INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Literacia em saúde oral de pais/cuidadores de crianças na região de lisboa

Beatriz Alexandra Gomes Dias da Costa

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:

PHD, Rita Maria Espanha Pires Chaves Torrado da Silva, Professora Associada (com Agregação)

ISCTE- IUL

setembro,2025

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Literacia em saúde oral de pais/cuidadores de crianças na região de lisboa

Beatriz Alexandra Gomes Dias da Costa

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:

PHD, Rita Maria Espanha Pires Chaves Torrado da Silva, Professora Associada (com Agregação)

ISCTE- IUL

setembro,2025

Agradecimento

A dissertação desta tese marca a conclusão de mais uma etapa na minha vida que me permitiu crescer a nível pessoal e profissional.

Desejo agradecer a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, incentivaram e contribuíram na realização deste trabalho.

Em primeiro lugar, à professora Rita Espanha, pela sua disponibilidade e apoio prestados ao longo de todo o processo. A sua orientação foi fundamental, enriquecendo todos os aspetos desta investigação.

À minha família, em especial à minha mãe, não só pelo amor e dedicação, mas por serem os pilares fundamentais durante esta etapa. Sem o vosso apoio, não teria sido possível chegar até aqui. Ao Diogo, pelo carinho, pela paciência, pela compreensão e pelo encorajamento ao longo desta etapa.

Aos meus amigos, pela amizade e pela compreensão das minhas ausências durante este percurso.

A todos os pais e cuidadores que participaram nesta investigação e a todas as crianças que frequentam o SOL, que tornaram este estudo possível e enriqueceram a minha evolução enquanto profissional de saúde.

Ao Serviço Odontopediátrico de Lisboa (SOL), pela colaboração prestada na realização deste trabalho, destacando o apoio e disponibilidade da Diretora Clínica ao longo de todo o processo.

À Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, pela confiança e contributo que permitiram a concretização desta investigação.

Muito obrigada a todos!

Resumo

Introdução: A saúde oral infantil é um dos principais desafios de saúde pública, devido à elevada prevalência de cárie dentária e ao impacto no bem-estar das crianças. Pais e cuidadores têm um papel central na prevenção, sendo a sua literacia determinante para a adoção de comportamentos adequados.

Objetivo: Analisar a relação entre a literacia em saúde oral dos pais/cuidadores e a condição clínica das crianças acompanhadas no Serviço Odontopediátrico de Lisboa.

Metodologia: A amostra integrou 152 pais/cuidadores de crianças entre os 3 e os 12 anos. A recolha de dados incluiu a aplicação do questionário *Oral Health Literacy Adult Questionnaire* (OHL-AQ) e a consulta das fichas clínicas das crianças, com registo de cáries ativas e história de cárie dentária. Variáveis sociodemográficas e comportamentais foram analisadas através de estatística descritiva e inferencial.

Resultados: Verificou-se que níveis mais elevados de literacia em saúde oral estavam associados a práticas de higiene mais consistentes, maior supervisão da escovagem e menor prevalência de cáries ativas. A escolaridade surgiu como variável determinante para os níveis de literacia. Apesar de 62% da amostra apresentar literacia considerada adequada, persistem lacunas em aspetos fundamentais do conhecimento em saúde oral.

Conclusão: Os resultados confirmam a importância da literacia parental como fator crucial da saúde oral infantil. Destaca-se a necessidade de promover programas educativos dirigidos a pais/cuidadores, adaptados ao perfil sociocultural das famílias, como estratégia para reduzir desigualdades e melhorar a saúde oral em idade pediátrica.

Palavras-chave: saúde oral, literacia em saúde, pais/cuidadores, odontopediatria, cárie dentária, prevenção.

Classificação JEL: I12, I14

Abstract

Introduction: Childhood oral health remains one of the major public health challenges, due to the high prevalence of dental caries and its impact on children's well-being. Parents and caregivers play a central role in prevention, with their oral health literacy being a key factor for the adoption of appropriate behaviours.

Objective: To analyse the relationship between parents'/caregivers' oral health literacy and the clinical condition of children attending the Serviço Odontopediátrico de Lisboa.

Methodology: The study included 152 parents/caregivers of children aged 3 to 12 years. Data collection combined the administration of the *Oral Health Literacy Adult Questionnaire* (OHL-AQ) and consultation of the children's clinical records, registering active caries and history of dental caries. Sociodemographic and behavioural variables were also considered, using descriptive and inferential statistical analysis.

Results: Higher levels of literacy were associated with more consistent hygiene practices, greater parental supervision of toothbrushing, and lower prevalence of active caries. Educational level emerged as a determinant for literacy levels. Although 62% of the sample showed adequate literacy, gaps remain in fundamental aspects of oral health knowledge.

Conclusion: The findings confirm the importance of parental literacy as a crucial factor in children's oral health. Promoting educational programs for parents and caregivers, adapted to the families' sociocultural profile, is highlighted as a strategy to reduce inequalities and improve pediatric oral health outcomes.

Keywords: oral health, health literacy, parents/caregivers, pediatric dentistry, dental caries, prevention.

JEL Classification: I12, I14.

ÍNDICE

Introdução 1

CAPÍTULO I- Revisão da Literatura 5

1.1.Saúde oral e doenças orais 5

1.2.Importância da gestão da saúde e os cuidados de saúde oral em Portugal 6

1.3.Saúde oral infantil e Programas para a Promoção em Saúde Oral em Portugal 7

1.4.Papel dos pais/cuidadores na saúde oral infantil 8

1.5.Literacia em saúde 10

1.6.Literacia em saúde oral 11

1.7.Literacia em saúde oral dos pais/cuidadores e o seu impacto na saúde oral infantil .. 12

1.8.Instrumentos de avaliação de literacia 14

CAPÍTULO II - Metodologia 17

2.1. Recolha de dados 17

2.1.1. Questionário 17

2.1.2. Avaliação estado de saúde oral: Análise das fichas clínicas 19

2.2. Tratamento de dados 19

CAPÍTULO III - Apresentação de resultados 21

3. Resultados 21

3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra 21

3.2. Caracterização dos hábitos de higiene oral das crianças 23

3.3. Caracterização do estado de saúde oral infantil 25

3.4. Análise das dimensões do questionário OHL-AQ e níveis de literacia 26

3.5. Estado de saúde oral das crianças: Análise de associações entre variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas 27

3.6. Literacia em saúde oral: Análise de associações entre variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas 30

CAPÍTULO IV- Discussão de resultados 35

CAPÍTULO V- Conclusão 45

Considerações gerais 45

Referências Bibliográficas 49

ANEXOS 57

Anexo A – Consentimento informado para participação no estudo 59

Anexo B – Questionário 67

Anexo C- Testes de Hipóteses 73

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Faixa etária dos participantes..... 21
Figura 2: Idade dos filhos/crianças dos participantes..... 23
Figura 3 :Motivo mais frequente para levarem os seus filhos/crianças ao profissional de saúde oral..... 24
Figura 4 :Regularidade necessária para levar o seu filho/criança ao profissional de saúde oral 24
Figura 5: Respostas corretas nas diferentes dimensões do questionário OHL-AQ..... 27

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Grau de escolaridade dos participantes 22

Glossário de siglas

CPOD – Dentes Cariados, Perdidos e Obturados

DGS – Direção-Geral da Saúde

HLS19 – Health Literacy Survey 2019

III ENPDO – III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais

INE – Instituto Nacional de Estatística

OHL-AQ – Oral Health Literacy Adult Questionnaire

OHLI – Oral Health Literacy Instrument

OMD- Ordem dos Médicos Dentistas

OMS – Organização Mundial da Saúde / **WHO –** World Health Organization

PIB – Produto Interno Bruto

PNPSO – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

REALD – Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry

REALM – Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SOBE+ – Saúde Oral em Bibliotecas Escolares

SOL – Serviço Odontopediátrico de Lisboa

ToFHLA – Test of Functional Health Literacy in Adults

Introdução

A saúde oral é um elemento constituinte da saúde em geral e do bem-estar físico e mental do indivíduo. Nos últimos anos, o conceito de saúde oral, tem vindo a evoluir e atualmente é reconhecido como um conceito dinâmico que abrange, não só a ausência de doenças, mas a capacidade de realizar atividades como falar, sorrir, cheirar, saborear, tocar, mastigar e engolir, enquanto expressa uma gama variada de emoções através de expressões faciais, com confiança e sem dor ou desconforto. (Glick, 2016).

No entanto, a saúde de oral pode ser comprometida pela presença de doenças orais, estas apresentam um caráter crónico e progressivo, como é o caso da cárie dentária (Peres et al, 2019). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2022), o impacto da cárie dentária afeta um número relevante de crianças em todas as regiões abrangidas pela organização.

A consciencialização da população sobre a importância dos cuidados de saúde oral para a saúde geral, pode ser promovida através da educação da sociedade. Para tal, a avaliação do nível de literacia em saúde oral dos pais e cuidadores é fundamental, dado o papel preponderante que desempenham na promoção de boas práticas de saúde desde a infância.

A literacia em saúde é descrita pela Organização Mundial da Saúde como as "*competências cognitivas e sociais que influenciam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e utilizar informação, com o objetivo de promover e manter uma boa saúde*" (WHO, 1998). Ao longo dos anos este conceito foi evoluindo, passando de uma abordagem predominantemente cognitiva para uma definição mais abrangente, onde são incorporadas dimensões sociais e pessoais de cada indivíduo (Pedro, 2016).

A literacia em saúde oral, está intimamente ligada ao conceito de literacia em saúde, níveis baixos de literacia em saúde oral estão geralmente associados a um conhecimento insuficiente sobre saúde oral e dificuldade em compreender a importância de procedimentos preventivos, comprometendo, deste modo, a adoção de comportamentos saudáveis (Firmino et al, 2017).

Embora grande parte dos estudos sobre literacia em saúde tenham avaliado resultados em adultos, um crescente número de evidências tem vindo a explorar o impacto da baixa literacia dos pais e cuidadores na saúde infantil. Uma vez que as crianças encontram-se inequivocamente dependentes destes para aceder aos serviços de saúde, a limitada literacia em saúde dos adultos pode ter consequências negativas significativas para a população pediátrica (Miller et al 2010).

O papel da família na condução eficaz da saúde infantil é algo que está profundamente enraizado na história, devido à sua influência no desenvolvimento das crianças. A família tem a responsabilidade de desempenhar um papel ativo na educação e formação de indivíduos e deste modo, instituir práticas diárias que promovam a saúde no geral (Janeiro et al, 2024).

Para apoiar as famílias nesta importante missão, as clínicas dentárias, através do trabalho protagonizado pelos médicos dentistas e higienistas orais, desempenham um papel fundamental na promoção da literacia, assim como na sensibilização para a saúde oral. Estes profissionais têm o dever e a responsabilidade de informar e educar não apenas as crianças, mas também os pais e os cuidadores, para que o efeito prático da literacia prevaleça no futuro das crianças. O acesso a materiais informativos e educativos fornecidos pelas clínicas dentárias, contribuem diretamente para o aumento da literacia em saúde e fomentam a adoção de hábitos preventivos adequados (OMD, 2023). Desta forma, a cooperação entre os pais/cuidadores e os profissionais de saúde oral é indispensável, na medida em que, a existência desta ligação promove uma intervenção precoce e eficaz na saúde oral infantil.

Esta investigação apresenta-se na área da saúde pública e da odontopediatria, ao analisar como o nível de conhecimento sobre saúde oral dos pais/cuidadores pode influenciar a saúde oral das crianças na região de Lisboa, especificamente as que são acompanhadas no Serviço Odontopediátrico de Lisboa (SOL) da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, aqui explorado como estudo de caso. Neste contexto, será possível obter uma visão da realidade local, contribuir com as conclusões e recomendações deste estudo para a redução das desigualdades em saúde oral, promover práticas preventivas e contribuir para o fortalecimento e consolidação das competências dos pais e cuidadores nesta área.

A principal questão da investigação passa por entender qual a relação entre os níveis de literacia em saúde oral de pais/cuidadores e o estado da cavidade oral das crianças. Como questões secundárias, pretende-se ainda explorar quais os níveis de literacia e qual o estado da cavidade oral das crianças, quais os fatores associados aos diferentes níveis de literacia, quais as áreas onde é necessário apoio educativo para melhorar os cuidados e qual o papel da clínica dentária SOL na literacia em saúde oral e quais as implicações para a sua gestão.

Este estudo tem como objetivo geral conhecer os níveis de literacia em saúde oral dos pais/cuidadores e relacionar com o estado da cavidade oral das crianças da região de lisboa. Como objetivos específicos, procura-se compreender quais os fatores que estão relacionados com os níveis de literacia em saúde oral, identificar necessidades educativas e promover

melhorias na saúde oral infantil através do apoio e capacitação dos pais/cuidadores e por fim, identificar de que forma é que o serviço pode contribuir para a melhoria da literacia e quais os benefícios a nível organizacional que podem trazer.

Tendo em conta estes objetivos, torna-se relevante apresentar brevemente o contexto institucional onde o estudo decorreu. O Serviço Odontopediátrico de Lisboa (SOL) constitui-se como uma unidade de saúde especializada da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML). Destina-se a crianças e jovens com idades compreendidas entre os 0 e 17 anos e 365 dias, independentemente da sua condição social e/ou económica, abrangendo residentes no concelho de Lisboa, filhos dos colaboradores ativos da SCML e ainda, crianças integradas em estruturas residenciais ou equipamentos da instituição (SCML, 2024).

Este serviço procura também a consciencialização dos pais para a importância do trabalho preventivo precoce, de modo, a melhorar a saúde oral. Procura também, diagnosticar e tratar precocemente as doenças da cavidade oral, diminuir os índices das doenças orais na população pediátrica e contribuir para a melhoria da qualidade de vida, para a promoção da saúde oral e consequentemente da saúde em geral, assegurando a acessibilidade, a qualidade e a continuidade dos cuidados prestados (SCML, 2024).

Fundado em 2019, conta com uma ampla gama de especialidades, incluindo Ortodontia, Odontopediatria, Endodontia, Higiene Oral, Periodontologia, Cirurgia Oral, Dentisteria e Patologia Oral com uma equipa de 15 médicos dentistas e 3 higienistas orais. Desde a sua criação, já prestou cuidados a mais de 20 mil crianças, perfazendo um total de cerca de 130 mil consultas realizadas (SCML, 2024).

Por fim, importa destacar que esta dissertação de mestrado organiza-se em cinco capítulos. O Capítulo I corresponde à revisão da literatura, onde é apresentado o enquadramento teórico do estudo. No Capítulo II descreve-se a metodologia, incluindo a caracterização da amostra, os procedimentos de recolha de dados e a forma como estes foram analisados. O Capítulo III apresenta os resultados obtidos, enquanto o Capítulo IV se dedica à sua discussão, relacionando-os com a evidência científica existente e destacando as principais implicações práticas. Finalmente, o Capítulo V reúne as conclusões do trabalho, identificando também as limitações do estudo e sugestões para futuras investigações.

Capítulo I- Revisão da Literatura

1.1. Saúde oral e doenças orais

A Saúde Oral é uma parte integrante e fundamental da saúde geral de um indivíduo ao longo da vida e transcende da presença de peças dentárias saudáveis, sendo que não deve ser negligenciada. Como tal, é fundamental a prevenção e manutenção da saúde oral assim como a deteção precoce de doenças orais, uma vez que estas, pela sua severidade ou dimensão podem colocar em risco o bem-estar físico e emocional, gerar desigualdades sociais e causar impactos económicos significativos (OMD, 2010).

As doenças orais representam um grave problema de saúde pública a nível global e são derivadas de uma série de fatores de risco modificáveis, entre as doenças orais com maior impacto, pode-se evidenciar a cárie dentária nos dentes decíduos e permanentes, a doença periodontal e o cancro do lábio e da cavidade oral (WHO, 2022).

Segundo o Relatório Global da Saúde Oral da Organização Mundial de Saúde, elaborado em 2022, as doenças orais comprometem cerca de 3,5 mil milhões de pessoas em todo o mundo, sendo que 3 em cada 4 pessoas afetadas habitam em países de rendimento médio (WHO, 2022).

A incidência das principais doenças orais continua a aumentar a nível global potencializada pela expansão urbana e pelas transformações nas condições de vida. Este facto pode ser resultante da exposição inadequada ao flúor, tanto no abastecimento de água, como nos produtos de higiene oral, por exemplo, a pasta dentífrica. Adicionalmente a disponibilidade, comercialização intensiva e o preço acessível de alimentos e bebidas com elevado teor de açúcar, bem como álcool e tabaco, têm estimulado o consumo crescente de produtos que contribuem para problemas de saúde oral e outras doenças não transmissíveis. Em última instância, outro fator crucial é o acesso limitado aos serviços de saúde oral na comunidade (Jornal Dentistry, 2024).

Em Portugal, a Ordem dos médicos dentistas, publicou em 2024 a nona edição do Barómetro da Saúde oral com os principais indicadores dos hábitos, acesso, perceções e motivações da população portuguesa relacionados com a oferta de cuidados de saúde oral. Com base neste estudo, é possível concluir que 34% da população portuguesa tem a dentição completa e que cerca de 57% dos portugueses com falta de dentes naturais não têm dentes de substituição (próteses ou implantes dentários). No que diz respeito aos hábitos de higiene oral, a maioria da população continua a escovar os dentes pelo menos duas vezes ao dia. Em 2024, 74,4% dos portugueses relataram escovar os dentes duas ou mais vezes por dia, uma ligeira

descida face ao ano de 2023, quando esse número era de 78,8%. No entanto, verificou-se uma melhoria na utilização diária de fio dentário e colutório oral (elixir). Por fim, é ainda importante ressalvar que cerca de 27% dos portugueses continuam a não visitar o médico dentista com regularidade ou fazem-no apenas em situações de urgência (OMD,2024).

1.2. Importância da gestão da saúde e os cuidados de saúde oral em Portugal

Nos países mais desenvolvidos, o setor da saúde representa entre 8% a 15% da economia, tornando-se uma das maiores indústrias de qualquer país. Em inúmeros casos, o setor da saúde supera setores como a educação, a agricultura, as tecnologias de informação, o turismo e as telecomunicações, sendo uma componente crucial para o desempenho económico geral. Em Portugal, cerca de 10% do Produto Interno Bruto (PIB), está relacionado com as despesas no setor da saúde, evidenciando a sua importância no contexto de desenvolvimento do país e da sustentabilidade (Walshe & Smith,2011) (INE, 2024).

Uma das áreas predominantes no setor dos cuidados de saúde, é a gestão de saúde, esta encarrega-se da organização, do planeamento e da coordenação dos serviços com o objetivo de garantir a eficiência e vincular a qualidade no atendimento. As organizações de saúde são constituídas com complexidade e dinamismo, pois a gestão é fundamental para assegurar a eficiência na utilização dos recursos humanos, materiais e financeiros promovendo a sustentabilidade e o desenvolvimento contínuo na prestação de cuidados. A criação das organizações de saúde, surgiu com o intuito de alcançar objetivos coletivos, desta forma, a sua gestão envolve a coordenação de processos interdisciplinares, onde a cooperação de diferentes áreas prevalece para garantir a prestação de serviços integrados e adaptados às necessidades crescentes das comunidades. (Buchbinder & Shanks, 2017).

Em Portugal, a saúde é considerada um direito fundamental e de acordo com o artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, este consagra, a proteção da saúde como um dever, mas, sobretudo, como um direito de todos, realizado através de um serviço nacional de saúde (SNS) universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito. O SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, assegurando a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação médica e social (Assembleia da República, 2005, Art. 64.º).

No que diz respeito à área da saúde oral, desde a década de 90, têm sido dados passos importantes no Serviço Nacional de Saúde. O desenvolvimento de um trabalho em colaboração

com as autarquias, de maneira a promover a dinamização e implementação de consultórios de medicina dentária, nos cuidados de saúde primários, foi protagonizado em 2018, com o principal objetivo de promover o acesso a cuidados de saúde oral. Apesar destas medidas, o número de profissionais de saúde oral ainda se considera como insuficiente e com uma distribuição geográfica desigual, segundo os dados da DGS, existem 170 gabinetes de saúde oral, 140 médicos dentistas, dos quais 118 são contratos para prestação de serviços e ainda, 107 higienistas orais (Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, 2023).

Esta escassez de recursos no setor público, aliada à desigualdade geográfica, pressupõe a que grande parte da população tenha de recorrer ao setor privado para obter cuidados de medicina dentária. Sem estarem associados ou terem acordo com quaisquer mecanismos de proteção financeira em caso de doença, os pacientes costumam pagar o custo total dos mesmos. Deste modo, a população portuguesa para aceder a cuidados de saúde oral enfrenta fortes barreiras financeiras pela necessidade de assumir diretamente os custos dos tratamentos. Pela barreira criada, naturalmente, as famílias com menores rendimentos abstêm-se de aceder a cuidados de saúde oral, colocando-se em causa o seu direito à saúde (Lourenço & Barros, 2016).

1.3. Saúde oral infantil e Programas para a Promoção em Saúde Oral em Portugal

Uma das doenças mais predominantes na idade pré-escolar e escolar, é a cárie dentária, segundo o relatório global da OMS, apresentado em 2022, estima-se que 514 milhões de crianças sofrem de cárie dentária nos dentes decíduos (dentes de leite) (WHO, 2022).

Em Portugal, há mais de duas décadas que os Centros de Saúde implementam atividades delineadas através do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), desempenhando um papel crucial na implementação de estratégias de intervenção destinadas à promoção da saúde, à prevenção e ao tratamento das doenças orais em crianças e jovens (DGS,2021).

Atualmente, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO 2021-2025), tem como objetivo promover a saúde oral ao longo da vida, garantindo acesso equitativo e universal aos cuidados de saúde oral. Entre as principais estratégias, destacam-se o incentivo à escovagem com pasta fluoretada, a aplicação de vernizes de flúor no ensino pré-escolar e os bochechos fluoretados no 1.º ciclo. Outra medida significativa é a aplicação de selantes de fissura aos 4, 7, 10 e 13 anos. Por fim, o acesso a consultas de saúde oral gratuitas através dos cheques-dentista, foi alargado para todas as crianças e jovens até aos 18 anos (DGS, 2021).

Em 2015, a Direção-Geral de Saúde (DGS) apresentou o terceiro Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais (III ENPDO), que permitiu avaliar estado de saúde oral e os comportamentos dos grupos etários dos 6, 12 e 18 anos e faixas etárias dos 35-44 e 65-74 anos. Relativamente à faixa etária dos 6 anos, verificou-se que a proporção de crianças livres de cárie dentária tem registado uma evolução positiva ao longo dos anos, verificando-se que em 2013/2014, 54% das crianças estavam livres de cárie. A frequência de escovagem dentária também apresentou melhorias: em 2013/2014, 79% das crianças com 6 anos escovavam os dentes pelo menos uma vez por dia (face aos 74% registados em 2006), enquanto 53% escovavam duas ou mais vezes por dia. De forma notável, 84% das crianças escovavam os dentes antes de dormir, o que representa uma melhoria significativa em relação aos 35% em 2006 (DGS, 2015).

Com base na análise dos dados fornecidos, é possível concluir que em 2013/2014, 53% das crianças na faixa etária dos 12 anos, não apresentava qualquer cárie dentária, o que representa uma melhoria face aos 44% em 2006. O hábito e a frequência de escovagem também apresentam melhorias, em 2013/2014, 90% das crianças escovavam pelo menos uma vez por dia, enquanto 70% escovavam duas ou mais vezes por dia e 87% escovavam os dentes antes de dormir (DGS,2015).

Não obstante, apesar das melhorias observadas, o índice de CPOD (dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) aos 12 anos ainda apresentou valores elevados quando comparado com outros países europeus. É o caso da Dinamarca onde a média é de 0,4, contrastando com os 1,18 da realidade portuguesa (DGS, 2015).

1.4. Papel dos pais/cuidadores na saúde oral infantil

A adoção de bons hábitos de saúde oral na infância é frequentemente influenciada pela orientação dos pais, especialmente das mães. Durante os três primeiros anos de vida, são estes que desempenham o papel de principais intervenientes no cuidado da saúde oral das crianças, perpetuando-se esta responsabilidade mesmo no período pré-escolar (Abiola et al.,2009).

A cavidade oral de um recém-nascido é praticamente livre de microrganismos, mas pouco tempo após o nascimento, ocorre a colonização bacteriana, nomeadamente o Streptococcus mutans, uma das principais bactérias associadas ao desenvolvimento da cárie dentária. A colonização bacteriana na cavidade oral da criança é influenciada pelos hábitos e

comportamentos maternos, uma vez que as mães são frequentemente identificadas como a principal fonte de transmissão de bactérias cariogénicas para os seus filhos (Caufield,1997).

Segundo um estudo realizado em 2013 pelos autores Bozorgmehr, Hajizaman e Mohammadi a presença de problemas dentários nos pais/cuidadores, pode estar associada uma maior presença de placa bacteriana nas crianças, derivada de uma higiene oral deficiente. Além disso, os pais/cuidadores que enfrentam maiores problemas dentários podem ter menos preocupação com os comportamentos de higiene dos seus filhos, contrariamente, os pais/cuidadores que apresentam níveis de saúde oral mais adequada têm maior probabilidade de ter filhos com um índice de placa bacteriana mais baixo.

As práticas de higiene oral e alimentares dos pais/cuidadores influenciam diretamente as rotinas de escovagem e as escolhas alimentares das crianças, uma vez que estas tendem a replicar determinados comportamentos dos adultos, quando estão em fase de crescimento (Bozorgmehr et al, 2013).

Estudos indicam que, embora 71% das mães reconheçam a importância de supervisionar diariamente a escovagem dos dentes, apenas 40% o fazem efetivamente (Castilho et al, 2013). Este facto é preocupante, na medida em que, durante o processo de aprendizagem das rotinas de higiene oral, as crianças brincam frequentemente com a escova, sem existir a realização concreta e eficaz da escovagem (Finlayson et al., 2007). Por essa razão, as mães desempenham um papel crucial na orientação e supervisão da higiene oral dos filhos, ajudando-os a aprender práticas corretas de escovagem.

Além disso, a frequência de escovagem dos pais/cuidadores está diretamente associada à frequência e qualidade da escovagem dos filhos. Aqueles que mantêm uma rotina de higiene oral adequada, tendem a incentivar os filhos a seguir o mesmo comportamento, reforçando a importância de dar o exemplo, demonstrando deste modo que as atitudes parentais têm um impacto positivo no estado de saúde oral das crianças (Bozorgmehr et al, 2013).

De modo semelhante, as práticas alimentares dos pais/cuidadores influenciam as preferências alimentares e o consumo de alimentos com elevado teor de açúcar pelas crianças. Com bases em estudos, é possível verificar que existe uma relação significativa entre o consumo de alimentos açucarados entre as refeições dos pais/cuidadores e dos filhos, demonstrando que os hábitos alimentares parentais servem de referência para as escolhas alimentares das crianças (Savage et al,2007).

Os cuidados de saúde oral infantil devem ser considerados como a base para uma educação preventiva. Considerando que são os pais/cuidadores os principais intervenientes nas decisões relacionadas com a saúde das crianças, estes têm a responsabilidade de instruir, motivar e estabelecer rotinas diárias que contribuam para a prevenção de doenças, assim como incutir os princípios básicos de higiene e consciencializá-los para as questões de saúde oral.

1.5. Literacia em saúde

A literacia em saúde diz respeito, à aptidão dos indivíduos em obter, compreender e utilizar informações e serviços de saúde de forma simples e eficaz, capacitando-os a tomar decisões fundamentadas que beneficiem a sua saúde e a da comunidade. Este processo acontece quando a sociedade disponibiliza informações claras e acessíveis, facilitando a adoção de comportamentos saudáveis e contribuindo para a sustentabilidade dos sistemas de saúde (Ancker et al., 2020).

Nos últimos anos, a literacia em saúde tem ganho cada vez mais relevância, especialmente pelo seu impacto na forma como as pessoas se relacionam com os sistemas de saúde. Desde a prevenção de doenças até ao acesso a serviços de saúde, uma maior literacia permite aos indivíduos tomarem decisões mais conscientes e autónomas. Como tal, deve assumir-se como uma prioridade na sociedade atual, adotando um papel determinante, mediador e moderador da saúde, contribuindo, deste modo, para o fortalecimento da autonomia dos cidadãos e para o aumento da eficácia e eficiência dos serviços de saúde, promovendo uma sociedade mais saudável e informada (Pedro, 2016 e Espanha et al., 2016).

Num estudo realizado pela Direção Geral da Saúde entre 2020 e 2021, foi realizada uma avaliação da literacia em saúde da população portuguesa, por meio da utilização do *Health Literacy Survey 2019* (HLS19). Constatou-se que 7 em cada 10 portugueses apresentam altos níveis de literacia em saúde. A maioria dos indivíduos (65%) foi classificado com um nível suficiente de literacia em saúde, enquanto 7,5% foram classificados com um nível inadequado e 22% foram classificados com um nível problemático. Verificou-se ainda que os valores de literacia geral em saúde estão associados à idade e à escolaridade, demonstrando o aumento da proporção de níveis inadequados de literacia em saúde com o avanço da faixa etária e com a diminuição do nível de escolaridade. (Arriaga et al., 2021)*.

A relação entre o nível de literacia e o estado de saúde do indivíduo tem sido amplamente documentada na literatura científica. Indivíduos com níveis inadequados de literacia em saúde

enfrentam maiores dificuldades em compreender, utilizar, navegar nos sistemas de saúde e interpretar informações sobre saúde. Apresentam, também, maior suscetibilidade em confiar em informações provenientes de fontes com menor qualidade (Chen et al., 2018). Esta situação irá, invariavelmente, levar a consequências negativas, contribuindo para a diminuição na qualidade de vida. Por exemplo, indivíduos com baixos níveis de literacia são mais propensos a adotar um estilo de vida menos saudável, o que aumenta o risco de prevalência de doenças crónicas, como obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e cancro. A baixa literacia em saúde está também fortemente associada à menor utilização de serviços de prevenção e rastreios de doenças, o que origina um maior atraso nos diagnósticos e, consequentemente, um maior risco de hospitalização e internamentos, aumentando, assim, os custos para os serviços de saúde (Pedro, 2016).

*Este estudo utilizou método de recolha de dados apenas online, utilizando também uma versão reduzida do questionário.

1.6. Literacia em saúde oral

Tal como a literacia em saúde, a literacia em saúde oral é essencial para reduzir as desigualdades existentes na saúde oral e para promover a sua melhoria. Através de estudos, é possível constatar que indivíduos com baixa literacia em saúde oral apresentam um risco mais elevado de desenvolver doenças orais e de enfrentar problemas associados a essas doenças (Batista et al.,2017). De acordo com um estudo realizado por Baskaradoss (2016), pessoas com baixa literacia em saúde oral têm maior probabilidade de não comparecer a consultas dentárias. A não adesão às recomendações dos profissionais de saúde oral tem sido associada a uma maior prevalência de cárie dentária e a um pior estado de saúde periodontal (Wigen et al., 2009 e Wehmeyer et al.,2014).

Indivíduos com níveis mais elevados de literacia em saúde oral apresentam menos dentes perdidos e mais dentes obturados, em comparação com aqueles que apresentam níveis inadequados de literacia. Esta diferença pode ser explicada pelo facto de um indivíduo com literacia em saúde oral adequada, ser capaz de identificar doenças orais numa fase mais precoce do que alguém que possua literacia limitada, além de procurar tratamento de forma mais rápida. Em contrapartida, indivíduos com literacia limitada tendem a adiar o diagnóstico das suas condições dentárias, o que se reflete numa maior percentagem de dentes perdidos (Baskaradoss, 2018).

A relação entre a literacia em saúde oral e os desfechos de saúde foi explicada por Macek et al. (2010) através de um modelo conceptual. De acordo com este modelo, a saúde de um indivíduo resulta das decisões que este toma, que, por sua vez, são influenciadas pela literacia em saúde e moduladas por fatores sociodemográficos. O rendimento, a educação e as características pessoais, têm influência tanto na abordagem, como na atuação e no desfecho de saúde oral.

Em Portugal, foi lançado, em 2011, pela Direção-Geral de Saúde, em parceria com o Plano Nacional de Leitura e a Rede de Bibliotecas Escolares, o Projeto SOBE+ (Saúde Oral em Bibliotecas Escolares) que visa promover a literacia em saúde oral e incentivar a adoção de práticas preventivas para a saúde e o bem-estar, especialmente junto das crianças do ensino pré-escolar e 1.º ciclo, bem como de professores, educadores e pais/cuidadores. Este projeto aposta na escovagem supervisionada nas escolas, com a disponibilização de kits de higiene oral e na distribuição de materiais pedagógicos. Além disso, promove formações para professores e ações de sensibilização para pais e cuidadores, garantindo uma abordagem integrada entre a escola e a família (DGS, 2021 e SOBE,2024).

1.7. Literacia em saúde oral dos pais/cuidadores e o seu impacto na saúde oral infantil

A literacia em saúde oral dos pais/cuidadores tem uma influência significativa na saúde oral das crianças (Barasuol et al.,2020). Fatores como o nível de escolaridade, a profissão, a idade, o nível socioeconómico, a localização demográfica, os conhecimentos prévios, as atitudes e os comportamentos podem influenciar diretamente a literacia em saúde oral dos pais/cuidadores. Por exemplo, a baixa literacia em saúde oral causa um impacto direto nos hábitos preventivos e alimentares, como por exemplo a alimentação noturna com biberão e cuidados de higiene oral adotados pelas crianças, como a escovagem irregular (Gudipaneni et al., 2024) (Bozorgmehr et al.,2013).

Segundo um estudo desenvolvido por Gudipaneni et al (2024), pais/cuidadores com idades superiores a 30 anos apresentaram um nível de literacia em saúde oral significativamente maior do que pais mais jovens, sugerindo deste modo, que a idade pode desempenhar um papel crucial nos níveis de literacia em saúde oral dos pais, sendo que os pais mais velhos têm mais conhecimento e consciência sobre a saúde oral, bem como uma maior capacidade de influenciar as atitudes parentais em relação à saúde oral dos seus filhos.

No que diz respeito ao nível de escolaridade, existem estudos indicadores da existência de uma correlação entre mães com níveis de escolaridade mais reduzidos e a realização de visitas menos regulares ao dentista com os seus filhos (Bozorgmehr et al.,2013). De acordo com Chawłowska et al (2022), através de um estudo desenvolvido na Polónia, concluiu-se que a probabilidade da realização de check-ups dentários anuais sem a presença de dor foi 2,5 vezes maior em crianças cujos pais tinham pelo menos um dos progenitores com nível de escolaridade superior, em comparação com crianças cujos pais não possuíam esse nível de escolaridade. Existe também uma relação direta entre os níveis mais elevados de escolaridade e uma redução do índice de placa bacteriana nas crianças. Isso sugere que uma maior escolaridade das mães, contribui para o aumento do seu conhecimento e perceção sobre comportamentos de saúde e para uma maior capacidade de supervisionar as práticas de higiene dos seus filhos (Bozorgmehr et al.,2013).

No que diz respeito ao nível socioeconómico, segundo o estudo realizado por Gudipaneni et al (2024), famílias cujo seu rendimento seja significativamente mais baixo, apresentam níveis de literacia em saúde oral mais reduzidos. Este resultado sugere que o nível socioeconómico pode influenciar os níveis de literacia em saúde oral nas famílias de baixo rendimento, derivado das inúmeras barreiras no acesso a informações e recursos relacionados com a saúde oral. Outro estudo realizado por De Buhr e Tannen (2020), corroborou estas mesmas conclusões demonstrando que níveis mais elevados de literacia em saúde dos pais, estão significativamente associados a um nível socioeconómico mais elevado e a uma idade parental mais avançada. Estes estudos destacam o papel dos fatores socioeconómicos na formação dos níveis de literacia em saúde oral dos pais e o impacto direto na saúde das crianças, nomeadamente em áreas como a nutrição, exercício físico e saúde oral.

Como anteriormente descrito, a localização geográfica também é um fator que pode ter um papel preponderante nos níveis de literacia em saúde oral, no estudo polaco de Chawłowska et al (2022), foi descrito que a prevalência de cáries em crianças de 6 anos é maior nas zonas rurais do que nas zonas urbanas. Nas zonas urbanas, estas tendem a escovar os dentes com maior frequência e utilizar pastas dentífricas fluoretadas mais cedo.

Através destes resultados, é possível constatar a importância dos comportamentos parentais na saúde oral das crianças e a necessidade inequívoca de intervenções educativas como formações atuais, práticas, dinâmicas e acessíveis com a finalidade de promover uma mudança real de comportamentos de forma a melhorar a literacia em saúde oral de pais e cuidadores.

Este aspeto é fundamental para garantir a adoção de práticas preventivas de higiene oral nas crianças, contribuindo para a redução do índice de cárie dentária e de placa bacteriana e contribuindo deste modo, para uma melhor saúde oral ao longo da vida (Bozorgmehr et al.,2013 e Chawłowska et al.,2022).

1.8. Instrumentos de avaliação de literacia

Os instrumentos de avaliação da literacia em saúde oral desempenham um papel crucial ao identificar níveis de conhecimento e compreensão, permitem ainda, identificar as limitações e lacunas da população, de forma a intervir mais eficazmente, ao definir onde, quando e como atuar. Deste modo, as hipóteses de atingir o sucesso das estratégias implementadas são ampliadas.

Ao longo dos anos, foram sendo desenvolvidos vários instrumentos para a medição da literacia em saúde. Em 1993, surgiu o Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM), que consiste num conjunto de palavras em ordem crescente de dificuldade, sendo a pontuação atribuída ao paciente baseada no número de palavras pronunciadas corretamente. Posteriormente, foram desenvolvidas adaptações deste instrumento. Por exemplo, em 2007, surgiu o Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry (REALD), que também passou por algumas adaptações, como o REALD-30 e o REALD-99 (Davis et al,1993) (Richman et al 2007) (Lee et al,2007).

Outro instrumento é *o Test of Funcional Health Literacy in Adults* (ToFHLA), que também possui uma versão mais reduzida (S-ToFHLA), permitindo avaliar a literacia e numeracia através da interpretação de textos (Gong et al, 2007).

Em 2009, foi desenvolvido por Sabbahi et al. o Oral Health Literacy Instrument (OHLI), com o objetivo de auxiliar médicos e investigadores a compreender as dificuldades que os pacientes enfrentam ao lidar com informações relacionadas com a saúde oral. Este instrumento foi construído com base no ToFHLA e é composto por duas secções: uma destinada à avaliação da compreensão de leitura (38 itens) e outra à avaliação da compreensão de informações numéricas (19 itens). Além disso, inclui 17 itens que avaliam os conhecimentos gerais de saúde oral, através da identificação de estruturas orais e de instrumentos de higiene oral. A pontuação total do OHLI varia entre 0 e 100, refletindo a soma das pontuações das duas secções, sendo que valores mais elevados indicam uma maior literacia em saúde oral.

Contudo, surgiu a necessidade de ultrapassar algumas limitações dos questionários previamente apresentados, nomeadamente a sua extensão. Assim, em 2014, foi desenvolvido por Sistani et al. o Oral Health Literacy Adults Questionnaire (OHL-AQ), com o propósito de ser mais simples e rápido de aplicar, mas ao mesmo tempo abrangente, incorporando aspetos essenciais como a compreensão numérica, de leitura e auditiva, consideradas fundamentais para avaliar a tomada de decisão dos pacientes. Estas dimensões permitem explorar desde o conhecimento básico em saúde oral até à interpretação de prescrições e instruções médicas, incluindo recomendações específicas após uma extração dentária, bem como a capacidade de decidir corretamente perante diferentes situações clínicas. A pontuação obtida corresponde ao total de respostas corretas (0–17 pontos) e permite determinar o nível de literacia em saúde oral (Sistani et al., 2014).

CAPÍTULO II – Metodologia

2.1. Recolha de dados

A presente investigação adotou um desenho de investigação de estudo de caso, centrado na análise aprofundada de uma realidade específica: o Serviço Odontopediátrico de Lisboa (SOL), pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML), onde são acompanhadas crianças residentes no concelho de Lisboa. Segundo Yin (2001), o estudo de caso caracteriza-se pela exploração detalhada de um fenómeno no seu contexto real, permitindo compreender a complexidade das interações entre variáveis individuais, sociais e institucionais. Esta abordagem revelou-se adequada para o objetivo do estudo, pois possibilita articular dados sociodemográficos, comportamentais e clínicos, evidenciando de que forma a literacia parental em saúde oral influência os resultados de saúde das crianças.

A amostra deste estudo foi construída a partir da participação voluntária dos pais ou cuidadores de crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 12 anos acompanhadas nesta unidade de saúde. Foram incluídos participantes de todos os géneros, etnias e níveis socioeconómicos, desde que cumprissem os critérios definidos. Como critérios de inclusão, exigiu-se que os participantes fossem pais ou cuidadores de crianças dentro da faixa etária estabelecida, que estivessem em acompanhamento na referida clínica dentária, que fossem fluentes em língua portuguesa e que tivessem manifestado o seu consentimento livre e esclarecido para a participação no estudo. Foram excluídos todos os casos em que as crianças apresentavam idades fora do intervalo definido, bem como situações em que não foi possível obter o consentimento dos pais ou cuidadores. A amostra foi constituída em função dos critérios de conveniência, tendo sido incluídos os indivíduos mais acessíveis e disponíveis para a investigadora, conforme proposto por Bhardwaj (2019).

A recolha de dados foi realizada entre os meses de julho e agosto de 2025 através de métodos quantitativos, incluindo o acesso à base de dados clínica das crianças, disponível no sistema de informação da unidade de saúde (Novigest), e a realização de questionários aos pais ou cuidadores no final das consultas de Higiene Oral. Os participantes foram previamente esclarecidos quanto aos objetivos da investigação e garantia de anonimato e confidencialidade.

2.1.1. Questionário

O questionário aplicado tem uma duração máxima de 10 minutos e é proveniente da adaptação de outro questionário pré-existente, denominado Oral Health Literacy Adults Questionnaire (OHL-AQ), como já previamente descrito é constituído por 17 itens, distribuídos por 5 secções

distintas, nomeadamente: compreensão de leitura, compreensão numérica, audição e tomada de decisão. Este questionário avalia a literacia em saúde oral, considerando as seguintes dimensões: conhecimentos sobre saúde oral, interpretação de receitas médicas, interpretação de instruções médicas, interpretação de instruções médicas pós-extração dentária e tomada de decisão adequada em relação a problemas de saúde oral.

A pontuação deste instrumento é obtida através da soma das questões respondidas corretamente, ou seja, cada resposta correta recebe 1 ponto. Assim, a pontuação total do questionário varia numa escala numérica entre 0 e 17. Com base nos resultados obtidos, a literacia em saúde oral é classificada em três níveis distintos: inadequado (valores de 0 a 9), marginal (valores entre 10 e 11) e adequado (valores entre 12 e 17) (Sistani et al.,2014).

O questionário desenvolvido é constituído por 3 partes (Anexo B):

Parte I: Dados sociodemográficos	• Idade • Género • Freguesia (local de residência) • Grau de escolaridade • Profissão • Situação profissional
Parte II: Literacia em saúde oral	• Relação entre saúde oral e saúde geral • Prevenção da cárie dentária • Conhecimentos sobre número e tipo de dentes • Interpretação de receitas e instruções médicas (antibióticos, elixir, pós-extração) • Tomada de decisão perante sintomas ou sinais (hemorragia, dor, manchas, tártaro) • Compreensão de frases comuns em contexto clínico
Parte III: Perceção do estado de saúde oral e participação nas rotinas diárias da criança	• Autoavaliação da saúde oral da criança • Supervisão e auxílio na higiene oral • Observação da cavidade oral da criança • Perceção de alterações orais (ex.: cáries, gengivite, pigmentação)

Fonte: Elaboração Própria

Os questionários foram aplicados exclusivamente pela autora da investigação, no contexto da sua atividade profissional. Considerando o perfil da população atendida neste serviço, composto por utentes de diferentes contextos sociais e económicos, apresentou-se uma amostra diversificada que permitiu uma compreensão representativa da realidade da saúde oral infantil.

Com o intuito de minimizar potenciais vieses nas respostas dos participantes, os objetivos do estudo foram claramente explicados, reforçando o caráter anónimo do questionário e a importância de respostas rigorosas e honestas às questões colocadas.

2.1.2. Avaliação estado de saúde oral: Análise das fichas clínicas

No final da consulta de Higiene Oral e após a aplicação dos questionários aos pais ou cuidadores, procedeu-se à análise das fichas clínicas das respetivas crianças, disponíveis no sistema de informação Novigest, com o intuito de avaliar a sua história de cárie dentária. As fichas clínicas constituem um registo individual e sistematizado de toda a informação relevante sobre a saúde oral da criança, incluindo dados de identificação, tratamentos realizados, diagnósticos anteriores e observações clínicas realizadas pelos profissionais de saúde. Este registo contínuo, permite acompanhar a evolução clínica de cada criança, funcionando como uma ferramenta essencial para garantir a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados e permitindo aceder com rigor aos dados relevantes para o estudo.

A recolha desta informação foi realizada pela autora da investigação. Através da análise efetuada, foi possível identificar se a criança já teve, em algum momento, cárie dentária, independentemente de se tratar de uma lesão ativa ou já tratada, possibilitando assim aferir a presença ou ausência de experiência de cárie. Para além disso, foi também registada a existência de cáries ativas no momento da observação, distinguindo assim as crianças que já tinham tido doença controlada daquelas que apresentavam patologia ativa e necessitavam de intervenção. Desta forma, foi possível cruzar os dados obtidos nos questionários com a informação clínica existente, contribuindo para uma compreensão mais abrangente da investigação.

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 29.0). Os dados obtidos foram analisados através de técnicas de estatística descritiva e inferencial.

CAPÍTULO III - Apresentação de resultados

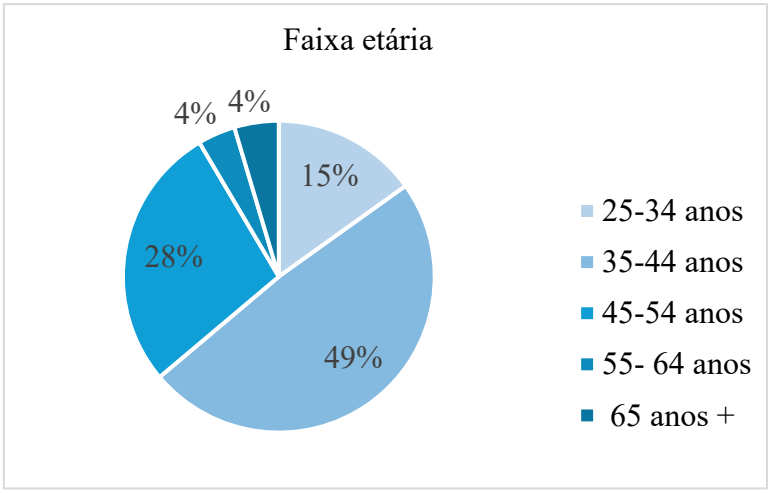
3. Resultados

3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra do presente estudo é constituída por 152 pais ou cuidadores de crianças acompanhadas no Serviço Odontopediátrico de Lisboa. Verifica-se uma maior representação do género feminino (n=109; 71,7%), contrastando com o género masculino, constituindo apenas 28,3% da amostra (n=43).

Relativamente à idade dos participantes, a faixa etária mais representada corresponde ao intervalo dos 35–44 anos (n=74; 48,7%), seguindo-se os 45–54 anos (n=42; 27,6%) e os 25–34 anos (n=23; 15,1%). Apenas uma pequena parte da amostra (n=13; 8,5%) apresentou idades superiores a 55 anos.

Figura 1: Faixa etária dos participantes



Fonte: Elaboração própria

No que diz respeito ao grau de escolaridade dos inquiridos, observou-se uma distribuição heterogénea, com maior expressão para o ensino secundário (n=66; 43,4%). Segue-se o ensino superior, sendo a licenciatura representada por 25,7% (n=39) e o mestrado por 6,6% (n=10) dos inquiridos. Relativamente ao ensino básico, verifica-se que 14,5% (n=22) dos participantes concluíram o 3.º ciclo (9.º ano), 5,3% (n=8) o 2.º ciclo (6.º ano) e 3,9% (n=6) apenas o 1.º ciclo (4.º ano). Somente um dos participantes (0,7%) declarou não saber ler nem escrever.

Estes resultados demonstram que a maioria da amostra apresenta níveis de escolaridade médios a elevados, onde o ensino secundário e superior revelam ser o nível predominante, o que poderá constituir um fator relevante na compreensão e adesão a práticas de saúde oral.

Tabela 1: Grau de escolaridade dos participantes

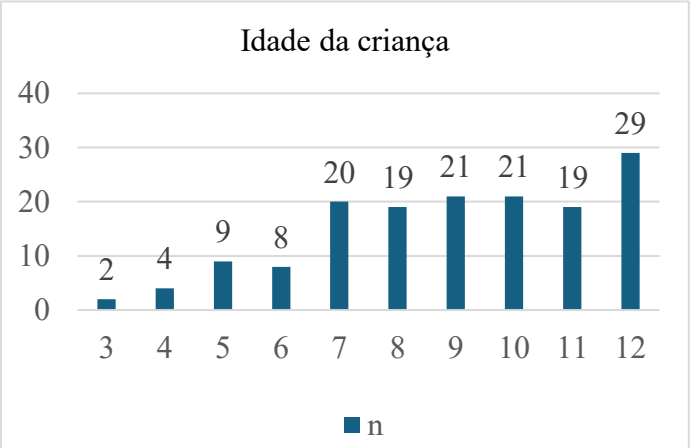
Grau de escolaridade	**n**	**%**
Não sabe ler nem escrever	1	0,7
1º ciclo ensino básico (4º ano de escolaridade)	6	3,9
2º ciclo ensino básico (6º ano de escolaridade)	8	5,3
3º ciclo ensino básico (9º ano de escolaridade)	22	14,5
Ensino secundário (12º ano de escolaridade)	66	43,4
Licenciatura (Ensino superior)	39	25,7
Mestrado (Ensino superior	10	6,6
Total	152	100

Fonte: Elaboração própria

Tendo em conta a situação profissional, a grande maioria dos inquiridos encontra-se empregado por conta de outrem (n=106; 69,7%). Seguem-se os trabalhadores por conta própria (n=15; 9,9%) e os desempregados, com ou sem subsídio, que em conjunto representam 9,2% da amostra (n=14). Os reformados correspondem a 5,3% (n=8), enquanto patrões (com empregados) e domésticos apresentam resultados idênticos (n=4; 2,6%). No geral, os dados apresentados demonstram uma amostra maioritariamente ativa no mercado de trabalho.

Por fim, para a participação no presente estudo, apenas foram incluídos pais ou cuidadores de crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 12 anos. A distribuição etária das crianças revelou-se equilibrada, embora com maior concentração nas idades mais avançadas desta faixa etária. A idade mais frequente foi 12 anos (n=29; 19,1%), seguida dos 9 e 10 anos, ambos com 21 crianças (13,8%). As idades compreendidas entre os 8 e 11 anos também foram alvo de destaque, com 19 participantes cada (12,5%). Já as idades dos 3, 4, 5 e 6 anos, apresentaram menor expressão, representando em conjunto 11,8% da amostra (n=23). Estes resultados indicam que a amostra é composta maioritariamente por pais ou cuidadores de crianças em idade escolar do 1.º e 2.º ciclos.

Figura 2: Idade dos filhos/crianças dos participantes



Fonte: Elaboração própria

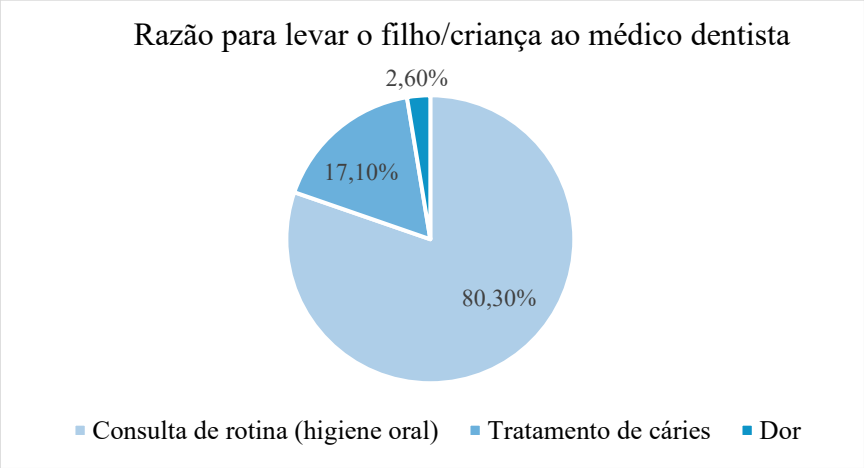
3.2. Caracterização dos hábitos de higiene oral das crianças

Quando questionados sobre o motivo mais frequente para levarem os seus filhos/crianças ao profissional de saúde oral, a grande maioria dos pais/cuidadores referiu que as visitas decorrem das consultas de rotina de higiene oral (n=122; 80,3%). O tratamento de cáries foi indicado em 17,1% dos casos (n=26), enquanto apenas um pequeno grupo desta amostra (n=4; 2,6%) mencionou a presença de dor como principal razão para a consulta.

Considerou-se, igualmente pertinente, questionar os indivíduos sobre a regularidade com que consideram necessário levar os filhos ao médico dentista ou higienista oral. Verificou-se que a maior parte da amostra associa a importância da periodicidade a uma perspetiva preventiva. A maior proporção da amostra indicou a periodicidade de duas vezes por ano (n=68; 44,7%), seguindo-se aqueles que referiram mais de três vezes por ano (n=56; 36,8%). Uma menor proporção dos inquiridos considera suficiente apenas uma visita anual (n=24; 15,8%) e apenas uma minoria de 2% (n=3) considera suficiente recorrer ao médico dentista em situações de dor/desconforto.

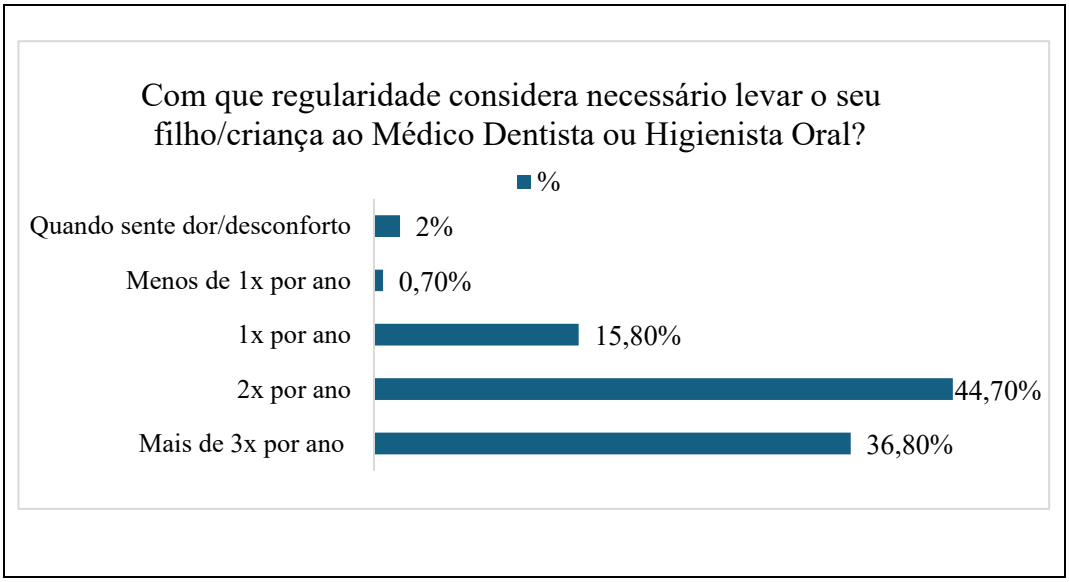
Estes resultados revelam-se expectáveis na medida em que este questionário foi realizado no final das consultas de Higiene Oral do Serviço Odontopediátrico de Lisboa. Por este motivo, os resultados refletem uma valorização das práticas preventivas em saúde oral, em comparação com a procura motivada apenas por necessidade de tratamento ou por situações de urgência, evidenciando que a maioria dos pais/cuidadores valoriza a regularidade das consultas como medida essencial para a manutenção da saúde oral.

Figura 3 :Motivo mais frequente para levarem os seus filhos/crianças ao profissional de saúde oral



Fonte: Elaboração própria

Figura 4 :Regularidade necessária para levar o seu filho/criança ao profissional de saúde oral



Fonte: Elaboração própria

Relativamente aos hábitos de higiene oral das crianças, verificou-se que a maioria realiza a escovagem dentária pelo menos duas vezes por dia (n=108; 71,1%), 25% da amostra (n=38) referiu a realização da escovagem apenas uma vez por dia, enquanto apenas 3,9% (n=6) indicaram que a escovagem é feita de forma ocasional.

Por fim, no que respeita à participação dos pais/cuidadores na higiene oral diária das crianças, observou-se que 58,6% (n=89) afirmaram participar ativamente neste processo,

contrastando com 41,4% (n=63) que indicaram não intervir diretamente. Este resultado mostra-se coerente com a distribuição etária da amostra, dado que uma parte considerável das crianças tem idades iguais ou superiores a 10 anos (n=90; 59,2%), faixa etária em que tradicionalmente já se verifica maior autonomia na realização da escovagem dentária.

3.3. Caracterização do estado de saúde oral infantil

Ao analisar as fichas clínicas das crianças face ao histórico de cárie dentária, observou-se que a maioria das crianças já apresentou ou apresenta atualmente lesões de cárie (n=92; 60,5%), enquanto cerca de 39,5% nunca teve qualquer diagnóstico. No que diz respeito ao número de cáries ativas, verificou-se que 68,4% da amostra (n=104) não apresentava nenhuma lesão ativa no momento da recolha de dados. Entre as restantes crianças, 31,6% (n=48) apresentavam pelo menos uma cárie ativa, sendo os casos mais frequentes a presença de uma (n=13; 8,6%) ou duas lesões (n=12; 7,9%). Apenas uma pequena proporção da amostra registou valores mais elevados, como 9 (n=1; 0,7%) ou 10 cáries ativas (n=3; 2,0%).

Os dados revelam que, mesmo existindo uma percentagem considerável de crianças com experiência prévia de cárie, a maior parte não apresentava lesões ativas o que pode refletir impacto positivo das consultas regulares de prevenção e do acompanhamento em saúde oral.

Quando questionados se costumam observar a cavidade oral dos seus filhos/crianças, a grande maioria dos pais/cuidadores respondeu afirmativamente (n=131; 86,2%). Apenas 13,8% (n=21) referiram não ter este hábito. Este resultado vai ao encontro do esperado, uma vez que o questionário foi aplicado no contexto de uma consulta de higiene oral, onde os participantes podem sentir-se pressionados a responder de acordo com aquilo que consideram ser socialmente correto. Tal situação pode refletir um viés de desejabilidade social, em que os indivíduos tendem a descrever-se de forma mais positiva para corresponder a padrões socialmente aceitáveis, em detrimento de respostas totalmente precisas e espontâneas.

Por fim, relativamente à perceção dos pais/cuidadores acerca do estado de saúde oral das crianças é possível verificar que a maioria dos inquiridos classificou a saúde oral dos seus filhos nos níveis mais elevados da escala (8 a 10), representando 66,5% da amostra (n=102), especificamente 28,3% (n=43) atribuíram a pontuação 8, 21,7% (n=33) pontuaram com 9 e 17,1% (n=26) consideraram-na excelente (10). Por outro lado, classificações intermédias, entre 5 e 7, foram indicadas por 23,6% dos participantes (n=36), enquanto apenas uma pequena fração da amostra (n=6; 3,9%) avaliou a saúde oral das crianças com valores entre 2 e 4,

correspondendo a perceções mais negativas. Estes resultados demonstram que, de forma geral, os pais consideram que os seus filhos apresentam uma boa saúde oral.

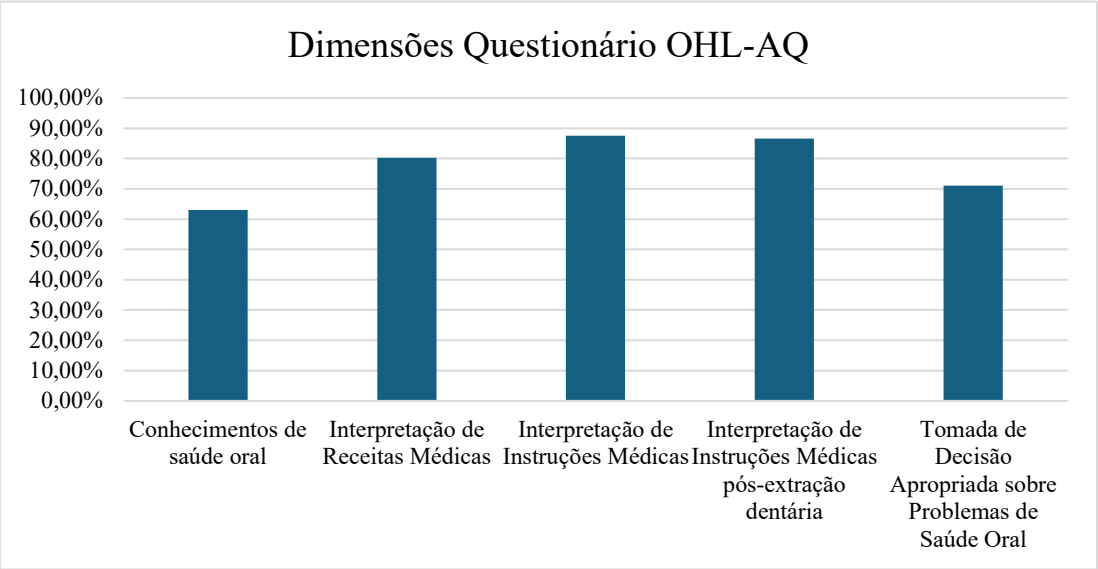
3.4. Análise das dimensões do questionário OHL-AQ e níveis de literacia

A utilização do questionário OHL-AQ (Anexo B) neste estudo permitiu avaliar o nível de literacia em saúde oral dos participantes e encontra-se dividido em cinco dimensões distintas: 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. Verificou-se que a percentagem média de respostas corretas variou entre as diferentes dimensões, atingindo os 62,98% nos conhecimentos de saúde oral, 80,25% na interpretação de receitas médicas, 87,55% para a interpretação de instruções médicas, 86,55% na interpretação de instruções médicas pós-extração dentária e 71,0% para a tomada de decisão apropriada. Estes resultados evidenciam que os participantes demonstram maior facilidade em compreender instruções médicas e prescrições, revelando, no entanto, maior dificuldade no domínio de conhecimentos gerais de saúde oral.

Relativamente ao número total de respostas corretas no questionário, observou-se uma variação entre 3 e 17 respostas certas, num máximo de 17 itens possíveis. A maioria dos inquiridos centrou-se nos valores mais elevados, sendo que 17,8% respondeu corretamente a 14 itens, 17,1% a 15 itens e 12,5% a 13 itens, refletindo um desempenho satisfatório.

Com base nesta distribuição, foi realizada a categorização do nível de literacia em saúde oral, definida em três grupos: inadequado (0–9 respostas corretas), marginal (10–11 respostas corretas) e adequado (12–17 respostas corretas). A análise revelou que 15,8% da amostra apresentou literacia inadequada, 19,7% situou-se no nível marginal e 64,5% foi classificada com literacia adequada. Estes resultados demonstram que, apesar da existência de uma proporção não negligenciável de indivíduos com níveis de literacia insuficientes, a maioria dos participantes demonstra um nível considerado adequado, revelando capacidade para compreender e aplicar informações relacionadas com a promoção da saúde oral. Ainda assim, as maiores dificuldades verificadas no domínio dos conhecimentos básicos, evidenciam a necessidade de reforçar estratégias de educação em saúde que resultem no aprofundamento dos conhecimentos fundamentais e facilitem a interpretação das recomendações dos profissionais de saúde oral.

Figura 5: Respostas corretas nas diferentes dimensões do questionário OHL-AQ



Fonte: Elaboração própria

3.5. Estado de saúde oral das crianças: Análise de associações entre variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas

Na análise das variáveis sociodemográficas, procurou-se compreender de que forma a escolaridade dos pais/cuidadores, a situação profissional e a freguesia de residência poderiam influenciar o número de cáries ativas nas crianças. Partiu-se da hipótese de que níveis mais elevados de escolaridade e condições socioeconómicas mais favoráveis estariam associados a um menor no número de cáries, por permitirem maior acesso à informação e a práticas de prevenção mais eficazes.

Antes de serem apresentados os resultados, importa esclarecer que a análise das associações entre o número de cáries ativas e as variáveis sociodemográficas, comportamentais e de perceção recorreu a testes não paramétricos. Esta opção justificou-se pelo facto de a variável dependente corresponder a uma contagem discreta, com distribuição assimétrica e forte concentração no valor zero, não cumprindo assim os pressupostos de normalidade exigidos para a aplicação de testes paramétricos. De acordo com a literatura, a utilização de testes não paramétricos é particularmente indicada em situações como a deste estudo, em que a distribuição dos dados é assimétrica e não cumpre os pressupostos de normalidade exigidos para análises paramétricas (Vickers, 2005; Schober & Vetter, 2020). Deste modo, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis para comparar três ou mais grupos independentes (ex.: escolaridade, situação profissional, freguesia de residência, frequência de escovagem), o teste de Mann-

Whitney U para comparar dois grupos independentes (ex.: observação da cavidade oral) e o coeficiente da correlação de Spearman para a avaliação da relação entre variáveis ordinais ou de escala contínua não normal (ex.: perceção do estado de saúde oral numa escala de 0 a 10 e número de cáries ativas).

Relativamente à escolaridade dos pais/cuidadores, verificou-se uma associação estatisticamente significativa com o número de cáries ativas ($H=22,71$; $p<0,001$). As crianças cujos pais possuíam níveis de escolaridade mais elevados, em particular o ensino superior, apresentaram, em média, menos cáries ativas. Pelo contrário, entre as crianças cujos pais possuíam apenas o ensino básico, registaram-se valores mais elevados de cáries dentárias. Estes resultados confirmam a hipótese formulada e reforçam a importância da educação parental como um fator determinante na saúde oral infantil, possivelmente por estar associada a um maior acesso à informação e práticas preventivas mais consistentes.

Na perspetiva da situação profissional, não se observaram diferenças estatisticamente significativas ($H=9,92$; $p=0,193$). Ainda assim, verificou-se uma tendência para que os filhos de pessoas desempregadas ou dedicadas exclusivamente a tarefas domésticas apresentassem, em média, um número maior de cáries ativas, em comparação com os filhos de estudantes ou trabalhadores independentes. Apesar desta tendência, os resultados padecem de confirmação em relação à hipótese inicial, possivelmente devido ao reduzido número de participantes em alguns grupos profissionais, o que limita a robustez estatística da análise.

Já no caso da freguesia de residência, as respostas em formato livre foram recodificadas em três grupos (nível socioeconómico alto, médio e baixo), tomando como referência o rendimento mediano declarado em IRS por freguesia, tal como apresentado no Relatório do INE *Estatísticas do Rendimento ao Nível Local* (2022). Foram consideradas de nível socioeconómico alto as freguesias com valores claramente acima da média da cidade de Lisboa (13 809 €), como o Lumiar, Parque das Nações, Belém ou Avenidas Novas; de nível médio aquelas próximas da média (exemplo: Benfica, São Domingos de Benfica); e de nível baixo as freguesias com rendimentos medianos mais reduzidos, como Marvila, Beato ou Santa Maria Maior.

A análise não revelou diferenças estatisticamente significativas ($H=4,96$; $p=0,084$). Ainda assim, observou-se uma tendência para um maior número de cáries ativas entre as crianças residentes em freguesias classificadas como de nível socioeconómico baixo, quando comparadas com aquelas de freguesias de nível médio e alto. Importa salientar que esta forma de categorização pode introduzir algum viés, uma vez que o rendimento mediano por freguesia

não reflete necessariamente a condição socioeconómica de cada agregado familiar, existindo significativa heterogeneidade interna dentro de cada área geográfica.

Para além das características sociodemográficas, analisou-se também a influência dos hábitos de higiene oral no número de cáries ativas das crianças. Partiu-se do pressuposto de que uma maior frequência de escovagem, bem como a supervisão dos pais/cuidadores nessa prática, estariam associadas a uma menor ocorrência de cáries, refletindo comportamentos preventivos mais eficazes.

No que respeita à frequência de escovagem, verificou-se uma associação estatisticamente significativa com o número de cáries ativas ($H=21,68$; $p<0,001$). As crianças que escovavam os dentes duas ou mais vezes por dia apresentaram, em média, menos cáries do que aquelas que o faziam apenas uma vez por dia ou de forma irregular. Estes resultados confirmam a hipótese inicial e reforçam a importância da escovagem regular como medida essencial na prevenção da cárie dentária.

Relativamente à participação dos pais/cuidadores na escovagem, também se verificou uma correlação estatisticamente significativa ($H= 7,07$; $p= 0,008$). As crianças cujos pais afirmaram participar ou supervisionar a escovagem apresentaram menos cáries ativas em comparação com aquelas cuja escovagem era realizada de forma totalmente autónoma. Este resultado evidencia o papel protetor da supervisão parental, sobretudo nas idades mais precoces, em que a criança ainda não possui destreza manual ou consciência suficiente para assegurar uma higiene oral adequada.

Após a análise dos fatores sociodemográficos e os hábitos de higiene oral, considerou-se igualmente pertinente, avaliar a influência da perceção parental no estado de saúde oral das crianças. Partiu-se da hipótese de que uma perceção mais positiva, estaria associada a um menor número de cáries, e que práticas como a observação da cavidade oral poderiam ser fatores determinantes na contribuição, para uma avaliação mais realista da condição oral dos filhos.

No que respeita à perceção global da saúde oral, observou-se uma correlação negativa estatisticamente significativa ($\rho= -0,407$; $p<0,001$), indicando que quanto maior o número de cáries ativas, pior a classificação atribuída pelos pais/cuidadores ao estado de saúde oral das crianças. Este resultado vai de encontro ao expectável, uma vez que as crianças são acompanhadas regularmente em consultas no SOL, durante as quais é transmitido aos pais/cuidadores o diagnóstico do estado de saúde oral em cada consulta. Assim, a perceção reportada poderá refletir em grande medida, os dados transmitidos pelos profissionais de saúde,

mais do que uma avaliação autónoma dos pais/cuidadores. Por outro lado, na análise da relação entre a observação da cavidade oral e a perceção global da saúde oral, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (U=1358,5; p=0,926). Isto é indicador de que o hábito de observar regularmente a boca da criança não se traduziu numa perceção mais positiva ou mais negativa do seu estado oral. Este resultado sugere que, embora os pais possam efetivamente observar a cavidade oral da criança, nem sempre dispõem dos conhecimentos necessários para identificar sinais clínicos de patologia.

3.6. Literacia em saúde oral: Análise de associações entre variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas

Depois de efetuada a caracterização descritiva do nível de literacia em saúde oral dos pais/cuidadores, tornou-se relevante o aprofundamento da análise, explorando os fatores que podem influenciar esta dimensão. A literacia em saúde oral não depende apenas do acesso à informação disponibilizada pelos profissionais de saúde, mas é também moldada por determinantes sociais, contextuais e individuais, que se refletem nos comportamentos adotados e nos resultados em saúde. Deste modo, procurou-se compreender de que forma diferentes variáveis do contexto sociodemográfico, hábitos relacionados com a higiene oral e indicadores clínicos das crianças podem ter relevância no panorama da literacia dos pais/cuidadores.

No que respeita o contexto sociodemográfico, partiu-se da hipótese de que níveis mais elevados de escolaridade estariam associados a um nível de maior literacia em saúde oral, dado o papel central da educação na capacidade de compreender e utilizar informação em saúde. Considerou-se, também, que a idade poderia introduzir diferenças, com melhor desempenho esperado em grupos etários intermédios. Além disso, analisou-se ainda a possibilidade de existirem variações segundo o género masculino e feminino, bem como a influência da situação profissional, prevendo-se valores mais baixos em contextos de maior vulnerabilidade socioeconómica.

Relativamente aos comportamentos, importa analisar se níveis mais elevados de literacia se refletem em práticas mais consistentes de promoção da saúde oral infantil. Entre estas práticas contam-se, por exemplo, a regularidade e a supervisão da escovagem, a observação frequente da cavidade oral da criança ou o impacto das consultas de prevenção. Por último, ao relacionar a literacia com indicadores clínicos, nomeadamente o número de cáries ativas e a perceção parental da saúde oral das crianças. Partiu-se da hipótese de que pais/cuidadores com

maior literacia, estariam associados a melhores resultados de saúde oral e a uma perceção mais próxima da realidade ao estado clínico.

A análise exploratória das associações entre a literacia em saúde oral e diferentes variáveis sociodemográficas revelou alguns padrões interessantes. No que respeita à idade, o teste de Kruskal-Wallis indicou diferenças estatisticamente significativas no número de respostas corretas do questionário entre os grupos etários ($H=11,581$; $p=0,021$). Verificou-se que os participantes com idades entre 45-54 anos obtiveram, em média, mais respostas corretas, enquanto o grupo dos 55-64 anos, apresentou valores mais baixos. Estes resultados apontam para uma tendência de aumento da literacia até à meia-idade, seguida de algumas oscilações em faixas etárias mais avançadas.

No caso da escolaridade, verificaram-se diferenças ainda mais acentuadas ($H=59,413$; $p<0,001$). De forma consistente com a hipótese formulada, níveis de escolaridade mais elevados estiveram associados a maior número de respostas corretas. Os indivíduos com licenciatura e mestrado apresentaram médias mais altas, enquanto os que possuíam apenas escolaridade básica obtiveram desempenhos significativamente inferiores.

Por outro lado, a situação profissional não revelou diferenças estatisticamente significativas ($H=8,437$; $p=0,296$), não obstante, observou-se uma tendência para valores mais baixos de literacia entre participantes desempregados. Também o género, através do teste de Mann-Whitney não mostrou associação significativa. Estes resultados sugerem que, isoladamente, a escolaridade e a idade são os fatores que mais diferenciam os níveis de literacia na amostra.

Para complementar as análises bivariadas, recorreu-se a uma regressão linear múltipla, tendo como variável dependente o número de respostas corretas e como variáveis independentes a idade, género, escolaridade e situação profissional. Esta análise permitiu avaliar o efeito conjunto dos fatores e identificar quais tinham maior impacto na literacia em saúde oral.

O modelo revelou-se estatisticamente significativo ($F=13,179$; $p<0,001$) e explicou 26,4% da variância observada ($R^2=0,264$), indicando que as variáveis sociodemográficas consideradas (idade, género, escolaridade e situação profissional) conseguem, em conjunto, explicar cerca de um quarto da variação nos níveis de literacia em saúde oral. À semelhança do que já tinha sido identificado nas análises bivariadas, a escolaridade destacou-se como o principal preditor ($B=1,347$; $p<0,001$; $\beta=0,514$), confirmando que níveis mais elevados de instrução estão associados a melhor desempenho no questionário de literacia. A idade também apresentou uma associação significativa ($B=0,670$; $p=0,007$; $\beta=0,203$), em consonância com as diferenças

identificadas entre grupos etários. Por outro lado, o género (p=0,749) e a situação profissional (p=0,643) não mostraram influência relevante, o que reforça os resultados prévios onde não se evidenciaram associações significativas com estas variáveis.

No que diz respeito aos comportamentos parentais, verificou-se que as diferentes formas do envolvimento diário dos pais/cuidadores na saúde oral das crianças se relacionam de forma distinta com o nível de literacia em saúde oral. Em conformidade com a previsão efetuada nas hipóteses, esperava-se que práticas mais consistentes e preventivas estivessem associadas a melhores resultados no questionário.

Os dados confirmaram essa expectativa em vários aspetos. A participação ativa na higiene oral diária revelou-se particularmente relevante: os pais que referiram colaborar na escovagem apresentaram um número mais elevado de respostas corretas, associação que foi estatisticamente significativa tanto no teste de Kruskal-Wallis (p=0,005) como na correlação de Spearman (ρ=0,229; p=0,005). De forma semelhante, a observação regular da cavidade oral das crianças associou-se a níveis mais elevados de literacia (U=688,5; p<0,001), sendo este padrão também confirmado pela correlação de Spearman (ρ=0,301; p<0,001). Estes resultados reforçam a hipótese de que pais mais atentos e envolvidos nas rotinas de higiene oral dos filhos dispõem de maior conhecimento e compreensão sobre saúde oral.

Outro comportamento que se mostrou fortemente associado à literacia foi a frequência de escovagem. Os pais/cuidadores de crianças que escovavam os dentes pelo menos duas vezes por dia evidenciaram níveis de literacia significativamente mais elevados em comparação com os restantes grupos (H=32,393; p<0,001). Este resultado foi ainda reforçado por uma correlação negativa de Spearman (ρ=-0,461; p<0,001), que evidencia a relação inversa entre menor frequência de escovagem e níveis mais baixos de literacia. Este resultado confirma de forma clara a hipótese de que práticas de higiene oral mais consistentes se refletem em níveis superiores de literacia.

Já a perceção sobre a regularidade necessária das consultas de saúde oral revelou um padrão menos linear. O teste de Kruskal-Wallis identificou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (p<0,001), com melhores resultados entre aqueles que indicaram periodicidade preventiva (duas vezes por ano). No entanto, a correlação de Spearman não confirmou uma associação linear com a literacia (ρ=-0,006; p=0,939). Assim, esta hipótese não foi totalmente confirmada, indicando que a valorização das consultas não se explica unicamente pela literacia em saúde oral.

Por fim, no que se refere à perceção parental da saúde oral das crianças, observou-se apenas uma tendência positiva, mas sem alcançar significado estatístico relevante (ρ=0,149; p=0,067). Embora não confirme a hipótese inicial, este resultado sugere que pais com maior literacia podem tender a atribuir avaliações mais favoráveis ao estado oral dos seus filhos, possivelmente por valorizarem a prevenção e do acompanhamento regular.

Relativamente aos indicadores clínicos, procurou-se analisar de que forma a literacia em saúde oral dos pais/cuidadores se relaciona com a experiência de cárie dentária das crianças. Partiu-se da hipótese de que níveis mais elevados de literacia estariam associados a melhores resultados clínicos, nomeadamente a um menor número de cáries ativas e a uma menor probabilidade de histórico de cáries.

Os resultados confirmaram esta expectativa. A correlação de Spearman revelou uma associação negativa estatisticamente significativa entre o número de respostas corretas no questionário e o número de cáries ativas (ρ=-0,487; p<0,001), indicando que níveis mais elevados de literacia estão associados a uma menor presença de cáries. O teste de Kruskal-Wallis confirmou esta tendência, ao revelar diferenças significativas entre os grupos (H=41,394; p<0,001), em média, os pais e cuidadores de crianças sem cárias ativas apresentaram níveis mais elevados de literacia em saúde oral do que aqueles cujos filhos tinham um maior número de lesões.

De forma complementar, ao considerar a variável dicotómica "ter ou já ter tido cárie dentária", verificou-se igualmente uma diferença significativa entre grupos (H=24,554; p<0,001). Os pais/cuidadores de crianças que nunca tiveram cárie apresentaram níveis de literacia em saúde oral mais elevados em comparação com aqueles cujas crianças já tinham experiência da doença. Este resultado acrescenta evidência ao indicar que a literacia em saúde oral não está apenas relacionada com a condição clínica atual, mas também com o percurso de saúde oral ao longo do tempo.

CAPÍTULO IV- Discussão de resultados

Como já referido, o principal objetivo desta investigação consistiu em compreender de que forma os níveis de literacia em saúde oral dos pais e cuidadores influenciam a saúde oral das crianças acompanhadas no Serviço Odontopediátrico de Lisboa. Para além deste objetivo central, procurou-se também caracterizar a população em estudo e analisar de que modo determinados fatores sociodemográficos e comportamentais se refletem na condição oral das crianças.

A aplicação do questionário permitiu não apenas caracterizar a amostra, mas também perceber como diferentes dimensões se interligam: a escolaridade e idade dos cuidadores, os hábitos de higiene oral das crianças, a forma como os pais participam no cuidado diário, a experiência clínica de cárie dentária e a perceção parental sobre a saúde oral dos filhos. Esta perspetiva integrada reforça a ideia da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022), que considera a saúde oral como parte integrante da saúde geral e do bem-estar, sublinhando o papel decisivo dos fatores sociais e familiares na prevenção da doença e na promoção da qualidade de vida. Neste enquadramento, a literacia em saúde assume-se como um elemento-chave, na medida em que condiciona não apenas o acesso e a compreensão da informação, mas também a capacidade de a aplicar no quotidiano, seja na procura atempada de cuidados, seja na adoção de práticas preventivas. Mais do que avaliar os conhecimentos de forma objetiva, importa compreender de que forma os pais percecionam e gerem a saúde oral dos filhos, uma vez que que essas práticas orientam os comportamentos diários e determinam a adesão às recomendações clínicas. Uma saúde oral fragilizada pode comprometer o bem-estar geral e está associada a diferentes doenças sistémicas, o que reforça a necessidade de investir na literacia em saúde como ferramenta essencial de prevenção e de redução das desigualdades.

A amostra deste estudo incluiu 152 pais/cuidadores de crianças seguidas no Serviço Odontopediátrico de Lisboa. Verificou-se uma predominância de participantes do género feminino, sobretudo em idades entre os 35 e os 44 anos. Num estudo realizado por Vann et al. (2010), já havia sido salientado o papel central das mães na supervisão e gestão dos cuidados de saúde oral das crianças. Esta predominância é justificada porque, na maioria dos casos, são as mães que acompanham os filhos às consultas, assumindo uma participação mais direta na implementação de rotinas de higiene oral e na procura de cuidados preventivos.

No que respeita ao nível de escolaridade, a maioria dos participantes concluiu o ensino secundário, seguindo-se aqueles que possuíam formação superior, enquanto uma minoria

possuía apenas o ensino básico. Este perfil educacional relativamente elevado pode ter contribuído para os resultados de literacia adequados identificados no estudo, uma vez que a escolaridade é reconhecida como um dos preditores mais consistentes de literacia e de melhores práticas de promoção da saúde (Petersen & Kwan, 2011). Ainda assim, observaram-se diferenças relevantes, dado que as crianças cujos pais tinham níveis de escolaridade mais baixos registaram maior experiência de cárie dentária, confirmando a associação já descrita por Schwendicke et al., (2015) entre menor nível educacional e maior prevalência de cárie dentária. Esta evidência sugere que a escolaridade atua não só como fator de conhecimento, mas também como um elemento que condiciona a perceção dos sinais de doença e a utilização de cuidados preventivos.

Relativamente à situação profissional, a maioria dos cuidadores encontrava-se empregada por conta de outrem, revelando um contexto de relativa estabilidade socioeconómica. No entanto, segundo uma investigação desenvolvida em 2019 por Peres et al., a condição profissional e socioeconómica por si só não elimina disparidades em saúde, uma vez que famílias em contextos económicos semelhantes, podem apresentar capacidades distintas de mobilizar recursos (tempo, conhecimento, acesso, apoio social) para manter ou promover a saúde.

Em relação aos hábitos parentais, a maioria dos cuidadores referiu incentivar e supervisionar a escovagem dentária dos filhos, bem como, atribuir elevada importância às consultas de rotina. Estes resultados estão em consonância com a revisão sistemática de Chou et al. (2013) que sublinha o papel determinante da supervisão parental na adesão a rotinas de higiene oral consistentes e na redução do risco de cárie dentária. Investigações mais recentes reforçam ainda que a escovagem duas vezes por dia com pasta fluoretada, quando supervisionada por cuidadores, constitui uma medida essencial na prevenção da cárie dentária em idade pediátrica, embora seja frequentemente limitada por barreiras práticas do quotidiano, como a resistência por parte da criança, a falta de tempo, as rotinas familiares instáveis ou mesmo mensagens inconsistentes por parte dos profissionais de saúde (Aliakbari et al., 2021; Walsh et al., 2025).

A elevada percentagem de cuidadores que afirmou valorizar as consultas preventivas poderá estar associada ao contexto de aplicação do questionário, realizado no final das consultas de higiene oral, gerando desta forma, um possível viés de desejabilidade social. Tal como referido por Grimm (2010), este viés ocorre quando os participantes tendem a ajustar as suas

respostas de modo a transmitirem uma impressão mais favorável de si mesmos, sobretudo em situações em que percecionam uma pressão implícita para responder de forma "correta". A presença de profissionais de saúde constitui um fator potenciador deste efeito, já que os participantes procuram alinhar as suas respostas com o que acreditam ser as expectativas dos profissionais. Deste modo, os resultados podem refletir não apenas as práticas reais, mas também a necessidade de aprovação social ou a vontade de evitar julgamentos negativos. Ainda assim, este resultado pode igualmente refletir um maior nível de sensibilização para a importância da prevenção, fomentado pelo acompanhamento regular no Serviço Odontopediátrico de Lisboa.

Por outro lado, verificou-se que uma parte dos cuidadores não observava regularmente a cavidade oral das crianças. Embora alguns cuidadores tenham revelado perceção positiva da saúde oral dos filhos, em consonância com a avaliação clínica, a ausência de associação entre observação e perceção sugere que os pais têm dificuldade em identificar sinais precoces de patologia de forma autónoma. Num estudo desenvolvido por Ismail et al. (2007), a deteção precoce de lesões de cárie requer competências clínicas específicas, dado que a identificação de alterações iniciais do esmalte depende de critérios padronizados e de formação profissional adequada. Mais recentemente, Khan et al. (2024) reforçaram a importância da vigilância clínica regular e o facto de ser uma prática imprescindível, salientando que apesar da relevância das práticas familiares, só o acompanhamento profissional garante um controlo eficaz das doenças orais. Assim, níveis mais elevados de literacia podem facilitar o reconhecimento da necessidade de cuidados, mas não substituem a avaliação profissional, evidenciando a importância da articulação entre capacitação parental e acompanhamento clínico regular.

Os comportamentos parentais descritos neste estudo revelam aspetos positivos, como a supervisão da escovagem e a valorização da prevenção, mas também algumas fragilidades, nomeadamente a dificuldade em observar e identificar precocemente alterações na cavidade oral. Estes resultados confirmam que a promoção da saúde oral infantil, não deve centrar-se apenas na transmissão de informação, mas sobretudo no apoio continuado às famílias, capacitando-as para transformar esse conhecimento em práticas concretas e eficazes.

No presente estudo, constatou-se que 63,2% das crianças tinham antecedentes de carie dentária, mas apenas 28,9% apresentavam lesões ativas no momento da avaliação. Estes resultados mostram que, apesar de uma experiência acumulada de doença relativamente elevada, a maioria das crianças encontrava-se clinicamente livre de lesões, o que sugere um

efeito protetor associado ao acompanhamento regular no SOL. Para além da intervenção clínica direta, a disponibilização gratuita de cuidados dentários a todas as crianças residentes em Lisboa poderá, em grande medida, explicar estes resultados mais favoráveis, uma vez que contribui para reduzir as barreiras económicas e promove a utilização precoce e regular dos serviços de saúde oral.

Quando comparados com a realidade nacional, os resultados obtidos no presente estudo revelam-se particularmente encorajadores. De acordo com o III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais (2015), apenas metade das crianças portuguesas de 6 anos (54,8%) e dos jovens de 12 anos (53,0%) se encontravam livres de cárie dentária, o que confirma a elevada expressão da doença na população pediátrica (DGS, 2015). Já em Coimbra, um estudo longitudinal realizado com crianças de 5 anos revelou uma situação igualmente preocupante, ao identificar uma prevalência de cárie precoce da infância de 40,1% no início da avaliação, que aumentou para 46,5% em apenas seis meses, enquanto a cárie precoce severa passou de 16,9% para 19,8% no mesmo período, sendo que a maioria das lesões permaneceu sem tratamento (Pereira et al., 2021).

A comparação com os resultados da presente investigação sugere que a acessibilidade garantida pelo SOL terá potenciado um efeito diferenciador, permitindo não apenas o tratamento de lesões já instaladas, mas também a prevenção do aparecimento de novas cáries dentárias. Este impacto reflete-se em indicadores clínicos mais favoráveis face aos reportados em estudos nacionais, demonstrando que condições de acesso equitativo podem transformar de forma significativa a saúde oral infantil. Este dado reforça que políticas de acesso universal, quando associadas a níveis adequados de literacia, potenciam melhorias substanciais nos resultados clínicos.

A literacia em saúde é hoje amplamente reconhecida como um dos principais determinantes sociais da saúde, pois influencia a forma como as pessoas acedem, compreendem e utilizam informação para tomar decisões informadas (Nutbeam, 2008; Sørensen et al., 2012). No contexto da saúde oral, estas competências assumem uma importância particular, uma vez que a prevenção das doenças depende, em grande medida, da adoção de comportamentos quotidianos sustentados pelo conhecimento e pela capacidade de interpretar recomendações clínicas. Diversos estudos têm demonstrado que níveis mais elevados de literacia em saúde oral estão associados a melhores práticas de higiene, maior utilização de serviços preventivos e menor prevalência de cárie em idade pediátrica (Firmino et al., 2018; Alzahrani et al., 2024).

Os resultados do presente estudo mostraram que 64,5% dos cuidadores inquiridos apresentavam níveis de literacia em saúde oral considerados adequados, enquanto 19,7% situavam-se no nível marginal e 15,8% revelavam literacia inadequada. Através destes valores, foi possível constatar que, embora a maioria dos participantes apresente competências suficientes para compreender e aplicar informação em saúde oral, persistem dificuldades em aspetos mais básicos do conhecimento. Esta constatação vai ao encontro da literatura que Nutbeam (2008) já destacava, ou seja, possuir informação não é suficiente, a literacia exige também a capacidade de transformar esse conhecimento em práticas concretas de cuidado. Assim, mesmo cuidadores com acompanhamento regular em serviços de saúde podem apresentar lacunas que comprometem a eficácia das rotinas preventivas no quotidiano familiar. Quando comparados com os dados do HLS19 (Portugal, 2019–2021), que identificou 65% da população adulta com literacia suficiente, 22% problemática e 7,5% inadequada, observa-se uma proximidade nos níveis mais elevados de literacia (64,5% vs. 65%), mas uma maior concentração de participantes com literacia inadequada na presente amostra (15,8% vs. 7,5%) (Arriaga et al., 2022) Esta diferença poderá estar relacionada com as especificidades da literacia em saúde oral, que é particularmente exigente no que respeita à aplicação de recomendações clínicas e adoção de comportamentos preventivos. Já o *Inquérito à Literacia em Saúde* desenvolvido por Espanha, Ávila e Mendes (2016), evidenciou que cerca de 11% dos adultos tinham literacia inadequada e 38% problemática, situando Portugal abaixo da média europeia, reforçando que este continua a ser um desafio transversal ao contexto nacional.

Tal como expectável, a escolaridade destacou-se como o fator mais consistente da literacia em saúde oral. Este resultado reforça a evidência internacional que aponta o nível de instrução como preditor robusto não só da literacia em saúde de forma geral (Sørensen et al., 2015) como também da saúde oral infantil (Hooley et al., 2012). A idade também se revelou significativa, sugerindo que a experiência acumulada pode contribuir para maior segurança na interpretação de informação e na supervisão dos cuidados. No entanto, estudos nacionais indicam que a literacia tende a diminuir nas faixas etárias mais avançadas (Pedro et al., 2016).

Por outro lado, não se encontraram associações entre literacia, género e situação profissional. A ausência destes efeitos poderá explicar-se, em parte, pela relativa homogeneidade da amostra, mas também confirma que nem todos os determinantes sociodemográficos têm o mesmo peso na literacia, sendo a escolaridade a variável mais consistente.

Em conjunto, estes resultados reforçam a importância de encarar a literacia em saúde oral como elemento fundamental da promoção da saúde infantil. Mais do que simplesmente transmitir informação, importa adaptar estratégias educativas ao nível de instrução dos cuidadores, simplificar a comunicação nos serviços de saúde e capacitar as famílias para a tomada de decisões informadas.

A estreita relação entre literacia em saúde oral e práticas quotidianas torna-se evidente quando se observam os comportamentos parentais. No presente estudo, verificou-se que níveis mais elevados de literacia estavam associados a uma supervisão mais frequente da escovagem dentária, a uma observação mais atenta da cavidade oral e a rotinas de higiene mais regulares, confirmando que a literacia funciona como um fator facilitador da adoção de práticas preventivas. Estes resultados estão em consonância com investigações internacionais que associam uma literacia parental mais elevada a melhores hábitos de higiene oral e a menor risco de cárie em idade pediátrica (Firmino et al., 2018; Vann et al., 2010). No contexto europeu os autores Petersen e Kwan (2011) sublinham que a literacia funciona como um fator mediador essencial entre determinantes sociais e comportamentos de saúde, influenciando não apenas a adesão a rotinas preventivas, mas também a utilização eficaz de serviços. Em Portugal, estudos nacionais revelam igualmente que indivíduos com literacia mais baixa tendem a apresentar maior dificuldade em transformar informação em práticas concretas de cuidado (Espanha, Ávila & Mendes, 2016; Pedro et al., 2016), reforçando a pertinência de desenvolver estratégias educativas adaptadas à realidade sociocultural das famílias.

Os resultados do presente estudo revelaram que níveis mais elevados de literacia em saúde oral entre os cuidadores estão associados a melhores indicadores clínicos nas crianças, nomeadamente a uma menor prevalência de lesões de cáries ativas. Esta associação confirma a hipótese central da investigação e evidencia que a literacia não é apenas um mediador de comportamentos, mas também um fator protetor direto da condição oral infantil. A evidência internacional tem sustentado esta relação, Vann et al. (2010) demonstraram que filhos de mães com literacia limitada apresentavam um risco significativamente maior de desenvolver cárie precoce, enquanto Firmino et al. (2018), numa revisão sistemática, concluíram que cuidadores com baixa literacia em saúde oral tendem a ter filhos com maior prevalência de cárie dentária não tratada e piores resultados de saúde oral.

É importante salientar que a literacia influencia não apenas a adoção de práticas preventivas, mas também a capacidade de reconhecer sinais precoces da doença e de procurar

cuidados em tempo oportuno. Estudos recentes confirmam que cuidadores com menor literacia, tendem a adiar a procura de tratamento, traduzindo-se numa maior utilização de serviços de urgência e a apresentar filhos com quadros clínicos mais graves (Guo et al., 2015). Assim, a associação encontrada neste estudo sugere que o nível de literacia parental pode explicar, em parte, por que motivo algumas crianças, mesmo partilhando características sociodemográficas semelhantes, apresentam trajetórias clínicas distintas.

À luz dos resultados obtidos no presente estudo, em que a maioria das crianças se encontrava sem lesões ativas apesar da elevada experiência prévia de cárie, importa refletir sobre o papel que a literacia parental pode desempenhar não apenas na prevenção, mas também na gestão dos cuidados prestados no SOL. A evidência científica mais recente confirma esta associação, um estudo realizado no Irão, entre março e junho de 2022, com 223 mães e respetivos filhos demonstrou que níveis mais elevados de literacia oral materna estavam associados a uma menor prevalência de cárie tanto na dentição decídua como na permanente, reforçando o papel da literacia como fator protetor da saúde oral infantil (Marandi et al., 2025). Para além desta associação, alguns estudos têm demonstrado que intervenções dirigidas aos cuidadores podem ter impacto direto nos indicadores clínicos. Um ensaio clínico aleatorizado revelou que o envio de mensagens educativas por telemóvel melhorou a literacia dos pais, promoveu mudanças nos hábitos alimentares e ajudou a controlar a progressão da cárie precoce de infância (Lotto et al., 2020). Também em contexto europeu, programas como o *Childsmile* na Escócia ou o *Designed to Smile* no País de Gales mostraram reduções consistentes na prevalência de cárie em idade pré-escolar, bem como uma diminuição no número de extrações dentárias realizadas em ambiente hospitalar (Ross et al., 2023; Nic Iomhair et al., 2020). O *Childsmile*, implementado a nível nacional em 2006, combina medidas universais e específicas, incluindo escovagem supervisionada nas escolas, distribuição gratuita de kits de higiene oral e acompanhamento individualizado para famílias em maior risco (Ross et al., 2023). Já o *Designed to Smile*, criado em 2009, aposta na implementação de rotinas diárias de escovagem em jardins de infância e escolas primárias, complementadas pela distribuição de materiais educativos e pela realização de ações comunitárias de sensibilização (Nic Iomhair et al., 2020). Ambos os programas, ao aliarem educação, supervisão e apoio direto às famílias, constituem exemplos claros de como a aposta na literacia parental pode traduzir-se em ganhos clínicos mensuráveis e sustentáveis. Estes resultados reforçam a ideia de que investir na literacia parental não só melhora os comportamentos preventivos, como também reduz a necessidade de tratamentos mais invasivos.

No caso do SOL, onde o acompanhamento é gratuito e universal, mas a elevada procura faz com que o intervalo médio entre consultas seja de cerca de seis meses, este aspeto assume particular relevância. Se os pais estiverem mais capacitados para implementar rotinas eficazes e reconhecer sinais precoces de doença, haverá uma menor proporção de crianças a chegar à consulta com cáries ativas, o que se traduz numa menor necessidade de tratamentos restauradores e cirúrgicos. Ao mesmo tempo, esta diminuição da procura por cuidados complexos contribui para aliviar as listas de espera, permitindo uma utilização mais eficiente dos recursos disponíveis e que as consultas se concentrem em medidas de prevenção e acompanhamento.

Para alcançar este objetivo, é fundamental integrar no SOL estratégias práticas de reforço da literacia, articuladas com os cuidados clínicos já existentes. Entre as possibilidades encontram-se pequenas sessões educativas no final das consultas, com recurso a técnicas simples de comunicação, como o *teach-back*, em que o profissional de saúde pede ao pai/cuidador que repita com as suas próprias palavras a informação recebida, garantindo assim a sua correta compreensão. Podem ainda ser utilizados materiais visuais adaptados à faixa etária da criança e mensagens de reforço enviadas por telemóvel, que já provaram eficácia em contextos semelhantes (Lotto et al., 2020). Também as parcerias com escolas poderiam ser potenciadas, através da implementação de rotinas de escovagem supervisionada, replicando componentes de programas internacionais que demonstraram impacto positivo nos indicadores clínicos (Ross et al., 2023; Nic Iomhair et al., 2020).

Em síntese, reforçar a literacia parental no contexto do SOL não se limita a capacitar as famílias para cuidarem melhor da saúde oral das crianças, é igualmente uma forma de melhorar a eficiência dos serviços, reduzindo a necessidade de tratamentos invasivos e diminuindo a pressão sobre as consultas. Trata-se, assim, de uma estratégia que conjuga benefícios clínicos com ganhos organizacionais, provocando impacto direto na sustentabilidade do modelo de cuidados.

Os resultados deste estudo sublinham que a saúde oral infantil não depende apenas do acompanhamento clínico, mas também da capacidade dos cuidadores em compreender, valorizar e aplicar recomendações preventivas no dia-a-dia. O facto de uma parte significativa da amostra apresentar níveis adequados de literacia em saúde oral poderá explicar, em conjunto com a acessibilidade garantida pelo SOL, os resultados clínicos mais favoráveis observados. Ainda assim, persistem fragilidades, sobretudo em famílias com níveis de escolaridade mais

baixos, que evidenciam a necessidade de estratégias educativas mais consistentes e adaptadas. Reforçar a literacia dos pais/cuidadores não só contribui para a promoção de ganhos sustentáveis em saúde oral infantil, como também representa uma oportunidade para melhorar a eficiência dos serviços, reduzindo a pressão sobre os cuidados invasivos e potenciando uma abordagem centrada na prevenção.

CAPÍTULO V- Conclusão

Considerações gerais

A saúde oral representa um pilar essencial da saúde geral e na qualidade de vida. Apesar da implementação de políticas públicas e de programas de promoção da saúde, as doenças orais continuam a apresentar elevada prevalência, sobretudo na população infantil, assumindo-se como um dos principais desafios de saúde pública. Neste contexto, é fundamental considerar o papel dos pais e cuidadores como determinante, visto que influenciam de forma direta a adoção de hábitos preventivos e o acesso aos cuidados de saúde desde os primeiros anos de vida.

Tendo em conta esta realidade, o objetivo central desta investigação consistiu em analisar a relação entre a literacia em saúde oral dos pais/cuidadores e a condição de saúde oral das crianças acompanhadas no Serviço Odontopediátrico de Lisboa. Procurou-se ainda compreender de que forma fatores sociodemográficos e comportamentais, nomeadamente a escolaridade e os hábitos de higiene oral, influenciam esta relação.

Os resultados confirmaram que níveis mais elevados de literacia estão associados a práticas preventivas de maior qualidade e a um menor número de cáries ativas, evidenciando a importância da educação e do envolvimento parental nas rotinas diárias das crianças. Verificou-se também que a escolaridade se revelou como um elemento determinante para os níveis de literacia, reforçando o papel do contexto educacional na promoção da saúde.

Adicionalmente, a participação ativa dos cuidadores na escovagem dentária e a valorização das consultas de prevenção particularizaram-se como aspetos fundamentais na manutenção da saúde oral infantil. Estes dados demonstram que a literacia em saúde oral não se limita ao acesso à informação, mas traduz-se em comportamentos concretos com impacto direto no estado clínico das crianças. Assim, o presente estudo reforça a necessidade de fortalecer estratégias de educação em saúde oral, capacitando-as para desempenhar um papel fundamental, através das características socioculturais das famílias, promovendo uma maior equidade e contribuindo para a redução das desigualdades em saúde.

Limitações da investigação

Esta investigação apresenta algumas limitações que importa reconhecer. A amostra foi obtida por conveniência e circunscrita a um único serviço de saúde, o que restringe a possibilidade de generalização dos resultados a outras realidades. No entanto, importa salientar que o Serviço Odontopediátrico de Lisboa, por possuir caráter gratuito e equitativo, abrange uma população mais ampla e diversificada, contrastando com aquela que habitualmente recorre a clínicas

privadas. Esta característica contribui para conferir maior heterogeneidade à amostra e reforça a relevância dos resultados obtidos.

Deve também ser considerado que a recolha de dados ocorreu no contexto de consultas de higiene oral, o que poderá ter influenciado algumas respostas dos participantes. O ambiente clínico pode ter induzido os cuidadores a reportar práticas mais favoráveis do que aquelas que efetivamente realizam diariamente, constituindo uma limitação a ter em conta na interpretação dos resultados. Importa ainda referir que algumas respostas poderão ter sido afetadas por perceções imprecisas dos cuidadores relativamente aos hábitos de higiene oral das crianças, em especial no que diz respeito à frequência de escovagem.

Outro aspeto a salientar, prende-se com a necessidade de obter autorização da Comissão de Ética da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Este processo, embora imprescindível para assegurar o cumprimento dos princípios éticos da investigação, provocou um atraso significativo no início da recolha de dados. Esta limitação temporal condicionou a dimensão final da amostra, que poderia ter sido mais alargada caso o processo tivesse decorrido de forma mais célere.

Por fim, a natureza transversal do estudo permite apenas identificar associações entre variáveis, não sendo possível estabelecer relações de causa-efeito.

Perspetivas futuras

Apesar das limitações identificadas, este estudo contribui de forma significativa para a compreensão do impacto da literacia em saúde oral dos pais/cuidadores na saúde das crianças, oferecendo uma visão aprofundada sobre a realidade local e destacando a relevância da intervenção precoce em contexto familiar.

Para investigações futuras, sugere-se o alargamento da recolha de dados a diferentes regiões e serviços de saúde, de modo a garantir maior representatividade da população portuguesa. A realização de estudos comparativos entre diferentes contextos, como urbano e rural ou serviços públicos e privados, poderá enriquecer o conhecimento sobre os determinantes sociais da literacia em saúde oral.

Outra linha de investigação relevante será a implementação de programas-piloto de intervenção educativa dirigidos a pais e cuidadores, com avaliação do impacto na literacia e nos indicadores clínicos das crianças, permitindo aferir a eficácia destas estratégias na prática.

Sugere-se ainda que, sempre que possível, os questionários sejam aplicados a participantes sem relação direta com os investigadores responsáveis, de forma a reduzir o viés e a favorecer respostas mais espontâneas.

Finalmente, poderá ser pertinente que investigações futuras incluam variáveis adicionais relacionadas com hábitos alimentares, dado o papel reconhecido da dieta na saúde oral, enriquecendo assim a compreensão das múltiplas dimensões que influenciam o desenvolvimento da cárie dentária.

Referências Bibliográficas

Abiola Adeniyi, A., Eyitope Ogunbodede, O., Sonny Jeboda, O., & Morenike Folayan, O. (2009). Do maternal factors influence the dental health status of Nigerian pre-school children?. International journal of paediatric dentistry, 19(6), 448–454. https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2009.01019.x

Aliakbari, E., Gray-Burrows, K. A., Vinall-Collier, K. A., Edwebi, S., Salaudeen, A., Marshman, Z., McEachan, R. R. C., & Day, P. F. (2021). Facilitators and barriers to home-based toothbrushing practices by parents of young children to reduce tooth decay: a systematic review. Clinical oral investigations, 25(6), 3383–3393. https://doi.org/10.1007/s00784-021-03890-z

Alzahrani, A. Y., El Meligy, O., Bahdila, D., Aljawi, R., Bamashmous, N. O., & Almushayt, A. (2024). The influence of parental oral health literacy on children's oral health: a scoping review. The Journal of clinical pediatric dentistry, 48(4), 16–25. https://doi.org/10.22514/jocpd.2024.074

Ancker, J. S., Grossman, L. V., & Benda, N. C. (2020). Health Literacy 2030: Is It Time to Redefine the Term?. Journal of general internal medicine, 35(8), 2427–2430. https://doi.org/10.1007/s11606-019-05472-y

Arriaga, M.T. et al (2021). Níveis de Literacia em Saúde. Portugal: Direção-Geral da Saúde

Arriaga, M., Francisco, R., Nogueira, P., Oliveira, J., Silva, C., Câmara, G., Sørensen, K., Dietscher, C., & Costa, A. (2022). Health Literacy in Portugal: Results of the Health Literacy Population Survey Project 2019–2021. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(7), 4225. https://doi.org/10.3390/ijerph19074225

Assembleia da República. (2005). Constituição da República Portuguesa (7.ª revisão). Diário da República. https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775-49467775

Barasuol, J. C., Daros, B. C. I., Fraiz, F. C., & Menezes, J. V. N. B (2020). Caregiver oral health literacy: Relationship with socioeconomic factores, oral health behaviours and perceived child dental status. *Community Dental Health,* 37(1), 1-5. https://doi.org/10.1922/CDH_4550Barasuol05

Batista, M. J., Lawrence, H. P., & Sousa, M. D. L. R. (2017). Oral health literacy and oral health outcomes in an adult population in Brazil. BMC public health, 18(1), 60. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4443-0

Baskaradoss J. K. (2016). The association between oral health literacy and missed dental appointments. Journal of the American Dental Association (1939), 147(11), 867–874. https://doi.org/10.1016/j.adaj.2016.05.011

Baskaradoss J. K. (2018). Relationship between oral health literacy and oral health status. BMC oral health, 18(1), 172. https://doi.org/10.1186/s12903-018-0640-1

Bhardwaj, P. (2019). Types of sampling in research. *Journal of the Practice of Cardiovascular Sciences*, *5*(3), 157. https://doi.org/10.4103/jpcs.jpcs_62_19

Bozorgmehr, E., Hajizamani, A., & Malek Mohammadi, T. (2013). Oral health behavior of parents as a predictor of oral health status of their children. ISRN dentistry, 2013, 741783. https://doi.org/10.1155/2013/741783

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

Caufield P. W. (1997). Dental caries--a transmissible and infectious disease revisited: a position paper. *Pediatric dentistry*, *19*(8), 491–498.

Chawłowska, E., Karasiewicz, M., Lipiak, A., Cofta, M., Fechner, B., Lewicka-Rabska, A., Pruciak, A., & Gerreth, K. (2022). Exploring the Relationships between Children's Oral Health and Parents' Oral Health Knowledge, Literacy, Behaviours and Adherence to Recommendations: A Cross-Sectional Survey. International journal of environmental research and public health, 19(18), 11288. https://doi.org/10.3390/ijerph191811288

Chen, X., Hay, J. L., Waters, E. A., Kiviniemi, M. T., Biddle, C., Schofield, E., Li, Y., Kaphingst, K., & Orom, H. (2018). Health Literacy and Use and Trust in Health Information. Journal of health communication, 23(8), 724–734 doi:10.1080/10810730.2018.1511658

Chou, R., Cantor, A., Zakher, B., Mitchell, J. P., & Pappas, M. (2013). Preventing dental caries in children <5 years: systematic review updating USPSTF recommendation. Pediatrics, 132(2), 332–350. https://doi.org/10.1542/peds.2013-1469

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.

de Buhr, E., & Tannen, A. (2020). Parental health literacy and health knowledge, behaviours and outcomes in children: a cross-sectional survey. *BMC public health*, *20*(1), 1096. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08881-5

de Castilho, A. R. F., Mialhe, F. L., Barbosa, T. S., & Puppin-Rontani, R. M. (2013). Influence of family environment on children's oral health: A systematic review. Jornal de Pediatria, 89(2), 116–123. https://doi.org/10.1016/j.jped.2013.03.014

Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde. (2023). Acesso a cuidados de saúde oral no Serviço Nacional de Saúde: Relatório 2023.

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2021). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em www.dgs.pt

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2015). III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2021). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em www.dgs.pt

Espanha R., Ávila P., & Mendes R. V. (2016). Literacia em saúde em Portugal- Relatório Síntese. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Finlayson, T. L., Siefert, K., Ismail, A. I., & Sohn, W. (2007). Maternal self-efficacy and 1-5-year-old children's brushing habits. Community dentistry and oral epidemiology, 35(4), 272–281. https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2007.00313.x

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. Journal of the American Dental Association (1939), 148(8), 604–613. https://doi.org/10.1016/j.adaj.2017.04.012

Firmino, R. T., Ferreira, F. M., Martins, C. C., Granville-Garcia, A. F., Fraiz, F. C., & Paiva, S. M. (2018). Is parental oral health literacy a predictor of children's oral health outcomes? Systematic review of the literature. International journal of paediatric dentistry, 10.1111/ipd.12378. Advance online publication. https://doi.org/10.1111/ipd.12378

Glick, M., Williams, D. M., Kleinman, D. V., Vujicic, M., Watt, R. G., & Weyant, R. J. (2017). A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics : official publication of the American Association of Orthodontists, its constituent societies, and the American Board of Orthodontics, 151(2), 229–231. https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2016.11.010

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

Grimm, P. (2010). Social desirability bias. In J. Sheth & N. Malhotra (Eds.), Wiley International Encyclopedia of Marketing. Wiley. https://doi.org/10.1002/9781444316568.wiem02057

Gudipaneni, R. K., Alzabni, K. M. D., Alrashedi, F. F. A., Alruwaili, D. H. J., Albalawi, F. A., Alanazi, A. H., Alshamri, B. S., Almaeen, S. H., Manchery, N., & Bawazir, O. A. (2024). The impact of parental dental anxiety and oral health literacy on child oral health and dental-visit patterns: a cross-sectional study. BMC oral health, 24(1), 853. https://doi.org/10.1186/s12903-024-04536-8

Guo, Y., Logan, H. L., Dodd, V. J., Muller, K. E., Marks, J. G., & Riley, J. L., 3rd (2014). Health literacy: a pathway to better oral health. American journal of public health, 104(7), e85–e91. https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301930

Hooley, M., Skouteris, H., Boganin, C., Satur, J., & Kilpatrick, N. (2012). Parental influence and the development of dental caries in children aged 0-6 years: a systematic review of the literature. Journal of dentistry, 40(11), 873–885. https://doi.org/10.1016/j.jdent.2012.07.013

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2024). Conta Satélite da Saúde 2021-2023: Base 2016.

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2024). *Estatísticas do rendimento ao nível local – 2022: Indicadores de rendimento declarado no IRS*. Instituto Nacional de Estatística.

Ismail, A. I., Sohn, W., Tellez, M., Amaya, A., Sen, A., Hasson, H., & Pitts, N. B. (2007). The International Caries Detection and Assessment System (ICDAS): an integrated system for measuring dental caries. Community dentistry and oral epidemiology, 35(3), 170–178. https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2007.00347.x

Janeiro, D., Calisto, C., Costa, B. & Neves, S. (2024). Estudo da Perceção do cuidador sobre o estado de Saúde Oral num grupo de crianças e adolescentes. Saúde Oral em Idade Pediátrica, 57- 67. Centro Editorial SCML.

Jornal Dentistry. (2024). OMS: Saúde oral. https://www.jornaldentistry.pt/news/noticias/oms--saude-oral

Khan, S. Y., Schroth, R. J., Cruz de Jesus, V., Lee, V. H. K., Rothney, J., Dong, C. S., Javed, F., Yerex, K., Bertone, M., El Azrak, M., & Menon, A. (2024). A systematic review of caries risk in children <6 years of age. International journal of paediatric dentistry, 34(4), 410–431. https://doi.org/10.1111/ipd.13140

Lee, J. Y., Rozier, R. 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*, *67*(2), 94–98. https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2007.00021.x

Lotto, M., Strieder, A. P., Ayala Aguirre, P. E., Oliveira, T. M., Andrade Moreira Machado, M. A., Rios, D., & Cruvinel, T. (2020). Parental-oriented educational mobile messages to aid in the control of early childhood caries in low socioeconomic children: A randomized controlled trial. Journal of dentistry, 101, 103456. https://doi.org/10.1016/j.jdent.2020.103456

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

Macek, M. D., Haynes, D., Wells, W., Bauer-Leffler, S., Cotten, P. A., & Parker, R. M. (2010). Measuring conceptual health knowledge in the context of oral health literacy: preliminary results. Journal of public health dentistry, 70(3), 197–204. https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2010.00165.x

Marandi, M., Babaei, A., & Momeni, Z. (2025). Association of maternal oral health literacy with dental caries status of 6-9-year-old children according to the caries assessment spectrum and treatment (CAST) index. BMC oral health, 25(1), 538. https://doi.org/10.1186/s12903-025-05942-2

Miller, E., Lee, J. Y., DeWalt, D. A., & Vann, W. F., Jr (2010). Impact of caregiver literacy on children's oral health outcomes. Pediatrics, 126(1), 107–114. https://doi.org/10.1542/peds.2009-2887

Nic Iomhair, A., Wilson, M., & Morgan, M. (2020). Ten years of Designed to Smile in Wales. BDJ Team, 7(4), 12–15. https://doi.org/10.1038/s41407-020-0285-1

Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. Social science & medicine (1982), 67(12), 2072–2078. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050

Ordem dos Médicos Dentistas (OMD). (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Estratégia de saúde oral em Portugal – um conceito de transversalidade que urge implementar. Porto: Ordem dos Médicos Dentistas.

Ordem dos Médicos Dentistas (OMD). (2024). IX Barómetro Nacional de Saúde Oral 2024. Ordem dos Médicos Dentistas.

Ordem dos Médicos Dentistas (OMD). (2023). Revista da Ordem dos Médicos Dentistas (nº 55). Ordem dos Médicos Dentistas. https://www.omd.pt/revista/

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 Publica. 34(3), 259-275.

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 Suppl 1*, 3–23. https://doi.org/10.1046/j..2003.com122.x

Petersen, P. E., & Kwan, S. (2011). Equity, social determinants and public health programmes--the case of oral health. Community dentistry and oral epidemiology, 39(6), 481–487. https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2011.00623.x

Pereira, J. L., Caramelo, F., Soares, A. D., Cunha, B., Gil, A. M., & Costa, A. L. (2021). Prevalence and sociobehavioural determinants of early childhood caries among 5-year-old Portuguese children: a longitudinal study. European Archives of Paediatric Dentistry, 22(3), 399–408.

Peres, M. A., Macpherson, L. M. D., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M. R., Listl, S., Celeste, R. K., Guarnizo-Herreño, C. C., Kearns, C., Benzian, H., Allison, P., & Watt, R. G. (2019). Oral diseases: A global public health challenge. The Lancet, 394(10194), 249–260. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8

Richman, J. A., Lee, J. Y., Rozier, R. G., Gong, D. A., Pahel, B. T., & Vann, W. F., Jr (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.

Ross, A. J., Sherriff, A., Kidd, J., Deas, L., Eaves, J., Blokland, A., Wright, B., King, P., McMahon, A. D., Conway, D. I., & Macpherson, L. M. D. (2023). Evaluating childsmile, Scotland's National Oral Health Improvement Programme for children. Community dentistry and oral epidemiology, 51(1), 133–138. https://doi.org/10.1111/cdoe.12790

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

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML). (2024). Saúde oral Lisboa. https://sol.scml.pt/

Savage, J. S., Fisher, J. O., & Birch, L. L. (2007). Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. The Journal of law, medicine & ethics: a journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics, 35(1), 22–34. https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2007.00111.x

Schwendicke, F., Dörfer, C. E., Schlattmann, P., Foster Page, L., Thomson, W. M., & Paris, S. (2015). Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. Journal of dental research, 94(1), 10–18. https://doi.org/10.1177/0022034514557546

Schober, P., & Vetter, T. R. (2020). Correlation Analysis in Medical Research. Anesthesia and analgesia, 130(2), 332. https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004578

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

SOBE. (2024). Projeto SOBE: Saúde Oral Bibliotecas Escolares. https://www.sobe.pt/

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC public health, 12, 80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., Brand, H., & HLS-EU Consortium (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). European journal of public health, 25(6), 1053–1058. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043

Vann, W. F., Jr, Lee, J. Y., Baker, D., & Divaris, K. (2010). Oral health literacy among female caregivers: impact on oral health outcomes in early childhood. Journal of dental research, 89(12), 1395–1400. https://doi.org/10.1177/0022034510379601

Vickers, A. J. (2005). Parametric versus non-parametric statistics in the analysis of randomized trials with non-normally distributed data. *BMC Medical Research Methodology, 5*(1), 35.https://doi.org/10.1186/1471-2288-5-35

Walsh, O., Chauhan, A., Trinh, M. V., Lin, C., Marshall, S., Gray-Burrows, K. A., & Silva, M. (2025). Parents' perceived barriers and enablers to providing optimal infant oral care. BMC public health, 25(1), 1292. https://doi.org/10.1186/s12889-025-22487-9

Walshe, K., & Smith, J. (2011). Healthcare management (2ª ed.). Open University Press. ISBN: 9780335243822.

Wehmeyer, M. M., Corwin, C. L., Guthmiller, J. M., & Lee, J. Y. (2014). The impact of oral health literacy on periodontal health status. *Journal of public health dentistry*, *74*(1), 80–87. https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2012.00375.x

Wigen, T. I., Skaret, E., & Wang, N. J. (2009). Dental avoidance behaviour in parent and child as risk indicators for caries in 5-year-old children. *International journal of paediatric dentistry*, *19*(6), 431–437. https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2009.01014.x

World Health Organization (WHO). (2022). Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484

World Health Organization (WHO). (1998). Health promotion glossary. Geneva: Author.

Yin, R. K. (2001). Estudo de caso: Planejamento e métodos (2.ª ed.). Porto Alegre: Bookman.

ANEXOS

Anexo A – Consentimento informado para participação no estudo

Participante nº: _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

1. Título do Estudo e Entidade Responsável

Caro (a) participante,

O estudo supra citado 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), intitulado "Literacia em Saúde Oral de Pais/Cuidadores de Crianças na Região de Lisboa" realizado pela Investigadora, Beatriz Dias da Costa, sob a orientação da Professora Rita Espanha, doutorada em Sociologia pelo Instituto Universitário de Lisboa- ISCTE, no exercício da sua atividade como higienista oral do Serviço Odontopedriático de Lisboa -SOL- e, igualmente, na qualidade de aluna do Mestrado acima referido, sendo a Investigadora a única responsável pelo tratamento dos seus Dados Pessoais.

2. Objetivos do estudo

A saúde oral nos primeiros anos de vida é essencial para o desenvolvimento infantil, sendo os pais/cuidadores os principais intervenientes na promoção de hábitos adequados e na prevenção de problemas futuros. Deste modo, é fundamental conhecer o nível de literacia dos pais e cuidadores, com o intuito de reforçar a prevenção e a promoção da saúde oral.

O principal objetivo desta investigação é, assim, compreender a relação entre os níveis de literacia em saúde oral dos pais/cuidadores e o estado de saúde oral das crianças acompanhadas no SOL. Os resultados deste estudo poderão ser de grande utilidade para os profissionais de saúde, no sentido de se identificar quais as necessidades educativas, compreender de que forma a clínica SOL pode melhorar a literacia em saúde oral e os benefícios organizacionais associados.

Este estudo encontra-se estruturado em duas partes complementares. A primeira, consiste no preenchimento de um questionário anónimo, dirigido ao pai/mãe/cuidador que acompanha a criança à consulta, e que tem como objetivo recolher informações sobre hábitos, conhecimentos e perceções relacionados com a saúde oral. Trata-se de um inquérito voluntário, com um tempo estimado de resposta de aproximadamente 10 minutos, sem quaisquer riscos para os participantes.

A segunda parte do estudo compreende a análise das fichas clínicas informatizadas das crianças que possuem ficha clínica e, registada no SOL, e cujos progenitores/cuidadores responderam ao questionário acima referido, com o objetivo de avaliar a história de cárie dentária. Esta análise será realizada pela Investigadora, no exercício da sua atividade como higienista oral, e apenas terá lugar após a receção do consentimento, referido infra, assinado por ambos os progenitores, garantindo assim o respeito pelos princípios da legalidade e da proteção dos dados pessoais da criança. O objetivo é identificar se a criança tem ou teve, em algum momento, cárie dentária, independentemente de se tratar de uma lesão ativa ou tratada, permitindo um cruzamento dos dados clínicos com as respostas ao questionário, de forma a obter uma visão mais abrangente dos fatores associados à saúde oral infantil.

3. Base de Licitude

Nos termos do disposto nos artigos 9º, nºs 1 e 2, alíneas a) e f), 7º e 89º, nºs 1 e 2, do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados- RGPD- e ainda, no artigo 31º, nºs 1 e 4, da Lei nº 58/2019, de 8 de agosto, a base de licitude para o tratamento dos dados pessoais recolhidos é o seu consentimento livre, específico, informado e inequívoco para participação em estudo de investigação científica, que faz parte integrante desta Declaração, e que lhe será solicitado no final deste documento.

4. Destinatários dos Dados, Confidencialidade e Proteção da Dados:

No âmbito deste estudo, não serão partilhados dados com terceiros, sendo todos os dados recolhidos totalmente confidenciais e utilizados exclusivamente para fins de investigação. A recolha de dados clínicos (presença de cárie dentária) será feita de forma anonimizada, sendo registada numa base de dados independente, com códigos distintos e sem qualquer correspondência direta com os questionários. Assim, toda a informação recolhida através dos questionários, bem como, a informação extraída das fichas clínicas residentes no SOL será

apenas acedida e tratada pela investigadora, a qual garante o total sigilo relativamente à identificação dos titulares dos dados pessoais.

Os dados recolhidos serão tratados em conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD)-Regulamento (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016, e da Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, nomeadamente, pondo em prática as medidas adequadas à sua segurança contra a destruição, a perda, a alteração, a difusão, o acesso não autorizado, e o tratamento acidental ou ilícito.

O estudo cumpre ainda com as normas éticas aprovadas pela Comissão de Ética do ISCTE Business School (IBS) e pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Santa Casa- CHSC-CMRA/HOSA, garantindo que todos os procedimentos respeitam os princípios éticos da investigação científica.

5. Armazenamento e Prazos de Conservação

Os dados recolhidos são destruídos seis (6) meses após a conclusão do estudo, exceto os resultados agregados para fins académicos. A base de dados é armazenada num computador de uso exclusivo da Investigadora, com acesso protegido por password. Não existe qualquer acesso externo à base de dados, nem partilha com terceiros. Todos os documentos físicos são mantidos em local fechado e com acesso restrito.

6. Direitos dos Titulares dos Dados:

A qualquer momento é garantido ao titular dos dados, participante no estudo, o direito de informação, acesso, retificação, oposição ou apagamento dos seus dados pessoais, nos termos do RGPD.

Está salvaguardada a possibilidade de desistir da participação, revogando o consentimento previamente dado, sem qualquer consequência para com a relação previamente estabelecida com a SCML.

O exercício desses direitos poderá ser feito preferencialmente junto da investigadora, Beatriz Alexandra Gomes Dias da Costa, cujos contactos constam abaixo. Assiste-lhe ainda o direito a apresentar reclamação junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD), caso entenda que o tratamento dos seus dados não cumpre o regime legal em vigor.

Contactos:

- Investigadora: Beatriz Alexandra Gomes Dias da Costa
- E-mail: beatriz.a.costa@scml.pt
- Telefone: 927338322

7. Comunicação e Divulgação dos Resultados do Estudo

Os resultados do estudo serão divulgados através de relatórios de mestrado, apresentação em congressos, submissão para publicação em revistas científicas e tese académica. A informação recolhida será tratada exclusivamente pela responsável do estudo.

Os membros da equipa de investigação poderão ser envolvidos em atividades de divulgação e educação de crianças/adolescentes, pais e profissionais de saúde para divulgar os resultados obtidos para a população geral e para os profissionais de saúde.

Os resultados estarão disponíveis no fim do estudo, e o participante tem direito aos mesmos, devendo, para o efeito solicitá-lo à Investigadora responsável pelo estudo. O participante não será identificado(a) em nenhum relatório ou publicação do Estudo.

É muito importante que responda a todas as questões para que os dados possam ser corretamente analisados. Pode colocar as questões que pretender, sempre que assim o entender.

Desde já agradeço a sua colaboração na investigação.

Beatriz Gomes Dias da Costa

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Título do estudo: "Literacia em Saúde Oral de Pais/Cuidadores de Crianças na Região de Lisboa"

Entidade Responsável pelo estudo, na sua componente académica: ISCTE (Instituto Universitário de Lisboa)

Investigadora Principal: Beatriz Costa

Declaro ter tomado conhecimento e de me ter sido explicada toda a informação sobre o estudo, e que tive a oportunidade de colocar todas as perguntas que desejava. Aceito participar de forma livre e esclarecida, de modo a contribuir para fins de investigação científica no âmbito da saúde oral infantil, assinando este formulário.

Compreendo os objetivos, procedimentos, restrições, riscos e benefícios relacionados com a participação do meu filho/criança à minha guarda, no estudo, bem como, a minha responsabilidade.

Aceito que a proteção dos meus dados pessoais e os do meu filho/criança à minha guarda, recolhidos no âmbito deste estudo, no estrito respeito pela confidencialidade, sejam tratados de acordo com disposto na informação sobre o estudo que me foi apresentada e explicitada, da qual tomei conhecimento.

Estou consciente de que posso livremente, e a qualquer momento, abandonar a participação no estudo, bem como decidir sobre a manutenção ou destruição dos dados pessoais constantes do estudo, sem ter de justificar a minha decisão, e sem que disso decorra qualquer consequência no acompanhamento clínico que é feito à criança.

Autorizo ser contactado/a pela Investigadora principal do estudo e declaro que quero conhecer os resultados deste estudo, nomeadamente aqueles que possam ser relevantes para a saúde do meu filho/criança á minha guarda.

Fui informado/a de que, ao assinar este termo de consentimento, não renuncio a nenhum dos meus direitos. Fui informado/a, ainda, de que receberei uma cópia datada e assinada deste formulário, da folha de informações sobre o estudo, bem como, dos resultados do mesmo, pelo

que consinto igualmente no tratamento da morada ou correio eletrónico, por mim abaixo indicados, para se proceder ao respetivo envio.

Concordo e aceito participar no estudo "Literacia em Saúde Oral de Pais/Cuidadores de Crianças na Região de Lisboa".

Nome: _____

CC/BI/Passaporte: _____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Morada: _____

E-mail: _____

Assinatura: _____

Conforme documento de identificação

Data: ____/____/_____

Nome: _____

CC/BI/Passaporte: _____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Morada: _____

E-mail: _____

Assinatura: _____

Conforme documento de identificação

Data: ____/____/_____

Confirmo que expliquei ao participante de forma clara e compreensível os objetivos e procedimentos do estudo. Respondi a todas as questões colocadas e assegurei-me de que houve tempo suficiente para reflexão sobre a participação no estudo.

Assinatura da Investigadora: _____

Data: ____/____/_____

Anexo B – Questionário

Participante nº: _____

(a preencher pelo investigador)

Questionário

Literacia em saúde oral de pais/cuidadores de crianças na região de lisboa

O seguinte questionário pretende recolher informações sobre os níveis de literacia em saúde oral de pais/cuidadores de crianças entre os 3-12 anos que sejam acompanhadas no Serviço Odontopediátrico de Lisboa. É constituído por 26 perguntas e tem uma duração estimada de 10 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.

EM CADA UMA DAS PERGUNTAS DEVE ESCOLHER-SE APENAS UMA OPÇÃO, EXCETO QUANDO INDICADO O CONTRÁRIO.

Para mais informações e/ou esclarecimentos de alguma dúvida deverá entrar em contacto com a investigadora Beatriz Costa, através do seguinte email: beatriz.a.costa@scml.pt

Parte I: Dados Sociodemográficos

1. Idade

A) 18 – 24 anos de idade
B) 25 – 34 anos de idade
C) 35 – 44 anos de idade
D) 45 – 54 anos de idade
E) 55 – 64 anos de idade
F) 65 + anos de idade

2. Género

A) Feminino
B) Masculino

3. **Freguesia onde reside:** _____

4. **Grau de escolaridade**
   A) Não sabe ler nem escrever
   B) Nunca frequentou a escola, mas sabe ler e escrever
   C) 1º ciclo do ensino básico (4º ano de escolaridade)
   D) 2º ciclo do ensino básico (6º ano de escolaridade)
   E) 3º ciclo do ensino básico (9º ano de escolaridade)
   F) Ensino secundário (12º ano de escolaridade)
   G) Licenciatura (Ensino superior)
   H) Mestrado (Ensino superior)
   I) Doutoramento (Ensino superior)
   J) Não sei/ Não respondo

5. **Profissão:** _____

6. **Situação profissional**
   A) Patrão (com empregados)
   B) Trabalhador(a) por conta própria
   C) Trabalhador(a) em empreendimento familiar
   D) Trabalhador(a) por conta de outrem
   E) Desempregado(a) com subsídio
   F) Desempregado(a) sem subsídio
   G) Reformado(a)
   H) Doméstico(a)
   I) Estudante
   J) Incapacitado(a) permanentemente para o trabalho

Parte II: Literacia em Saúde Oral

Nesta parte, irá encontrar várias questões sobre saúde oral. Preencha os espaços em branco selecionando a LETRA que considere correta.

1. Estudos demonstram que pode existir uma ligação entre doenças orais e outros problemas de saúde como _____:

A) Doença de pele
B) Enfarte do miocárdio
C) Doença mental
D) Distrofia muscular
E) Não sei

2. Uma das doenças orais mais comuns é a cárie dentária. Escovar os dentes com uma pasta dentífrica que contenha (1)_____, pelo menos duas vezes por (2)_____, juntamente com o uso de fio dentário e evitando alimentos ricos em (3)_____, pode prevenir a cárie dentária.

(1)	(2)	(3)
A) Sabores	A) Mês	A) Sal
B) Agentes branqueadores	B) Refeição	B) Especiarias
C) Detergentes	C) Dia	C) Gordura
D) Flúor	D) Semana	D) Açúcar
E) Não sei	E) Não sei	E) Não sei

3. Cada pessoa tem 32 dentes (1)_____, nascendo (2)_____por volta dos 6 anos de idade.

(1)	(2)
A) incisivos	A) a maioria dos dentes
B) de leite	B) o primeiro dente
C) molares	C) o último dente
D) permanentes	D) todos os dentes
E) não sei	E) Não sei

4. No texto seguinte está descrito a prescrição de um antibiótico. Após analisar, responda às questões.

> **Diagnóstico:** Infeção e abcesso dentário
>
> **Tratamento:** Amoxicilina (500 mg), 21 cápsulas
>
> Tome uma cápsula, por via oral, três vezes ao dia (8/8 horas) durante 7

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

_____

4.2. Se os seus sintomas desaparecerem ao final do terceiro dia, deve parar de tomar a medicação?

A) Sim
B) Não
C) Não sei

5. No texto seguinte está descrito as instruções a utilização de um colutório oral (elixir). Após analisar, responda às questões.

Colutório oral (elixir) com fluoreto de sódio 0,2%
Bochechar com 15ml durante 1 minuto, 1x por semana
Não coma ou beba nada nos 30 minutos seguintes.

5.1. Com base nas instruções, pode engolir o produto?

A) Sim
B) Não
C) Não sei

5.2. Se utilizar o produto às 12:00, a que horas pode comer/beber? _____

6. No texto seguinte estão descritas as instruções após uma extração dentária. Após analisar responda às questões.

Morder uma compressa no local da extração durante 30 minutos.
Não cuspir nem bochechar durante 12 horas.
Coma alimentos moles e frios, como gelado ou sopa fria, nas primeiras 12 horas após a extração.

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

6.2. Se o dente foi extraído às 8h, pode comer alimentos quentes às 14h?

A) Sim
B) Não
C) Não sei

7. Qual a melhor decisão se ocorrer um pouco de sangramento/ hemorragia após escovar ou utilizar fio dentário?

A) Não escovar ou usar fio dentário diariamente
B) Mastigar pastilha em vez de escovar ou usar fio dentário
C) Continuar a escovar e usar fio dentário diariamente
D) Usar palitos de madeira em vez de fio dentário
E) Não sei

8. Qual a melhor decisão se sentir dor ou edema (inchaço) na boca?

A) Consultar o médico ou medico dentista

B) Consultar um familiar
C) Tomar antibióticos
D) Tomar analgésicos
E) Não sei

9. Qual das alternativas é a melhor forma de remover manchas e tártaro dos dentes?

A) Comer alimentos duros, como maçãs
B) Utilizar um elixir oral
C) Utilizar uma pasta dentífrica anti-tártaro e/ou branqueadora
D) Realizar uma destartarização
E) Não sei

10. "Eu ilibo o meu dentista por quaisquer complicações não intencionais do tratamento." Qual o significado desta afirmação?

A) O meu dentista é responsável por complicações não intencionais do tratamento.
B) Aceito o tratamento proposto pelo dentista.
C) Eu autorizo o meu dentista a realizar qualquer tratamento conforme o necessário.
D) O meu dentista não é responsável por complicações não intencionais do tratamento.
E) Não sei

11. "Tenho um histórico de alergia a alguns medicamentos". Qual o significado desta afirmação?

A) Sinto dificuldades em falar após o consumo de alguns medicamentos.
B) Tenho dores fortes no peito após o consumo de alguns medicamentos.
C) Sinto dificuldade em respirar e vermelhidão na pele após o consumo de alguns medicamentos.
D) Sinto ansiedade e tonturas após o consumo de alguns medicamentos.
E) Não sei

Parte III: Perceção e hábitos de Higiene oral

1. Qual a razão mais frequente para o seu filho/criança visitar o seu profissional de saúde oral?

A) Consulta de rotina: Higiene Oral
B) Tratamento de cáries
C) Dor
D) Sangramento gengival

2. Com que regularidade considera necessário levar o seu filho/criança ao Médico Dentista ou Higienista Oral?

A) Mais de 3 vezes por ano

B) 2 vezes por ano
C) 1 vez por ano
D) Menos de 1 vez por ano
E) Quando sente dor/ desconforto

3. Com que frequência o seu filho/criança faz a escovagem dentária?

A) Pelo menos 2x por dia
B) 1x por dia
C) Ocasionalmente
D) Não faz, ou raramente
E) Não sei

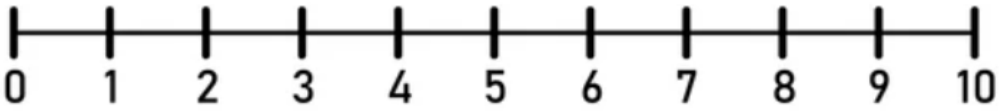
4. Participa na higiene oral diária do seu filho/criança?

A) Sim
B) Não

5. Costuma observar a boca do seu filho/criança?

A) Sim
B) Não

6. De 1 a 10 como classifica o estado de saúde oral do seu filho/criança, sendo 1 muito mau e 10 excelente?



7. Considera que o seu filho/criança apresenta alguma destas alterações? (pode selecionar mais do que uma opção)

A) Gengivite (inflamação gengival)
B) Placa bacteriana/tártaro
C) Cárie
D) Pigmentação nos dentes
E) Fratura
F) Sem alterações
G) Outro
H) Não sei

Anexo C- Testes de Hipóteses

Teste Kruskal-Wallis

Postos

	Grau de escolaridade	N	Posto médio
Numero de caries ativas	Não sabe ler nem escrever	1	133,00
	1º ciclo do ensino básico (4º ano de escolaridade)	6	105,08
	2º ciclo do ensino básico (6º ano de escolaridade)	8	90,56
	3º ciclo do ensino básico (9º ano de escolaridade)	22	95,34
	Ensino secundário (12º ano de escolaridade)	66	76,85
	Licenciatura (Ensino superior)	39	60,88
	Mestrado (Ensino superior)	10	59,60
	Total	152	

Estatísticas de teste[a,b]

	Numero de caries ativas
H de Kruskal-Wallis	22,712
df	6
Significância Sig.	<,001

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de Agrupamento: Grau de escolaridade

Teste Kruskal-Wallis

Postos

	Situação Profissional	N	Posto médio
Numero de caries ativas	Patrão (com empregados)	4	67,13
	Trabalhador(a) por conta própria	15	82,80
	Trabalhador(a) por conta de outrem	106	73,08
	Desempregado(a) com subsídio	6	106,67
	Desempregado(a) sem subsídio	8	85,81
	Reformado(a)	8	70,25
	Doméstico(a)	4	107,38
	Estudante	1	52,50
	Total	152	

Estatísticas de teste[a,b]

	Numero de caries ativas
H de Kruskal-Wallis	9,917
df	7
Significância Sig.	,193

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de Agrupamento: Situação Profissional

Teste Kruskal-Wallis

Postos

	freguesia_categorias	N	Posto médio
Numero de caries ativas	1,00	44	70,74
	2,00	58	72,88
	3,00	50	85,77
	Total	152	

Estatísticas de teste[a,b]

	Numero de caries ativas
H de Kruskal-Wallis	4,957
df	2
Significância Sig.	,084

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de Agrupamento: freguesia_categorias

Teste Kruskal-Wallis

Postos

	Com que frequência o seu filho/criança faz a escovagem dentária?	N	Posto médio
Numero de caries ativas	Pelo menos 2x por dia	108	67,97
	1x por dia	38	95,21
	Ocasionalmente	6	111,50
	Total	152	

Estatísticas de teste[a,b]

	Numero de caries ativas
H de Kruskal-Wallis	21,683
df	2
Significância Sig.	<,001

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de Agrupamento: Com que frequência o seu filho/criança faz a escovagem dentária?

Teste Kruskal-Wallis

Postos

	Participa na Higiene oral diária do sei filho/criança?	N	Posto médio
Numero de caries ativas	Sim	89	69,92
	Não	63	85,79
	Total	152	

Estatísticas de teste[a,b]

	Numero de caries ativas
H de Kruskal-Wallis	7,069
df	1
Significância Sig.	,008

a. Teste Kruskal Wallis

Teste Mann-Whitney

Postos

	Costuma observar a boca do seu filho/criança?	N	Posto médio	Soma de Classificações
De 1 a 10 como classifica o estado de saúde oral do seu filho/criança, sendo 1 muito mau e 10 excelente?	Sim	131	76,37	10004,50
	Não	21	77,31	1623,50
	Total	152		

Estatísticas de teste[a]

	De 1 a 10 como classifica o estado de saúde oral do seu filho/criança, sendo 1 muito mau e 10 excelente?
U de Mann-Whitney	1358,500
Wilcoxon W	10004,500
Z	-,093
Significância Sig. (2 extremidades)	,926

a. Variável de Agrupamento: Costuma observar a boca do seu filho/criança?

Correlações

			Numero de caries ativas	De 1 a 10 como classifica o estado de saúde oral do seu filho/criança, sendo 1 muito mau e 10 excelente?
rô de Spearman	Numero de caries ativas	Coeficiente de Correlação	1,000	-,407**
		Sig. (2 extremidades)	.	<,001
		N	152	152
	De 1 a 10 como classifica o estado de saúde oral do seu filho/criança, sendo 1 muito mau e 10 excelente?	Coeficiente de Correlação	-,407**	1,000
		Sig. (2 extremidades)	<,001	.
		N	152	152

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Teste Kruskal-Wallis

Postos

	Idade	N	Posto médio
numero de respostas certas no questionario	25-34 anos	23	57,39
	35-44 anos	74	77,01
	45-54 anos	42	90,64
	55-64 anos	6	46,92
	65+ anos	7	74,36
	Total	152	

Estatísticas de teste[a,b]

	numero de respostas certas no questionario
H de Kruskal-Wallis	11,581
df	4
Significância Sig.	,021

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de Agrupamento: Idade

Teste Kruskal-Wallis

Postos

	Grau de escolaridade	N	Posto médio
numero de respostas certas no questionario	Não sabe ler nem escrever	1	46,50
	1º ciclo do ensino básico (4º ano de escolaridade)	6	52,00
	2º ciclo do ensino básico (6º ano de escolaridade)	8	45,94
	3º ciclo do ensino básico (9º ano de escolaridade)	22	30,32
	Ensino secundário (12º ano de escolaridade)	66	73,87
	Licenciatura (Ensino superior)	39	107,01
	Mestrado (Ensino superior)	10	118,60
	Total	152	

Estatísticas de teste[a,b]

	numero de respostas certas no questionario
H de Kruskal-Wallis	59,413
df	6
Significância Sig.	<,001

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de Agrupamento: Grau de escolaridade

Teste Kruskal-Wallis

Postos

	Situação Profissional	N	Posto médio
numero de respostas certas no questionario	Patrão (com empregados)	4	74,25
	Trabalhador(a) por conta própria	15	88,70
	Trabalhador(a) por conta de outrem	106	78,59
	Desempregado(a) com subsídio	6	32,00
	Desempregado(a) sem subsídio	8	69,56
	Reformado(a)	8	67,06
	Doméstico(a)	4	72,50
	Estudante	1	95,00
	Total	152	

Estatísticas de teste[a,b]

	numero de respostas certas no questionario
H de Kruskal-Wallis	8,437
df	7
Significância Sig.	,296

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de Agrupamento: Situação Profissional

Teste Mann-Whitney

Postos

	Género	N	Posto médio	Soma de Classificações
numero de respostas certas no questionario	Feminino	109	75,50	8230,00
	Masculino	43	79,02	3398,00
	Total	152		

Estatísticas de teste[a]

	numero de respostas certas no questionario
U de Mann-Whitney	2235,000
Wilcoxon W	8230,000
Z	-,447
Significância Sig. (2 extremidades)	,655

a. Variável de Agrupamento: Género

Regressão

Variáveis Inseridas/Removidas[a]

Modelo	Variáveis inseridas	Variáveis removidas	Método
1	Situação Profissional, Género, Idade, Grau de escolaridade[b]	.	Inserir

a. Variável Dependente: numero de respostas certas no questionario

b. Todas as variáveis solicitadas inseridas.

Resumo do modelo

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,514[a]	,264	,244	2,70105

a. Preditores: (Constante), Situação Profissional, Género, Idade, Grau de escolaridade

ANOVA[a]

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	F	Sig.
1	Regressão	384,587	4	96,147	13,179	<,001[b]
	Resíduo	1072,466	147	7,296		
	Total	1457,053	151			

a. Variável Dependente: numero de respostas certas no questionario

b. Preditores: (Constante), Situação Profissional, Género, Idade, Grau de escolaridade

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes não padronizados B	Coeficientes não padronizados Erro Erro	Coeficientes padronizados Beta	t	Sig.	Estatísticas de colinearidade Tolerância	Estatísticas de colinearidade VIF
1	(Constante)	1,563	1,949		,802	,424		
	Idade	,670	,244	,203	2,747	,007	,914	1,095
	Género	,163	,507	,024	,321	,749	,920	1,087
	Grau de escolaridade	1,347	,200	,514	6,746	<,001	,864	1,158
	Situação Profissional	,083	,179	,037	,464	,643	,782	1,280

a. Variável Dependente: numero de respostas certas no questionario

Diagnóstico de colinearidade[a]

Modelo	Dimensão	Autovalor	Índice de condição	Proporções de variância (Constante)	Idade	Género	Grau de escolaridade	Situação Profissional
1	1	4,733	1,000	,00	,00	,00	,00	,00
	2	,132	5,993	,00	,01	,35	,01	,28
	3	,071	8,182	,01	,05	,37	,25	,07
	4	,055	9,270	,00	,86	,13	,00	,31
	5	,009	22,580	,99	,07	,14	,74	,33

a. Variável Dependente: numero de respostas certas no questionario

Teste Kruskal-Wallis

Postos

	Participa na Higiene oral diária do sei filho/criança?	N	Posto médio
numero de respostas certas no questionario	Sim	89	84,89
	Não	63	64,64
	Total	152	

Estatísticas de teste[a,b]

	numero de respostas certas no questionario
H de Kruskal-Wallis	7,926
df	1
Significância Sig.	,005

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de Agrupamento: Participa na Higiene oral diária do sei filho/criança?

Teste Mann-Whitney

Postos

	Costuma observar a boca do seu filho/criança?	N	Posto médio	Soma de Classificações
numero de respostas certas no questionario	Sim	131	81,74	10708,50
	Não	21	43,79	919,50
	Total	152		

Estatísticas de teste[a]

	numero de respostas certas no questionario
U de Mann-Whitney	688,500
Wilcoxon W	919,500
Z	-3,697
Significância Sig. (2 extremidades)	<,001

a. Variável de Agrupamento: Costuma observar a boca do seu filho/criança?

Teste Kruskal-Wallis

Postos

	Com que frequência o seu filho/criança faz a escovagem dentária?	N	Posto médio
numero de respostas certas no questionario	Pelo menos 2x por dia	108	89,37
	1x por dia	38	45,39
	Ocasionalmente	6	41,92
	Total	152	

Estatísticas de teste[a,b]

	numero de respostas certas no questionario
H de Kruskal-Wallis	32,393
df	2
Significância Sig.	<,001

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de Agrupamento: Com que frequência o seu filho/criança faz a escovagem dentária?

Teste Kruskal-Wallis

Postos

	Com que regularidade considera necessário levar o seu filho/criança ao Médico Dentista ou Higienista Oral?	N	Posto médio
numero de respostas certas no questionario	Mais de 3 vezes por ano	56	65,90
	2 vezes por ano	68	96,38
	1 vez por ano	24	55,67
	Menos de 1 vez por ano	1	3,00
	Quando sente dor/desconforto	3	14,83
	Total	152	

Estatísticas de teste[a,b]

	numero de respostas certas no questionario
H de Kruskal-Wallis	31,648
df	4
Significância Sig.	<,001

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de Agrupamento: Com que regularidade considera necessário levar o seu filho/criança ao Médico Dentista ou Higienista Oral?

Correlações não paramétricas

Correlações

			numero de respostas certas no questionario	Com que regularidade considera necessário levar o seu filho/criança ao Médico Dentista ou Higienista Oral?	Com que frequência o seu filho/criança faz a escovagem dentária?	Participa na Higiene oral diária do sei filho/criança?	Costuma observar a boca do seu filho/criança?
rô de Spearman	numero de respostas certas no questionario	Coeficiente de Correlação	1,000	-,006	-,461**	-,229**	-,301**
		Sig. (2 extremidades)	.	,939	<,001	,005	<,001
		N	152	152	152	152	152
	Com que regularidade considera necessário levar o seu filho/criança ao Médico Dentista ou Higienista Oral?	Coeficiente de Correlação	-,006	1,000	,133	-,025	,063
		Sig. (2 extremidades)	,939	.	,104	,764	,440
		N	152	152	152	152	152
	Com que frequência o seu filho/criança faz a escovagem dentária?	Coeficiente de Correlação	-,461**	,133	1,000	,324**	,131
		Sig. (2 extremidades)	<,001	,104	.	<,001	,107
		N	152	152	152	152	152
	Participa na Higiene oral diária do sei filho/criança?	Coeficiente de Correlação	-,229**	-,025	,324**	1,000	,360**
		Sig. (2 extremidades)	,005	,764	<,001	.	<,001
		N	152	152	152	152	152
	Costuma observar a boca do seu filho/criança?	Coeficiente de Correlação	-,301**	,063	,131	,360**	1,000
		Sig. (2 extremidades)	<,001	,440	,107	<,001	.
		N	152	152	152	152	152

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Correlações não paramétricas

Correlações

			numero de respostas certas no questionario	De 1 a 10 como classifica o estado de saúde oral do seu filho/criança, sendo 1 muito mau e 10 excelente?
rô de Spearman	numero de respostas certas no questionario	Coeficiente de Correlação	1,000	,149
		Sig. (2 extremidades)	.	,067
		N	152	152
	De 1 a 10 como classifica o estado de saúde oral do seu filho/criança, sendo 1 muito mau e 10 excelente?	Coeficiente de Correlação	,149	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,067	.
		N	152	152

Correlações não paramétricas

Correlações

			numero de respostas certas no questionario	Numero de caries ativas
rô de Spearman	numero de respostas certas no questionario	Coeficiente de Correlação	1,000	-,487**
		Sig. (2 extremidades)	.	<,001
		N	152	152
	Numero de caries ativas	Coeficiente de Correlação	-,487**	1,000
		Sig. (2 extremidades)	<,001	.
		N	152	152

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Teste Kruskal-Wallis

Postos

	Numero de caries ativas	N	Posto médio
numero de respostas certas no questionario	0	104	90,51
	1	13	55,42
	2	12	56,50
	3	7	41,93
	4	7	33,79
	5	1	16,00
	6	2	4,25
	7	2	6,50
	9	1	22,00
	10	3	75,67
	Total	152	

Estatísticas de teste[a,b]

	numero de respostas certas no questionario
H de Kruskal-Wallis	41,394
df	9
Significância Sig.	<,001

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de Agrupamento: Numero de caries ativas

Teste Kruskal-Wallis

Postos

	Tem ou já teve carie dentaria?	N	Posto médio
numero de respostas certas no questionario	Não	60	98,24
	Sim	92	62,32
	Total	152	

Estatísticas de teste[a,b]

	numero de respostas certas no questionario
H de Kruskal-Wallis	24,554
df	1
Significância Sig.	<,001

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de Agrupamento: Tem ou já teve carie dentaria?