saúde; e o nível crítico apresenta-se como a capacidade de analisar criticamente e utilizar informações sobre determinantes sociais e económicas da saúde.

O conhecimento dos pacientes sobre a saúde oral é parte integrante da literacia em saúde oral, permitindo aos indivíduos tomar decisões e desenvolver ações adequadas. Um estudo realizado por Gardner et al. (2023) demonstra que a reduzida adesão a práticas de cuidados de saúde oral (como por exemplo, escovar os dentes, utilizar fio dentário e enxaguante, e visitar o médico dentista com frequência) é predominante em jovens adultos. Os autores também concluem que nesta faixa etária se verifica uma reduzida perceção das problemáticas associadas aos maus cuidados de saúde oral, que culminam em determinadas condições desfavoráveis de saúde oral.

Os médicos dentistas utilizam frequentemente o modelo biomédico da doença para eliminar as causas das doenças, mediante abordagens preventivas e educacionais. Este modelo defende que os conhecimentos e competências relevantes adquiridas pelos indivíduos, alteram os seus comportamentos com o propósito de manterem uma ótima saúde oral (Yevlahova & Satur, 2009).

A literacia em saúde oral promove a capacitação dos indivíduos em relação à autoperceção da sua saúde oral, bem como da sua condição clínica, no que toca à regularidade de consultas com o médico dentista (Baskaradoss, 2018). Num estudo deste autor, é possível constatar que pessoas com baixo nível de literacia em saúde oral têm maior

probabilidade de não frequentar as consultas com o médico dentista com regularidade, bem como, os pacientes não cumprirem às instruções médicas e, por conseguinte, desenvolverem cáries e apresentarem um mau estado de saúde oral (Baskaradoss, 2018).

2.5. Fatores que influenciam os níveis de literacia em saúde e os níveis de literacia em saúde oral

Com base na definição de literacia em saúde infere-se que indivíduos que têm literacia em saúde limitada apresentam dificuldade na leitura, compreensão e aplicação de informações sobre saúde (como por exemplo, texto nos frascos de medicamentos, instruções de alta, documentos de consentimento informado, formulários médicos e solicitações de seguro) (Hersh et al., 2015). Assim, os baixos níveis de literacia em saúde traduzem-se, mundialmente, num desafio relevante para as políticas e práticas de saúde (Veladas et al., 2023).

Num estudo realizado com portugueses com mais de 16 anos, utilizando ferramentas para avaliar a literacia em saúde e a literacia em saúde oral, Veladas et al. (2023) concluíram que baixos níveis de literacia em saúde e altos níveis de literacia em saúde oral são predominantes na população estudada (75% dos participantes apresentou "nível adequado" de literacia em saúde oral, ao passo que 25% apresentou "nível inadequado"). Os autores concluíram também que fatores sociodemográficos (como sexo, idade, nível de escolaridade dos participantes e dos seus pais, e se os participantes eram profissionais de saúde ou estudantes da área de saúde) poderiam influenciar os níveis de literacia em saúde e literacia em saúde oral (por exemplo, os profissionais ou estudantes da área de saúde apresentaram "nível adequado" de literacia em saúde oral quando comparados com os participantes não relacionados com a área da saúde). O estudo demonstrou ainda a existência de uma correlação positiva, apesar de fraca, entre a literacia em saúde e a literacia em saúde oral.

As populações migrantes representam, geralmente, um grupo muito heterogéneo de indivíduos com conhecimentos diversos sobre saúde oral, crenças e atitudes diversas, que resultam da sua cultura e de experiências passadas relativamente ao sistema de saúde dos seus países de origem (Valdez et al., 2022). Conforme o estudo de Calvasina et al. (2016) realizado a imigrantes brazileiros que viviam em Toronto, 83,1% dos indivíduos apresentavam "nível adequado" de literacia em saúde oral, enquanto que 3% dos indivíduos apresentavam "nível inadequado" de literacia em saúde oral. Assim, os autores concluíram que a literacia em saúde oral limitada estava associada a fatores como: não visitar o médico dentista durante mais de um ano; os indivíduos não terem um dentista como fonte primária de informação sobre saúde oral; e a não participação dos indivíduos na tomada de decisão sobre tratamento dentário.

De acordo com Baskaradoss (2018), estudo realizado em Ohio, Estados Unidos da América, os fatores sociodemográficos que influenciam os níveis de literacia em saúde oral são: sexo; etnia (afro-americanos ou *caucasians*); nível de escolaridade; tipologia de financiamento dos tratamentos de saúde oral (através de seguro ou particular); estado

socioeconómico (acima de *Federal Poverty Level* (FPL) ou abaixo de FPL); e estado civíl. Este estudo apresentou resultados significativos em relação aos fatores etnia e nível de escolaridade, isto significa que existia elevada percentagem de indivíduos afro-americanos e indivíduos com baixa escolaridade com níveis limitados de literacia em saúde oral.

2.6. Relação entre a literacia em saúde oral e a ortodontia

Para os médicos ortodontistas é muito importante melhorar ou aumentar a compreensão dos pacientes sobre as condições do tratamento ortodôntico através do aumento da literacia em saúde oral (McCarlie et al., 2022). Neste sentido, no estudo de Thom et al. (2014) realizado em centros de saúde em São Francisco, Califórnia, constatou-se que um médico dentista delega um elemento da sua equipa para "educar" os pacientes, com o intuito de aumentar a sua literacia em saúde oral e o seu conhecimento em ortodontia, sendo que num período de um ano, conseguem aumentar a confiança dos pacientes em 2,5 vezes. A confiança do paciente é um aspeto do relacionamento estabelecido entre o paciente e o médico dentista (Thom et al., 2014).

A fim de determinar os níveis de literacia em saúde oral e os conhecimentos de ortodontia de uma população adulta, foi efetuado um estudo por McCarlie et al. (2022), com indivíduos que pretendiam realizar tratamento dentário em *East Carolina University School of Dental Medicine*, em Greenville. Neste sentido, os indivíduos que participaram no estudo preencheram alguns instrumentos validados, como o *Oral Health Literacy Instrument* (OHLI) e o *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine and Dentistry* (REALMD-20). Com este estudo, os autores concluíram que as visitas regulares ao médico dentista não têm um impacto significativo na literacia em saúde oral ou nos conhecimentos de ortodontia, o que era consistente com os resultados de um outro estudo aplicado a adolescentes, no Brasil, em que os investigadores constataram que a literacia em saúde oral era independente do "histórico de visitas ao dentista" (Dutra et al., 2019). Ainda no estudo de McCarlie et al., (2022), foi possível verificar que os homens apresentavam maior literacia em saúde oral que as mulheres, e que tanto nos homens como nas mulheres a literacia em saúde oral é substancialmente inadequada.

Para além da informação mencionada anteriormente, os indivíduos que participaram no estudo revelaram não dar a devida importância à necessidade de continuar a visitar o médico dentista durante o tratamento ortodôntico, bem como não compreenderam que deveriam manter bons hábitos de higiene oral durante este tratamento, a fim de evitar o desenvolvimento de doenças periodontais (consiste na inflamação das gengivas, podendo causar sangramento das mesmas) (McCarlie et al., 2022).

Durante o processo de tratamento ortodôntico são colocadas braquetes nos dentes que impedem a correta higienização dos mesmos, o que conduz a uma fraca saúde gengival e ao aumento do risco de desenvolvimento de cáries. Assim sendo, devem ser aplicados cuidados especiais de higiene oral, bem como a utilização de escovas apropriadas e fio dentário, a fim de controlar a placa bacteriana. Estes riscos que advêm do tratamento ortodôntico têm de ser

combatidos através de uma intensa comunicação entre o paciente e o médico dentista, a fim de este educar o paciente no sentido de uma melhor saúde oral (Naranjo et al., 2006).

2.7. Instrumentos de avaliação da literacia em saúde oral

A literacia em saúde oral foi identificada como primordial, a nível mundial, para promover a saúde oral e prevenir doenças associadas à mesma, devido às disparidades que existem na saúde oral, sobretudo para os grupos desfavorecidos (Dickson-Swift et al., 2014). O crescente interesse para avaliar a literacia em saúde oral relaciona-se com a tomada de decisões sobre o modo como intervir a nível político e a nível prático para melhorar a saúde oral dos indivíduos e da população (National Institute of Dental and Craniofacial Research, 2005, citado em Dickson-Swift et al., 2014).

Existem vários instrumentos desenvolvidos e publicados cujo objetivo é avaliar a literacia em saúde e a literacia em saúde oral.

Davis et al. (1993), citado em Richman et al. (2007) desenvolveram um instrumento de avaliação de literacia em saúde denominado *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM), que consiste num conjunto de palavras com ordem crescente de dificuldade, em que a pontuação dada ao paciente baseia-se no número de palavras pronunciadas corretamente pelo indivíduo. Este instrumento foi adaptado por Lee et al. (2007) criando o *Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry* (REALD). Posteriormente, surgiram algumas adaptações para avaliar a literacia em saúde oral: (i) REALD-30, o qual consiste num teste realizado com leitura de 30 palavras comuns e com vários graus de dificuldade relacionadas com medicina dentária (Lee et al., 2007, citado em Richman et al., 2007); (ii) REALD-99, o qual corresponde a uma lista de 99 palavras com mais componentes de saúde oral, de modo a proporcionar mais possibilidades de medir com maior precisão a literacia em saúde oral (Richman et al., 2007); (iii) *Rapid Estimate of Adult literacy in Medicine and Dentistry* (REALM-D), o qual apresenta uma lista de 84 itens com o propósito de avaliar a capacidade do paciente pronunciar determinada terminologia de medicina e medicina dentária (Atchison et al., 2010, citado em Gironda et al., 2013); e (iv) REALMD-20, o qual representa uma versão abreviada do teste REALM-D, que permite aos médicos avaliarem a literacia em saúde oral dos pacientes consultados em clínicas dentárias, para realizarem tratamentos, através de uma lista de 20 termos médicos e dentários, que o paciente deve ler e pronunciar em voz alta (Gironda et al., 2013).

Outra ferramenta de avaliação da literacia em saúde oral advém do *Test of Functional Health Literacy in Adults* (ToFHLA), contemplando uma secção de 68 itens de leitura e uma secção de 12 itens de numeração, denominando-se *Test of Functional Health Literacy in Dentistry* (ToFHLiD) (Gong et al., 2007).

Com a evidente necessidade de investigar a área de avaliação de literacia em saúde oral, foi criado um instrumento de literacia em saúde oral para adultos, denominado de *Oral Health Literacy Instrument* (OHLI), a fim de ajudar os médicos e investigadores a compreenderem as

dificuldades que os pacientes enfrentam perante informações relacionadas com saúde oral (Sabbahi et al., 2009). Este instrumento foi construído tendo como padrão de referência o ToFHLA, sendo que apresenta duas secções: compreensão de leitura e numeração, respetivamente. A primeira secção do OHLI é composta por 38 itens com palavras omitidas de frases sobre cárie dentária e doença periodontal, com o propósito de avaliar os conhecimentos dentários em geral, ao passo que a segunda secção apresenta 19 itens para testar a capacidade de acompanhamento de instruções para tomar prescrição de medicação após consulta dentária e pós-extração dentária (Sabbahi et al., 2009). A pontuação total do instrumento OHLI varia de 0 - 100, refletindo a soma das pontuações de ambas as secções, sendo que valores mais elevados equivalem a uma maior literacia em saúde oral. A realização deste teste requer cerca de 20 minutos, pelo que não se revela muito apropriado para ser utilizado como ferramenta em contexto clínico, mas sim como ferramenta de investigação.

Sistani et al. (2014) desenvolveram um questionário para adultos sobre literacia em saúde oral, denominado de *Oral Health Literacy Adults Questionnaire* (OHL-AQ), cuja versão final é composta por 17 itens divididos em 5 secções distintas, tendo que ver com compreensão de leitura, de numeração, de audição e de tomada de decisão. O OHL-AQ surgiu para suprir algumas das limitações de outros questionários de literacia em saúde oral já existentes, especialmente, a extensão dos instrumentos, pretendendo ser um questionário genérico, de fácil aplicação aos pacientes e que englobe medidas específicas de numeração e audição de forma a avaliar a capacidade de tomada de decisão da população alvo (Dickson-Swift et al., 2014). Este questionário mede a literacia oral tendo em consideração as seguintes dimensões: conhecimentos de saúde oral, interpretação de receitas médicas, interpretação de instruções médicas, interpretação de instruções médicas pós-extração dentária, e tomada de decisão apropriada sobre problemas de saúde oral. A pontuação do instrumento OHL-AQ traduz-se numa escala numérica que pode variar entre os valores de 0 e 17, uma vez que é obtida através da soma de todas as perguntas respondidas corretamente (sendo que cada resposta correta equivale à pontuação numérica de 1 valor) (Sistani et al., 2014). Com base no resultado obtido neste questionário, a literacia em saúde oral é categorizada em três níveis distintos, nomeadamente: inadequado (valores de 0 a 9), marginal (valores 10 e 11), e adequado (valores de 12 a 17) (Sistani et al., 2014).

3. Metodologia

A avaliação da literacia em saúde oral dos indivíduos declara-se primordial para o sucesso da promoção de saúde oral na sociedade. A partir do conhecimento do nível de literacia em saúde oral das pessoas, é possível assegurar que a informação fornecida pelos profissionais de saúde aos pacientes é compreendida e utilizada corretamente. Esta dissertação tem como objetivo avaliar o nível de literacia em saúde oral em pacientes de ortodontia (atual ou anterior) comparativamente aos pacientes que nunca tiveram tratamento ortodôntico.

De entre os múltiplos instrumentos publicados na literatura para medir a literacia em saúde oral dos indivíduos, optou-se por utilizar o *Oral Health literacy Questionnaire* (OHL-AQ) elaborado por Sistani el al. (2014). Conforme descrito com detalhe no capítulo da Revisão de Literatura, este questionário avalia a literacia em saúde oral com base em 17 items, divididos em 5 dimensões (conhecimentos de saúde oral, interpretação de receitas médicas, interpretação de instruções médicas, interpretação de instruções médicas pós-extração dentária, e tomada de decisão apropriada sobre problemas de saúde oral). Em termos de avaliação da literacia, é atribuída a pontuação de 1 quando o respondente acertou na resposta e 0 quando não acertou. Com base na pontuação global obtida, a literacia em saúde oral é categorizada em 3 níveis (inadequado, marginal e adequado).

Adicionalmente, foram introduzidas questões que pretendem caracterizar o perfil sócio-demográfico dos respondentes, bem como os seus hábitos e conhecimentos de saúde oral.

O questionário aplicado encontra-se no Anexo A.

A população em estudo são todos os portugueses maiores de idade, que já foram alvo ou não de tratamento ortodôntico. Neste estudo foi utilizada uma amostra por quotas, tendo em atenção o sexo e as faixas etárias da população portuguesa.

O questionário foi aplicado através do envio do link da plataforma Qualtrics por e-mail e mensagem telefónica. Os dados foram recolhidos entre os dias 13 de Maio e 5 de Junho, tendo sido obtidas 274 respostas válidas.

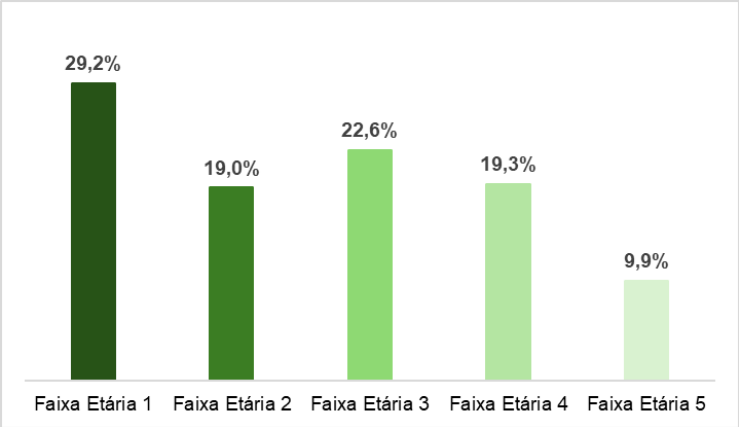
Os dados recolhidos foram analisados no *Statistical Packages for the Social Sciences* (SPSS), tendo sido utilizadas técnicas de estatística descritiva e inferencial.

4. Resultados e Discussão

4.1. Caracterização da amostra

A amostra encontra-se equitativamente representada por cada sexo (50,4% dos inquiridos são do sexo feminino e 49,6% do sexo masculino). A idade média dos inquiridos é de 40 anos. Quase 30% dos inquiridos tem entre 18 e 29 anos (29,2%), 19% tem entre 30 e 39 anos, 22,6% tem entre 40 e 49 anos, 19,3% tem entre 50 e 59 anos e cerca de 10% tem entre 60 e 65 anos de idade (Figura 1).

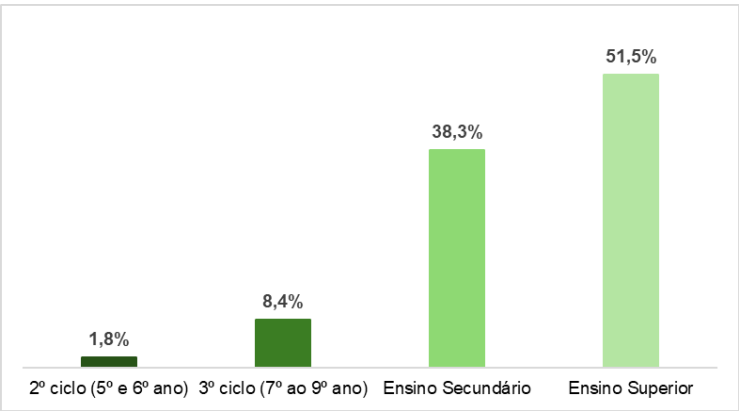
Figura 1: Faixa etária dos respondentes



Fonte: Elaboração própria

No que respeita ao grau de escolaridade, mais de metade dos inquiridos têm o Ensino Superior (51,5%) e quase 40% tem o Ensino Secundário (38,3%). Apenas cerca de 10% dos inquiridos têm o 2º e 3º Ciclo (1,8% e 8,4%, respetivamente) (Figura 2).

Figura 2: Grau de escolaridade dos respondentes

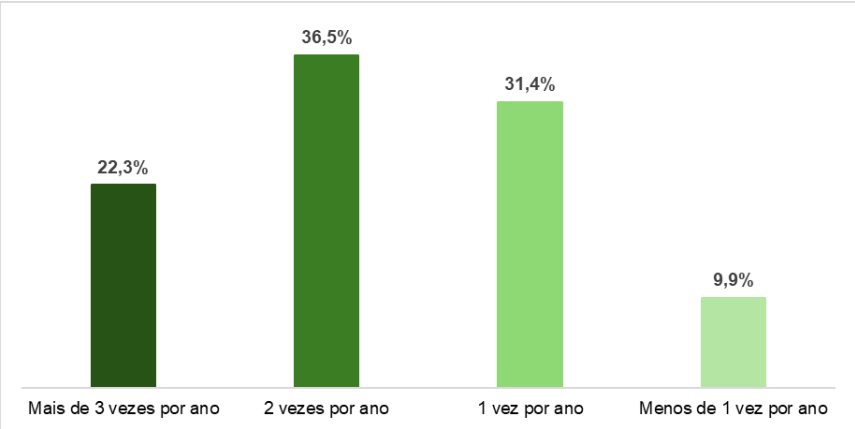


Fonte: Elaboração própria

4.2. Hábitos e estado de saúde oral

Cerca de dois terços dos respondentes vai 1 ou 2 vezes por ano ao médico dentista ou higienista oral (31,4% e 36,5%, respetivamente), sendo que 22,3% vai mais de 3 vezes por ano e cerca de 10% vai menos de 1 vez por ano ao médico dentista ou higienista oral (Figura 3).

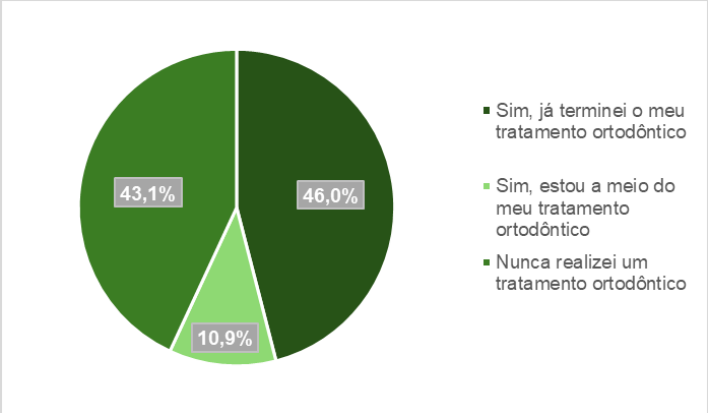
Figura 3: Regularidade de idas ao médico dentista ou higienista oral



Fonte: Elaboração própria

Cerca de 43% dos inquiridos nunca realizaram um tratamento ortodôntico, 46% já terminaram o tratamento ortodôntico e cerca de 11% estão a meio do tratamento ortodôntico (Figura 4). Verifica-se uma relação estatisticamente significativa entre a regularidade de idas ao médico dentista ou higienista oral e o estado das pessoas em termos de tratamento ortodôntico, sendo que há uma maior proporção de pessoas a meio do tratamento ortodôntico que vão mais de 3 vezes por ano ao médico dentista ou higienista oral do que o esperado, e uma maior proporção de pessoas do que o esperado que já terminaram o tratamento ortodôntico a ir 2 vezes por ano ao médico dentista ou higienista oral, e quem nunca realizou tratamento ortodôntico a ir 1 ou menos de 1 vez por ano ao médico dentista ou higienista oral (sig<0,01) (Anexo B).

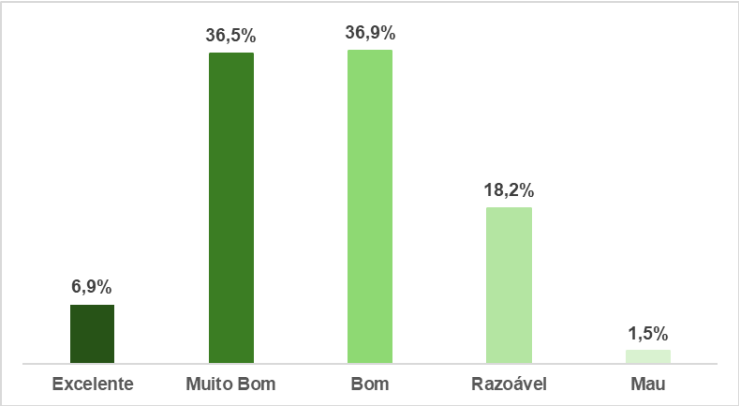
Figura 4: Realização de tratamento ortodôntico



Fonte: Elaboração própria

Quanto à perceção do seu estado de saúde oral, a maioria dos participantes considera ter um estado de saúde oral como muito bom ou bom (36,5% e 36,9%, respetivamente). Apenas cerca de 7% dos inquiridos avalia o seu estado de saúde oral como excelente e 1,5% como mau (Figura 5). Quanto maior a frequência com que as pessoas vão ao médico dentista ou higienista oral, melhor a sua perceção do seu estado de saúde oral (ρ=0,159; sig<0,01) (Anexo B). A perceção do seu estado de saúde oral é maior nas pessoas que já terminaram o seu tratamento ortodôntico ou que nunca fizeram qualquer tratamento ortodôntico face às que estão a meio do tratamento, sendo que não se encontram diferenças estatisticamente significativas na perceção do estado de saúde oral entre as pessoas que já terminaram o tratamento ortodôntico e as que nunca fizeram qualquer tratamento ortodôntico (sig<0,01) (Anexo C).

Figura 5: Autoavaliação do estado de saúde oral

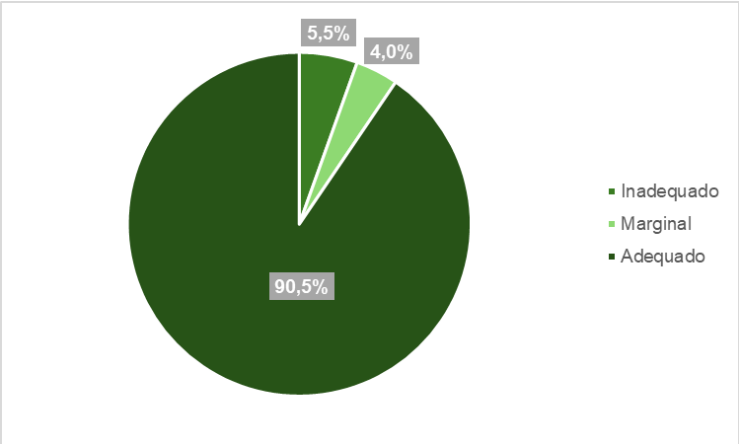


Fonte: Elaboração própria

4.3. Nível de literacia em saúde oral

A maioria dos respondentes apresentam um nível adequado de literacia em saúde oral (90,5%), enquanto que 4,0% e 5,5% apresentam níveis de literacia em saúde oral marginal e inadequada, respetivamente (Figura 6). Os resultados obtidos neste estudos mostram um maior nível de literacia em saúde oral dos portugueses face ao obtido por Sistani et al. (2014) num estudo realizado em Teerão com o mesmo questionário, em que apenas 44,3% dos respondentes apresentavam um nível de literacia em saúde oral adequado, 16,5% apresentavam um nível marginal e 39,2% apresentavam nível inadequado de literacia em saúde oral. O presente estudo também revela melhores níveis de literacia oral do que o obtido por Veladas et al. (2023), o qual teve por base uma amostra de estudantes e profissionais da área de saúde em Portugal, e em que 75% dos participantes apresentou nível adequado de literacia em saúde oral e 25% um nível inadequado, bem como o estudo de Calvasina et al. (2016) aplicado a imigrantes brazileiros que viviam em Toronto, em que 83,1% dos indivíduos apresentavam um nível adequado de literacia em saúde oral.

Figura 6: Nível de literacia em saúde oral



Fonte: Elaboração própria

Não se verifica uma relação estatisticamente significativa entre o nível de literacia em saúde oral e a idade dos pacientes, sexo, a regularidade com que os mesmos vão ao médico dentista ou ao higienista oral, a perceção que os pacientes têm do seu estado de saúde oral, e o facto de já terem feito ou não algum tratamento ortodôntico (sig>0,01) (Anexo B). Por sua vez, encontrou-se uma relação linear positiva entre o grau de escolaridade dos pacientes e o seu nível de literacia em saúde oral, pelo que quanto maior o grau de escolaridade, maior o nível de literacia em saúde oral dos pacientes (ρ=0,166; sig<0,01) (Anexo B).

Por sua vez, Veladas et al. (2023) encontraram uma relação estatisticamente significativa entre o sexo, a idade e o grau de escolaridade dos indivíduos e o seu nível de literacia em saúde oral. Com base numa amostra de pacientes de uma universidade americana de

medicina dentária, também Baskaradoss (2018) encontrou uma relação estatisticamente significativa entre o sexo e o nível de escolaridade e os níveis de literacia em saúde oral. Porém, no presente estudo, apenas se verifica uma relação estatisticamnentre significativa entre o grau de escolaridade e o nível de literacia em saúde oral.

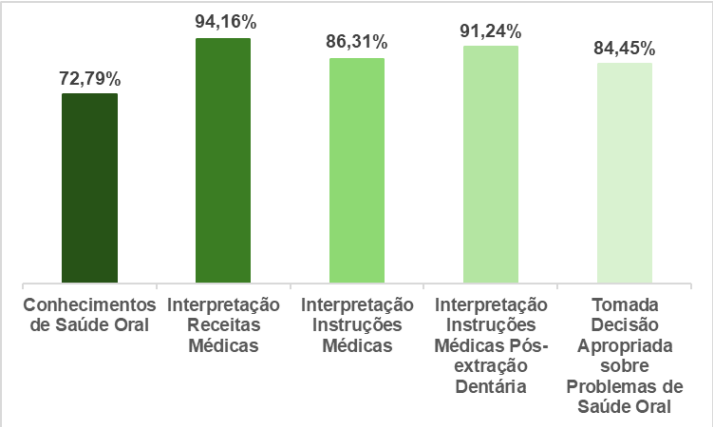
No estudo de Calvasina et al. (2016), os pacientes que não visitavam o médico dentista durante mais de um ano apresentavam reduzida lieracia em saúde oral, o que contraria os dados obtidos no presente estudo, em que não existe relação entre as variáveis. Adicionalmente, o estudo de Baskaradoss (2018) concluiu que indivíduos com baixo nível de literacia em saúde oral tinham maior probabilidade de não irem a consultas com o médico dentista, culminando em mau estado de saúde oral, o que contraria os dados obtidos no presente estudo. Por sua vez, McCarlie et al. (2022) concluíram que a regularidade de idas ao médico dentista não tem uma relação estatisticamente significativa na literacia em saúde oral. Para além de constatarem que os indivíduos não mantêm bons hábitos de higiene oral durante o tratamento ortodôntico, o que influencia negativamente o seu estado de saúde oral. Os autores concluíram ainda que o nível de literacia em saúde oral, na maioria da amostra, é substancialmente inadequado, contrariando o presente estudo.

4.4. Análise das dimensões do questionário OHL-AQ

Como descrito anteriormente, o questionário OHL-AQ utilizado neste estudo encontra-se dividido em 5 dimensões, contemplando um total de 17 itens de resposta, que de acordo com o número de respostas corretas é indicado o nível de literacia em saúde oral de cada indíviduo. Procede-se à análise da média da percentagem de respostas corretas em cada uma das dimensões do nível de literacia oral (conhecimentos de saúde oral, interpretação de receitas médicas, interpretação de instruções médicas, interpretação de instruções médicas pós-extração dentária, e tomada de decisão apropriada sobre problemas de saúde oral).

A média da percentagem de respostas corretas é de 72,79% na dimensão conhecimentos de saúde oral, 94,16% na dimensão da interpretação de receitas médicas, 86,31%, na dimensão de interpretação de instruções médicas, 91,24% na dimensão interpretação de instruções médicas pós-extração dentária é de 84,45% na dimensão de tomada de decisão apropriada sobre problemas de saúde oral (Figura 7). Verifica-se que a maioria dos respondentes apresentam maior percentagem de respostas corretas na dimensão de interpretação de receitas médicas, ao passo que o maior défice de conhecimentos se refere à dimensão de conhecimentos de saúde oral, pelo que seria importante intensificar a partilha de informações sobre saúde oral no decorrer de consultas médicas dentárias.

Figura 7: Respostas corretas nas cinco dimensões do questionário OHL-AQ



Fonte: Elaboração própria

4.4.1. Relação entre o sexo, idade, grau de escolaridade, estado de saúde oral, regularidade de idas ao médico dentista ou higienista oral e as dimensões da literacia em saúde oral do questionário OHL-AQ

Não se verifica uma relação estatisticamente significativa entre o sexo e a dimensão de conhecimentos de saúde oral, interpretação de receitas médicas, interpretação de instruções médicas e interpretação de instruções médicas pós-extração dentária (sig>0,01) (Anexo B). Todavia, encontrou-se uma relação estatisticamente significativa entre o sexo e a dimensão de tomada de decisão apropriada sobre problemas de saúde oral (ρ=0,004; sig<0,01) (Anexo B).

Quanto à relação da idade com as dimensões da literacia em saúde oral do questionário OHL-AQ, não se verifica uma relação estatisticamente significativa entre as mesmas (sig>0,01) (Anexo B).

No que respeita ao grau de escolaridade, quanto maior este for, melhores são os conhecimentos de saúde oral (ρ=0,237; sig<0,01), bem como a interpretação das instruções médicas (ρ=0,134; sig<0,05), e a tomada de decisão apropriada sobre problemas de saúde oral (ρ=0,195; sig<0,01) (Anexo B).

Tanto a regularidade de idas ao médico dentista ou higienista oral como a descrição do estado de saúde oral dos pacientes não apresentam qualquer relação com as cinco dimensões mencionadas (Anexo B).

5. Conclusões

A saúde oral é parte integrante da saúde em geral. Neste sentido, a literacia em saúde oral está relacionada com a literacia em saúde, sendo muito relevante consciencializar a população para a importância e impacto que os cuidados de saúde oral têm na saúde em geral.

O objetivo primordial desta investigação é avaliar o nível de literacia em saúde oral dos pacientes que estejam a fazer ou tenham feito tratamento ortodôntico face aos pacientes que nunca tinham realizado um tratamento ortodôntico. Com vista a atingir o objetivo proposto, foi aplicado um questionário aos portugueses maiores de idade, que já tivessem feito ou não tratamento ortodôntico. Neste estudo, foi utilizada uma amostra por quotas, tendo em conta o sexo e as faixas etárias da população portuguesa. O questionário foi aplicado através do envio do link da plataforma Qualtrics por e-mail e mensagem telefónica.

Através desta investigação, foi possível obter 274 respostas válidas, das quais a amostra se encontra equitativamente representada por cada sexo, feminino e masculino. Cerca de 30% dos inquiridos tem entre 18 e 29 anos, 19% tem entre 30 e 39 anos, 22,6% tem entre 40 e 49 anos, 19,3% tem entre 50 e 59 anos e cerca de 10% tem entre 60 e 65 anos. Quanto ao grau de escolaridade, mais de metade tem o Ensino Superior, 51,5%, seguindo de Ensino Secundário, 38,3%, e cerca de 10% dos inquiridos têm o 2º e 3º Ciclos.

Relativamente à regularidade de idas ao médico dentista ou higienista oral, cerca de dois terços dos respondentes vai 1 ou 2 vezes por ano. Quanto ao tratamento ortodôntico, a maior parte dos respondentes já terminaram ou ainda estão a meio do tratamento ortodôntico. Através deste estudo verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre a regularidade de idas ao médico dentista ou higienista oral e o estado das pessoas em termos de tratamento ortodôntico, significando isto que existe uma maior proporção de pacientes a meio do tratamento ortodôntico que vão mais que 3 vezes por ano ao médico dentista ou higienista oral do que o esperado, bem como as pessoas que já terminaram o tratamento ortodôntico irem 2 vezes por ano ao médico dentista ou higienista oral.

Através desta investigação verificou-se que a maioria dos inquiridos considerou ter um estado de saúde oral muito bom ou bom, inferindo-se que quanto maior a frequência da regularidade de idas ao médico dentista ou higienista oral, melhor será a perceção do estado de saúde oral dos pacientes. Concluiu-se que não existem diferenças estatisticamente significativas no que toca à perceção do estado de saúde oral entre as pessoas que já terminaram o tratamento ortodôntico e as que nunca realizaram o tratamento ortodôntico, ou seja, a perceção do estado de saúde oral é maior nestes casos face às pessoas que estão a meio do tratamento.

No que concerne aos níveis de literacia em saúde oral, a maioria dos respondentes apresentam um nível adequado de literacia em saúde oral, corroborado pela relação linear positiva entre o grau de escolaridade dos inquiridos e o seu nível de literacia em saúde oral, isto é, quanto maior o grau de escolaridade, maior o nível de literacia em saúde oral dos inquiridos. Porém, o nível de literacia em saúde oral não apresenta uma relação estatisticamente significativa com a idade, o sexo, a regularidade de idas ao médico dentista ou higienista oral, a perceção do estado de saúde oral dos respondentes e o facto de já terem realizado ou não algum tratamento ortodôntico.

Quando calculada a percentagem de respostas corretas nas cinco dimensões do questionário OHL-AQ, concluiu-se que a dimensão onde há mais respostas certas é de interpretação de receitas médicas, 94,16%, ao passo que a dimensão de conhecimentos de saúde oral apresenta menos respostas corretas, 72,79%.

Relativamente às dimensões do questionário OHL-AQ, apenas se encontrou relação estatisticamente significativa entre o sexo e a dimensão de tomada de decisão apropriada sobre problemas de saúde oral. Tanto a idade como a regularidade de idas ao médico dentista ou higienista oral como a perceção do estado de saúde oral não apresentam qualquer relação com as dimensões mencionadas. Quanto ao grau de escolaridade, quanto maior este for, melhores serão os conhecimentos de saúde oral, bem como a interpretação das instruções médicas e a tomada de decisão apropriada sobre porblemas de saúd oral.

Existe limitação deste estudo ao nível da dimensão da amostra, pois apenas se obteve 274 respostas, sendo que nem todos os portugueses tiveram oportunidade de responder ao questionário, uma vez que foi utilizada uma amostra não aleatória por quotas.

Acrescentar ainda que, no que respeita à literatura, ainda não existem muitos estudos sobre saúde oral em cidadãos portugueses adultos, o que limitou o estabelecimento de pontes de comparação. O mesmo acontece com o instrumento de avaliação de literacia em saúde oral utilizado neste estudo, que ainda não é utilizado amplamente em estudos, o que dificulta o confronto de resultados.

Como sugestão para futuros estudos seria pertinente estabelecer uma relação entre programas de promoção da saúde oral, implementados pelo governo ao longo dos anos, e o nível de literacia em saúde oral da população portuguesa adulta, assim seria possível avaliar os conhecimentos sobre saúde oral dos cidadãos perante a instituição destes programas.

Referências Bibliográficas

Atchison, K. A., Gironda, M. W., Messadi, D., & Der-Martirosian, C. (2010). Screening for oral health literacy in an urban dental clinic. *Journal of Public Health Dentistry*. https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2010.00181.x

Baskaradoss, J. K. (2018). Relationship between oral health literacy and oral health status. *BMC Oral Health*, *18*(1), 1–6. https://doi.org/10.1186/s12903-018-0640-1

Bernabé, E., Sheiham, A., Tsakos, G., & Messias De Oliveira, C. (2008). The impact of orthodontic treatment on the quality of life in adolescents: A case-control study. *European Journal of Orthodontics*, *30*(5), 515–520. https://doi.org/10.1093/ejo/cjn026

Buchbinder, S. B., & Shanks, N. H. (2017). *Introduction to Health Care Management* (J. & B. Learning (ed.); 3rd ed.).

Calvasina, P., Lawrence, H. P., Hoffman-Goetz, L., & Norman, C. D. (2016). Brazilian immigrants' oral health literacy and participation in oral health care in Canada. *BMC Oral Health*, *16*(1), 1–7. https://doi.org/10.1186/s12903-016-0176-1

Correia, L. F. (2023). A importância da literacia em saúde oral. Revista da Ordem dos Médicos Dentistas. *55*. https://www.omd.pt/content/uploads/2023/06/revista-omd-55.pdf

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 Journal*. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8349060/

Dickson-Swift, V., Kenny, A., Farmer, J., Gussy, M., & Larkins, S. (2014). Measuring oral health literacy: a scoping review of existing tools. *BMC Oral Health*, *14*(148). https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-148

Dimberg, L., Arnrup, K., & Bondemark, L. (2015). The impact of malocclusion on the quality of life among children and adolescents: A systematic review of quantitative studies. *European Journal of Orthodontics*, *37*(3), 238–247. https://doi.org/10.1093/ejo/cju046

Direção-Geral da Saúde. (2019). Health Literacy Action Plan Portugal 2019-2021. *Direção-Geral Da Saúde (DGS)*, 26. https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx

Dutra, L. C., Lima, L. C. M., Neves, É. T. B., Gomes, M. C., Araújo, L. J. S., Forte, F. D. S., Paiva, S. M., Ferreira, F. M., & Granville-Garcia, A. F. (2019). Adolescents with worse levels of oral health literacy have more cavitated carious lesions. *PLoS ONE*, *14*(11), 1–11. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225176

Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. V. (2016). Literacia em saúde em Portugal. *Fundação Calouste Gulbenkian*, 1–16. http://www.gulbenkian.pt

Fernandes, L. S. (2022). *Pós-Pandemia: a importância da promoção da saúde oral*. https://www.lusiadas.pt/blog/doencas/sintomas-tratamentos/pos-pandemia-importancia-

promocao-saude-oral

Gardner, J., Huang, B., & Ip, R. H. L. (2023). *Oral health knowledge is associated with oral health-related quality of life : a survey of first- year undergraduate students enrolled in an American university*. 1–12. https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-023-03721-5

Gironda, M., Der-Martirosian, C., Messadi, D. V., Holtzman, J. S., & Atchison, K. A. (2013). A Brief 20-item Dental/Medical Health Literacy Screen (REALMD-20). *Journal of Public Health Dentistry*, 1–20. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jphd.12005

Glick, M., Silva, O. M. da, Seeberger, G. K., Xu, T., Pucca, G., Williams, D. M., Kess, S., Eiselé, J.-L., & Séverin, T. (2020). FDI Visão 2020- Uma refexão sobre o futuro da saúde oral. *FDI World Dental Federation*, 1–28. https://www.omd.pt/observatorio/futuro/

Glick, M., Williams, D. M., Kleinman, D. V., Vujicic, 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. *Journal of the American Dental Association*, *147*(12), 915–917. https://doi.org/10.1016/j.adaj.2016.10.001

Gong, D. A., Lee, J. Y., Rozier, R. G., Pahel, B. T., Richman, J. A., & Vann, W. F. (2007). Development and testing of the test of functional health literacy in dentistry (TOFHLiD). *Journal of Public Health Dentistry*, *67*(2), 105–112. https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2007.00023.x

Hersh, L., Salzman, B., & Snyderman, D. (2015). Health literacy in primary care practice. *American Family Physician*, *92*(2), 118–124.

Kleinman, D. V. (2010). Healthy People 2010 Oral Health Toolkit. In *Oral Health*. https://www.google.com/search?q=healthy+people+2010+oral+health+toolkit+autores&oq=hea&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUqCAgAEEUYJxg7MggIABBFGCcYOzIGCAEQRRg5MgwIAhAAGEMYgAQYigUyBggDEEUYQTIGCAQQRRg9MgYIBRBFGEEyBggGEEUYQTIGCAcQRRg80gEIMTkzMWowajeoAgCwAgA&sourceid=chrome&

Lee, J. Y., Rozier, G., Lee, S. Y., Bender, D., & Ruiz, R. E. (2007). Development of a Word Recognition Instrument to Test Health Literacy in Dentistry: The REALD-30 - a brief communication. *Journal of Public Health Dentistry*. https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2007.00021.x

Lourenço, A., & Barros, P. (2016). Cuidados de Saúde Oral: Universalização. In *Nova Healthcare Initiative - Research*. https://www.omd.pt/content/uploads/2017/12/cuidados-saude-oral.pdf

McCarlie, J. V. W., Phillips, M. E., Price, B. D., Taylor, P. B., Eckert, G. J., & Stewart, K. T. (2022). Orthodontic and oral health literacy in adults. *PLoS ONE*, *17*(8 August), 1–10. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273328

Naranjo, A. A., Triviño, M. L., Jaramillo, A., Betancourth, M., & Botero, J. E. (2006). Changes

in the subgingival microbiota and periodontal parameters before and 3 months after bracket placement. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, *130*(3), 275.e17-275.e22. https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2005.10.022

National Institute of Dental and Craniofacial Research. (2005). The invisible barrier: literacy and its relationship with oral health. A report of a workgroup sponsored by the National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health, U.S. Public Health Service, Department of Health and Huma. *Journal of Public Health Dentistry*, *65*, 174–182. https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2005.tb02808.x

Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A.M.,& Kinding, D. A. (Ed.). (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington (DC): National Academies Press. https://doi.org/10.17226/10883

Nutbeam, D. (1999). Literacies across the lifespan: health literacy. *Literacy and Numeracy Studie*, *9*(2), 47–56.

Piassi, E., Antunes, L. S., & Antunes, L. A. A. (2016). Orthodontic treatment reduces the impact on children and adolescents' oral health-related quality of life. *Indian Journal of Dental Research*, *27*(2), 213–219. https://doi.org/10.4103/0970-9290.183122

QSP. (2023). *Barómetro da saúde oral*. https://www.omd.pt/content/uploads/2023/11/VIII-Barómetro-Nacional-de-Saúde-Oral_2023.pdf

Ratzan, S., & Parker, R. M. (2000). *Health Literacy*. https://www.researchgate.net/publication/230877250_National_Library_of_Medicine_Current_Bibliographies_in_Medicine_Health_Literacy

Richman, J. A., Lee, J. Y., Rozier, R. G., Gong, D. A., Pahel, B. T., & Vann, W. F. (2007). Evaluation of a word recognition instrument to test health literacy in dentistry: The REALD-99. *Journal of Public Health Dentistry*, *67*(2), 99–104. https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2007.00022.x

Sabbahi, D. A., Lawrence, H. P., Limeback, H., & Rootman, I. (2009). Development and evaluation of an oral health literacy instrument for adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, *37*(5), 451–462. https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2009.00490.x

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*, *90*(1), 13–25. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.08.005

Sistani, M. M. N., Montazeri, A., Yazdani, R., & Murtomaa, H. (2014). New oral health literacy instrument for public health: development and pilot testing. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry*, *5*(4), 313–321. https://doi.org/10.1111/jicd.12042

Sørensen, K., Levin-Zamir, D., Duong, T. V., Okan, O., Brasil, V. V., & Nutbeam, D. (2021). Building health literacy system capacity: a framework for health literate systems. *Health*

Promotion International, *36*, I13–I23. https://doi.org/10.1093/heapro/daab153

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), 80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80

Thom, D. H., Hessler, D., Willard-Grace, R., Bodenheimer, T., Najmabadi, A., Araujo, C., & Chen, E. H. (2014). Does health coaching change patients' trust in their primary care provider? *Patient Education and Counseling*, *96*(1), 135–138. https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.03.018

Valdez, R., Spinler, K., Kofahl, C., Seedorf, U., Heydecke, G., Reissmann, D. R., Lieske, B., Dingoyan, D., & Aarabi, G. (2022). Oral Health Literacy in Migrant and Ethnic Minority Populations: A Systematic Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *24*(4), 1061–1080. https://doi.org/10.1007/s10903-021-01266-9

Vasconcelos, M., Luís, H., & Mendes, S. (2022). Literacia em saúde de estudantes universitários portugueses de cursos da área da saúde oral. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, *63*(2), 0–8. https://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.06.866

Veladas, F. M. V., De la Torre Canales, G., de Souza Nobre, B. B., Escoval, A., Pedro, A. R., de Almeida, A. M., Assunção, V. A., & Manso, A. C. (2023). Do sociodemographic factors influence the levels of health and oral literacy? A cross-sectional study. *BMC Public Health*, *23*(1), 1–7. https://doi.org/10.1186/s12889-023-17489-4

World Health Organization. (2022a). *Global oral health status report* (Vol. 57, Issue 2). https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484

World Health Organization. (2022b). Global oral report Towards universal health coverage for oral health by 2030. Regional summary of the Western Pacific Region. In *World Health Organization*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/364538/9789240061484-eng.pdf?sequence=1

Yevlahova, D., & Satur, J. (2009). Models for individual oral health promotion and their effectiveness: A systematic review. *Australian Dental Journal*, *54*(3), 190–197. https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.2009.01118.x

Zhang, M., McGrath, C., & Hägg, U. (2006). The impact of malocclusion and its treatment on quality of life: a literature review. *International Journal of Paediatric Dentistry*. https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2006.00768.x

Outras referências:

Ordem dos Médicos Dentistas. (n.d.). Ortodontia. https://www.omd.pt/publico/ortodontia/

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

Anexos

Anexo A – Questionário de Literacia em saúde oral para adultos

O presente questionário, realizado no âmbito do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde do ISCTE, tem por objetivo avaliar o nível de literacia em saúde oral dos pacientes. A resposta a este inquérito demora cerca de 5 minutos. Solicita-se a resposta a todas as perguntas. O presente questionário é anónimo e confidencial.
Em caso de dúvidas poderá contactar a investigadora, Cristiana Pedroso, através do e-mail: cmppo1@iscte-iul.pt.

Parte I – Dados Pessoais

1. Idade: _____

2. Sexo
   - □ Feminino
   - □ Masculino
   - □ Não binário

3. Grau de escolaridade
   - □ 1º ciclo (1º ao 4º ano)
   - □ 2º ciclo (5º ao 6º ano)
   - □ 3º ciclo (7º ao 9º ano)
   - □ Ensino Secundário
   - □ Ensino Superior

Parte II – Hábitos e Estado de Saúde Oral

4. Com que regularidade vai ao Médico Dentista ou Higienista Oral?
   - □ Mais de 3 vezes por ano
   - □ 2 vezes por ano
   - □ 1 vez por ano
   - □ Menos de 1 vez por ano

5. Já realizou ou está a realizar um tratamento ortodôntico?
   - □ Sim, já terminei o meu tratamento ortodôntico

- □ Sim, estou a meio do meu tratamento ortodôntico
- □ Nunca realizei um tratamento ortodôntico

6. Como descreve o seu estado de saúde oral?
   - □ Excelente
   - □ Muito Bom
   - □ Bom
   - □ Razoável
   - □ Mau

Parte III – Conhecimentos de Saúde Oral

7. Pesquisas mostram que pode haver uma ligação entre doenças orais e outros problemas de saúde como:
   - □ Doença de pele
   - □ Infarte do miocárdio
   - □ Doença mental
   - □ Distrofia muscular
   - □ Não sei

8. Uma das doenças orais mais comuns é a cárie dentária. Escovar os dentes com pasta que contenha _____ pelo menos duas vezes por _____ com fio dentário e evitar alimentos com muito _____ pode prevenir a cárie dentária.

<u>1º espaço</u>
- □ Sabor
- □ Branqueador
- □ Detergente
- □ Flúor
- □ Não sei

<u>2º espaço</u>
- □ Mês
- □ Refeição
- □ Dia
- □ Semana
- □ Não sei

3º espaço

- Sal
- Especiarias
- Gordura
- Açúcar
- Não sei

9. Cada pessoa tem 32 dentes _____, nascendo _____ aos seis anos de idade.

1º espaço

- Incisivo
- Decíduos
- Molares
- Permanentes
- Não sei

2º espaço

- A maioria deles
- O primeiro
- O último
- Todos eles
- Não sei

Parte IV – Interpretação de Receitas Médicas

Considere a seguinte receita para a toma de antibiótico:

- Diagnóstico: Infeção e abcesso dentário
- Tratamento: Amoxicilina (500 mg) (21 cápsulas)
- Tome uma cápsula, por via oral, três vezes (a cada 8 horas) por dia durante 7 dias

10. Se tomar a primeira cápsula às 14h, a que horas deve tomar a próxima? _____

11. Se os seus sintomas desaparecerem no quarto dia de medicação deve parar de tomar a medicação?

- Sim
- Não

- Não sei

Parte V – Interpretação de Instruções Médicas

Considere as instruções para uso de colutório oral:

- Bochecho com fluoreto de sódio 0,2%
- Bochechar durante 1 minuto e a seguir cuspir, 1 vez por semana
- A seguir não pode comer nem beber nada durante 30 minutos

12. Considerando esta receita, pode engolir o fluoreto de sódio?
    - Sim
    - Não
    - Não sei

13. Se usar o fluoreto de sódio às 12h, quando pode comer ou beber novamente? _____

Parte VI – Interpretação de Instruções Médicas Pós-extração Dentária

Considere as seguintes instruções pós-extração dentária:

- Morder uma compressa no local da extração durante 30 minutos
- Não cuspir durante 12 horas
- Nas primeiras 12 horas a seguir à extração deve comer e beber só coisas frias e moles como gelado ou sopa fria

14. Se o dente foi extraído às 8h, quando deve retirar a compressa da boca? _____

15. Se o dente foi extraído às 8h, pode comer comida quente às 14h?
    - Sim
    - Não
    - Não sei

Parte VII – Tomada de Decisão Apropriada sobre Problemas de Saúde Oral

16. Qual é a melhor decisão se ocorrer um pouco de sangramento após escovar ou usar fio dentário?
    - Não escovar e usar fio dentário diariamente
    - Mascar pastilha em vez de escovar ou usar fio dentário
    - Continuar a escovar e usar fio dentário diariamente
    - Usar um palito em vez de escovar e usar fio dentário
    - Não sei

17. Qual a melhor decisão se sentir dor ou inchaço na boca?
    - Tomar antibióticos
    - Tomar analgésicos
    - Consultar um familiar
    - Ir ao médico ou ao médico dentista
    - Não sei

18. Qual das alternativas seguintes é a melhor maneira de remover manchas e tártaro dos dentes?
    - Comer alimentos duros como maçã
    - Bochechar com um colutório
    - Usar uma pasta de dentes anti-tártaro e branqueadora
    - Fazer uma limpeza dentária
    - Não sei

19. Na sua opinião qual o significado de “Eu ilibo o meu dentista por quaisquer complicações não intencionais do tratamento”?
    - O meu dentista é responsável por complicações não intencionais do tratamento
    - Aceito o tratamento proposto pelo dentista
    - Eu dou permissão ao meu dentista para fazer qualquer tratamento conforme o necessário
    - O meu dentista não é responsável por complicações não intencionais do tratamento
    - Não sei

20. Na sua opinião qual o significado de “Eu tenho um histórico de alergia a alguns medicamentos”?

- Sinto dificuldades em falar após o consumo de alguns medicamentos
- Tenho dores fortes no peito após o consumo de alguns medicamentos
- Sinto difculdades em respirar e vermelhidão na pele após o consumo de alguns medicamentos
- Sinto ansiedade e tonturas após consumo de alguns medicamentos
- Não sei

Anexo B – Testes de Hipóteses

Correlations

			NívelLiteraciaSaúdeOral	1- Idade	3 - Grau de escolaridade	1 - Com que regularidade vai ao Médico Dentista ou Higienista Oral?	3 - Como descreve o seu estado de saúde oral?
Spearman's rho	NívelLiteraciaSaúdeOral	Correlation Coefficient	1.000	-.017	.166**	.068	-.109
		Sig. (2-tailed)	.	.781	.006	.261	.072
		N	274	274	274	274	274
	1- Idade	Correlation Coefficient	-.017	1.000	-.418**	.083	.291**
		Sig. (2-tailed)	.781	.	<.001	.169	<.001
		N	274	274	274	274	274
	3 - Grau de escolaridade	Correlation Coefficient	.166**	-.418**	1.000	-.175**	-.442**
		Sig. (2-tailed)	.006	<.001	.	.004	<.001
		N	274	274	274	274	274
	1 - Com que regularidade vai ao Médico Dentista ou Higienista Oral?	Correlation Coefficient	.068	.083	-.175**	1.000	.159**
		Sig. (2-tailed)	.261	.169	.004	.	.008
		N	274	274	274	274	274
	3 - Como descreve o seu estado de saúde oral?	Correlation Coefficient	-.109	.291**	-.442**	.159**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.072	<.001	<.001	.008	.
		N	274	274	274	274	274

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

NívelLiteraciaSaúdeOral * 2 - Sexo Crosstabulation

Count

		2 - Sexo		Total
		Feminino	Masculino	
NívelLiteraciaSaúdeOral	Inadequado	6	9	15
	Marginal	5	6	11
	Adequado	127	121	248
Total		138	136	274

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	.822[a]	2	.663
Likelihood Ratio	.826	2	.662
Linear-by-Linear Association	.818	1	.366
N of Valid Cases	274		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.46.

1 - Com que regularidade vai ao Médico Dentista ou Higienista Oral? * 2 - Já realizou ou está a realizar um tratamento ortodôntico? Crosstabulation

			2 - Já realizou ou está a realizar um tratamento ortodôntico?			
			Sim, já terminei o meu tratamento ortodôntico	Sim, estou a meio do meu tratamento ortodôntico	Nunca realizei um tratamento ortodôntico	Total
1 - Com que regularidade vai ao Médico Dentista ou Higienista Oral?	Mais de 3 vezes por ano	Count	17	28	16	61
		Expected Count	28.1	6.7	26.3	61.0
		Adjusted Residual	-3.2	9.9	-3.0	
	2 vezes por ano	Count	66	2	32	100
		Expected Count	46.0	10.9	43.1	100.0
		Adjusted Residual	5.0	-3.6	-2.8	
	1 vez por ano	Count	37	0	49	86
		Expected Count	39.5	9.4	37.0	86.0
		Adjusted Residual	-.7	-3.9	3.1	
	Menos de 1 vez por ano	Count	6	0	21	27
		Expected Count	12.4	3.0	11.6	27.0
		Adjusted Residual	-2.6	-1.9	3.8	
Total		Count	126	30	118	274
		Expected Count	126.0	30.0	118.0	274.0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	122.573[a]	6	<.001
Likelihood Ratio	107.861	6	<.001
Linear-by-Linear Association	9.899	1	.002
N of Valid Cases	274		

a. 1 cells (8.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.96.

Crosstab

Count

		2 - Sexo		
		Feminino	Masculino	Total
ConhecimentosSaúdeOral	0	0	1	1
	17	2	2	4
	33	4	4	8
	50	15	21	36
	67	51	39	90
	83	48	53	101
	100	18	16	34
Total		138	136	274

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,951[a]	6	,683
Likelihood Ratio	4,346	6	,630
Linear-by-Linear Association	,233	1	,629
N of Valid Cases	274		

a. 6 cells (42,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,50.

Crosstab

Count

		2 - Sexo		
		Feminino	Masculino	Total
InterpretaçãoReceitasMédicas	0	2	0	2
	50	12	16	28
	100	124	120	244
Total		138	136	274

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,623[a]	2	,269
Likelihood Ratio	3,397	2	,183
Linear-by-Linear Association	,002	1	,967
N of Valid Cases	274		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,99.

Crosstab

Count

		2 - Sexo		
		Feminino	Masculino	Total
InterpretaçãoInstruçõesMédicas	0	5	5	10
	50	28	27	55
	100	105	104	209
Total		138	136	274

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	,008[a]	2	,996
Likelihood Ratio	,008	2	,996
Linear-by-Linear Association	,003	1	,958
N of Valid Cases	274		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,96.

Crosstab

Count

		2 - Sexo		
		Feminino	Masculino	Total
InterpretaçãoInstruçõesMédicas PósExtraçãoDentária	0	3	2	5
	50	18	20	38
	100	117	114	231
Total		138	136	274

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	,330[a]	2	,848
Likelihood Ratio	,331	2	,847
Linear-by-Linear Association	,002	1	,960
N of Valid Cases	274		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,48.

Crosstab

Count

		2 - Sexo		
		Feminino	Masculino	Total
TomadaDecisãoApropriada ProblemasSaúdeOral	0	0	2	2
	20	1	1	2
	40	7	4	11
	60	19	18	37
	80	30	58	88
	100	81	53	134
Total		138	136	274

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,591[a]	5	,004
Likelihood Ratio	18,574	5	,002
Linear-by-Linear Association	3,231	1	,072
N of Valid Cases	274		

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,99.

Correlations

			1- Idade	3 - Grau de escolaridade	1 - Com que regularidade vai ao Médico Dentista ou Higienista Oral?	3 - Como descreve o seu estado de saúde oral?	ConhecimentosSaúdeOral	InterpretaçãoReceitasMédicas	InterpretaçãoInstruçõesMédicas	InterpretaçãoInstruçõesMédicasPósExtraçãoDentária	TomadaDecisãoApropriadaProblemasSaúdeOral
Spearman's rho	1- Idade	Correlation Coefficient	1,000	-,418**	,083	,291**	,028	,070	,013	,037	-,027
		Sig. (2-tailed)	.	<,001	,169	<,001	,641	,245	,829	,547	,651
		N	274	274	274	274	274	274	274	274	274
	3 - Grau de escolaridade	Correlation Coefficient	-,418**	1,000	-,175**	-,442**	,237**	,084	,134*	,092	,195**
		Sig. (2-tailed)	<,001	.	,004	<,001	<,001	,166	,026	,129	,001
		N	274	274	274	274	274	274	274	274	274
	1 - Com que regularidade vai ao Médico Dentista ou Higienista Oral?	Correlation Coefficient	,083	-,175**	1,000	,159**	-,022	,088	,064	,056	,016
		Sig. (2-tailed)	,169	,004	.	,008	,720	,148	,289	,358	,795
		N	274	274	274	274	274	274	274	274	274
	3 - Como descreve o seu estado de saúde oral?	Correlation Coefficient	,291**	-,442**	,159**	1,000	-,159**	-,115	-,099	-,012	-,172**
		Sig. (2-tailed)	<,001	<,001	,008	.	,008	,057	,102	,840	,004
		N	274	274	274	274	274	274	274	274	274
	ConhecimentosSaúdeOral	Correlation Coefficient	,028	,237**	-,022	-,159**	1,000	,139*	,122*	,277**	,252**
		Sig. (2-tailed)	,641	<,001	,720	,008	.	,021	,043	<,001	<,001
		N	274	274	274	274	274	274	274	274	274
	InterpretaçãoReceitasMédicas	Correlation Coefficient	,070	,084	,088	-,115	,139*	1,000	,301**	,278**	,338**
		Sig. (2-tailed)	,245	,166	,148	,057	,021	.	<,001	<,001	<,001
		N	274	274	274	274	274	274	274	274	274
	InterpretaçãoInstruçõesMédicas	Correlation Coefficient	,013	,134*	,064	-,099	,122*	,301**	1,000	,374**	,375**
		Sig. (2-tailed)	,829	,026	,289	,102	,043	<,001	.	<,001	<,001
		N	274	274	274	274	274	274	274	274	274
	InterpretaçãoInstruçõesMédicasPósExtraçãoDentária	Correlation Coefficient	,037	,092	,056	-,012	,277**	,278**	,374**	1,000	,268**
		Sig. (2-tailed)	,547	,129	,358	,840	<,001	<,001	<,001	.	<,001
		N	274	274	274	274	274	274	274	274	274
	TomadaDecisãoApropriadaProblemasSaúdeOral	Correlation Coefficient	-,027	,195**	,016	-,172**	,252**	,338**	,375**	,268**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,651	,001	,795	,004	<,001	<,001	<,001	<,001	.
		N	274	274	274	274	274	274	274	274	274

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Anexo C - Teste Kruskal-Wallis: Estado de saúde oral e Realização do tratamento ortodôntico

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Rank of EstadoSaudeOral by TratamentoOrtodôntico

LSD

(I) 2 – Já realizou ou está a realizar um tratamento ortodôntico?	(J) 2 – Já realizou ou está a realizar um tratamento ortodôntico?	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Sim, já terminei o meu tratamento ortodôntico	Sim, estou a meio do meu tratamento ortodôntico	48.000000*	6.357864	<.001	35.48291	60.51709
	Nunca realizei um tratamento ortodôntico	4.000000	4.009253	.319	-3.89324	11.89324
Sim, estou a meio do meu tratamento ortodôntico	Sim, já terminei o meu tratamento ortodôntico	-48.000000*	6.357864	<.001	-60.51709	-35.48291
	Nunca realizei um tratamento ortodôntico	-44.000000*	6.399176	<.001	-56.59842	-31.40158
Nunca realizei um tratamento ortodôntico	Sim, já terminei o meu tratamento ortodôntico	-4.000000	4.009253	.319	-11.89324	3.89324
	Sim, estou a meio do meu tratamento ortodôntico	44.000000*	6.399176	<.001	31.40158	56.59842

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Test Statistics[a,b]

	3 – Como descreve o seu estado de saúde oral?
Kruskal-Wallis H	32.111
df	2
Asymp. Sig.	<.001

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: 2 – Já realizou ou está a realizar um tratamento ortodôntico?