

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

ANÁLISE DA ADESÃO DOS PACIENTES AOS CUIDADOS PREVENTIVOS EM MEDICINA DENTÁRIA: O PAPEL DA LITERACIA EM SAÚDE

Trabalho submetido por
Cloé Léa Morgane Machet
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

julho de 2026

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

ANÁLISE DA ADESÃO DOS PACIENTES AOS CUIDADOS PREVENTIVOS EM MEDICINA DENTÁRIA: O PAPEL DA LITERACIA EM SAÚDE

Trabalho submetido por
Cloé Léa Morgane Machet
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Professora Doutora Mariana Mendes Morgado
e coorientado por
Professor Doutor Luís Francisco Alexandrino Proença
e
Mestre Tiago Miguel Correia Leitão

julho de 2026

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar a minha sincera gratidão à minha orientadora, Professora Doutora Mariana Mendes Morgado, pela orientação, disponibilidade e apoio ao longo desta dissertação, bem como pela gentileza de comunicar comigo em francês sempre que necessário.

Ao meu coorientador, Mestre Tiago Miguel Correia Leitão, agradeço a simpatia, a disponibilidade e a ajuda prestada ao longo deste percurso, nomeadamente por me ter ajudado a encontrar a minha orientadora.

Ao meu coorientador, Professor Doutor Luís Francisco Alexandrino Proença, agradeço o tempo, a paciência e o apoio na componente estatística desta investigação.

À mon incroyable famille, à ma famille de cœur (les Assakales), à mes voisins et à tous mes amis, merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir accompagnée durant ces années.

Le plus grand des mercis revient à mes parents pour leur amour et leur soutien indéfectible. Merci de m'avoir appris à persévérer et à croire en moi. Un merci tout particulier à ma mère, qui m'a toujours donné les moyens de réaliser mes rêves.

À mes meilleures amies de France, Tessa, Maeva, Lou et Coralie. Merci pour votre amitié, vos éclats de rire et votre soutien malgré ces cinq années à distance.

Un immense merci aux personnes rencontrées au Portugal qui ont rendu cette aventure inoubliable. Un merci particulier à mes meilleures amies, Sarah (ma parceira), Fériel, Lydia, Salma et Lucie, ainsi qu'à mon cher Box 43. Je suis profondément fière de chacun d'entre vous et du chemin que nous avons parcouru ensemble.

Enfin, une pensée particulière pour mes grands-pères, ma grand-mère et mon chien Gucci, qui ne sont plus là aujourd'hui pour partager ce moment avec moi. Votre souvenir m'a accompagnée tout au long de ce parcours et continuera de le faire dans chacun de mes accomplissements

Declaração de Honra

Código | IMP-EM-EI-111_01

Declaro, por minha honra, que o presente trabalho académico é original e foi elaborado por mim própria, não se tendo recorrido a quaisquer outras fontes, para além das indicadas, usadas, adotadas literalmente ou adaptados a partir dos seus originais (em fontes impressas, não impressas ou na internet) e encontram-se adequados, identificados e citados, com observância das convenções do trabalho académico em vigor.

Mais declaro que esta Trabalho de Projeto final Análise da adesão dos pacientes aos cuidados preventivos em medicina dentária: o papel da literacia em saúde não foi apresentada, para efeitos de avaliação, a qualquer outra entidade ou instituição, para além da(s) diretamente envolvida(s) na sua elaboração, e que os conteúdos das versões impressa e eletrónica são inteiramente coincidentes.

Declaro, igualmente, encontrar-me ciente de que a inclusão, neste texto, de qualquer falsa declaração terá consequências legais.

Data: 14/06/2026

Declaração Conflito de Interesses (DCI)

Código | IMP-EM-EI-110_01

Eu Cloé MACHET, referente a Trabalho de Projeto final Análise da adesão dos pacientes aos cuidados preventivos em medicina dentária: o papel da literacia em saúde declaro que não possuo conflitos de interesse de ordem pessoal, comercial, académica, político ou financeiro.

*caso exista conflito de interesse deve o autor sob compromisso de honra, declarar existir conflito (s) de interesse na sua participação do referido trabalho.

Data: 14/06/2026

Declaração de Financiamento

Código | IMP-EM-EI-113_01

Eu Cloé MACHET, referente a Trabalho de Projeto final Análise da adesão dos pacientes aos cuidados preventivos em medicina dentária: o papel da literacia em saúde declaro que o meu trabalho não se encontra financiado.

Declaração de Ética e Registo

Código | IMP-EM-EI-112_01

Eu Cloé MACHET, referente a Trabalho de Projeto final Análise da adesão dos pacientes aos cuidados preventivos em medicina dentária: o papel da literacia em saúde declaro que o meu trabalho se encontra aprovado pela Comissão de ética de Egas Moniz Comissão sob o número ou identificação de registo 1756 PT-476/25

Data: 14/06/2026

Declaração de Disponibilidade de Dados

Código | IMP-EM-EI-150

A presente Declaração de Disponibilidade de Dados reflete o compromisso do Instituto Universitário Egas Moniz em promover a transparência, a reprodutibilidade científica e o acesso aberto aos dados gerados no âmbito dos projetos a decorrer nesta IES, em conformidade com os princípios éticos e legais aplicáveis e com os princípios FAIR. Esta declaração estabelece as condições e as diretrizes para o acesso, o compartilhamento e a reutilização dos dados, garantindo que sejam utilizados de forma responsável e em benefício da comunidade científica e da sociedade.

A seguinte tabela apresenta diferentes opções de partilha de dados, incluindo exemplos de formatos e níveis de acessibilidade. Deverá selecionar a(s) opção(ões) que melhor se adequa(m) ao seu projeto, assegurando o cumprimento das diretrizes éticas e científicas aplicáveis.

Tabela 1: Exemplos de declarações de disponibilidade de dados. Onde aparece [nome do repositório, por exemplo, “pure”] deve ser preenchido

Disponibilidade de dados	Modelo de declaração de disponibilidade de dados	Política de partilha	Assinale com “x”
Dados disponíveis num repositório público que emite conjuntos de dados com DOIs	Os dados que apoiam as conclusões deste estudo estão disponíveis em [nome do repositório, por exemplo, “pure”] em http://doi.org/[doi] , número de referência [número de referência].	Partilha geral sem pedido	X
Dados abertamente disponíveis num repositório público que não emite DOIs	Os dados que apoiam as conclusões deste estudo estão disponíveis em [nome do repositório] em [URL], número de referência [número de referência].	Partilha geral sem pedido	
Dados derivados de recursos do domínio público	Os dados que apoiam as conclusões deste estudo estão disponíveis em [nome do repositório] em [URL/DOI], número de referência [número de referência]. Estes dados foram obtidos a partir dos seguintes recursos disponíveis no domínio público: [listar recursos e URLs]	Partilha geral sem pedido	

Declaração de Disponibilidade de Dados

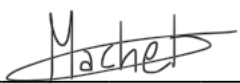
Código | IMP-EM-EI-150

Disponibilidade de dados	Modelo de declaração de disponibilidade de dados	Política de partilha	Assinale com "x"
Dados disponíveis no artigo ou nos seus materiais suplementares	Os autores confirmam que os dados que suportam as conclusões deste estudo estão disponíveis no artigo [e/ou] nos seus materiais suplementares.	Básico, partilhar a pedido	
Dados gerados numa instalação central de grande escala, disponíveis mediante pedido	Os dados em bruto foram gerados em [nome da instalação]. Os dados derivados que suportam as conclusões deste estudo estão disponíveis junto do autor correspondente [iniciais], mediante pedido.	Básico, partilhar a pedido	
Embargo dos dados devido a restrições comerciais	Os dados que suportam os resultados estarão disponíveis em [nome do repositório] em [URL / ligação DOI] após um embargo de [6 meses] a partir da data de publicação para permitir a comercialização dos resultados da investigação.	Básico, Partilhar a pedido	
Dados disponíveis a pedido devido a restrições de privacidade/éticas	Os dados que sustentam as conclusões deste estudo estão disponíveis mediante pedido ao autor correspondente, [iniciais]. Os dados não estão disponíveis ao público devido a [restrições, por exemplo, o facto de conterem informações que podem comprometer a privacidade dos participantes na investigação].	Básico, Partilhar a pedido	
Dados sujeitos a restrições de terceiros	Os dados que suportam as conclusões deste estudo estão disponíveis [junto de] [terceiros]. Aplicam-se restrições à disponibilidade destes dados, que foram utilizados sob licença para este estudo. Os dados estão disponíveis [através dos autores / no URL] com a permissão de [terceiros].	Básico, Partilhar a pedido	

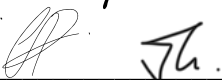
Declaração de Disponibilidade de Dados

Código | IMP-EM-EI-150

Disponibilidade de dados	Modelo de declaração de disponibilidade de dados	Política de partilha	Assinale com "x"
Dados disponíveis a pedido dos autores	Os dados que suportam as conclusões deste estudo estão disponíveis junto do autor correspondente, [iniciais do autor], mediante pedido razoável.	Básico, Partilhar a pedido	
Partilha de dados não aplicável - não foram gerados novos dados	A partilha de dados não é aplicável a este artigo, uma vez que não foram criados ou analisados novos dados neste estudo.	-	
Dados não digitais disponíveis	Os dados não digitais que suportam este estudo são conservados em [adicionar local].	Básicos	
Dados não disponíveis devido a restrições [éticas/legais/comerciais]	Devido à natureza da investigação, os dados de apoio [éticos/legais/comerciais] não estão disponíveis.	-	
Dados não disponíveis - consentimento do participante	Os participantes neste estudo não deram consentimento escrito para que os seus dados fossem partilhados publicamente, pelo que, devido à natureza sensível da investigação, os dados de apoio não estão disponíveis.	-	

O Orientando:  Data: 14/06/2026

O Orientador:  Data: 14/06/2026

O Coorientador (se aplicável):  Data: 14/06/2026

RESUMO

A literacia em saúde é um determinante reconhecido dos comportamentos preventivos, mas a sua relação com a adesão aos cuidados preventivos em Medicina Dentária permanece pouco estudada em Portugal. O presente estudo teve como objetivo analisar a associação entre os níveis de literacia em saúde geral e oral e a adesão aos cuidados preventivos. Realizou-se um estudo observacional, transversal e correlacional, numa amostra de conveniência de 152 pacientes da Clínica Universitária Egas Moniz – Caparica. A literacia em saúde oral foi avaliada pelo REALD-29 PT, a literacia em saúde geral pelo Newest Vital Sign (NVS) e as atitudes preventivas pelo questionário IPAP-OH. Os dados foram analisados com testes paramétricos e não paramétricos e medidas de dimensão do efeito ($p < 0,05$). Os participantes apresentaram uma pontuação média de 19,45 no REALD-29 PT, 3,95 no NVS e 5,69 no domínio de conhecimento preventivo do IPAP-OH. A literacia em saúde oral e a literacia em saúde geral correlacionaram-se positivamente entre si ($p = 0,494$; $p < 0,001$) e com o conhecimento preventivo. A literacia e o conhecimento variaram significativamente em função da escolaridade e da situação profissional, mas não da idade. A literacia em saúde oral associou-se a maior autoeficácia e valorização da saúde oral, enquanto a literacia em saúde geral se associou inversamente à perceção do custo como barreira. Conclui-se que a literacia em saúde se associa à adesão aos cuidados preventivos, sobretudo através do conhecimento, das atitudes preventivas e do acesso aos cuidados, sendo estas associações moduladas pela escolaridade. Estes resultados reforçam a importância de integrar a avaliação da literacia na prática clínica e de adaptar a comunicação aos grupos socialmente mais vulneráveis. Dado o desenho transversal, a amostragem por conveniência e os indicadores maioritariamente autorreportados, estes achados devem ser interpretados como associações exploratórias e não como relações causais.

Palavras-chave: Literacia em Saúde Oral; Adesão Preventiva; Medicina Dentária; Cuidados Preventivos.

ABSTRACT

Health literacy is a recognized determinant of preventive behaviours, yet its relationship with adherence to preventive dental care remains understudied in Portugal. This study aimed to analyse the association between general and oral health literacy levels and adherence to preventive care. An observational, cross-sectional and correlational study was conducted on a convenience sample of 152 patients attending the Egas Moniz University Clinic – Caparica. Oral health literacy was assessed using the REALD-29 PT, general health literacy using the Newest Vital Sign (NVS), and preventive attitudes using the IPAP-OH questionnaire. Data were analysed using parametric and non-parametric tests and effect-size measures ($p < 0.05$). Participants showed mean scores of 19.45 on the REALD-29 PT, 3.95 on the NVS, and 5.69 on the preventive knowledge domain of the IPAP-OH. Oral health literacy and general health literacy were positively correlated with each other ($p = 0.494$; $p < 0.001$) and with preventive knowledge. Literacy and knowledge varied significantly according to educational level and occupational status, but not according to age. Oral health literacy was associated with greater self-efficacy and a higher valuation of oral health, whereas general health literacy was inversely associated with the perception of cost as a barrier. These findings suggest that health literacy is associated with adherence to preventive care, mainly through knowledge, preventive attitudes, and access to care, with these associations being moderated by educational level. The results reinforce the importance of integrating health literacy assessment into clinical practice and adapting communication strategies to the needs of socially vulnerable groups. Given the cross-sectional design, the convenience sampling and the use of mostly self-reported indicators, these findings should be interpreted as exploratory associations rather than causal relationships.

Keywords: Oral Health Literacy; Preventive Adherence; Dentistry; Preventive Care.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE TABELAS.....	7
ÍNDICE DE SIGLAS	9
I.ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	11
1.1. IMPORTANCIA DA SAUDE ORAL.....	11
1.2. DOENÇA ORAL COMO PROBLEMA DE SAUDE PUBLICA.....	12
1.3. CONCEITO DE PREVENÇÃO EM MEDICINA DENTARIA	13
1.4. LITERACIA EM SAUDE: DEFINIÇÃO E IMPACTO	14
1.5. LITERACIA EM SAUDE ORAL	15
1.6. RELAÇÃO ENTRE LITERACIA EM SAUDE E ADEÇÃO A COMPORTAMENTOS PREVENTIVOS	16
1.7. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA LITERACIA EM SAUDE	18
1.7.1. <i>REALD-29 PT</i>	19
1.7.2. <i>Newest Vital Sign (NVS)</i>	20
1.8. AVALIAÇÃO DAS ATITUDES PREVENTIVAS EM SAUDE ORAL	20
1.8.1. <i>IPAP-OH</i>	21
1.9. BARREIRAS E FACILITADORES DA ADEÇÃO AOS CUIDADOS PREVENTIVOS	23
1.10. LACUNAS NA LITERATURA E RELEVANCIA DA INVESTIGAÇÃO NA POPULAÇÃO DA CUEM-CAPARICA.....	24
1.11. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	25
1.12. OBJETIVO DO ESTUDO	26
II OBJETIVOS E HIPÓTESES	29
2.1. ENQUADRAMENTO GERAL DOS OBJETIVOS	29
2.2. OBJETIVO GERAL	30
2.3. OBJETIVOS ESPECIFICOS	30
2.4. HIPOTHESES DE INVESTIGAÇÃO	30
III.MATERIAIS E MÉTODOS.....	33
3.1. TIPO DE ESTUDO E DESENHO METODOLOGICO	33
3.2. LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	33
3.3. POPULAÇÃO-ALVO E AMOSTRA	33
3.4. CRITERIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	34
3.5. CALCULO DO TAMANHO AMOSTRAL	34
3.6. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	35
3.7. PROCESSO DE TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO IPAP-OH.....	36
3.8. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS	38
3.9. VARIÁVEIS DO ESTUDO	38
3.10. PLANO DE ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	39
3.11. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	40
IV.RESULTADOS.....	41
4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	41
4.2. LITERACIA EM SAUDE E CONHECIMENTO PREVENTIVO.....	42
4.2.1. <i>Literacia em saúde oral (REALD-29 PT)</i>	42
4.2.2. <i>Literacia em saúde geral (NVS)</i>	43
4.2.3. <i>Conhecimento preventivo (IPAP-OH)</i>	44
4.3. LITERACIA E CONHECIMENTO SEGUNDO AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	45

4.3.1. <i>Comparações múltiplas (teste post-hoc de Tukey)</i>	46
4.4. CORRELAÇÕES ENTRE LITERACIA, CONHECIMENTO E IDADE	48
4.5. LITERACIA EM SAUDE E ADESAO AOS CUIDADOS PREVENTIVOS.....	49
4.6. ATITUDES, PERCEÇÕES E MOTIVAÇÕES PREVENTIVAS (IPAP-OH)	50
4.7. ASSOCIAÇÕES ENTRE ATITUDES PREVENTIVAS E VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	51
V.DISSCUSSÃO	55
5.1. PRINCIPAIS ACHADOS	55
5.2. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS E COMPARAÇÃO COM A LITERATURA	55
5.2.1. <i>Níveis de literacia em saúde e comparação com estudos prévios.</i> ..	55
5.2.2. <i>Relação entre literacia oral, literacia geral e conhecimento (H1 e H2).</i>	56
5.2.3. <i>Literacia, conhecimento e variáveis sociodemográficas (H4)</i>	57
5.2.4. <i>Literacia em saúde e adesão aos cuidados preventivos (H3).</i>	58
5.2.5. <i>Atitudes preventivas e variáveis sociodemográficas (H5).</i>	60
5.3. IMPLICAÇÕES CLÍNICAS E EM SAÚDE PÚBLICA.....	61
5.4. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	62
5.5. RECOMENDAÇÕES PARA INVESTIGAÇÃO FUTURA E PRÁTICA CLÍNICA.....	63
VI.CONCLUSÃO	65
6.1. CONCLUSÕES PRINCIPAIS	65
6.2. IMPLICAÇÕES CLÍNICAS E EM SAÚDE PÚBLICA.....	66
VII. BIBLIOGRAFIA	69
VIII ANEXOS	75

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 — Caracterização sociodemográfica da amostra (N = 152).....	41
Tabela 2 — Distribuição da idade dos participantes (N = 152)	42
Tabela 3 — Reconhecimento dos termos do REALD-29 PT (N = 152).....	42
Tabela 4 — Pontuação global do REALD-29 PT (N = 152).....	43
Tabela 5 — Respostas corretas aos itens do NVS (N = 152)	43
Tabela 6 — Pontuação global do NVS (N = 152)	44
Tabela 7 — Respostas corretas aos itens de conhecimento preventivo (IPAP-OH) (N = 152)	44
Tabela 8 — Pontuação global do conhecimento preventivo (IPAP-OH) (N = 152)	45
Tabela 9 — Pontuações do REALD-29 PT, NVS e conhecimento preventivo segundo as variáveis sociodemográficas (N = 152).....	45
Tabela 10 — Subconjuntos homogêneos (Tukey) — REALD-29 PT segundo Grau de escolaridade	46
Tabela 11 — Subconjuntos homogêneos (Tukey) — REALD-29 PT segundo Situação profissional.....	47
Tabela 12 — Subconjuntos homogêneos (Tukey) — NVS segundo Grau de escolaridade	47
Tabela 13 — Subconjuntos homogêneos (Tukey) — NVS segundo Situação profissional.....	47
Tabela 14 — Subconjuntos homogêneos (Tukey) — Conhecimento preventivo (IPAP-OH) segundo Grau de escolaridade	47
Tabela 15 — Subconjuntos homogêneos (Tukey) — Conhecimento preventivo (IPAP-OH) segundo Situação profissional.....	48
Tabela 16 — Matriz de correlações de Spearman (N = 152)	48
Tabela 17 — Pontuações de literacia e conhecimento segundo indicadores de adesão do IPAP-OH (valores de p; N = 152)	49
Tabela 18 — Percepção do custo como barreira (% de concordância; N = 152)50	
Tabela 19 — Aconselhamento recebido e desejado, por tema (% Sim; N = 152)	51
Tabela 20 — Síntese das associações significativas entre itens do IPAP-OH e variáveis sociodemográficas (N = 152).....	51
Tabela 21 — Custo da consulta influencia a frequência com que vou ao dentista × Situação profissional.....	53
Tabela 22 — Acho que as consultas de rotina são caras × Grau de escolaridade	54
Tabela 23 — Guia prático: do achado à recomendação clínica (síntese)	62

ÍNDICE DE SIGLAS

ANOVA — Análise de variância (Analysis of Variance)

APA — American Psychological Association

CUEM — Clínica Universitária Egas Moniz

DP — Desvio-padrão

IPAP-OH — International Patients' Attitudes to Prevention in Oral Health Questionnaire

NVS — Newest Vital Sign

ODS — Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS — Organização Mundial da Saúde

REALD-29 PT — Versão portuguesa do Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry (29 itens)

RGPD — Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

SPSS — Statistical Package for the Social Sciences

WHO — World Health Organization

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Importância da saúde oral

A saúde oral constitui um componente essencial da saúde geral, do bem-estar e da qualidade de vida ao longo do ciclo de vida, influenciando funções básicas como a mastigação, a fonação e a deglutição, bem como dimensões psicossociais, incluindo a autoestima, a comunicação e a participação social (Peres et al., 2019; Petersen, 2014). A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a saúde oral como um indicador fundamental da saúde global, salientando que uma saúde oral adequada é indissociável de uma boa saúde geral (World Health Organization [WHO], 2022).

As doenças orais afetam cerca de 3,5 mil milhões de pessoas em todo o mundo, sendo a cárie dentária não tratada a condição mais prevalente a nível mundial (WHO, 2022; Kassebaum et al., 2015). Embora sejam, em grande parte, evitáveis, estas patologias estão associadas a dor, desconforto, dificuldade alimentar e comunicacional, absentismo escolar e laboral, e comprometimento substancial da qualidade de vida e da produtividade (Listl et al., 2015; Peres et al., 2019).

A saúde oral encontra-se estreitamente relacionada com a saúde sistémica. A literatura científica tem demonstrado associações consistentes entre doenças orais inflamatórias, em particular a periodontite, e diversas condições sistémicas, incluindo doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças respiratórias e complicações obstétricas (Botelho et al., 2022; Sanz et al., 2020). Para além destas associações já bem estabelecidas, estudos recentes têm sugerido igualmente uma possível relação entre doença periodontal crónica e declínio cognitivo, incluindo maior risco de demência e doença de Alzheimer, ainda que os mecanismos biológicos subjacentes permaneçam em investigação (Ide et al., 2016; Kamer et al., 2008). Estas associações parecem envolver processos inflamatórios sistémicos persistentes e a disseminação de microrganismos periodontopatogénicos para tecidos extraorais, reforçando a hipótese de que a inflamação crónica de origem oral possa contribuir para a progressão de doenças neurodegenerativas. Neste contexto, a saúde oral deve ser compreendida como parte integrante da saúde global, particularmente numa população que envelhece progressivamente.

Para além do impacto clínico e funcional, as doenças orais acarretam também um peso económico considerável, tanto para os indivíduos como para os sistemas de saúde (Listl et al., 2015). Os custos associados aos tratamentos restauradores e reabilitadores são elevados e, em muitos países, o acesso a cuidados de saúde oral permanece parcial ou insuficientemente coberto pelos sistemas públicos, o que pode acentuar desigualdades em saúde (Peres et al., 2019; WHO, 2022). Assim, a promoção da saúde oral e a implementação de estratégias preventivas eficazes constituem prioridades essenciais para reduzir a carga da doença e o impacto económico associado (Petersen, 2014).

1.2. Doença oral como problema de saúde pública

As doenças orais, nomeadamente a cárie dentária e a doença periodontal, são atualmente reconhecidas como um importante problema de saúde pública à escala global (Peres et al., 2019; Petersen, 2014). A cárie dentária não tratada foi identificada pelo Global Burden of Disease como a condição de saúde mais prevalente no mundo, afetando crianças, adolescentes, adultos e idosos (Kassebaum et al., 2015). Paralelamente, a doença periodontal constitui uma das principais causas de perda dentária em adultos e contribui de forma significativa para a deterioração da função oral e da qualidade de vida (Tonetti et al., 2017).

Apesar dos avanços científicos e tecnológicos da Medicina Dentária, a prevalência destas patologias mantém-se elevada, sobretudo em grupos populacionais social e economicamente mais vulneráveis (Peres et al., 2019). O relatório global da OMS sobre saúde oral evidencia que as desigualdades sociais desempenham um papel determinante na distribuição das doenças orais, observando-se maior carga de doença em indivíduos com menor nível de escolaridade, menor rendimento e acesso limitado a cuidados preventivos (WHO, 2022). Estas desigualdades manifestam-se também na utilização dos serviços de saúde, verificando-se frequentemente uma procura tardia de cuidados, em fases já avançadas de doença, o que implica maior complexidade terapêutica e custos mais elevados (Petersen, 2014).

Neste enquadramento, a saúde oral assume uma dimensão inequívoca de saúde pública e exige intervenções que ultrapassem o âmbito exclusivamente clínico (Peres et al., 2019; Petersen, 2014). Estratégias populacionais que integrem

promoção da saúde, prevenção dirigida a fatores de risco comuns — como consumo excessivo de açúcares, tabagismo e consumo de álcool — e melhoria do acesso a cuidados de Medicina Dentária são fundamentais para reduzir a carga global das doenças orais (Peres et al., 2019; Sheiham & Watt, 2000; WHO, 2022). A OMS tem defendido uma mudança de paradigma, de um modelo predominantemente reativo e centrado no tratamento para um modelo preventivo, integrado nas políticas de doenças não transmissíveis e de cobertura universal em saúde (WHO, 2022).

Neste contexto, a promoção da literacia em saúde e o reforço da capacitação dos indivíduos para compreenderem e gerirem a sua própria saúde oral surgem como estratégias centrais para melhorar a adesão aos cuidados preventivos e contribuir para a redução das desigualdades em saúde (Berkman et al., 2011; Nutbeam, 2008).

1.3. Conceito de prevenção em Medicina Dentária

A prevenção em Medicina Dentária engloba um conjunto de estratégias e intervenções destinadas a evitar o aparecimento, a progressão ou a recorrência de doenças orais, integrando-se numa perspetiva de saúde pública orientada para a redução da carga da doença e das desigualdades em saúde (Petersen, 2014; WHO, 2022). Tradicionalmente, distingue-se entre prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção primária visa a promoção da saúde e o controlo dos fatores de risco antes do aparecimento da doença; a prevenção secundária procura o diagnóstico precoce e a intervenção atempada em estádios iniciais; e a prevenção terciária foca-se na reabilitação e no controlo das sequelas e complicações decorrentes da doença (Sheiham & Watt, 2000; WHO, 2022).

Entre as principais medidas de prevenção primária destacam-se a escovagem bi-diária com dentífrico fluoretado, o uso de fio dentário ou outros meios de higiene interproximal, a redução da ingestão de açúcares livres e de bebidas açucaradas, bem como a aplicação tópica de flúor e selantes em contextos de risco acrescido (Petersen & Ogawa, 2016; Walsh et al., 2019). A prevenção secundária e terciária concretiza-se, entre outros aspetos, através de consultas regulares de vigilância, diagnóstico precoce de lesões de cárie ou patologia periodontal e intervenções restauradoras ou cirúrgicas adequadas, com o

objetivo de limitar a progressão da doença e preservar a função oral (Petersen, 2014; WHO, 2022).

Contudo, a eficácia destas estratégias depende fortemente da adesão dos pacientes às recomendações fornecidas pelos profissionais de saúde oral (Kay & Locker, 1996). A mera transmissão de informação não garante, por si só, a mudança comportamental sustentada. Fatores como a motivação, as crenças em saúde, os determinantes socioeconómicos e, de forma particular, a capacidade de compreender, interpretar e aplicar a informação recebida desempenham um papel determinante na adoção de comportamentos preventivos (Berkman et al., 2011; Nutbeam, 2008). Neste sentido, a literacia em saúde emerge como um determinante central na relação entre educação em saúde, comportamento e resultados clínicos.

1.4. Literacia em saúde: definição e impacto

A literacia em saúde é geralmente definida como a capacidade do indivíduo para obter, compreender, avaliar e utilizar informação em saúde de forma a tomar decisões adequadas relativamente à prevenção, ao tratamento e à gestão da doença (Nutbeam, 2000; Sørensen et al., 2012). Esta definição integra não apenas competências de leitura e numeracia, mas também a aptidão para navegar nos sistemas de saúde, interpretar recomendações profissionais, compreender materiais escritos e orais e aplicar esse conhecimento no quotidiano (Sørensen et al., 2012).

A literatura científica demonstra que níveis reduzidos de literacia em saúde estão associados a piores resultados clínicos, menor adesão terapêutica, maior utilização de cuidados agudos e hospitalização, bem como a uma utilização menos eficiente dos serviços de saúde (Berkman et al., 2011). Revisões sistemáticas mostram que indivíduos com baixa literacia em saúde têm maior dificuldade em seguir instruções médicas, compreender esquemas terapêuticos, interpretar rótulos e materiais informativos e, conseqüentemente, apresentam maior risco de descompensação de doenças crónicas (Berkman et al., 2011; Paiva et al., 2017).

Por outro lado, níveis mais elevados de literacia em saúde tendem a associar-se a comportamentos de saúde mais favoráveis, incluindo maior envolvimento na tomada de decisão, adoção de estilos de vida saudáveis, utilização mais

adequada dos serviços de saúde e melhor autogestão de condições crónicas (Berkman et al., 2011; Nutbeam, 2008). No contexto da saúde oral, esta relação assume particular relevância, uma vez que grande parte das doenças orais é evitável através de práticas individuais adequadas, como higiene oral eficaz, dieta equilibrada e consultas regulares de vigilância (Guo et al., 2014).

Assim, compreender o papel da literacia em saúde na adoção de comportamentos preventivos é fundamental para o desenvolvimento de estratégias educativas e políticas de saúde que visem reduzir a carga das doenças orais e promover uma utilização mais eficiente e equitativa dos cuidados de saúde (Guo et al., 2014; Paiva et al., 2017). Neste enquadramento, a literacia em saúde oral surge como uma dimensão específica da literacia em saúde particularmente relevante em Medicina Dentária, uma vez que se refere à capacidade dos indivíduos para compreender e utilizar informação relacionada com a prevenção e manutenção da saúde oral, tornando particularmente relevante a análise do seu papel na adesão dos pacientes aos cuidados preventivos.

1.5. Literacia em saúde oral

A literacia em saúde oral constitui uma dimensão específica da literacia em saúde e refere-se à capacidade dos indivíduos para obter, compreender, avaliar e utilizar informação relacionada com a saúde oral de forma a tomar decisões informadas sobre a prevenção, a manutenção e o tratamento das condições orais (Dickson-Swift et al., 2014). Este conceito engloba não apenas competências básicas de leitura e compreensão, mas também a capacidade de interpretar recomendações fornecidas por profissionais de saúde oral, compreender instruções relativas à higiene oral, reconhecer sinais e sintomas de doença e utilizar adequadamente os serviços de saúde dentária (Horowitz & Kleinman, 2008).

Neste sentido, a literacia em saúde oral desempenha um papel fundamental na adoção de comportamentos preventivos e na promoção da saúde oral ao longo da vida. Indivíduos com maior literacia em saúde oral tendem a participar de forma mais ativa nas consultas, a colocar questões aos profissionais de saúde e a envolver-se mais diretamente no processo de tomada de decisão relativamente às opções de tratamento (Guo et al., 2014). Esta participação ativa favorece uma

melhor compreensão das recomendações clínicas e uma maior probabilidade de implementação das medidas preventivas no quotidiano.

Diversos estudos demonstram que níveis reduzidos de literacia em saúde oral estão associados a piores indicadores de saúde oral, incluindo maior prevalência de cárie dentária, doença periodontal e perda dentária (Baskaradoss, 2018; Guo et al., 2014). Indivíduos com menor literacia apresentam frequentemente maior dificuldade em compreender recomendações clínicas e materiais educativos, o que pode comprometer a implementação de práticas adequadas de higiene oral e atrasar a procura de cuidados profissionais. Assim, a literacia em saúde oral não deve ser encarada apenas como uma variável descritiva, mas como um determinante potencialmente modificável da saúde oral.

Por outro lado, níveis mais elevados de literacia em saúde oral associam-se a maior autonomia na gestão da saúde oral, promovendo comportamentos preventivos como escovagem adequada, utilização de fio dentário, controlo do consumo de açúcares e procura regular de cuidados de saúde dentários (Dickson-Swift et al., 2014). Esta associação sugere que intervenções dirigidas à melhoria da literacia em saúde oral podem contribuir para reduzir desigualdades e melhorar os resultados em saúde oral ao nível populacional. Nesse sentido, a promoção da literacia em saúde oral assume particular relevância em contextos clínicos onde a educação para a saúde e a prevenção constituem componentes centrais da prática odontológica.

Neste contexto, a literacia em saúde oral é reconhecida como um determinante importante da saúde oral das populações, assumindo um papel central nas estratégias de promoção da saúde e prevenção das doenças orais. Níveis inadequados de literacia em saúde oral podem constituir uma barreira importante à adesão aos cuidados preventivos, influenciando negativamente os comportamentos de saúde oral e, consequentemente, os resultados clínicos.

1.6. Relação entre literacia em saúde e adesão a comportamentos preventivos

A relação entre literacia em saúde e comportamentos de saúde tem sido amplamente investigada nas últimas décadas. A evidência científica sugere que indivíduos com níveis mais elevados de literacia em saúde tendem a apresentar maior capacidade para compreender recomendações médicas, interpretar

informação em saúde e adotar comportamentos preventivos adequados (Berkman et al., 2011; Nutbeam, 2008).

No contexto da saúde oral, esta relação assume particular relevância, uma vez que muitas das principais doenças orais são preveníveis através de práticas individuais adequadas. Estudos têm demonstrado que níveis mais elevados de literacia em saúde oral estão associados a melhores hábitos de higiene oral, maior frequência de consultas preventivas e menor prevalência de doença oral (Guo et al., 2014). Numa revisão sistemática de dez estudos transversais, Firmino et al. (2017) verificaram que níveis mais baixos de literacia em saúde oral nos adultos se associavam a um maior número de dentes ausentes e a maior perda de inserção clínica, reforçando o impacto da literacia nos resultados em saúde oral. De igual modo, num estudo transversal com 248 adultos no Brasil, Batista et al. (2018) observaram que uma menor literacia em saúde oral se associava a piores indicadores de saúde oral e a práticas de saúde menos favoráveis. Da mesma forma, uma literacia insuficiente pode funcionar como barreira à compreensão de mensagens preventivas e à adoção de mudanças comportamentais sustentadas.

Por outro lado, indivíduos com níveis reduzidos de literacia podem apresentar maior dificuldade em compreender instruções relativas à higiene oral, interpretar recomendações dietéticas ou reconhecer a importância da prevenção, o que pode comprometer a adesão a comportamentos preventivos (Dickson-Swift et al., 2014). Importa, contudo, assinalar que a evidência não é inteiramente consistente: numa revisão sistemática com meta-análise, Firmino et al. (2018) concluíram que as associações entre literacia em saúde oral e alguns comportamentos, perceções e resultados clínicos nem sempre atingem significância estatística, sublinhando a necessidade de estudos adicionais com maior qualidade metodológica. Estas dificuldades podem traduzir-se em padrões de utilização dos serviços de saúde oral mais centrados no tratamento de situações de urgência do que na realização de consultas de rotina e acompanhamento preventivo (Paiva et al., 2017).

Assim, a relação entre literacia em saúde e adesão aos cuidados preventivos constitui um elemento central na compreensão dos comportamentos de saúde oral. Indivíduos com maior literacia apresentam maior capacidade para

compreender e aplicar recomendações preventivas, traduzindo-se numa maior adesão aos cuidados de saúde oral. Pelo contrário, níveis reduzidos de literacia podem comprometer este processo, favorecendo comportamentos mais orientados para o tratamento do que para a prevenção.

Neste enquadramento, a avaliação da literacia em saúde oral e da adesão aos comportamentos preventivos torna-se essencial para compreender os determinantes da adesão aos cuidados preventivos em saúde oral em Medicina Dentária e para orientar intervenções mais eficazes e centradas no paciente. Para tal, a utilização de instrumentos validados permite uma análise mais objetiva e comparável destas dimensões.

Para enquadrar a metodologia adotada, importa distinguir conceptualmente os construtos envolvidos na cadeia que liga a literacia à prevenção. A literacia em saúde refere-se à capacidade de aceder, compreender, avaliar e utilizar informação em saúde; o conhecimento corresponde ao conjunto de factos e noções que o indivíduo detém; a atitude traduz a disposição avaliativa face a um comportamento; a intenção representa a disposição declarada para agir; o comportamento corresponde à ação efetivamente realizada; e a adesão designa a continuidade e a consistência desse comportamento ao longo do tempo, em conformidade com as recomendações. Estes construtos, embora relacionados, não são equivalentes: a literacia e o conhecimento situam-se a montante, as atitudes e as intenções constituem mediadores psicossociais, e o comportamento e a adesão representam os desfechos observáveis. No presente estudo, os indicadores avaliados situam-se sobretudo ao nível do conhecimento, das atitudes e das perceções (avaliados pelo IPAP-OH), e não ao nível do comportamento diretamente observado, o que justifica a leitura da adesão como adesão preventiva percebida e fundamenta as opções metodológicas adotadas.

1.7. Instrumentos de avaliação da literacia em saúde

A avaliação da literacia em saúde pode ser realizada através de diferentes instrumentos desenvolvidos para medir a capacidade dos indivíduos em compreender e utilizar informação relacionada com a saúde. Estes instrumentos procuram avaliar competências como leitura, compreensão e numeracia em contextos de saúde, permitindo identificar diferentes níveis de literacia em saúde.

Entre os instrumentos mais utilizados encontram-se testes baseados no reconhecimento de terminologia específica da área da saúde ou na interpretação de informação presente em rótulos e materiais educativos. No contexto da Medicina Dentária e da investigação em saúde oral, destacam-se particularmente instrumentos como o Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry (REALD) e o Newest Vital Sign (NVS), amplamente utilizados para avaliar a literacia em saúde oral e geral, respetivamente (Lee et al., 2007; Weiss et al., 2005). A utilização combinada destes instrumentos permite obter uma visão mais abrangente da capacidade dos indivíduos para lidar com informação em saúde, tanto em contextos específicos da Medicina Dentária como em situações de saúde geral.

No contexto do presente estudo, a utilização destes instrumentos permite avaliar de forma complementar a literacia em saúde geral e em saúde oral, possibilitando analisar a sua relação com a adesão aos cuidados preventivos em Medicina Dentária.

1.7.1. REALD-29 PT

O Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry (REALD) é um instrumento desenvolvido para avaliar a literacia em saúde oral através do reconhecimento e leitura de termos relacionados com a Medicina Dentária (Lee et al., 2007). O teste baseia-se na capacidade do participante de ler corretamente uma lista de palavras associadas à área da saúde oral, permitindo obter uma estimativa rápida do nível de literacia do indivíduo.

A versão original do instrumento, REALD-30, foi posteriormente adaptada e validada em diferentes países e contextos linguísticos. Em Portugal, foi desenvolvida e validada a versão REALD-29 PT, que demonstrou boas propriedades psicométricas e fiabilidade para avaliar a literacia em saúde oral na população portuguesa (Costa et al., 2022). Esta versão inclui termos ajustados à realidade linguística e cultural portuguesa, garantindo a adequação do instrumento à população estudada.

Este instrumento permite identificar indivíduos com níveis reduzidos de literacia em saúde oral, possibilitando compreender melhor como essa limitação pode influenciar a compreensão de informação clínica e a adoção de comportamentos preventivos. Além disso, o REALD-29 PT pode ser utilizado para monitorizar o

impacto de intervenções educativas na melhoria da literacia em saúde oral (Costa et al., 2022).

1.7.2. Newest Vital Sign (NVS)

O Newest Vital Sign (NVS) é um instrumento desenvolvido para avaliar a literacia em saúde geral através da interpretação de informação presente num rótulo nutricional (Weiss et al., 2005). O teste consiste num conjunto de seis perguntas que avaliam simultaneamente competências de leitura e numeracia em contexto de saúde, permitindo classificar de forma rápida o risco de literacia limitada.

O NVS é amplamente utilizado em investigação e em contextos clínicos devido à sua aplicação rápida, ao pouco tempo necessário para a administração e à facilidade de interpretação dos resultados (Weiss et al., 2005). Estudos demonstraram que o instrumento apresenta boa validade e fiabilidade na identificação de indivíduos com literacia limitada.

Em Portugal, estudos sobre literacia em saúde têm demonstrado a relevância da avaliação deste construto em diferentes contextos de investigação e prática clínica (Paiva et al., 2017). A sua utilização neste estudo permite relacionar a literacia em saúde geral com a literacia em saúde oral e com a adesão aos comportamentos preventivos em Medicina Dentária, contribuindo para uma compreensão mais integrada destes fenómenos.

1.8. Avaliação das atitudes preventivas em saúde oral

A avaliação das atitudes preventivas em saúde oral constitui um complemento essencial à avaliação da literacia em saúde, uma vez que o conhecimento, por si só, não permite determinar se o indivíduo está efetivamente predisposto a adotar comportamentos preventivos. A adesão aos cuidados em saúde oral depende não apenas da compreensão da informação recebida, mas também da forma como essa informação é valorizada, das motivações pessoais, das experiências prévias com cuidados dentários e das barreiras percebidas à mudança comportamental. Assim, a análise das atitudes preventivas permite uma compreensão mais abrangente dos determinantes da prevenção em Medicina Dentária e da forma como os pacientes integram as recomendações clínicas no seu comportamento quotidiano.

A literatura em comportamento em saúde demonstra que a mudança comportamental é influenciada por múltiplos fatores, incluindo a percepção de benefício, a percepção de risco, a autoeficácia, o contexto social e a qualidade da comunicação com os profissionais de saúde (Bandura, 1977). No domínio da saúde oral, estas dimensões assumem particular relevância, uma vez que muitas práticas preventivas exigem continuidade, disciplina e envolvimento ativo do paciente ao longo do tempo. Deste modo, avaliar apenas a literacia em saúde oral seria insuficiente para caracterizar a realidade da adesão preventiva, tornando-se necessário integrar instrumentos que captem também a dimensão atitudinal e motivacional.

Neste âmbito, o International Patients' Attitudes to Prevention in Oral Health Questionnaire (IPAP-OH) foi desenvolvido para avaliar de forma estruturada as atitudes, percepções e motivações dos pacientes relativamente à prevenção em saúde oral (Csikar et al., 2023). O questionário contempla diferentes domínios, como o custo dos cuidados, o aconselhamento recebido, o aconselhamento desejado, a forma de comunicação preferida, a motivação para cuidar da saúde oral, o conhecimento e a responsabilidade individual. Esta abordagem multidimensional permite analisar não apenas se os pacientes recebem informação preventiva, mas também se a consideram útil, se desejam mais aconselhamento e se se sentem motivados para a implementar no quotidiano.

A utilização do IPAP-OH no presente estudo é particularmente relevante porque possibilita uma avaliação mais completa da adesão preventiva, articulando conhecimento, percepção e comportamento. Ao identificar fatores que favorecem ou dificultam a prevenção, este instrumento pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias de comunicação e educação em saúde oral mais ajustadas às necessidades dos pacientes. Além disso, a sua aplicação em contexto clínico universitário poderá fornecer informação útil para melhorar a prática preventiva e reforçar a centralidade do paciente no processo de cuidado.

1.8.1. IPAP-OH

O International Patients' Attitudes to Prevention in Oral Health Questionnaire (IPAP-OH) é um instrumento desenvolvido com o objetivo de avaliar as atitudes dos pacientes face à prevenção em saúde oral de forma padronizada e comparável entre diferentes contextos clínicos e culturais (Csikar et al., 2023). O

questionário foi concebido para captar dimensões que vão além do simples conhecimento, incluindo perceções sobre custo, aconselhamento profissional, motivação, responsabilidade e preferências relativamente à forma de comunicação em saúde oral.

Uma das principais vantagens do IPAP-OH é a sua capacidade de explorar a relação entre a experiência do paciente e a prevenção em saúde oral a partir de uma perspetiva centrada no próprio indivíduo. Isto é particularmente importante porque a adesão preventiva não depende exclusivamente da qualidade da informação transmitida pelo profissional, mas também da forma como essa informação é recebida, compreendida e integrada no comportamento quotidiano. O instrumento permite, assim, identificar áreas em que a comunicação clínica pode ser aprimorada e em que a intervenção educativa pode ser mais eficaz.

No presente estudo, o IPAP-OH foi utilizado para caracterizar as atitudes preventivas dos pacientes da CUEM-Caparica e para analisar a sua relação com os níveis de literacia em saúde geral e oral. A utilização deste instrumento é especialmente pertinente num contexto em que se pretende compreender não apenas o que os pacientes sabem, mas também como pensam, percecionam e agem em relação à prevenção das doenças orais. Importa, contudo, precisar o estatuto atual do instrumento na população portuguesa: o IPAP-OH foi traduzido e culturalmente adaptado para português no âmbito da equipa de investigação, encontrando-se o respetivo processo de validação formal ainda em curso. À data, não existe uma versão portuguesa publicada e validada do instrumento, pelo que os resultados a ele relativos devem ser interpretados com a devida cautela — limitação retomada no Capítulo 5.

Para efeitos do presente estudo, distinguem-se os domínios do IPAP-OH utilizados como indicadores de adesão preventiva daqueles utilizados de forma meramente descritiva. Foram considerados indicadores de adesão os domínios que traduzem disposições e perceções diretamente associadas à prática preventiva — o conhecimento preventivo, a autoeficácia, a valorização da saúde oral e a perceção do custo como barreira ao acesso. Os restantes domínios — designadamente o aconselhamento recebido e desejado e as estratégias preferidas de comunicação — foram tratados como variáveis descritivas e de

caracterização das atitudes da amostra, não sendo interpretados como medidas diretas de adesão.

1.9. Barreiras e facilitadores da adesão aos cuidados preventivos

A adesão aos cuidados preventivos em saúde oral é um fenómeno multifatorial, determinado por elementos individuais, interpessoais, organizacionais e socioeconómicos. Entre as principais barreiras identificadas na literatura encontram-se o custo dos tratamentos, a dificuldade de acesso aos cuidados, o medo ou ansiedade dentária, a baixa perceção de necessidade de prevenção, a falta de tempo, a priorização de outras necessidades de saúde e a limitada compreensão das orientações recebidas (Thompson et al., 2014). Estes fatores podem comprometer a realização de consultas regulares de vigilância e a adoção de práticas de higiene oral consistentes.

A baixa literacia em saúde oral constitui uma barreira particularmente relevante, pois reduz a capacidade do paciente para interpretar corretamente recomendações clínicas, distinguir informação fiável de informação incorreta e reconhecer a importância das medidas preventivas (Badran et al., 2023). Quando a informação é demasiado técnica, pouco adaptada ao nível de compreensão do paciente ou transmitida de forma pouco clara, a possibilidade de adesão diminui. Do mesmo modo, experiências negativas anteriores com cuidados dentários podem reforçar sentimentos de desconfiança, medo ou desmotivação, dificultando a continuidade do acompanhamento preventivo.

Em contrapartida, vários fatores podem favorecer a adesão aos cuidados preventivos. Entre eles destacam-se uma relação de confiança com os profissionais de saúde, a comunicação clara e personalizada, a explicação adequada dos benefícios da prevenção, o reforço positivo, a perceção de eficácia das medidas recomendadas e a facilidade de acesso aos serviços. A motivação intrínseca do paciente, associada à compreensão do valor da saúde oral para o bem-estar geral, também constitui um facilitador importante da adesão (Bandura, 1977; Syrjälä et al., 1999).

A evidência científica sugere que a adesão é mais elevada quando a informação preventiva é fornecida de forma simples, repetida ao longo do tempo e adaptada ao contexto cultural e às necessidades individuais do paciente. Por isso, não basta transmitir conhecimento técnico: é necessário garantir que esse

conhecimento seja compreendido, valorizado e transformado em ação. Neste sentido, a análise simultânea das atitudes preventivas e da literacia em saúde permite identificar os pontos críticos que interferem com a prevenção e orientar intervenções mais eficazes.

Compreender as barreiras e os facilitadores da adesão aos cuidados preventivos é, portanto, essencial para interpretar os resultados do presente estudo e para propor estratégias que promovam uma prática clínica mais centrada no paciente, mais preventiva e mais eficaz.

1.10. Lacunas na literatura e relevância da investigação na população da CUEM-Caparica

Apesar do crescente interesse científico sobre a literacia em saúde e a sua relação com os comportamentos preventivos em saúde oral, persistem lacunas relevantes na literatura, sobretudo no que respeita à integração simultânea da literacia em saúde geral, da literacia em saúde oral e das atitudes dos pacientes face à prevenção em contextos clínicos reais. A evidência disponível sugere que níveis mais elevados de literacia se associam a melhores comportamentos de saúde e a maior adesão a cuidados preventivos; contudo, a magnitude desta relação varia consoante os instrumentos utilizados, o perfil sociodemográfico da população estudada e o contexto de recolha dos dados (Berkman et al., 2011; Guo et al., 2014; Paiva et al., 2017). A título ilustrativo, estudos transversais em adultos têm reportado que a literacia em saúde oral se associa a indicadores clínicos como o número de dentes presentes e o estado periodontal (Baskaradoss, 2018; Firmino et al., 2017), ao passo que revisões com meta-análise alertam para a heterogeneidade e a inconsistência de algumas dessas associações (Firmino et al., 2018). Esta divergência de resultados reforça a pertinência de estudos adicionais em populações e contextos específicos.

Além disso, muitos estudos centram-se exclusivamente na literacia funcional, sem avaliar de forma concomitante as atitudes, motivações, preferências de comunicação e barreiras percebidas pelos pacientes relativamente à prevenção em saúde oral. Esta limitação é particularmente relevante, uma vez que a adesão aos cuidados preventivos não depende apenas do conhecimento teórico, mas também da forma como a informação é compreendida, valorizada e incorporada no comportamento quotidiano (Csikar et al., 2023).

No contexto português, a produção científica sobre literacia em saúde oral e adesão preventiva permanece relativamente limitada, especialmente em populações clínicas universitárias. Embora estudos nacionais tenham demonstrado a relevância da literacia em saúde na população portuguesa — por exemplo, Paiva et al. (2017) documentaram uma elevada prevalência de literacia limitada na população portuguesa avaliada com o Newest Vital Sign —, continuam a existir poucas investigações que analisem estes determinantes em pacientes de consulta regular em ambiente clínico universitário. Esta lacuna limita a capacidade de generalizar os resultados e de adaptar estratégias preventivas às necessidades reais dos pacientes.

A população acompanhada na Clínica Universitária Egas Moniz – Caparica reveste-se de particular interesse, uma vez que se trata de um contexto assistencial e formativo onde coexistem diversidade sociodemográfica, necessidades clínicas variadas e contacto direto com práticas de prevenção em Medicina Dentária. A análise dos níveis de literacia em saúde geral e oral, bem como das atitudes preventivas destes pacientes, poderá fornecer informação útil para a adaptação de estratégias de comunicação e educação em saúde mais eficazes, centradas no perfil real da população atendida.

Deste modo, o presente estudo pretende contribuir para o preenchimento de uma lacuna científica e prática, fornecendo dados originais sobre a relação entre literacia em saúde e adesão aos cuidados preventivos numa população portuguesa em contexto universitário. Os resultados poderão ter implicações relevantes para a prática clínica, para a formação em Medicina Dentária e para o desenvolvimento de intervenções preventivas mais ajustadas às necessidades dos pacientes.

1.11. Justificação do estudo

A relevância do presente estudo decorre da necessidade de compreender de que modo a literacia em saúde, tanto geral como oral, influencia a adesão dos pacientes aos cuidados preventivos em Medicina Dentária. Embora se reconheça que a prevenção desempenha um papel central na redução da carga das doenças orais, a sua eficácia depende, em larga medida, da capacidade dos indivíduos para compreender a informação disponibilizada, valorizar as

recomendações clínicas e integrar comportamentos preventivos no seu quotidiano (Berkman et al., 2011; Guo et al., 2014).

Ao avaliar simultaneamente a literacia em saúde geral, a literacia em saúde oral e as atitudes preventivas, este estudo permite uma análise mais abrangente dos determinantes da adesão em contexto clínico. Esta abordagem revela-se particularmente relevante, na medida em que possibilita identificar não apenas eventuais défices de conhecimento, mas também fatores motivacionais, percetuais e comportamentais que podem condicionar a adoção de práticas preventivas. Deste modo, os resultados poderão contribuir para o desenvolvimento de estratégias de comunicação em saúde mais eficazes e para a implementação de intervenções preventivas mais ajustadas ao perfil dos pacientes.

Adicionalmente, a produção de evidência numa população portuguesa, em contexto clínico universitário, contribui para colmatar a escassez de dados nacionais sobre esta temática e poderá ter implicações relevantes na prática clínica, na educação em saúde oral e na promoção da saúde pública. Assim, a realização deste estudo justifica-se do ponto de vista científico, clínico e social.

Pela sua natureza, este estudo enquadra-se ainda nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030. Relaciona-se diretamente com o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar), ao promover a saúde oral como componente da saúde geral e ao favorecer a prevenção das doenças orais; com o ODS 4 (Educação de Qualidade), uma vez que a literacia em saúde constitui uma forma de educação para a saúde e o estudo informa estratégias educativas mais eficazes; com o ODS 10 (Reduzir as Desigualdades), na medida em que identifica grupos socialmente mais vulneráveis e barreiras de acesso, contribuindo para a equidade em saúde oral; e com o ODS 17 (Parcerias para a Implementação dos Objetivos), porquanto a promoção da literacia e da adesão preventiva exige a articulação entre instituições académicas, profissionais de saúde e a comunidade. Deste modo, o presente trabalho inscreve-se num quadro mais amplo de promoção da saúde e de equidade, alinhado com compromissos internacionais.

1.12. Objetivo do estudo

O presente estudo tem como objetivo analisar a relação entre a literacia em saúde (geral e oral) e a adesão aos cuidados preventivos em Medicina Dentária na Clínica Universitária Egas Moniz – Caparica.

II OBJETIVOS E HIPÓTESES

2.1. Enquadramento geral dos objetivos

Decorrente do enquadramento e das lacunas identificadas (secções 1.10 e 1.11), retomam-se aqui de forma sintética os pressupostos que fundamentam os objetivos do estudo. A literacia em saúde tem vindo a assumir um papel cada vez mais central na compreensão dos comportamentos preventivos em saúde, incluindo no domínio da Medicina Dentária. A evidência científica demonstra que níveis reduzidos de literacia em saúde estão associados a dificuldades na compreensão de recomendações clínicas, menor adesão terapêutica e maior probabilidade de utilização inadequada dos serviços de saúde (Berkman et al., 2011; Sørensen et al., 2012).

No contexto da saúde oral, estas limitações podem refletir-se em práticas de higiene oral insuficientes, menor procura de consultas preventivas e maior risco de desenvolvimento e progressão de doenças orais (Dickson-Swift et al., 2014; Guo et al., 2014).

O Capítulo 1 evidenciou que a adesão aos cuidados preventivos constitui um fenómeno multifatorial, dependente não apenas do conhecimento técnico, mas também de dimensões motivacionais, percetivas, socioculturais e comunicacionais. Este enquadramento encontra suporte na literatura, que demonstra que a literacia em saúde influencia diretamente a forma como os indivíduos interpretam, valorizam e aplicam a informação clínica, constituindo um determinante relevante dos comportamentos de saúde (Nutbeam, 2008; Paiva et al., 2017).

Neste contexto, torna-se pertinente analisar, em contexto clínico universitário português, de que modo a literacia em saúde geral e a literacia em saúde oral se associam às atitudes preventivas e à adesão dos pacientes às práticas recomendadas.

A escolha da Clínica Universitária Egas Moniz – Caparica como local do estudo revela-se particularmente adequada, atendendo ao seu enquadramento académico, à diversidade sociodemográfica dos pacientes e ao seu papel na prestação de cuidados à comunidade. Assim, esta abordagem multidimensional permitirá compreender de que forma estas variáveis se relacionam com os

comportamentos preventivos, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias clínicas e educativas mais eficazes.

2.2. Objetivo geral

Analisar a associação entre os níveis de literacia em saúde geral e em saúde oral e a adesão dos pacientes aos cuidados preventivos em Medicina Dentária na Clínica Universitária Egas Moniz – Caparica.

2.3. Objetivos específicos

- Avaliar os níveis de literacia em saúde oral dos pacientes, utilizando a versão portuguesa validada do REALD-29 PT.
- Avaliar os níveis de literacia em saúde geral mediante o instrumento Newest Vital Sign (NVS), adaptado para a população portuguesa.
- Caracterizar as atitudes, perceções e motivações preventivas dos pacientes através do questionário IPAP-OH.
- Descrever o perfil sociodemográfico da população estudada, incluindo idade, sexo, escolaridade, situação profissional e estado civil.
- Explorar associações entre variáveis sociodemográficas e literacia em saúde, identificando potenciais desigualdades.
- Determinar a associação entre a literacia em saúde geral e oral e os diferentes domínios do IPAP-OH, incluindo conhecimento preventivo, autoeficácia, valorização da saúde oral, responsabilidade, aconselhamento e perceção de barreiras à prevenção.
- Avaliar se a literacia em saúde se associa à adesão preventiva, através de análises bivariadas que comparam as pontuações de literacia entre grupos definidos pelos indicadores de adesão do IPAP-OH.
- Identificar, com base nos padrões de resposta, potenciais barreiras e facilitadores da adesão preventiva.
- Contribuir para recomendações práticas e educacionais alinhadas com estratégias nacionais e internacionais de promoção da literacia em saúde oral.

2.4. Hipóteses de investigação

Com base na literatura apresentada, formulam-se as seguintes hipóteses de investigação:

H1. A literacia em saúde oral (REALD-29 PT) e a literacia em saúde geral (NVS) estão positivamente correlacionadas entre si.

H2. Níveis mais elevados de literacia em saúde (REALD-29 PT e NVS) associam-se a um maior conhecimento preventivo em saúde oral (IPAP-OH).

H3. Níveis mais elevados de literacia em saúde associam-se a atitudes e perceções mais favoráveis à adesão aos cuidados preventivos (maior autoeficácia e valorização da saúde oral; menor perceção do custo como barreira).

H4. Indivíduos com menor grau de escolaridade apresentam níveis inferiores de literacia em saúde oral e geral e de conhecimento preventivo.

H5. As atitudes, perceções e motivações preventivas avaliadas pelo IPAP-OH (custo, aconselhamento, motivação, responsabilidade) associam-se significativamente a características sociodemográficas dos pacientes.

Estas hipóteses serão testadas através de análises estatísticas adequadas, conforme descrito no Capítulo 3.

III.MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. Tipo de estudo e desenho metodológico

O presente estudo consiste num estudo observacional, transversal e quantitativo, com abordagem correlacional.

Este desenho metodológico permite analisar, num único momento temporal, a associação entre variáveis relacionadas com a literacia em saúde e as atitudes preventivas, sem qualquer intervenção por parte do investigador.

A opção por um desenho transversal justifica-se por permitir avaliar a prevalência de níveis de literacia em saúde e de atitudes preventivas, explorar associações entre variáveis de interesse, identificar padrões comportamentais relevantes e, simultaneamente, adequar-se a um contexto clínico universitário sem interferir com o normal atendimento dos participantes.

3.2. Local de realização do estudo

O estudo foi realizado na Clínica Universitária Egas Moniz – Caparica (CUEM-Caparica).

Este contexto apresenta condições particularmente favoráveis à realização da investigação, nomeadamente uma elevada afluência de pacientes, diversidade sociodemográfica e um enquadramento clínico orientado para a prevenção e para a educação em saúde.

3.3. População-alvo e amostra

A população-alvo inclui adultos com idade igual ou superior a 18 anos que frequentem a CUEM-Caparica para consultas de Medicina Dentária, quer de rotina, quer de acompanhamento ou tratamento. Trata-se de uma população potencialmente heterogénea quanto à idade, escolaridade, perfil socioeconómico e frequência de utilização dos serviços de saúde oral.

A amostra foi não probabilística, por conveniência, sendo constituída pelos participantes presentes na clínica durante o período de recolha de dados e que aceitaram participar voluntariamente.

Este método mostra-se adequado ao contexto do estudo, uma vez que responde à variabilidade do fluxo clínico, permite uma recolha eticamente simples e voluntária e é compatível com a natureza exploratória e correlacional da investigação.

Importa assinalar que o presente estudo introduziu alguns ajustes relativamente à proposta inicial. Enquanto a proposta previa uma amostragem aleatória e a aplicação de modelos de regressão logística, a execução decorreu numa amostra de conveniência e recorreu a análises bivariadas de natureza exploratória. Estes ajustes resultaram das condições reais de recolha em contexto clínico universitário — designadamente a variabilidade do fluxo de pacientes e a impossibilidade de assegurar uma seleção verdadeiramente aleatória — e da opção por um plano analítico adequado à dimensão amostral e ao carácter exploratório do estudo. Tais opções são assumidas de forma transparente e enquadram a interpretação dos resultados.

3.4. Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos os participantes que cumpriam os seguintes critérios: idade igual ou superior a 18 anos; capacidade para compreender e responder ao questionário; assinatura do consentimento informado; e frequência da CUEM-Caparica, de forma regular ou pontual.

Foram excluídos os participantes com défice cognitivo que impedisse a participação, aqueles que recusaram participar ou retiraram o consentimento, os questionários com mais de 20 % de respostas em falta e os participantes sem capacidade suficiente de compreensão escrita para o preenchimento autónomo dos instrumentos.

3.5. Cálculo do tamanho amostral

Em estudos correlacionais recomenda-se a inclusão de um número de participantes suficiente para garantir estabilidade estatística das análises e detetar associações de magnitude moderada. Tomando como referência a recomendação habitual de cerca de 10 participantes por variável considerada (Tabachnick & Fidell, 2013) e as aproximadamente 12 variáveis em análise, estimou-se inicialmente um tamanho amostral mínimo de aproximadamente 120 participantes.

Com o objetivo de reforçar a robustez estatística, aumentar a fiabilidade dos resultados e acautelar eventuais perdas ou dados incompletos, definiu-se como meta operacional a inclusão de cerca de 150 participantes, valor considerado adequado e exequível no contexto clínico do estudo.

A amostra final foi constituída por 152 participantes, ultrapassando o tamanho amostral mínimo estimado e a meta inicialmente definida. Esta dimensão amostral é considerada adequada para a natureza exploratória e correlacional do estudo, permitindo a realização das análises estatísticas previstas e a identificação de associações relevantes entre literacia em saúde e atitudes preventivas em saúde oral.

A adequação desta dimensão amostral foi posteriormente confirmada por uma análise de potência. Para a correlação principal observada entre a literacia em saúde oral e a literacia em saúde geral ($p = 0,494$; $N = 152$; $\alpha = 0,05$), a potência estatística estimada foi superior a 99 %. Com esta dimensão amostral, o estudo dispunha de potência adequada (80 %) para detetar associações a partir de $p \approx 0,23$, o que sustenta a sua capacidade para identificar associações de magnitude moderada.

3.6. Instrumentos de recolha de dados

O questionário sociodemográfico inclui variáveis fundamentais para a análise, nomeadamente idade, sexo, escolaridade, estado civil, situação profissional e nacionalidade. Estes dados permitem caracterizar a amostra e explorar potenciais associações entre perfil sociodemográfico e variáveis de literacia em saúde.

O REALD-29 PT é um instrumento validado para a população portuguesa (Costa et al., 2022), baseado na leitura e reconhecimento de 29 termos relacionados com Medicina Dentária. A sua pontuação varia entre 0 e 29, sendo que valores mais elevados refletem maiores níveis de literacia em saúde oral. Entre as suas principais vantagens destacam-se a rapidez de aplicação, a boa fiabilidade e a elevada relevância clínica.

O Newest Vital Sign (NVS) é um instrumento desenvolvido para avaliar a literacia em saúde geral (Weiss et al., 2005), com foco em competências de numeracia, interpretação e raciocínio. O instrumento baseia-se na interpretação de um rótulo nutricional e contém seis itens. A classificação dos resultados é realizada da seguinte forma: 0–1, elevada probabilidade de literacia limitada; 2–3, possibilidade de literacia limitada; e 4–6, literacia adequada.

O IPAP-OH é um questionário multidimensional desenvolvido para avaliar atitudes preventivas em saúde oral (Csikar et al., 2023). Este instrumento avalia o custo como barreira, o aconselhamento recebido, o aconselhamento desejado, as estratégias preferidas de comunicação, a motivação, o conhecimento preventivo e a responsabilidade em saúde oral. Foi utilizada a versão traduzida e culturalmente adaptada para português de Portugal no âmbito da equipa de investigação; conforme assinalado na secção 1.8.1, o processo de validação formal deste instrumento para a população portuguesa encontra-se ainda em curso.

Importa esclarecer que, neste estudo, a adesão aos cuidados preventivos foi operacionalizada de forma indireta, através de indicadores atitudinais, percecionais e de autorrelato avaliados pelo IPAP-OH — nomeadamente o conhecimento preventivo, a autoeficácia, a valorização da saúde oral, a perceção de barreiras e o aconselhamento —, e não através de comportamentos efetivamente observados ou de indicadores clínicos objetivos. A tradução e adaptação cultural do instrumento para português de Portugal foram realizadas no âmbito da equipa de investigação, de modo a garantir a equivalência semântica e cultural relativamente à versão original (Csikar et al., 2023), permitindo avaliar as atitudes e perceções dos pacientes sobre a prevenção em saúde oral de forma rigorosa e contextualizada.

Os instrumentos utilizados na recolha de dados encontram-se reproduzidos na íntegra no Anexo A.

3.7. Processo de Tradução, Adaptação Transcultural e Validação do IPAP-OH

Atendendo à inexistência de uma versão portuguesa publicada e validada do International Patients' Attitudes to Prevention in Oral Health (IPAP-OH), procedeu-se à sua tradução e adaptação transcultural para a população portuguesa, seguindo as recomendações metodológicas internacionalmente reconhecidas para adaptação de instrumentos de autorrelato destinados à investigação em saúde.

O processo teve início com a tradução independente da versão original do instrumento para português por tradutores com proficiência bilingue e conhecimento da terminologia técnico-científica da área da saúde e da medicina

dentária. Posteriormente, as versões obtidas foram comparadas e harmonizadas, resultando numa versão de consenso. Esta versão foi sujeita a retrotradução independente para a língua original por tradutores sem contacto prévio com o instrumento, permitindo avaliar a equivalência conceptual e semântica entre as versões.

A análise crítica das diferentes versões foi realizada por um painel constituído por quatro avaliadores independentes, com experiência nas áreas da saúde, educação e metodologia de investigação. Cada avaliador procedeu à apreciação individual dos itens, considerando critérios de equivalência semântica, idiomática, conceptual e experiencial. As discrepâncias identificadas foram discutidas em reuniões de consenso, tendo sido efetuadas as adaptações consideradas necessárias para assegurar a manutenção do significado original dos itens e a sua adequação ao contexto sociocultural português.

Concluída esta fase, foi obtida uma versão pré-final do instrumento, a qual foi submetida a avaliação qualitativa junto de 24 participantes com características semelhantes às da população-alvo do estudo. Este procedimento teve como objetivo analisar a clareza da redação, a compreensão dos itens, a adequação da terminologia utilizada e a aceitabilidade global do questionário. O feedback recolhido permitiu identificar e corrigir pequenas questões linguísticas e interpretativas, contribuindo para o refinamento da versão portuguesa final.

A utilização de múltiplos avaliadores independentes ao longo do processo constituiu uma estratégia metodológica relevante para reforçar a validade de conteúdo do instrumento, minimizando potenciais vieses individuais e aumentando a robustez do processo de adaptação transcultural. Este procedimento permitiu assegurar que os itens mantinham equivalência conceptual relativamente à versão original, preservando simultaneamente a sua relevância e compreensibilidade no contexto português.

Importa salientar que, embora o processo de tradução e adaptação transcultural tenha sido concluído de forma sistemática e rigorosa, a validação psicométrica formal da versão portuguesa do IPAP-OH encontra-se ainda em curso. Estão atualmente a ser avaliadas propriedades métricas fundamentais, incluindo a consistência interna, a estabilidade temporal (test-retest reliability), a validade de constructo, a validade convergente e discriminante, bem como a estrutura fatorial

do instrumento. Consequentemente, não existe, até ao momento, uma versão portuguesa publicada e formalmente validada do IPAP-OH.

Não obstante esta limitação, a versão utilizada na presente investigação resulta de um processo metodologicamente robusto de tradução e adaptação transcultural. Assim, considera-se que reúne as condições necessárias para a sua aplicação no contexto deste estudo, contribuindo simultaneamente para o processo de validação da versão portuguesa do instrumento e para a produção de evidência científica nesta área.

3.8. Procedimento de recolha de dados

O procedimento de recolha de dados seguiu uma sequência previamente definida. Após a aprovação da Comissão de Ética, os investigadores receberam uma breve formação relativamente à abordagem dos participantes e à padronização do procedimento.

Os pacientes foram convidados individualmente no decurso da consulta, sendo-lhes explicado o objetivo do estudo e entregue o consentimento informado. Os participantes foram recrutados de forma consecutiva entre os pacientes que recorreram à clínica durante o período de recolha, tendo sido incluídos todos os que cumpriam os critérios de elegibilidade e aceitaram participar, até se atingir a dimensão amostral prevista de 152 participantes; não se registaram recusas nem exclusões de questionários assinaláveis.

Após aceitação, os participantes preencheram o questionário em formato digital, através de tablet ou QR code.

Concluído o preenchimento, foi realizada uma verificação da completude dos questionários, seguida da codificação e armazenamento seguro dos dados. Posteriormente, a base de dados foi exportada para análise estatística em SPSS.

3.9. Variáveis do estudo

As variáveis do estudo foram organizadas em variáveis independentes, dependentes e de caracterização.

As variáveis independentes incluem a literacia em saúde oral, medida pelo REALD-29 PT, e a literacia em saúde geral, medida pelo NVS.

As variáveis dependentes correspondem às atitudes preventivas avaliadas pelos domínios do IPAP-OH, incluindo motivação, conhecimento, responsabilidade, percepção de custo e aconselhamento preventivo.

As variáveis sociodemográficas, nomeadamente idade, sexo, escolaridade, situação profissional, estado civil e nacionalidade, foram consideradas variáveis de caracterização e de associação, analisadas nas comparações bivariadas de modo a explorar potenciais fatores associados à literacia e às atitudes preventivas.

3.10. Plano de análise estatística

A análise estatística incluiu uma componente descritiva, através do cálculo de médias, medianas, desvios-padrão e frequências absolutas e relativas. A normalidade da distribuição das variáveis foi avaliada com os testes de Shapiro-Wilk ou Kolmogorov-Smirnov, conforme aplicável.

Nas análises bivariadas, foram utilizados o teste do qui-quadrado para variáveis categóricas, o teste t de Student ou a análise de variância (ANOVA) para variáveis com distribuição normal e os testes de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis para variáveis sem distribuição normal. Nas tabelas de contingência, foi reportado o teste exato de Fisher, adequado às situações em que as frequências esperadas eram reduzidas. Nas comparações de médias, a opção por testes paramétricos (teste t e ANOVA) considerou a sua robustez a desvios moderados da normalidade em amostras de dimensão adequada ($N = 152$). A homogeneidade das variâncias foi verificada pelo teste de Levene e, nas situações em que esta não se confirmou, foi adotada a correção de Welch; nos casos de maior assimetria, os resultados foram confirmados com os testes não paramétricos correspondentes.

Sempre que as ANOVA revelaram diferenças estatisticamente significativas, foram realizadas comparações múltiplas através do teste post-hoc de Tukey, identificando os subconjuntos homogêneos. Foi igualmente reportada a dimensão do efeito (d de Cohen) nas comparações de médias relevantes. Para as comparações por ANOVA, foi adicionalmente reportada a dimensão do efeito através do eta quadrado (η^2).

As associações entre variáveis contínuas foram avaliadas através do coeficiente de correlação de Spearman, atendendo à natureza ordinal e à distribuição das variáveis em estudo. A associação entre a literacia em saúde e a adesão preventiva foi analisada comparando as pontuações de literacia (REALD-29 PT, NVS) e de conhecimento preventivo entre os grupos definidos pelos indicadores de adesão do IPAP-OH, recorrendo ao teste t de Student para amostras independentes (ou ao teste de Mann-Whitney, quando aplicável).

Foi considerado um nível de significância estatística de $p < 0,05$. As análises foram realizadas com recurso ao programa SPSS.

Dado o número elevado de comparações bivariadas realizadas, sobretudo no âmbito do IPAP-OH, e a ausência de modelos multivariados de ajuste para potenciais fatores de confundimento, as análises devem ser interpretadas como exploratórias. Por esse motivo, os resultados são apresentados a título exploratório, privilegiando-se a identificação de padrões teoricamente sustentados em detrimento da inferência confirmatória, não tendo sido aplicada correção formal para comparações múltiplas.

3.11. Considerações éticas

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Egas Moniz (processo interno n.º 1756), cujo parecer favorável se encontra no Anexo B. O estudo seguiu os princípios da Declaração de Helsínquia, da legislação portuguesa aplicável à investigação clínica e do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD). Foram assegurados o consentimento informado, a anonimização dos dados, a confidencialidade e proteção da informação recolhida, o direito à desistência em qualquer momento e a ausência de interferência com os cuidados clínicos prestados aos participantes. Os dados recolhidos foram utilizados exclusivamente para fins científicos e académicos.

IV.RESULTADOS

Este capítulo organiza-se em torno de um conjunto reduzido de resultados principais, diretamente relacionados com o objetivo central do estudo: (i) a correlação positiva entre a literacia em saúde oral e a literacia em saúde geral; (ii) a associação de ambas as formas de literacia com o conhecimento preventivo; (iii) a variação da literacia e do conhecimento em função da escolaridade e da situação profissional; (iv) a associação da literacia em saúde oral com a autoeficácia e a valorização da saúde oral; e (v) a associação inversa entre a literacia em saúde geral e a perceção do custo como barreira. Os restantes resultados, incluindo os cruzamentos entre os domínios do IPAP-OH e as variáveis sociodemográficas, têm carácter exploratório e descritivo, sendo apresentados como complemento de caracterização e não como achados confirmatórios.

4.1. Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 152 participantes, dos quais 88 (57,9 %) eram do sexo feminino e 64 (42,1 %) do sexo masculino. A maioria era de nacionalidade portuguesa (111; 73,0 %) e 85 participantes (55,9 %) encontravam-se numa situação civil distinta de casado(a)/união de facto. Quanto à escolaridade, predominaram o ensino secundário (70; 46,1 %) e o ensino superior (64; 42,1 %), sendo o ensino básico menos frequente (18; 11,8 %). Relativamente à situação profissional, 67 participantes (44,1 %) encontravam-se empregados, 36 (23,7 %) reformados, 31 (20,4 %) estudantes e 18 (11,8 %) desempregados. A distribuição completa é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 — Caracterização sociodemográfica da amostra (N = 152)

Variável	Frequência (n)	Percentagem (%)
Sexo		
Masculino	64	42,1
Feminino	88	57,9
Nacionalidade		
Portuguesa	111	73,0
Outra	41	27,0
Estado civil		
Outra situação	85	55,9
Casado(a)/União de facto	67	44,1
Grau de escolaridade		

Variável	Frequência (n)	Percentagem (%)
Ensino básico	18	11,8
Ensino secundário	70	46,1
Ensino superior	64	42,1
Situação profissional		
Desempregado(a)	18	11,8
Empregado(a)	67	44,1
Reformado(a)	36	23,7
Estudante	31	20,4

A idade dos participantes variou entre 18 e 83 anos, com uma média de 44,53 anos (desvio-padrão [DP] = 19,85; mediana = 42,50), refletindo uma amostra heterogénea em termos etários (Tabela 2).

Tabela 2 — Distribuição da idade dos participantes (N = 152)

Variável	Média	DP	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	44,53	19,85	18	83

Erro padrão = 1,61 ; mediana = 42,50.

4.2. Literacia em saúde e conhecimento preventivo

4.2.1. Literacia em saúde oral (REALD-29 PT)

A pontuação no REALD-29 PT variou entre 7 e 29 pontos, com uma média de 19,45 (DP = 4,42; mediana = 19,00), indicando um nível intermédio de literacia em saúde oral (Tabela 4). A análise palavra a palavra (Tabela 3) revela que os termos de uso corrente foram reconhecidos pela quase totalidade dos participantes — «Fumar», «Fio dentário», «Escovar» e «Gengiva» obtiveram 100 % de reconhecimento. Em contrapartida, os termos técnicos apresentaram taxas de reconhecimento muito baixas, designadamente «Apicectomia» (5,9 %), «Hiperemia» (7,9 %), «Incipiente» (15,1 %) e «Maloclusão» (19,7 %). Este contraste evidencia que a dificuldade se concentra na terminologia clínica especializada.

Tabela 3 — Reconhecimento dos termos do REALD-29 PT (N = 152)

Termo	Correta (%)	Incorreta (%)
Fumar	100,0	0,0
Fio dentário	100,0	0,0
Escovar	100,0	0,0
Gengiva	100,0	0,0
Aparelho	98,7	1,3
Cáries	98,7	1,3
Genética	97,4	2,6
Extração	97,4	2,6

Termo	Correta (%)	Incorreta (%)
Placa	97,4	2,6
Restauração	93,4	6,6
Abcesso	93,4	6,6
Dentadura	91,4	8,6
Esmalte	90,8	9,2
Dentição	90,8	9,2
Flúor	86,8	13,2
Analgesia	67,8	32,2
Polpa	64,5	35,5
Bruxismo	64,5	35,5
Periodontal	64,5	35,5
Fístula	52,6	47,4
Selante	46,7	53,3
Halitose	31,6	68,4
Celulite	23,7	76,3
Hipoplasia	23,0	77,0
Temporomandibular	21,1	78,9
Maloclusão	19,7	80,3
Incipiente	15,1	84,9
Hiperemia	7,9	92,1
Apicectomia	5,9	94,1

Tabela 4 — Pontuação global do REALD-29 PT (N = 152)

Score	Média	DP	Mínimo	Máximo
Score REALD-29 PT (0–29)	19,45	4,42	7	29

Erro padrão = 0,36; mediana = 19,00

4.2.2. Literacia em saúde geral (NVS)

No Newest Vital Sign (NVS), a pontuação média foi de 3,95 (DP = 1,84; mínimo 0, máximo 6), situando-se no limiar entre a possibilidade de literacia limitada e a literacia adequada (Tabela 6). Ao nível dos itens (Tabela 5), as questões que exigiam interpretação direta do rótulo — segurança alimentar perante alergias (88,2 %) e respetiva justificação (81,6 %) — foram as mais bem respondidas, ao passo que os itens que implicavam cálculo numérico, como a percentagem de calorias por porção (44,7 %), registaram as taxas de acerto mais baixas, sugerindo que a numeracia constitui a principal dificuldade.

Tabela 5 — Respostas corretas aos itens do NVS (N = 152)

Item	Correta (%)	Incorreta (%)
1. Se comer a embalagem inteira, quantas calorias estará a consumir?	67,8	32,2
2. Se lhe for permitido consumir 60 g de hidratos de carbono numa sobremesa, que quantidade de gelado pode comer?	58,6	41,4
3. Se deixar de comer gelado, quantos gramas de gorduras saturadas passará a consumir por dia?	54,6	45,4
4. Se consumir 2500 kcal por dia, que percentagem desse valor está a consumir com uma porção de gelado?	44,7	55,3
5. É seguro para si comer este gelado? (alergias)	88,2	11,8
6. Se respondeu não, porquê não?	81,6	18,4

Tabela 6 — Pontuação global do NVS (N = 152)

Score	Média	DP	Mínimo	Máximo
Score NVS (0–6)	3,95	1,84	0	6

Erro padrão = 0,15; mediana = 4,50

Pontuação 0–1: elevada probabilidade de literacia limitada; 2–3: possibilidade de literacia limitada; 4–6: literacia adequada.

4.2.3. Conhecimento preventivo (IPAP-OH)

O conhecimento preventivo, avaliado por nove itens do IPAP-OH, apresentou uma pontuação média de 5,69 (DP = 1,55; mínimo 2, máximo 9) (Tabela 8). A totalidade dos participantes (100 %) reconheceu que a saúde oral pode afetar a saúde geral, e a frequência de escovagem foi acertada por 93,4 %. Todavia, vários itens de natureza mais específica revelaram lacunas importantes: o momento mais importante para escovar (30,9 %), o melhor momento para utilizar um elixir (30,9 %), o procedimento após a escovagem (28,9 %) e a quantidade de flúor recomendada (35,5 %) foram corretamente respondidos por menos de metade da amostra (Tabela 7).

Tabela 7 — Respostas corretas aos itens de conhecimento preventivo (IPAP-OH) (N = 152)

Item	Correta (%)	Incorreta (%)
Com que frequência deve escovar os dentes?	93,4	6,6
Qual é o momento mais importante para escovar os dentes?	30,9	69,1
Qual é o ingrediente mais importante de uma pasta dentífrica na prevenção da cárie dentária?	84,2	15,8
Qual a quantidade de flúor recomendada numa pasta dentífrica para adultos saudáveis?	35,5	64,5
Após escovar os dentes com pasta dentífrica, devo cuspir a pasta e...	28,9	71,1
Qual é o melhor momento para utilizar um elixir oral de uso diário?	30,9	69,1
Qual das seguintes opções é provavelmente mais prejudicial para a sua saúde oral?	83,6	16,4
A minha saúde oral pode afetar a minha saúde geral.	100,0	0,0

Item	Correta (%)	Incorreta (%)
Quando se deve começar a escovar os dentes de uma criança?	81,6	18,4

Tabela 8 — Pontuação global do conhecimento preventivo (IPAP-OH) (N = 152)

Score	Média	DP	Mínimo	Máximo
Score conhecimento (0–9)	5,69	1,55	2	9

Erro padrão = 0,13; mediana = 6,00

4.3. Literacia e conhecimento segundo as variáveis sociodemográficas

Compararam-se as pontuações de literacia oral (REALD-29 PT), literacia geral (NVS) e conhecimento preventivo segundo as variáveis sociodemográficas, recorrendo ao teste t de Student (duas categorias) e à ANOVA de um fator (três ou mais categorias). Os resultados encontram-se na Tabela 9.

Quanto ao sexo, as mulheres apresentaram pontuações significativamente superiores aos homens no REALD-29 PT (20,16 vs 18,47; $p = 0,010$; diferença de médias = 1,69; IC 95 % [0,28; 3,11]) e no conhecimento preventivo (6,08 vs 5,16; $p < 0,001$; diferença de médias = 0,92; IC 95 % [0,44; 1,41]), não se observando diferença no NVS ($p = 0,466$). A nacionalidade associou-se apenas ao NVS, com pontuação superior nos participantes portugueses ($p = 0,015$). O estado civil associou-se ao NVS ($p = 0,046$) e ao conhecimento ($p < 0,001$). As diferenças mais marcadas observaram-se, contudo, para o grau de escolaridade e a situação profissional, ambos significativamente associados às três medidas ($p < 0,05$), justificando a análise post-hoc apresentada na secção seguinte.

Tabela 9 — Pontuações do REALD-29 PT, NVS e conhecimento preventivo segundo as variáveis sociodemográficas (N = 152)

Variável / grupo	n	REALD-29 PT M (DP)	NVS M (DP)	Conh. M (DP)	p
Sexo (Teste t)					REALD: 0,010 * NVS: 0,466 Conh.: <0,001 *
Masculino	64	18,47 (4,15)	3,97 (1,89)	5,16 (1,53)	
Feminino	88	20,16 (4,50)	3,94 (1,81)	6,08 (1,45)	
Nacionalidade (Teste t)					REALD: 0,408 NVS: 0,015 * Conh.: 0,422
Portuguesa	111	19,40 (4,11)	4,19 (1,73)	5,68 (1,58)	
Outra	41	19,59 (5,23)	3,32 (1,98)	5,73 (1,48)	

Variável / grupo	n	REALD-29 PT M (DP)	NVS M (DP)	Conh. M (DP)	p
Estado civil (Teste t)					REALD: 0,112 NVS: 0,046 * Conh.: <0,001 *
Outra situação	85	19,84 (4,98)	4,18 (1,83)	6,06 (1,50)	
Casado(a)/União de facto	67	18,96 (3,57)	3,67 (1,82)	5,22 (1,50)	
Grau de escolaridade (ANOVA)					REALD: <0,001 * NVS: <0,001 * Conh.: 0,016 *
Ensino básico	18	14,89 (4,42)	2,44 (1,54)	4,72 (1,64)	
Ensino secundário	70	19,09 (3,37)	3,77 (1,83)	5,77 (1,39)	
Ensino superior	64	21,13 (4,51)	4,58 (1,63)	5,88 (1,62)	
Situação profissional (ANOVA)					REALD: 0,003 * NVS: 0,024 * Conh.: <0,001 *
Desempregado(a)	18	16,94 (4,87)	3,28 (1,99)	5,89 (1,60)	
Empregado(a)	67	19,72 (3,48)	4,16 (1,76)	5,88 (1,31)	
Reformado(a)	36	18,50 (3,31)	3,42 (2,02)	4,69 (1,43)	
Estudante	31	21,42 (6,05)	4,52 (1,44)	6,32 (1,66)	

M = média; DP = desvio-padrão; Conh. = conhecimento. Sexo, nacionalidade e estado civil: teste t de Student; escolaridade e situação profissional: ANOVA de um fator. * p < 0,05.

4.3.1. Comparações múltiplas (teste post-hoc de Tukey)

Para as ANOVA estatisticamente significativas, aplicou-se o teste post-hoc de Tukey, cujos subconjuntos homogêneos se apresentam nas Tabelas 10 a 15 (grupos na mesma coluna não diferem significativamente entre si). De um modo geral, o padrão é consistente: o ensino básico distingue-se significativamente dos níveis secundário e superior — que não diferem entre si — tanto no REALD-29 PT como no NVS e no conhecimento. Relativamente à situação profissional, os estudantes destacam-se com as pontuações de literacia mais elevadas, enquanto os reformados apresentam o conhecimento preventivo mais baixo.

Tabela 10 — Subconjuntos homogêneos (Tukey) — REALD-29 PT segundo Grau de escolaridade

Grupo	n	Subconjunto 1	Subconjunto 2
Ensino básico	18	14,89	
Ensino secundário	70		19,09
Ensino superior	64		21,13

Grupo	n	Subconjunto 1	Subconjunto 2
Sig.		1,000	0,087

ANOVA: $F(2, 149) = 17,54$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,19$ (efeito grande).

O ensino básico distingue-se significativamente dos níveis secundário e superior; estes não diferem entre si.

Tabela 11 — Subconjuntos homogêneos (Tukey) — REALD-29 PT segundo Situação profissional

Grupo	n	Subconjunto 1	Subconjunto 2
Desempregado(a)	18	16,94	
Reformado(a)	36	18,50	
Empregado(a)	67	19,72	19,72
Estudante	31		21,42
Sig.		0,057	0,402

ANOVA: $F(3, 148) = 4,97$; $p = 0,003$; $\eta^2 = 0,09$ (efeito médio).

Os estudantes apresentam pontuação significativamente superior à dos desempregados e reformados; os empregados ocupam uma posição intermédia, não diferindo significativamente dos restantes grupos.

Tabela 12 — Subconjuntos homogêneos (Tukey) — NVS segundo Grau de escolaridade

Grupo	n	Subconjunto 1	Subconjunto 2
Ensino básico	18	2,44	
Ensino secundário	70		3,77
Ensino superior	64		4,58
Sig.		1,000	0,124

ANOVA: $F(2, 149) = 11,55$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,13$ (efeito grande). O ensino básico distingue-se significativamente dos níveis secundário e superior; estes não diferem entre si.

Tabela 13 — Subconjuntos homogêneos (Tukey) — NVS segundo Situação profissional

Grupo	n	Subconjunto 1	Subconjunto 2
Desempregado(a)	18	3,28	
Reformado(a)	36	3,42	3,42
Empregado(a)	67	4,16	4,16
Estudante	31		4,52
Sig.		0,219	0,082

ANOVA: $F(3, 148) = 3,24$; $p = 0,024$; $\eta^2 = 0,06$ (efeito médio).

As comparações por pares (Tukey) não evidenciam diferenças estatisticamente significativas entre grupos específicos, apesar de a ANOVA global ser significativa; os subconjuntos sobrepõem-se parcialmente.

Tabela 14 — Subconjuntos homogêneos (Tukey) — Conhecimento preventivo (IPAP-OH) segundo Grau de escolaridade

Grupo	n	Subconjunto 1	Subconjunto 2
Ensino básico	18	4,72	
Ensino secundário	70		5,77
Ensino superior	64		5,88
Sig.		1,000	0,956

ANOVA: $F(2,149) = 4,24$; $p = 0,016$; $\eta^2 = 0,05$ (efeito pequeno a médio).

O ensino básico distingue-se significativamente dos níveis secundário e superior; estes não diferem entre si.

Tabela 15 — Subconjuntos homogéneos (Tukey) — Conhecimento preventivo (IPAP-OH) segundo Situação profissional

Grupo	n	Subconjunto 1	Subconjunto 2
Reformado(a)	36	4,69	
Empregado(a)	67		5,88
Desempregado(a)	18		5,89
Estudante	31		6,32
Sig.		1,000	0,632

ANOVA: $F(3,148) = 8,12$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,14$ (efeito grande).

Os reformados apresentam pontuação significativamente inferior à dos restantes grupos (empregados, desempregados e estudantes), que não diferem entre si.

4.4. Correlações entre literacia, conhecimento e idade

As associações entre as variáveis contínuas foram analisadas pelo coeficiente de correlação de Spearman (Tabela 16). Observou-se uma correlação positiva moderada e significativa entre a literacia em saúde oral (REALD-29 PT) e a literacia em saúde geral (NVS) ($\rho = 0,494$; $p < 0,001$; IC 95 % [0,36; 0,61]). Ambas as formas de literacia se correlacionaram igualmente de forma positiva e significativa com o conhecimento preventivo (REALD: $\rho = 0,434$; NVS: $\rho = 0,379$; ambos $p < 0,001$). A idade, por seu turno, não apresentou correlação significativa com o REALD-29 PT ($\rho = -0,030$; $p = 0,714$) nem com o NVS ($\rho = -0,082$; $p = 0,317$).

Tabela 16 — Matriz de correlações de Spearman (N = 152)

	1	2	3	4
1. REALD-29 PT	—	0,494 *	0,434 *	-0,030
2. NVS	0,494 *	—	0,379 *	-0,082
3. Conhecimento preventivo (IPAP-OH)	0,434 *	0,379 *	—	—
4. Idade	-0,030	-0,082	—	—

Coefficiente de correlação de Spearman (ρ). * $p < 0,01$. A correlação entre idade e conhecimento preventivo não consta das análises disponíveis (—).

4.5. Literacia em saúde e adesão aos cuidados preventivos

Neste estudo, a adesão aos cuidados preventivos foi operacionalizada através de indicadores atitudinais e percepcionais avaliados pelo IPAP-OH, nomeadamente autoeficácia, valorização da saúde oral, percepção do custo como barreira e autopercepção do conhecimento preventivo. Para responder ao objetivo central do estudo, compararam-se as pontuações de literacia em saúde oral (REALD-29 PT), literacia em saúde geral (NVS) e conhecimento preventivo entre os pacientes que manifestam atitudes ou percepções favoráveis à adesão e os restantes, para este conjunto de indicadores.

Aplicou-se o teste t de Student para amostras independentes, verificando-se a homogeneidade das variâncias pelo teste de Levene; nos casos de variâncias desiguais, reporta-se o valor de t corrigido. Apresenta-se igualmente a dimensão do efeito (d de Cohen). A Tabela 17 sintetiza os valores de p obtidos.

Tabela 17 — Pontuações de literacia e conhecimento segundo indicadores de adesão do IPAP-OH (valores de p; N = 152)

Indicador de adesão (grupo concorda vs não)	REALD-29 PT	NVS	Conhecimento
Considera a saúde oral uma prioridade	0,255	0,313	0,060
Evitar má saúde oral está ao seu alcance (autoeficácia)	0,021 *	0,287	0,002 *
Valoriza a saúde oral tanto como a saúde geral	0,010 *	0,089	0,216
Custo influencia a frequência das consultas (barreira)	0,302	<0,001 *	0,899
Considera as consultas de rotina caras (barreira)	0,079	0,020 *	0,739
Considera ter um bom conhecimento sobre cuidar dos dentes	0,036 *	0,007 *	<0,001 *

Valores de p do teste t de Student (corrigido para variâncias desiguais quando aplicável). * $p < 0,05$. As médias e dimensões do efeito são apresentadas no texto.

Relativamente à autoeficácia preventiva, os pacientes que consideram que evitar uma má saúde oral está ao seu alcance apresentaram um REALD-29 PT significativamente superior (20,43 vs 18,75; $p = 0,021$; $d = 0,38$; diferença de médias = 1,68; IC 95 % [0,26; 3,09]) e um conhecimento preventivo mais elevado (6,14 vs 5,37; $p = 0,002$; $d = 0,51$), não se observando diferença na literacia geral (NVS; $p = 0,287$). De igual modo, os pacientes que valorizam a saúde oral tanto

quanto a saúde geral apresentaram um REALD-29 PT marcadamente superior (19,69 vs 16,00; $p = 0,010$; $d = 0,85$).

Quanto à percepção do custo como barreira, observou-se o padrão relativo à literacia geral: os pacientes para quem o custo influencia a frequência das consultas apresentaram um NVS significativamente inferior (3,52 vs 4,61; $p < 0,001$; $d = 0,62$; diferença de médias = 1,09; IC 95 % [0,51; 1,67]), resultado confirmado por um segundo indicador, uma vez que quem considera as consultas de rotina caras também apresentou um NVS inferior (3,42 vs 4,18; $p = 0,020$; $d = 0,42$).

No que respeita à autopercepção do conhecimento, os pacientes que consideraram ter um bom conhecimento sobre como cuidar dos dentes apresentaram pontuações significativamente superiores nas três medidas: REALD-29 PT (19,75 vs 17,57; $p = 0,036$; $d = 0,50$), NVS (4,11 vs 2,95; $p = 0,007$; $d = 0,65$) e conhecimento preventivo (5,89 vs 4,43; $p < 0,001$; $d = 1,00$). Refira-se que 131 participantes (86,2 %) consideraram ter um bom conhecimento sobre o tema.

4.6. Atitudes, percepções e motivações preventivas (IPAP-OH)

Esta secção descreve as atitudes preventivas dos participantes. No domínio do custo como barreira, 75,7 % concordaram que o custo do tratamento influencia o tratamento que irão escolher e 59,9 % que o custo da consulta influencia a frequência das idas ao dentista; apenas 29,6 % consideraram as consultas de rotina caras (Tabela 18).

Tabela 18 — Percepção do custo como barreira (% de concordância; N = 152)

Item	Concordo (%)	Não concordo (%)
O custo de uma consulta de medicina dentária influencia a frequência com que vou ao dentista	59,9	40,1
O custo de um tratamento dentário influencia o tratamento que eu irei escolher	75,7	24,3
Acho que as consultas de rotina são caras	29,6	70,4

Quanto ao aconselhamento recebido durante a consulta, o tema mais frequentemente abordado foi a higienização dos dentes (90,8 %), seguido do consumo de açúcar (75,0 %); os temas menos abordados foram o consumo de bebidas gaseificadas sem açúcar (30,3 %) e o consumo de álcool (42,8 %). Já no aconselhamento desejado, o tema que os participantes mais gostariam de aprofundar foi a relação entre a saúde oral e a saúde geral (72,4 %) (Tabela 19).

Tabela 19 — Aconselhamento recebido e desejado, por tema (% Sim; N = 152)

Tema	Recebido (%)	Desejado (%)
Como higienizar os dentes	90,8	52,6
Relação saúde oral–saúde geral	48,0	72,4
Tabagismo	57,2	24,3
Consumo de açúcar	75,0	29,6
Bebidas gaseificadas sem açúcar	30,3	37,5
Consumo de álcool	42,8	17,8

Relativamente à forma preferida de receber informação (entre os 125 participantes que recebem aconselhamento), a transmissão verbal pelo médico dentista foi largamente preferida (89,6 %). No domínio dos fatores motivadores, as afirmações mais valorizadas para cuidar dos dentes e gengivas foram «prevenir futuras doenças orais» e «confiar no profissional de saúde oral». Quanto às perceções de responsabilidade e prioridade, 88,8 % consideraram a manutenção da saúde oral uma prioridade e 93,4 % afirmaram que cuidar dos dentes é tão importante como a saúde geral, ainda que apenas 41,4 % concordassem que evitar uma má saúde oral está ao seu alcance.

4.7. Associações entre atitudes preventivas e variáveis sociodemográficas

Os itens do IPAP-OH foram cruzados com as variáveis sociodemográficas através do teste do qui-quadrado de Pearson. Identificaram-se 53 associações estatisticamente significativas ($p < 0,05$), cuja síntese se apresenta na Tabela 20. De seguida, detalham-se dois cruzamentos de particular relevância clínica, relativos à barreira financeira (Tabelas 21 e 22).

Tabela 20 — Síntese das associações significativas entre itens do IPAP-OH e variáveis sociodemográficas (N = 152)

Item IPAP-OH	Variável	p	Sentido (maior concordância)
Custo da consulta influencia a frequência com que vou ao dentista	Nacionalidade	0,042 *	Outra (73,2 %)
Custo da consulta influencia a frequência com que vou ao dentista	Estado civil	0,050	Casado(a)/União de facto (68,7 %)
Custo da consulta influencia a frequência com que vou ao dentista	Grau de escolaridade	0,027 *	Ensino básico (88,9 %)
Custo da consulta influencia a frequência com que vou ao dentista	Situação profissional	<0,001 *	Desempregado(a) (94,4 %)
Custo do tratamento influencia o tratamento que irei escolher	Estado civil	0,043 *	Casado(a)/União de facto (83,6 %)
Custo do tratamento influencia o tratamento que irei escolher	Situação profissional	0,003 *	Desempregado(a) (94,4 %)
Acho que as consultas de rotina são caras	Grau de escolaridade	0,014 *	Ensino básico (55,6 %)

Item IPAP-OH	Variável	p	Sentido (maior concordância)
Acho que as consultas de rotina são caras	Situação profissional	0,023 *	Desempregado(a) (55,6 %)
Aconselhamento recebido: Como higienizar os dentes	Estado civil	0,018 *	Casado(a)/União de facto (97,0 %)
Aconselhamento recebido: Como higienizar os dentes	Grau de escolaridade	<0,001 *	Ensino secundário (100,0 %)
Aconselhamento recebido: Relação saúde oral e saúde geral	Grau de escolaridade	0,008 *	Ensino secundário (60,0 %)
Aconselhamento recebido: Tabagismo	Grau de escolaridade	0,040 *	Ensino secundário (65,7 %)
Aconselhamento recebido: Tabagismo	Situação profissional	0,017 *	Reformado(a) (66,7 %)
Aconselhamento recebido: Consumo de alimentos/bebidas com açúcar	Sexo	0,008 *	Feminino (83,0 %)
Aconselhamento recebido: Consumo de alimentos/bebidas com açúcar	Grau de escolaridade	0,001 *	Ensino secundário (88,6 %)
Aconselhamento recebido: Consumo de bebidas gaseificadas sem açúcar	Situação profissional	0,007 *	Desempregado(a) (44,4 %)
Aconselhamento recebido: Consumo de álcool	Estado civil	0,002 *	Casado(a)/União de facto (56,7 %)
Aconselhamento recebido: Consumo de álcool	Grau de escolaridade	0,003 *	Ensino secundário (54,3 %)
Aconselhamento recebido: Consumo de álcool	Situação profissional	0,003 *	Desempregado(a) (61,1 %)
Quer receber mais aconselhamento: Como higienizar os dentes	Grau de escolaridade	0,048 *	Ensino superior (64,1 %)
Quer receber mais aconselhamento: Relação saúde oral e saúde geral	Nacionalidade	<0,001 *	Portuguesa (81,1 %)
Quer receber mais aconselhamento: Relação saúde oral e saúde geral	Grau de escolaridade	0,015 *	Ensino básico (88,9 %)
Quer receber mais aconselhamento: Relação saúde oral e saúde geral	Situação profissional	0,003 *	Reformado(a) (94,4 %)
Quer receber mais aconselhamento: Tabagismo	Sexo	0,033 *	Feminino (30,7 %)
Quer receber mais aconselhamento: Tabagismo	Estado civil	0,043 *	Outra situação (30,6 %)
Quer receber mais aconselhamento: Consumo de alimentos/bebidas com açúcar	Nacionalidade	0,002 *	Outra (48,8 %)
Quer receber mais aconselhamento: Consumo de alimentos/bebidas com açúcar	Situação profissional	0,017 *	Estudante (51,6 %)
Quer receber mais aconselhamento: Consumo de bebidas gaseificadas sem açúcar	Grau de escolaridade	0,020 *	Ensino superior (48,4 %)
Quer receber mais aconselhamento: Consumo de álcool	Situação profissional	0,033 *	Estudante (29,0 %)
Forma preferida: Verbalmente pelo médico dentista	Nacionalidade	0,048 *	Portuguesa (92,6 %)
Forma preferida: Verbalmente pelo higienista/terapeuta oral	Nacionalidade	0,031 *	Portuguesa (29,5 %)
Forma preferida: Verbalmente pelo higienista/terapeuta oral	Situação profissional	0,004 *	Estudante (50,0 %)
Forma preferida: Verbalmente pelo assistente dentário	Nacionalidade	0,031 *	Portuguesa (29,5 %)
Forma preferida: Verbalmente pelo assistente dentário	Situação profissional	0,023 *	Estudante (45,5 %)
Forma preferida: Enviada antes da consulta	Grau de escolaridade	0,011 *	Ensino básico (35,3 %)
Forma preferida: Enviada após a consulta	Sexo	0,012 *	Feminino (51,4 %)
Motivador: Dedicar tempo para explicar as coisas	Nacionalidade	0,008 *	Portuguesa (94,6 %)
Motivador: Sentir-me respeitado/a	Sexo	0,047 *	Feminino (92,0 %)

Item IPAP-OH	Variável	p	Sentido (maior concordância)
Motivador: Aconselhamento do médico dentista (vs. outro)	Nacionalidade	0,007 *	Outra (73,2 %)
Motivador: Aconselhamento dado de forma firme	Situação profissional	0,024 *	Reformado(a) (91,7 %)
Motivador: Confiar no profissional de saúde oral	Estado civil	0,003 *	Casado(a)/União de facto (97,0 %)
Motivador: Confiar no profissional de saúde oral	Situação profissional	<0,001 *	Desempregado(a) (100,0 %)
Motivador: Ter experienciado dor na boca	Estado civil	0,029 *	Casado(a)/União de facto (77,6 %)
Motivador: Prevenir futuras doenças orais	Nacionalidade	0,004 *	Portuguesa (96,4 %)
Motivador: Evitar tratamentos dispendiosos	Estado civil	<0,001 *	Casado(a)/União de facto (97,0 %)
Motivador: Evitar tratamentos dispendiosos	Situação profissional	0,025 *	Desempregado(a) (88,9 %)
Motivador: Razões estéticas	Grau de escolaridade	0,004 *	Ensino superior (95,3 %)
Evitar uma má saúde oral está ao meu alcance (Concordo)	Sexo	<0,001 *	Feminino (54,5 %)
Evitar uma má saúde oral está ao meu alcance (Concordo)	Nacionalidade	0,009 *	Outra (58,5 %)
Evitar uma má saúde oral está ao meu alcance (Concordo)	Situação profissional	0,006 *	Estudante (67,7 %)
Cuidar dos dentes é tão importante como a saúde geral (Concordo)	Sexo	0,012 *	Feminino (97,7 %)
Manter dentes e gengivas saudáveis é prioridade (Concordo)	Sexo	0,012 *	Feminino (94,3 %)
Manter dentes e gengivas saudáveis é prioridade (Concordo)	Grau de escolaridade	0,006 *	Ensino secundário (97,1 %)

Teste do qui-quadrado de Pearson. Todos os valores de $p < 0,05$. A coluna «Sentido» indica o grupo com maior percentagem de concordância/resposta afirmativa em cada associação.

O custo da consulta enquanto barreira à frequência das idas ao dentista variou significativamente com a situação profissional ($p < 0,001$): a concordância foi máxima entre os desempregados (94,4 %) e mínima entre os estudantes (35,5 %) (Tabela 21). De igual modo, a perceção de que as consultas de rotina são caras variou com o grau de escolaridade ($p = 0,014$), sendo mais frequente no ensino básico (55,6 %) do que no ensino superior (20,3 %) (Tabela 22).

Tabela 21 — Custo da consulta influencia a frequência com que vou ao dentista × Situação profissional

Situação profissional	Não concordo (%)	Concordo (%)
Desempregado(a)	5,6	94,4
Empregado(a)	32,8	67,2
Reformado(a)	50,0	50,0
Estudante	64,5	35,5

Qui-quadrado de Pearson, $p = <0,001$ *. Percentagens em linha.

Tabela 22 — Acho que as consultas de rotina são caras × Grau de escolaridade

Grau de escolaridade	Não concordo (%)	Concordo (%)
Ensino básico	44,4	55,6
Ensino secundário	68,6	31,4
Ensino superior	79,7	20,3

Qui-quadrado de Pearson, $p = 0,014$ *. Percentagens em linha.

V.DISCUSSÃO

5.1. Principais achados

O presente estudo teve como objetivo analisar a associação entre os níveis de literacia em saúde geral e oral e a adesão dos pacientes aos cuidados preventivos em Medicina Dentária, numa amostra de 152 pacientes da Clínica Universitária Egas Moniz – Caparica. Os principais achados podem ser sintetizados em quatro pontos.

Em primeiro lugar, observou-se um nível intermédio de literacia em saúde oral (REALD-29 PT: média de 19,45 em 29) e um nível de literacia em saúde geral situado no limiar entre a literacia limitada e a adequada (NVS: média de 3,95 em 6). Em segundo lugar, a literacia em saúde oral e a literacia em saúde geral correlacionaram-se positivamente entre si e, ambas, com o conhecimento preventivo. Em terceiro lugar, tanto a literacia como o conhecimento variaram significativamente em função do grau de escolaridade e da situação profissional, mas não da idade. Por último, e de forma central para o objetivo do estudo, identificaram-se associações significativas entre a literacia e indicadores de adesão preventiva: a literacia em saúde oral associou-se a atitudes preventivas favoráveis (autoeficácia e valorização da saúde oral), enquanto a literacia em saúde geral se associou inversamente à perceção do custo como barreira ao acesso aos cuidados.

5.2. Interpretação dos resultados e comparação com a literatura

Nesta secção, retomam-se as hipóteses de investigação H1–H5 à luz dos resultados obtidos, discutindo-se a sua consistência com a literatura disponível e as possíveis explicações para os padrões observados.

Na interpretação dos resultados, privilegiou-se a magnitude dos efeitos e não apenas a significância estatística, dado que um resultado estatisticamente significativo não implica, por si só, relevância clínica. As dimensões de efeito (d de Cohen e eta quadrado, η^2) foram, por isso, consideradas na valorização dos achados.

5.2.1. Níveis de literacia em saúde e comparação com estudos prévios.

A pontuação média do REALD-29 PT obtida neste estudo (19,45) reflete um nível intermédio de literacia em saúde oral. A comparação direta com o estudo de

validação português (Costa et al., 2022) deve ser feita com prudência, uma vez que esse estudo foi conduzido numa população de adultos mais velhos inseridos num programa sénior, ao passo que a presente amostra é mais jovem e sociodemograficamente heterogénea (idade média de 44,5 anos). Ainda assim, ambos os contextos confirmam a utilidade do instrumento para discriminar diferentes níveis de literacia na população portuguesa.

Relativamente à literacia em saúde geral, a pontuação média no NVS (3,95) e a proporção de participantes com indícios de literacia limitada são globalmente coerentes com o panorama nacional. Paiva et al. (2017), num estudo representativo da população portuguesa, estimaram que cerca de 72,9 % dos indivíduos apresentavam literacia em saúde limitada, uma das prevalências mais elevadas da Europa. O presente estudo, ao situar a média do NVS no limiar da literacia adequada, reforça a persistência deste problema de saúde pública, mesmo numa população que recorre a uma clínica universitária. É de notar que Paiva et al. (2017) identificaram a idade avançada e a baixa escolaridade como principais correlatos da literacia limitada — um padrão parcialmente replicado nos presentes resultados, nos quais a escolaridade, mas não a idade, se associou significativamente à literacia.

5.2.2. Relação entre literacia oral, literacia geral e conhecimento (H1 e H2).

A primeira hipótese (H1), que postulava uma correlação positiva entre a literacia em saúde oral e a literacia em saúde geral, foi confirmada ($p = 0,494$; $p < 0,001$). Este resultado é consistente com a conceção da literacia em saúde oral como uma dimensão específica da literacia em saúde geral (Dickson-Swift et al., 2014), partilhando competências comuns de leitura, compreensão e numeracia. A magnitude moderada da correlação sugere, contudo, que os dois construtos não são redundantes: avaliam dimensões relacionadas mas distintas, justificando a utilização combinada de ambos os instrumentos.

A segunda hipótese (H2), que previa uma associação entre níveis mais elevados de literacia e maior conhecimento preventivo, foi igualmente confirmada (REALD: $p = 0,434$; NVS: $p = 0,379$; ambos $p < 0,001$). Estes resultados estão em linha com a literatura, que descreve a literacia como um determinante do conhecimento e dos comportamentos em saúde oral (Firmino et al., 2017; Guo et al., 2014). A associação mais forte observada para a literacia oral do que para

a literacia geral é teoricamente plausível, na medida em que o conhecimento avaliado se refere especificamente a conteúdos de saúde oral.

5.2.3. Literacia, conhecimento e variáveis sociodemográficas (H4).

A quarta hipótese (H4), segundo a qual indivíduos com menor escolaridade apresentariam níveis inferiores de literacia e de conhecimento, foi confirmada. As análises de variância revelaram diferenças significativas, e o teste post-hoc de Tukey evidenciou de forma consistente que os participantes com ensino básico se distinguiram dos níveis secundário e superior — que, por sua vez, não diferiam significativamente entre si.

O padrão revelado pelo teste post-hoc de Tukey é particularmente informativo. O facto de o ensino básico se distinguir significativamente dos níveis secundário e superior, que entre si não diferem, sugere a existência de um efeito de limiar (threshold) na relação entre escolaridade e literacia: o ganho mais determinante em literacia e conhecimento parece ocorrer na transição do ensino básico para o secundário, estabilizando depois nos níveis de escolaridade mais elevados. Esta observação tem implicações práticas relevantes, pois indica que os indivíduos com escolaridade até ao ensino básico constituem o grupo prioritário para intervenções de promoção da literacia em saúde oral. Importa, contudo, assinalar que, no caso do NVS segundo a situação profissional, a análise de variância foi significativa sem que o teste de Tukey identificasse pares de grupos claramente distintos; tal aparente inconsistência explica-se pela sobreposição parcial dos subconjuntos e pela menor potência estatística decorrente da dimensão desigual dos grupos, devendo este resultado ser interpretado com prudência.

A situação profissional associou-se igualmente à literacia e ao conhecimento, com os estudantes a apresentarem as pontuações mais elevadas e os reformados as mais baixas — um resultado provavelmente mediado pela escolaridade e pela idade, e que reflete o gradiente social da literacia em saúde.

Dois resultados sociodemográficos adicionais merecem comentário. Em primeiro lugar, ao contrário do esperado e do descrito por Paiva et al. (2017), que identificaram a idade avançada como um correlato importante da literacia limitada, no presente estudo a idade não se associou significativamente à

literacia nem ao conhecimento. Esta divergência poderá dever-se à acentuada heterogeneidade etária da amostra e ao efeito de confundimento da escolaridade, que tende a sobrepor-se ao da idade. Em segundo lugar, as mulheres apresentaram pontuações significativamente superiores às dos homens no REALD-29 PT e no conhecimento preventivo. Este resultado é concordante com a literatura, que tende a descrever, no sexo feminino, atitudes mais favoráveis face aos cuidados dentários, melhores comportamentos de autocuidado e níveis superiores de literacia em saúde oral (Lipsky et al., 2021; Sfeatcu et al., 2022). Estas diferenças têm sido atribuídas a uma maior preocupação com a saúde e a estética oral e a uma utilização mais regular dos serviços de saúde por parte das mulheres.

5.2.4. Literacia em saúde e adesão aos cuidados preventivos (H3).

A terceira hipótese (H3) — central para o objetivo do estudo — foi parcialmente confirmada. Observaram-se associações significativas entre a literacia e vários indicadores de adesão preventiva, embora não para todos os indicadores analisados, o que justifica a designação de confirmação parcial.

Os pacientes que consideravam que evitar uma má saúde oral estava ao seu alcance — uma expressão de autoeficácia — apresentaram pontuações de literacia oral (REALD) e de conhecimento significativamente superiores. De igual modo, os pacientes que valorizavam a sua saúde oral tanto quanto a saúde geral apresentaram uma literacia oral marcadamente superior, com uma dimensão de efeito forte. Estes resultados são teoricamente relevantes: a autoeficácia é reconhecida, desde os trabalhos de Bandura (1977), como um determinante central da adoção e manutenção de comportamentos de saúde, e diversos estudos identificaram-na como um dos principais preditores psicossociais dos comportamentos de saúde oral (Lee et al., 2012; Scheerman et al., 2016; Syrjälä et al., 1999). O presente estudo sugere, assim, que a literacia em saúde oral não se traduz apenas em maior conhecimento, mas também em disposições atitudinais favoráveis à prevenção, fornecendo um possível mecanismo explicativo para a relação entre literacia e adesão.

De forma complementar, a literacia em saúde geral (NVS) associou-se de modo inverso à perceção do custo como barreira: os pacientes que consideravam que o custo influenciava a frequência das suas consultas, bem como os que

consideravam as consultas de rotina caras, apresentaram níveis de literacia geral significativamente inferiores. Este achado, replicado em dois indicadores independentes de custo, sugere que uma menor literacia geral se associa a uma maior perceção de barreiras financeiras ao acesso, possivelmente por menor capacidade de navegação no sistema de saúde e de identificação de recursos disponíveis (Berkman et al., 2011; Sørensen et al., 2012).

Esta dissociação entre as duas formas de literacia merece uma interpretação cuidadosa. Uma possível explicação reside na natureza distinta dos dois construtos. A literacia em saúde oral (REALD-29 PT), ao refletir a familiaridade do indivíduo com a terminologia e os conceitos específicos da saúde oral, estará mais diretamente ligada à relação que o paciente estabelece com a sua própria boca e com os comportamentos de autocuidado, traduzindo-se em atitudes como a autoeficácia e a valorização da saúde oral. Em contrapartida, a literacia em saúde geral (NVS), que integra competências de numeracia e de interpretação de informação, estará mais associada à capacidade de navegar no sistema de saúde, de compreender custos e de gerir recursos — dimensões que se refletem na perceção das barreiras financeiras. Por outras palavras, enquanto a literacia oral parece relacionar-se sobretudo com as disposições individuais face à prevenção, a literacia geral parece relacionar-se sobretudo com a relação com o acesso aos cuidados. Esta leitura, ainda que exploratória, é coerente com a conceptualização multidimensional da literacia em saúde proposta por Sørensen et al. (2012) e reforça o interesse de avaliar ambos os construtos de forma complementar.

Refira-se ainda que a associação entre a literacia e a priorização da saúde oral apenas se manifestou como tendência, sem atingir significância estatística. Este resultado explica-se, muito provavelmente, por um efeito de teto (ceiling effect): dado que a quase totalidade dos participantes (88,8 %) considerou a saúde oral uma prioridade, a reduzida variabilidade nas respostas limitou a capacidade de detetar diferenças entre grupos de literacia. Adicionalmente, esta forte inclinação poderá estar sujeita a um enviesamento de desejabilidade social, no qual os participantes tendem a reportar aquilo que é normativamente esperado. Tal poderá gerar uma potencial desconexão entre a priorização declarada e a

capacidade real de a traduzir em comportamentos preventivos consistentes no quotidiano.

Importa, no entanto, contextualizar estes resultados à luz da evidência mais cautelosa. A meta-análise de Firmino et al. (2018) concluiu que as associações entre literacia em saúde oral e comportamentos, perceções e resultados clínicos nem sempre são consistentes, o que ajuda a compreender por que motivo, no presente estudo, alguns indicadores de adesão revelaram apenas tendências não significativas. A heterogeneidade dos instrumentos e das populações, bem como o desequilíbrio na dimensão de alguns subgrupos, pode contribuir para esta variabilidade.

5.2.5. Atitudes preventivas e variáveis sociodemográficas (H5).

A quinta hipótese (H5), relativa à associação entre as atitudes preventivas avaliadas pelo IPAP-OH e as características sociodemográficas, foi confirmada. Identificaram-se múltiplas associações significativas, destacando-se o caso da barreira financeira: a perceção do custo como obstáculo à frequência das consultas variou de forma marcada com a situação profissional, sendo máxima entre os desempregados e mínima entre os estudantes, e com a escolaridade, sendo mais frequente nos participantes com ensino básico. Estes resultados são clinicamente coerentes e reforçam a noção de que as barreiras económicas à prevenção se concentram nos grupos socialmente mais vulneráveis, em linha com a literatura sobre desigualdades em saúde oral (Peres et al., 2019; Thompson et al., 2014; WHO, 2022).

Um achado que merece interpretação cuidadosa diz respeito à autoperceção do conhecimento. Embora os pacientes que se consideravam bem informados apresentassem, em média, pontuações objetivas de literacia e de conhecimento significativamente superiores, a grande maioria da amostra (86,2 %) considerou ter um bom conhecimento sobre como cuidar da sua saúde oral, incluindo uma proporção relevante de participantes com baixa literacia. Esta discrepância sugere a existência de um fenómeno de sobrestimação do próprio conhecimento entre os pacientes menos literados — um padrão concordante com a literatura sobre literacia em saúde, que descreve a dificuldade dos indivíduos com menor literacia em reconhecerem as suas próprias limitações (Berkman et al., 2011). Do ponto de vista clínico, esta observação é particularmente importante, pois

indica que a autoavaliação do paciente não constitui, por si só, um indicador fiável das suas necessidades de informação preventiva.

Em síntese, o conjunto dos resultados sugere que a literacia em saúde se associa à adesão aos cuidados preventivos não de forma única e linear, mas através de múltiplas vias. A literacia associa-se a um maior conhecimento preventivo, a atitudes individuais mais favoráveis — sobretudo à autoeficácia — e a uma menor perceção de barreiras ao acesso. Estas associações são, por seu turno, moduladas pelas características sociodemográficas, em particular pela escolaridade, que define gradientes claros de literacia e de atitudes. Esta visão integrada, em que a literacia se relaciona simultaneamente com o conhecimento, as disposições comportamentais e a relação com o sistema de saúde, oferece uma resposta matizada ao objetivo central do estudo e sublinha que a promoção da adesão preventiva exige intervenções que vão além da simples transmissão de informação.

5.3. Implicações clínicas e em saúde pública

Os resultados deste estudo apresentam diversas implicações para a prática clínica e para a saúde pública. Em primeiro lugar, a associação entre a literacia em saúde oral e a autoeficácia preventiva sugere que as intervenções de educação para a saúde não devem limitar-se à transmissão de informação, mas procurar ativamente reforçar a perceção de competência e de controlo do paciente sobre a sua própria saúde oral. Abordagens como a entrevista motivacional, que demonstraram melhorar a autoeficácia e os comportamentos de saúde oral, podem ser particularmente úteis neste contexto (Gao et al., 2014; Scheerman et al., 2016).

Em segundo lugar, a constatação de que a baixa literacia em saúde geral se associa a uma maior perceção do custo como barreira, e de que esta barreira se concentra nos grupos socialmente mais vulneráveis, reforça a necessidade de estratégias que reduzam as desigualdades no acesso aos cuidados preventivos. A comunicação clínica deve ser adaptada ao nível de literacia do paciente, recorrendo a linguagem simples e à confirmação da compreensão, segundo o princípio das «precauções universais» em literacia em saúde (Brega et al., 2015).

Por fim, a constatação de que muitos pacientes com baixa literacia sobrestimam o seu próprio conhecimento implica que a verificação ativa da compreensão deve

constituir uma prática sistemática. Técnicas como o método teach-back — em que se solicita ao paciente que reformule, por palavras próprias, a informação recebida — demonstraram melhorar a compreensão e a retenção da informação em saúde, sendo aplicáveis independentemente do nível de literacia do paciente (Talevski et al., 2020). A sua integração na consulta de Medicina Dentária permitiria assegurar que as recomendações preventivas são efetivamente compreendidas, sobretudo junto dos grupos mais vulneráveis.

Para facilitar a transposição destes resultados para a prática, a Tabela 23 sintetiza, sob a forma de um guia prático preliminar, a correspondência entre os principais achados do estudo, as suas implicações clínicas e as recomendações concretas que deles decorrem. Esta proposta tem caráter preliminar e exploratório, decorrendo diretamente dos achados do presente estudo, e não constitui uma recomendação clínica já validada.

Tabela 23 — Guia prático preliminar: do achado à recomendação clínica (síntese)

Achado do estudo	Implicação clínica	Recomendação prática
Maior literacia oral associa-se a maior autoeficácia e valorização da saúde oral	A informação isolada não basta; é preciso reforçar a perceção de competência do paciente	Adotar estratégias de reforço da autoeficácia (entrevista motivacional, definição de objetivos realistas)
Menor literacia geral associa-se a maior perceção do custo como barreira	As barreiras financeiras concentram-se nos grupos socialmente vulneráveis	Informar ativamente sobre custos, planos de tratamento faseados e recursos de apoio disponíveis
Escolaridade básica associa-se aos níveis mais baixos de literacia (efeito de limiar)	Existe um grupo prioritário claramente identificável	Dirigir intervenções educativas reforçadas aos pacientes com escolaridade até ao ensino básico
86 % consideram-se bem informados, incluindo muitos com baixa literacia	A autoavaliação do paciente não é um indicador fiável das suas necessidades	Verificar sistematicamente a compreensão (método teach-back), independentemente da confiança manifestada
Literacia oral e geral medem dimensões complementares	Uma única medida de literacia é insuficiente	Integrar indicadores de literacia oral e geral na avaliação do paciente, sempre que exequível

Nota. Síntese elaborada a partir dos resultados do presente estudo e das implicações discutidas nas secções 5.2 e 5.3.

5.4. Limitações do estudo

Os resultados devem ser interpretados à luz de algumas limitações. Em primeiro lugar, o desenho transversal não permite estabelecer relações de causalidade entre a literacia em saúde e a adesão preventiva, apenas associações. Em segundo lugar, a amostragem não probabilística por conveniência, realizada

numa única clínica universitária, limita a generalização dos resultados à população portuguesa em geral. Em terceiro lugar, a adesão preventiva foi avaliada de forma indireta, através de atitudes, percepções e intenções reportadas pelo próprio paciente (IPAP-OH), e não através de comportamentos efetivamente observados ou de indicadores clínicos, o que pode introduzir enviesamento de desejabilidade social e de autorrelato.

Adicionalmente, o desequilíbrio na dimensão de alguns subgrupos (por exemplo, o reduzido número de participantes que não valorizavam a saúde oral) limitou a potência estatística de algumas comparações, podendo explicar a ausência de significância em associações que, ainda assim, apresentavam tendências no sentido esperado. Por fim, o instrumento IPAP-OH foi traduzido e culturalmente adaptado para a população portuguesa no âmbito da equipa de investigação, encontrando-se o respetivo processo de validação formal ainda em curso e não dispondo, à data, de uma versão portuguesa publicada. Embora esta adaptação prévia confira robustez à sua aplicação, a ausência de validação publicada constitui uma limitação a considerar na interpretação dos resultados relativos a este instrumento.

Acresce que a natureza exploratória das análises, o elevado número de comparações bivariadas sem correção formal para a multiplicidade e a ausência de modelos multivariados de ajuste para potenciais fatores de confundimento (designadamente a escolaridade, a idade e a situação profissional) recomendam prudência na interpretação das associações encontradas, que não devem ser tomadas como efeitos independentes.

5.5. Recomendações para investigação futura e prática clínica

Investigação futura deveria privilegiar desenhos longitudinais, capazes de esclarecer a direção causal da relação entre literacia em saúde e adesão preventiva, bem como o impacto de intervenções dirigidas à melhoria da literacia sobre os comportamentos e os resultados clínicos. Seria igualmente pertinente complementar as medidas de autorrelato com indicadores comportamentais e clínicos objetivos (por exemplo, frequência efetiva de consultas, índices de placa ou de saúde periodontal), de modo a robustecer a avaliação da adesão.

Recomenda-se ainda a replicação do estudo em amostras multicêntricas e probabilísticas, representativas de diferentes contextos assistenciais, e a

conclusão do processo de validação do IPAP-OH para a população portuguesa. Do ponto de vista da prática clínica, os resultados apoiam a integração sistemática da avaliação da literacia em saúde na consulta de Medicina Dentária e o desenvolvimento de estratégias de comunicação adaptadas — sintetizadas no guia prático apresentado na Tabela 23 —, centradas no reforço da autoeficácia e na redução das barreiras percebidas, com particular atenção aos grupos socialmente mais vulneráveis.

VI.CONCLUSÃO

6.1. Conclusões principais

O presente estudo analisou a associação entre a literacia em saúde geral e oral e a adesão dos pacientes aos cuidados preventivos em Medicina Dentária, numa amostra de 152 pacientes da Clínica Universitária Egas Moniz – Caparica. Com base nos resultados obtidos, podem retirar-se as seguintes conclusões.

A literacia em saúde oral e a literacia em saúde geral revelaram-se positivamente correlacionadas entre si e associadas a um maior conhecimento preventivo, confirmando-se as duas primeiras hipóteses. Ambas as formas de literacia, bem como o conhecimento preventivo, variaram significativamente em função do grau de escolaridade e da situação profissional, sendo os participantes com ensino básico aqueles que apresentaram os níveis mais baixos — confirmando-se a quarta hipótese e evidenciando-se o gradiente social da literacia em saúde.

De forma central para o objetivo do estudo, confirmou-se parcialmente a associação entre a literacia em saúde e a adesão aos cuidados preventivos. A literacia em saúde oral associou-se a atitudes preventivas mais favoráveis, nomeadamente a uma maior autoeficácia e a uma maior valorização da saúde oral, enquanto a literacia em saúde geral se associou inversamente à perceção do custo como barreira ao acesso. Este padrão diferenciado sugere que as duas dimensões da literacia contribuem, por vias distintas e complementares, para a adesão preventiva. As atitudes preventivas avaliadas pelo IPAP-OH associaram-se ainda a diversas características sociodemográficas, confirmando-se a quinta hipótese e concentrando-se as barreiras financeiras nos grupos socialmente mais vulneráveis.

Globalmente, os resultados sugerem que a literacia em saúde se associa à adesão preventiva por múltiplas vias — o conhecimento, as disposições atitudinais e a relação com o acesso aos cuidados —, moduladas pela escolaridade.

No seu conjunto, estes achados sustentam a ideia de que a literacia em saúde constitui um determinante relevante, embora não exclusivo, da adesão aos cuidados preventivos em Medicina Dentária. Poucas investigações portuguesas analisaram simultaneamente a literacia em saúde oral, a literacia em saúde geral e as atitudes preventivas através dos instrumentos REALD-29 PT, NVS e IPAP-

OH, pelo que este estudo representa um dos poucos contributos originais para a evidência nacional nesta área. Por fim, estes resultados devem ser interpretados com a prudência inerente ao desenho transversal, à amostragem por conveniência e ao carácter exploratório das análises: estabelecem associações e não relações de causalidade, e os indicadores de adesão são maioritariamente percecionados e autorreportados, pelo que as limitações detalhadas na secção 5.4 condicionam o alcance das conclusões.

6.2. Implicações clínicas e em saúde pública

Os resultados reforçam a importância de integrar a avaliação da literacia em saúde na prática da Medicina Dentária e de adaptar a comunicação clínica ao nível de literacia de cada paciente. As intervenções preventivas poderão beneficiar de uma abordagem que vá além da simples transmissão de informação, procurando reforçar a autoeficácia do paciente e reduzir as barreiras percebidas, com particular atenção aos grupos com menor escolaridade e em situação de maior vulnerabilidade socioeconómica.

A constatação de que muitos pacientes com baixa literacia sobrestimam o seu próprio conhecimento sublinha a necessidade de os profissionais verificarem ativamente a compreensão das recomendações, independentemente da confiança manifestada pelo paciente. Como contributo prático, este estudo propõe um guia preliminar de transposição dos principais achados em recomendações clínicas concretas (Tabela 23), centradas no reforço da autoeficácia, na adaptação da comunicação ao nível de literacia e na redução das barreiras de acesso. Este guia poderá apoiar a integração da literacia em saúde na prática clínica e constituir uma base para futuras iniciativas de implementação e validação em diferentes contextos assistenciais.

Deste modo, a promoção da literacia em saúde oral afigura-se como uma estratégia central para melhorar a adesão aos cuidados preventivos e reduzir as desigualdades em saúde oral, contribuindo para uma prática clínica mais equitativa, preventiva e centrada no paciente.

Num contexto em que a prevenção assume um papel central na Medicina Dentária contemporânea, promover a literacia em saúde poderá constituir uma estratégia relevante para reduzir desigualdades, reforçar a participação dos pacientes nos seus cuidados e promover uma prevenção mais eficaz.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Badran, A., Keraa, K., & Farghaly, M. M. (2023). The impact of oral health literacy on dental anxiety and utilization of oral health services among dental patients: A cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 23(1), 146. <https://doi.org/10.1186/s12903-023-02840-3>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- 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>
- Batista, M. J., Lawrence, H. P., & Sousa, M. da L. R. (2018). 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>
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97–107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Botelho, J., Mascarenhas, P., Viana, J., Proença, L., Orlandi, M., Leira, Y., Chambrone, L., Mendes, J. J., & Machado, V. (2022). An umbrella review of the evidence linking oral health and systemic noncommunicable diseases. *Nature Communications*, 13(1), 7614. <https://doi.org/10.1038/s41467-022-35337-8>
- Brega, A. G., Barnard, J., Mabachi, N. M., Weiss, B. D., DeWalt, D. A., Brach, C., Cifuentes, M., Albright, K., & West, D. R. (2015). *AHRQ health literacy universal precautions toolkit* (2nd ed.). Agency for Healthcare Research and Quality.
- Costa, H., Amaral, O., Duarte, J., Correia, M. J., Veiga, N. J., & López-Marcos, J. F. (2022). Validity and reliability of the Portuguese version of the rapid estimate of adult literacy in dentistry: REALD-29 PT. *BMC Oral Health*, 22(1), 262. <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02289-w>

- Csikar, J., Leggett, H., Vinall-Collier, K., Whelton, H., Pavitt, S., Kang, J., & Douglas, G. V. A. (2023). Development and validation of an International Patients' Attitudes to Prevention in Oral Health Questionnaire. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 51(3), 547–556. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12781>
- Dickson-Swift, V., Kenny, A., Farmer, J., Gussy, M., & Larkins, S. (2014). Measuring oral health literacy: A scoping review of existing tools. *BMC Oral Health*, 14(1), 148. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-148>
- Firmino, R. T., Ferreira, F. M., Paiva, S. M., Granville-Garcia, A. F., Fraiz, F. C., & Martins, C. C. (2017). Oral health literacy and associated oral conditions: A systematic review. *The Journal of the American Dental Association*, 148(8), 604–613. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2017.04.012>
- Firmino, R. T., Martins, C. C., Faria, L. dos S., Paiva, S. M., Granville-Garcia, A. F., Fraiz, F. C., & Ferreira, F. M. (2018). Association of oral health literacy with oral health behaviors, perception, knowledge, and dental treatment related outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Public Health Dentistry*, 78(3), 231–245. <https://doi.org/10.1111/jphd.12266>
- Gao, X., Lo, E. C. M., Kot, S. C. C., & Chan, K. C. W. (2014). Motivational interviewing in improving oral health: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Periodontology*, 85(3), 426–437. <https://doi.org/10.1902/jop.2013.130205>
- Guo, Y., Logan, H. L., Dodd, V. J., Muller, K. E., Marks, J. G., & Riley, J. L. (2014). Health literacy: A pathway to better oral health. *American Journal of Public Health*, 104(7), e85–e91. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301930>
- Horowitz, A. M., & Kleinman, D. V. (2008). Oral health literacy: The new imperative to better oral health. *Dental Clinics of North America*, 52(2), 333–344. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2007.12.001>
- Ide, M., Harris, M., Stevens, A., Sussams, R., Hopkins, V., Culliford, D., Fuller, J., Ibbett, P., Raybould, R., Thomas, R., Puenter, U., Teeling, J., Perry, V. H., & Holmes, C. (2016). Periodontitis and cognitive decline in Alzheimer's

- disease. *PLoS ONE*, 11(3), e0151081. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151081>
- Kamer, A. R., Craig, R. G., Dasanayake, A. P., Brys, M., Glodzik-Sobanska, L., & de Leon, M. J. (2008). Inflammation and Alzheimer's disease: Possible role of periodontal diseases. *Alzheimer's & Dementia*, 4(4), 242–250. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2007.08.004>
- Kassebaum, N. J., Bernabé, E., Dahiya, M., Bhandari, B., Murray, C. J. L., & Marcenes, W. (2015). Global burden of untreated caries: A systematic review and metaregression. *Journal of Dental Research*, 94(5), 650–658. <https://doi.org/10.1177/0022034515573272>
- Kay, E. J., & Locker, D. (1996). Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 24(4), 231–235. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1996.tb00850.x>
- Lee, J. Y., Divaris, K., Baker, A. D., Rozier, R. G., & Vann, W. F., Jr. (2012). The relationship of oral health literacy and self-efficacy with oral health status and dental neglect. *American Journal of Public Health*, 102(5), 923–929. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300291>
- Lee, J. Y., Rozier, R. G., Lee, S. D., 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>
- Lipsky, M. S., Su, S., Crespo, C. J., & Hung, M. (2021). Men and oral health: A review of sex and gender differences. *American Journal of Men's Health*, 15(3), 15579883211016361. <https://doi.org/10.1177/15579883211016361>
- Listl, S., Galloway, J., Mossey, P. A., & Marcenes, W. (2015). Global economic impact of dental diseases. *Journal of Dental Research*, 94(10), 1355–1361. <https://doi.org/10.1177/0022034515602879>

- 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>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Paiva, D., Silva, S., Severo, M., Moura-Ferreira, P., Lunet, N., & Azevedo, A. (2017). Limited health literacy in Portugal assessed with the Newest Vital Sign. *Acta Médica Portuguesa*, 30(12), 861–869. <https://doi.org/10.20344/amp.9135>
- 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](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8)
- Petersen, P. E. (2014). Strengthening of oral health systems: Oral health through primary health care. *Medical Principles and Practice*, 23(Suppl. 1), 3–9. <https://doi.org/10.1159/000356937>
- Petersen, P. E., & Ogawa, H. (2016). Prevention of dental caries through the use of fluoride — The WHO approach. *Community Dental Health*, 33(2), 66–68. https://doi.org/10.1922/CDH_Petersen03
- Sanz, M., Marco del Castillo, A., Jepsen, S., Gonzalez-Juanatey, J. R., D'Aiuto, F., Bouchard, P., Chapple, I., Dietrich, T., Gotsman, I., Graziani, F., Herrera, D., Loos, B., Madianos, P., Michel, J.-B., Perel, P., Pieske, B., Shapira, L., Shechter, M., Tonetti, M., ... Wimmer, G. (2020). Periodontitis and cardiovascular diseases: Consensus report. *Journal of Clinical Periodontology*, 47(3), 268–288. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13189>

- Scheerman, J. F. M., van Loveren, C., van Meijel, B., Dusseldorp, E., Wartewig, E., Verrips, G. H. W., Ket, J. C. F., & van Empelen, P. (2016). Psychosocial correlates of oral hygiene behaviour in people aged 9 to 19 — A systematic review with meta-analysis. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 44(4), 331–341. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12224>
- Sfeatcu, R., Balgiu, B. A., Mihai, C., Petre, A., Pantea, M., & Tribus, L. (2022). Gender differences in oral health: Self-reported attitudes, values, behaviours and literacy among Romanian adults. *Journal of Personalized Medicine*, 12(10), 1603. <https://doi.org/10.3390/jpm12101603>
- Sheiham, A., & Watt, R. G. (2000). The common risk factor approach: A rational basis for promoting oral health. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 28(6), 399–406. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0528.2000.028006399.x>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Syrjälä, A.-M. H., Knecht, M. C., & Knuuttila, M. L. E. (1999). Dental self-efficacy as a determinant to oral health behaviour, oral hygiene and HbA1c level among diabetic patients. *Journal of Clinical Periodontology*, 26(9), 616–621. <https://doi.org/10.1034/j.1600-051x.1999.260909.x>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Pearson.
- Talevski, J., Wong Shee, A., Rasmussen, B., Kemp, G., & Beauchamp, A. (2020). Teach-back: A systematic review of implementation and impacts. *PLoS ONE*, 15(4), e0231350. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231350>
- Thompson, B., Cooney, P., Lawrence, H., Ravaghi, V., & Quiñonez, C. (2014). Cost as a barrier to accessing dental care: Findings from a Canadian population-based study. *Journal of Public Health Dentistry*, 74(3), 210–218. <https://doi.org/10.1111/jphd.12048>

- Tonetti, M. S., Jepsen, S., Jin, L., & Otomo-Corgel, J. (2017). Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition and wellbeing of mankind: A call for global action. *Journal of Clinical Periodontology*, 44(5), 456–462. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12732>
- 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>
- Walsh, T., Worthington, H. V., Glenny, A.-M., Marinho, V. C. C., & Jeroncic, A. (2019). Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(11), CD007868. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007868.pub3>
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., Mockbee, J., & Hale, F. A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: The Newest Vital Sign. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 514–522. <https://doi.org/10.1370/afm.405>
- World Health Organization. (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>

VIII ANEXOS

Anexo A — Questionário aplicado aos participantes

A.1 — Consentimento informado



Consentimento Informado

Código | IMP-EM-PE-17_04

Monte de Caparica, ____ de ____ e 202__

Exmo. (a) Sr. (a),

Está a ser convidado(a) a participar no estudo “Análise da Adesão dos Pacientes aos Cuidados Preventivos em Medicina Dentária: O Papel da Literacia em Saúde”, realizado no âmbito do curso/mestrado em **Mestrado Integrado em Medicina Dentária**, na Unidade Curricular de **Oreintação Tutorial de Projecto Final**, da Egas Moniz School Of Health and Science, sob a orientação da Prof. Doutora Mariana Morgado e Co-Orientação do Prof. Doutor Luís Proença e Mestre Tiago Leitão. O objetivo deste estudo é **analisar a relação entre os níveis de literacia em saúde (geral e oral) e a adesão dos pacientes a práticas preventivas na Clínica Universitária Egas Moniz - Caparica.**

Se aceitar participar, ser-lhe-á pedido que **responda a um breve questionário, com 80 perguntas**, sendo que cada sessão terá a duração aproximada de **10 minutos**.

A participação neste estudo pode trazer benefícios como a orientação de políticas educativas, práticas pedagógicas inovadoras e formação de profissionais de saúde, promovendo qualidade, inclusão e equidade no acesso ao conhecimento, o que poderá beneficiar outras pessoas no futuro, mesmo que não haja benefício individual direto. Todos os procedimentos previstos são considerados seguros, mas poderá sentir algum desconforto ao responder a determinadas perguntas, bem como fadiga ligeira associada ao tempo despendido no questionário. Não se preveem riscos além dos que encontra na vida quotidiana.

A sua participação é totalmente voluntária, podendo decidir se deseja ou não participar. Caso aceite, poderá desistir a qualquer momento, sem necessidade de justificar a decisão e sem qualquer prejuízo para os seus cuidados de saúde ou para a sua relação com a instituição.

Durante o estudo, poderão ser recolhidos dados como **o tipo de vínculo à Egas Moniz School Of Health and Science, respostas a questionários**. Esses dados ***serão identificados apenas por um código numérico, e a lista que liga o seu nome ao código será guardada em local seguro, acessível apenas ao investigador principal / totalmente recolhidos de forma anónima.***

Os dados recolhidos no âmbito deste estudo serão armazenados em suporte digital, numa plataforma de armazenamento eletrónico segura (drive institucional protegida por autenticação e controlo de acessos). O acesso aos dados será restrito exclusivamente à equipa de investigação. Os dados serão conservados por um período de **5 anos**, após o qual serão eliminados de forma definitiva e segura, salvo obrigação legal que determine a sua conservação por período superior. A informação recolhida será tratada de forma confidencial e utilizada apenas para fins de investigação científica e publicação, sem incluir elementos que permitam a sua identificação.



Consentimento Informado

Código | IMP-EM-PE-17_04

De acordo com a legislação em vigor, incluindo o Regulamento Geral de Proteção de Dados, tem o direito de aceder, corrigir ou eliminar os seus dados, bem como de retirar o seu consentimento em qualquer momento, sem qualquer prejuízo para si.

Se tiver dúvidas ou desejar mais informações, pode contactar a equipa de investigação através de **Cloé Machet**, +33651703605, cloe.machetpro@gmail.com. Caso pretenda esclarecimentos sobre os seus direitos enquanto participante, poderá contactar diretamente a Comissão de Ética Egas Moniz, Campus Universitário, Quinta da Granja, Monte de Caparica, 2829-511 Caparica, Portugal, pelo telefone (+351) 212 946 767, ou através de e-mail comissaoetica@egasmoniz.edu.pt.

Confirmo que li e compreendi as informações acima, que tive oportunidade de colocar perguntas e que recebi respostas claras. Sei que a participação é voluntária e que posso desistir a qualquer momento sem consequências.

ACEITO participar neste estudo
NÃO ACEITO participar neste estudo

Assinatura do participante

Assinatura do tutor legal (*se aplicável*)

Data ____/____/____

A.2 — Caracterização sociodemográfica

Análise da Adesão dos Pacientes aos Cuidados Preventivos em Medicina Dentária: O Papel da Literacia em Saúde

Instruções gerais: - Responda a todas as questões com sinceridade. - O questionário é **anónimo**. - O tempo estimado para completar o questionário é de 10 a 15 minutos.

Características Sócio-demográficas

Variável	Pergunta	Opções de Resposta
Tipologia de Participante	Assinale a sua tipologia	☐ Docente ☐ Estudante
Escolaridade	Grau de escolaridade mais elevado que completou	☐ Ensino básico ☐ Ensino secundário ☐ Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐ Estudante ☐ Outro
Idade	Indique a sua idade	___ anos (resposta aberta)
Sexo	Assinale o seu sexo	☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Prefiro não responder
Nacionalidade	A sua nacionalidade é:	___ (resposta aberta)
Estado civil	Assinale o seu estado civil actual	☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a)/União de facto ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Outro
Situação profissional	Qual a sua situação face ao trabalho?	☐ Empregado(a) ☐ Desempregado(a) ☐ Estudante ☐ Reformado(a) ☐ Trabalhador/Estudante ☐ Outro

A.3 — REALD-29 PT (Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry)

Seção 2: Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry - Portuguese Version (REALD-29 PT) (Costa et al., 2022)

Costa, H., Amaral, O., Duarte, J., Correia, M. J., Veiga, N. J., & López-Marcos, J. F. (2022). Validity and reliability of the Portuguese version of the rapid estimate of adult literacy in dentistry: REALD-29 PT. *BMC Oral Health*, 22(1), 262. <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02289-w>

Csikar, J., Leggett, H., Vinall-Collier, K., Whelton, H., Pavitt, S., Kang, J., & Douglas, G. V. A. (2023). Development and validation of an International Patient's Attitudes to Prevention in Oral Health Questionnaire. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 51(3), 547–556. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12781>

Instruções: Leia cada palavra em **voz alta** e tente pronunciá-la corretamente. Assinale se reconhece a palavra.

Palavra	Conhece	Palavra	Conhece
Fumar	☐	Fístula	☐
Fio dentário	☐	Temporomandibular	☐
Escovar	☐	Hiperemia	☐
Polpa	☐	Apicectomia	☐
Flúor	☐		
Aparelho	☐		
Genética	☐		
Restauração	☐		
Bruxismo	☐		
Abcesso	☐		
Extração	☐		
Dentadura	☐		
Esmalte	☐		
Dentição	☐		
Placa	☐		
Gengiva	☐		
Maloclusão	☐		
Incipiente	☐		
Cáries	☐		
Periodontal	☐		
Selante	☐		
Hipoplasia	☐		
Halitose	☐		
Analgesia	☐		
Celulite	☐		

A.4 — Newest Vital Sign (NVS)

Seção 3: Literacia geral (NVS)

Paiva, D., Silva, S., Severo, M., Moura-Ferreira, P., Lunet, N., & Azevedo, A. (2017). Limited Health Literacy in Portugal Assessed with the Newest Vital Sign. *Acta Médica Portuguesa*, 30(12), 861–869. <https://doi.org/10.20344/amp.9135>

Instruções: Utilize a informação do rótulo nutricional do gelado (0,5 L) para responder às perguntas.

Esta informação encontra-se no verso de uma embalagem de 0,5L de gelado

Informação nutricional		
Cada porção tem		125 mL
Porções por embalagem		4
Quantidades por porção		
Calorias	250	Calorias provenientes de gordura 120
		%VDR*
Teor total de gordura	13 g	20%
Gorduras saturadas	9 g	40%
Colesterol	28 mg	12%
Sódio	55 mg	2%
Teor total de hidratos de carbono	30 g	12%
Fibra alimentar	2 g	
Açúcares	23 g	
Proteínas	4 g	8%

*As percentagens do valor diário recomendado (VDR) são baseadas numa dieta de 2000 calorias diárias. Os seus valores diários podem ser mais baixos ou mais elevados dependendo das suas necessidades calóricas.

Ingredientes: Natas, leite magro, xarope, água, gemas de ovo, açúcar mascavado, gordura do leite, óleo de amendoim, açúcar, manteiga, sal, carragenina, extracto de baunilha.

Q	Questão Participante	Avaliação (Resposta Correcta?)		Resposta Correcta
1.	Se comer a embalagem inteira, quantas calorias estará a consumir ?	Sim	Não	1000kcal
2.	Se lhe for permitido consumir 60 g de hidratos de carbono numa sobremesa, que quantidade de gelado pode comer?	Sim	Não	qualquer das seguintes): a) até 2 porções b) até metade da embalagem
3.	Se deixar de comer gelado, quantos gramas de gorduras saturadas passará a consumir por dia ?	Sim	Não	36g
4.	Se consumir 2500 kcal por dia, que percentagem desse valor está a consumir com uma porção de gelado?	Sim	Não	10%
Suponha que é alérgico às seguintes substâncias: penicilina, amendoins, látex e picadas de abelha.				
5.	É seguro para si comer este gelado?	Sim	Não	Não
(Só se respondeu “Não” à pergunta 5) — Por que não?				
6.	Por que não?	Sim	Não	Porque contém óleo de amendoim

A.5 — Questionário IPAP-OH: versão original (Csikar et al., 2023)

Seção 4: International Patient's Attitudes to Prevention in Oral Health Questionnaire (IPAP-OH) (Csikar et al., 2023)

Csikar, J., Leggett, H., Vinall-Collier, K., Whelton, H., Pavitt, S., Kang, J., & Douglas, G. V. A. (2023). Development and validation of an International Patient's Attitudes to Prevention in Oral Health Questionnaire. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 51(3), 547–556. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12781>

Domains	Questions	Possible Answers	Derivation Method
Cost	- The cost of a dental check-up influences how often I attend a dental appointment - The cost of a dental treatment influences the treatment I will choose - I think that dental check-ups are expensive	Agree / Disagree	Agreement with all items (binary)
Advice Received	At the dental check-up does the dental professional give you advice about the following ? 1. How to clean your teeth 2. The link between oral health and physical health 3. Smoking 4. Consuming foods or drinks that contain sugar 5. Consuming sugar free fizzy drinks 6. Alcohol consumption	Yes / No	Agreement with all items (binary)
Advice Wanted	Would you like to receive more advice about the following ? 1. How to clean your teeth 2. The link between oral health and physical health 3. Smoking 4. Consuming foods or drinks that contain sugar 5. Consuming sugar free fizzy drinks 6. Alcohol consumption	Yes / No	Agreement with all items (binary)
Message Delivery	How would you like to receive information about how to keep your teeth and gums healthy? - Sent to me before an appointment - Displayed in the waiting room - Given to me verbally by the dentist - Given to me verbally by the hygienist/therapist - Given to me verbally by the nurse - Sent to me after an appointment	Yes / No	Agreement with all items (binary)
Motivated by	To what extent do the following statements motivate you to care for your teeth and gums? 1. The dental professional taking the time to explain things to me 2. The feeling of being respected by the dental professional 3. Advice being specifically personalised to me 4. Advice from the dentist rather than from another dental professional in the team 5. Advice being given firmly 6. Trusting the dental professional 7. Having experience of pain in my mouth 8. Preventing future oral disease 9. Avoiding expensive treatments 10. Aesthetic reasons	Motivational = 2 Indifferent = 1 Demotivating = 0	Sum of responses to each item (scoring range 0–20 for 10 items)
Knowledge	How often should you brush your teeth?	A. Once a day B. At least twice-a-day C. Three times a week D. Only after eating sugary food	R. At least twice-a-day Correct answer given for all items (binary)
	When is the most important time to brush your teeth?	A. First thing in the morning B. After lunch C. Last thing at night D. After every snack	R. Last thing at night
	What is the most important ingredient of a toothpaste in preventing tooth decay?	A. Baking soda B. Fluoride C. Activated charcoal D. Herbal extracts	R. Fluoride
	What amount of fluoride is recommended in toothpaste for healthy adults?	A. 500 ppm B. 1450 ppm C. 3000 ppm D. 50 ppm	R. 1450 ppm
	After brushing my teeth with toothpaste I should spit the toothpaste out and... (complete the sentence)	A. ...rinse thoroughly with water. B. ...rinse with mouthwash straight away. C. ...not rinse my mouth with water D. ...immediately eat food to remove the taste.	R. Not rinse my mouth with water
	When is the best time to use a general everyday mouthwash?	A. Immediately after brushing your teeth B. Between brushing times, such as after lunch C. Early morning before brushing D. Only right after drinking coffee	R. Between brushing times, such as after lunch
	From the following options which is likely to be worst for your dental health?	A. Drinking water frequently B. Snacking on sugary foods all day C. Chewing sugar-free gum D. Eating crunchy vegetables	R. Snacking on sugary foods all day
	My oral health could affect my general health	A. Agree B. Disagree	R. Agree
Responsibility	When should you start brushing a child's teeth?	A. When the first tooth appears B. When they turn five years old C. When all baby teeth have erupted D. Only when they can brush by themselves	R. When the first tooth appears
	- Keeping my teeth and gums healthy is a high priority for me To what extent do the following statements motivate you to care for your teeth and gums? - Preventing future oral disease - Avoiding poor oral health is within my control - Looking after my teeth and gums is just as important to me as my overall health - I believe that I have a good understanding of how to look after my teeth and gums	- Agree - Neither agree nor disagree - Disagree	Agreement with all items (binary)

A.6 — Questionário IPAP-OH: versão portuguesa aplicada (traduzida e adaptada de Csikar et al., 2023)

Seção 4: Questionário Internacional de Atitudes do Paciente em Relação à Prevenção em Saúde Oral (IPAP-OH): versão portuguesa aplicada

Adaptado e traduzido de Csikar et al. (2023)

Domínios	Questões	Respostas possíveis	Método de derivação
Custo	- O custo de uma consulta de medicina dentária influencia a frequência com que vou ao dentista. - O custo de um tratamento dentário influencia o tratamento que eu irei escolher. - Acho que as consultas de rotina são caras.	Concordo / Não concordo	Concordância com todos os itens (binário)
Aconselhamento recebido	Durante a consulta de medicina dentária, o profissional de saúde oral dá-lhe aconselhamento sobre os seguintes temas? 1. Como higienizar os dentes 2. A relação entre a saúde oral e a saúde geral 3. Tabagismo 4. Consumo de alimentos ou bebidas com açúcar 5. Consumo de bebidas gaseificadas sem açúcar 6. Consumo de álcool	Sim / Não	Concordância com todos os itens (binário)
Aconselhamento desejado	Gostaria de receber mais aconselhamento sobre os seguintes temas? 1. Como higienizar os dentes 2. A relação entre a saúde oral e a saúde geral 3. Tabagismo 4. Consumo de alimentos ou bebidas com açúcar 5. Consumo de bebidas gaseificadas sem açúcar 6. Consumo de álcool	Sim / Não	Concordância com todos os itens (binário)
Entrega da mensagem	Como gostaria de receber informação sobre como manter os seus dentes e gengivas saudáveis? - Enviada antes da consulta - Disponibilizada na sala de espera - Transmitida verbalmente pelo médico dentista - Transmitida verbalmente pelo higienista oral/terapeuta oral - Transmitida verbalmente pelo assistente dentário - Enviada após a consulta	Sim / Não	Concordância com todos os itens (binário)
Motivação	Até que ponto as seguintes afirmações o/a motivam a cuidar dos seus dentes e gengivas? 1. O profissional de saúde oral dedicar tempo para me explicar as coisas 2. Sentir-me respeitado/a pelo profissional de saúde oral 3. O aconselhamento ser especificamente personalizado para mim 4. Receber aconselhamento do médico dentista em vez de outro profissional da equipa 5. O aconselhamento ser dado de forma firme 6. Confiar no profissional de saúde oral 7. Ter experienciado dor na boca 8. Prevenir futuras doenças orais 9. Evitar tratamentos dispendiosos 10. Razões estéticas	Motivador = 2 Indiferente = 1 Desmotivador = 0	Soma das respostas de cada item (intervalo de 0-20 para 10 itens)
Conhecimento	Com que frequência deve escovar os dentes?	A. Uma vez por dia B. Pelo menos duas vezes por dia C. Três vezes por semana D. Apenas após consumir alimentos açucarados	R. Pelo menos duas vezes por dia Resposta correta dada em todos os itens (binário)
	Qual é o momento mais importante para escovar os dentes?	A. Ao acordar B. Após o almoço C. Antes de dormir D. Após cada refeição	R. Antes de dormir
	Qual é o ingrediente mais importante de uma pasta dentífrica na prevenção da cárie dentária?	A. Bicarbonato de sódio B. Flúor C. Carvão ativado D. Extratos herbais	R. Flúor
	Qual a quantidade de flúor recomendada numa pasta dentífrica para adultos saudáveis?	A. 500 ppm B. 1450 ppm C. 3000 ppm D. 50 ppm	R. 1450 ppm
	Após escovar os dentes com pasta dentífrica, devo cuspir a pasta e... (complete a frase)	A. ...bochechar abundantemente com água. B. ...bochechar imediatamente com elixir oral. C. ...não bochechar a boca com água. D. ...comer imediatamente para retirar o sabor.	R. Não bochechar a boca com água
	Qual é o melhor momento para utilizar um elixir oral de uso diário?	A. Imediatamente após escovar os dentes B. Entre as escovagens, por exemplo após o almoço C. De manhã cedo, antes da escovagem D. Apenas imediatamente após beber café	R. Entre as escovagens, por exemplo após o almoço
	Qual das seguintes opções é provavelmente mais prejudicial para a sua saúde oral?	A. Beber água frequentemente B. Petiscar alimentos açucarados ao longo do dia C. Mastigar pastilha elástica sem açúcar D. Comer vegetais crocantes	R. Petiscar alimentos açucarados ao longo do dia
	A minha saúde oral pode afetar a minha saúde geral.	A. Concordo B. Não concordo	R. Concordo
	Quando se deve começar a escovar os dentes de uma criança?	A. Quando erupciona o primeiro dente B. Quando completar cinco anos C. Quando todos os dentes de leite tiverem erupcionado D. Apenas quando conseguir escovar os dentes sozinho/a	R. Quando erupciona o primeiro dente
Responsabilidade	- Manter os meus dentes e gengivas saudáveis é uma prioridade para mim. Até que ponto as seguintes afirmações o/a motivam a cuidar dos seus dentes e gengivas? - Prevenir futuras doenças orais - Evitar uma má saúde oral está ao meu alcance - Cuidar dos meus dentes e gengivas é tão importante para mim como a minha saúde geral - Acredito que tenho um bom conhecimento sobre como cuidar dos meus dentes e gengivas	- Concordo - Nem concordo nem discordo - Discordo	Concordância com todos os itens (binário)

Anexo B — Parecer favorável da Comissão de Ética da Egas Moniz (processo n.º 1756)



Caparica, 23 de março de 2026

Presidente:

Prof. Doutora Ana Filipa Vicente

Vice-Presidente:

Prof. Doutora Cátia Caneiras

Membros da Comissão:

Dr. António Faria Vaz

Prof. Doutora Bárbara Fernandes

Mestre Dora Maria Coelho Ladislau

Prof. Doutor Luciano Maia

Profª. Doutora Joana Costa

Profª. Doutora Maria do Rosário Dias

Profª. Doutora Maria João Hilário

Profª. Doutora Sónia Vicente

Ex.mo(a) Senhor(a)

Cloé Léa Morgane Machet

Processo Interno nº 1756

PT-476/25

Assunto: Emissão de parecer sobre o estudo intitulado “Análise da Adesão dos Pacientes aos Cuidados Preventivos em Medicina Dentária: O Papel da Literacia em Saúde”.

Pela presente, informa-se que o projeto citado em epígrafe obteve parecer favorável da Comissão de Ética da Egas Moniz (CEEM), na reunião realizada em 20 de março de 2026.

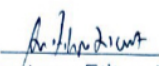
A avaliação foi efetuada no âmbito das competências previstas nos Estatutos da Egas Moniz e no Regulamento Interno da CEEM, tendo sido apreciados os aspetos éticos, científicos e metodológicos relevantes para a proteção dos participantes.

A Comissão considerou que o estudo cumpre os princípios éticos aplicáveis à investigação envolvendo seres humanos, em conformidade com a Declaração de Helsínquia e demais orientações internacionais pertinentes, assegurando o respeito pela dignidade, autonomia, integridade e confidencialidade dos participantes.

O presente parecer é emitido nos termos das competências atribuídas à Comissão de Ética enquanto órgão independente de avaliação ética da investigação desenvolvida nesta instituição.

A CEEM conclui que o projeto reúne as condições éticas necessárias para a sua realização, nos termos apresentados.

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz


Prof. Doutora Filipa Vicente

Estiveram presentes na reunião os seguintes membros:

Presidente:

Prof. Doutora Ana Filipa Vicente

Prof. Doutora Cátia Caneiras

Dr. António Faria Vaz

Prof. Doutora Bárbara Fernandes

Mestre Dora Maria Coelho Ladislau

Prof. Doutor Luciano Maia

Profa. Doutora Joana Costa

Profa. Doutora Maria do Rosário Dias

Profa. Doutora Sónia Vicente

Os membros presentes na reunião declararam não existir qualquer conflito de interesse, real ou potencial, relativamente à apreciação e deliberação do presente projeto.