



**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ**

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

**AVALIAÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE E SAÚDE ORAL DOS  
RECLUSOS EM PORTUGAL**

Trabalho submetido por  
**André Farto Pedro**  
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

**outubro de 2022**





**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ**

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

**AVALIAÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE E SAÚDE ORAL DOS  
RECLUSOS EM PORTUGAL**

Trabalho submetido por  
**André Farto Pedro**  
para a obtenção do grau de **Mestre** em Medicina Dentária

Trabalho orientado por  
**Prof.ª Doutora Ana Cristina Manso**

e coorientado por  
**Prof. Doutor Victor Abreu Assunção**

**outubro de 2022**



## AGRADECIMENTOS

O escritor Saramago (1982) escreveu:

“ (...) já que não podemos falar-lhes das vidas, por tantas serem, ao menos deixemos os nomes escritos, é essa a nossa obrigação, só para isso escrevemos, torná-los imortais, pois aí ficam, se de nós depende, Alcino, Brás, Cristóvão, Daniel, Egas, Firmino, Geraldo, Horácio, Isidro, Juvino, Luís, Marcolino, Nicanor, Onofre, Paulo, Quitério, Rufino, Sebastião, Tadeu, Ubaldo, Valério, Xavier, Zacarias, uma letra de cada um para ficarem todos representados (...) ” (p. 266).

Eu não sou escritor. Ainda assim, pretendo agradecer a todos os que contribuíram para o culminar deste percurso.

À minha mãe, ao meu pai, à minha irmã. À minha família. O meu muito obrigado. Vocês são, certamente, das pessoas mais importantes da minha vida.

À Prof<sup>ª</sup>. Doutora Ana Cristina Manso o meu agradecimento pelo seu prestimoso apoio e orientação.

Ao Prof. Doutor Victor Abreu Assunção agradeço o planeamento e incentivo. Certo de que esta jornada foi de profícuo trabalho.

Gostaria ainda de agradecer à Prof<sup>ª</sup>. Doutora Ana Escoval e Prof<sup>ª</sup>. Doutora Ana Rita Pedro. O meu muito obrigado.

À minha parceira de box pelo apoio, companheirismo e amizade. À Madalena Ferreira, o meu profundo agradecimento.

À Filipa Completo pela sua majestosa paciência e amizade, o meu muito obrigado.

Um agradecimento também à Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, ao Instituto Universitário Egas Moniz, ao Estabelecimento Prisional de Leiria, ao Estabelecimento Prisional de Leiria Jovens, aos reclusos e terceiros. O meu obrigado e apreço.

Por último, um desproporcionado agradecimento ao Miguel, à Beatriz, ao Diogo, à Filipa, ao Pedro e à Inês. Bem-hajam.



## RESUMO

**Objetivos:** contribuir para a avaliação da literacia em saúde e em saúde oral da população reclusa portuguesa através da investigação por aplicação de questionários. Descrever a relação entre os níveis de literacia em saúde e em saúde oral e a sua relação com as variáveis sociodemográficas/ história de reclusão.

**Materiais e métodos:** estudo observacional, descritivo de abordagem quantitativa efetuado numa amostra de conveniência de 204 reclusos do Estabelecimento Prisional de Leiria e de Leiria Jovens. A avaliação da literacia em saúde e em saúde oral foi realizada com base HLS-EU-PT-Q16 e OHL-AQ, respetivamente. Informações sobre o perfil sociodemográfico/ história de reclusão foram recolhidos através de um questionário apropriado. A análise estatística realizou-se com recurso ao software IBM SPSS Statistics v.27, tendo sido considerado um nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

**Resultados:** dos 204 inquiridos, 52% apresentaram um nível problemático de literacia em saúde e 56,6% apresentaram um nível inadequado de literacia em saúde oral. Os níveis de literacia em saúde apresentam uma tendência de diminuição com o aumento da idade ( $p=0,002$ ) e são superiores para 1-5 anos de pena e inferiores para 5-8 anos de pena ( $p=0,048$ ). Os níveis de literacia em saúde oral são significativamente superiores para nacionalidade portuguesa ( $p<0,001$ ) e para o ensino secundário e inferiores para o ensino básico ( $p=0,024$ ). Não se obteve associação estatisticamente significativa entre o nível de literacia em saúde e em saúde oral ( $r=0,062$ ;  $p=0,419$ ). Relevam-se níveis superiores de literacia em saúde no Estabelecimento Prisional de Leiria Jovens ( $p=0,010$ ).

**Conclusões:** os níveis de literacia em saúde e em saúde oral dos reclusos são considerados problemáticos e evidenciam pior cenário quando comparados à população portuguesa. Os resultados deste estudo enfatizam a necessidade de intervenção de forma a combater as iniquidades desta população.

**Palavras-chave:** reclusos, estabelecimento prisional, literacia em saúde, literacia em saúde oral



## ABSTRACT

**Purpose:** contribute to the assessment of health literacy and oral health literacy of the inmate Portuguese population through investigation by application of questionnaires. Describe the relationship between the levels of health literacy and oral health literacy and its association with the socio-demographic variables/history of incarceration.

**Materials and methods:** observational and descriptive study, following a quantitative approach, carried out in a convenience sample of 204 inmates from the Estabelecimento Prisional de Leiria and the Estabelecimento Prisional de Leiria Jovens. The assessment of health literacy and oral health literacy was performed based on the HLS-EU-PT-Q16 and OHL-AQ, respectively. Information on the sociodemographic profile and history of incarceration was collected through an appropriate questionnaire. Statistical analysis was performed using the IBM SPSS Statistics v.27 software, with a significance level of 5% ( $p \leq 0,05$ ).

**Results:** of the 204 participants, 52% presented a problematic level of health literacy and 56,6% presented an inadequate level of oral health literacy. Health literacy levels tend to decrease with increasing age ( $p=0,002$ ) and are higher for 1-5 years of sentence and lower for 5-8 years of sentence ( $p=0,048$ ). Oral health literacy levels are significantly higher for Portuguese nationality ( $p<0,001$ ) and for secondary education and lower for basic education ( $p=0,024$ ). No statistically significant association was detected between the level of health literacy and the level of oral health literacy ( $r=0,062$ ;  $p=0,419$ ). Higher levels of health literacy were also found in the Estabelecimento Prisional de Leiria Jovens ( $p=0,010$ ).

**Conclusions:** the levels of health literacy and oral health literacy of the inmates are considered problematic and show a worse scenario when compared to the Portuguese population. The results of this study emphasize the need for intervention efforts in order to mitigate the inequities of this population.

**Keywords:** inmates, correctional facility, health literacy, oral health literacy



# ÍNDICE GERAL

I.	INTRODUÇÃO.....	15
1.1.	Literacia em saúde.....	15
1.2.	Literacia em saúde oral.....	17
1.3.	A população reclusa.....	18
1.3.1.	Perspetiva mundial.....	18
1.3.2.	Perspetiva europeia.....	19
1.3.3.	Perspetiva nacional.....	20
1.4.	O sistema prisional português e os estabelecimentos prisionais.....	21
1.4.1.	A saúde e a saúde oral nos EP.....	23
1.4.2.	A importância da literacia em saúde. Os EP como vetores de saúde pública.....	24
1.5.	Instrumentos de avaliação de literacia em saúde.....	26
1.6.	Instrumentos de avaliação de literacia em saúde oral.....	27
	OBJETIVOS DO ESTUDO.....	28
	HIPÓTESES DE ESTUDO.....	28
II.	MATERIAIS E MÉTODOS.....	29
1.1.	Características gerais do estudo.....	29
1.2.	Apreciação e autorização da investigação.....	29
1.3.	Locais de estudo.....	29
1.3.1.	EP de Leiria.....	29
1.3.2.	EP de Leiria Jovens.....	30
1.4.	População alvo e técnica de amostragem.....	31
1.4.1.	Critérios de inclusão.....	31
1.5.	Instrumentos de recolha de dados.....	31

1.5.1. HLS-EU-PT-Q16.....	32
1.5.2. OHL-AQ.....	33
1.6. Variáveis de estudo.....	34
1.7. Método de recolha de dados .....	35
1.8. Análise estatística .....	36
III. RESULTADOS .....	39
1.1. Estatística descritiva .....	39
1.1.1. Caracterização da população .....	39
1.1.2. Caracterização da amostra .....	39
1.1.3. Grupo I – Questionário sociodemográfico .....	39
1.1.4. Grupo II – HLS-EU-PT-Q16.....	43
1.1.5. Grupo III – OHL-AQ.....	45
1.2. Análise da consistência interna das escalas.....	49
1.2.1. HLS-EU-PT-Q16.....	49
1.2.2. OHL-AQ.....	50
1.3. Análise descritiva das escalas.....	51
1.3.1. HLS-EU-PT-Q16.....	51
1.3.2. OHL-AQ.....	51
2.1. Inferência estatística .....	52
2.1.1. Relação entre os níveis de literacia em saúde e em saúde oral com as variáveis sociodemográficas.....	52
2.1.1.1. Idade .....	53
2.1.1.2. Nacionalidade .....	55
2.1.1.3. Escolaridade dos pais .....	56
2.1.1.4. Anos de pena .....	59
2.1.2. Relação entre o nível de literacia em saúde e em saúde oral.....	61

2.1.3. Comparação entre o nível de literacia em saúde e em saúde oral entre o EP Leiria e o EP Leiria Jovens.....	62
IV. DISCUSSÃO.....	65
V. CONCLUSÕES.....	71
VI. LIMITAÇÕES E SUGESTÕES.....	73
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	75



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo conceptual.....	16
Figura 2 – Perspetiva histórica dos reclusos em Portugal .....	21



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos reclusos pelo mundo e a sua evolução nos últimos 20 anos.....	18
Tabela 2 - Os 14 países europeus com maior taxa de reclusão .....	19
Tabela 3 - Definição operacional de variáveis .....	34
Tabela 4 - Tabela de frequências: população .....	39
Tabela 5 - Tabela de frequências: amostra .....	39
Tabela 6 - Tabela de frequências: distrito de residência .....	40
Tabela 7 - Tabela de frequências: motivo de reclusão .....	41
Tabela 8 - Tabela de frequências: resumo do grupo I – questionário sociodemográfico.....	42
Tabela 9 - Distribuição das percentagens das respostas válidas do HLS-EU-PT-Q16 ..	44
Tabela 10 - Frequências absolutas e relativas das variáveis da literacia em saúde oral, na amostra.....	46
Tabela 11 - Consistência interna do HLS-EU-PT-Q16.....	49
Tabela 12 - Consistência interna do OHL-AQ .....	50
Tabela 13 - Estatística do HLS-EU-PT-Q16, domínios .....	51
Tabela 14 - Estatística do HLS-EU-PT-Q16, em categorias.....	51
Tabela 15 - Estatística do OHL-AQ, dimensões .....	51
Tabela 16 - Estatística do OHL-AQ, categorias .....	52
Tabela 17 - Teste ANOVA one-way: relação entre o HLS-EU-PT-Q16 e idade.....	53
Tabela 18 - Teste ANOVA one-way: relação entre o OHL-AQ e idade.....	54
Tabela 19 - Teste de Kruskal-Wallis: relação entre o HLS-EU-PT-Q16 e nacionalidade .....	55
Tabela 20 - Teste de Kruskal-Wallis: relação entre o OHL-AQ e nacionalidade .....	55
Tabela 21 - Tabela de frequências: escolaridade dos pais.....	56
Tabela 22 - Teste de Kruskal-Wallis: relação entre o HLS-EU-PT-Q16 e a escolaridade dos pais .....	57
Tabela 23 - Teste de Kruskal-Wallis: relação entre o OHL-AQ e a escolaridade dos pais.....	58

Tabela 24 - Teste de Kruskal-Wallis: relação entre o HLS-EU-PT-Q16 e os anos de pena.....	59
Tabela 25 - Teste de Kruskal-Wallis: relação entre o OHL-AQ e os anos de pena.....	60
Tabela 26 - Correlação de Pearson: relação entre a escala do HLS-EU-PT-Q16 e respetivos domínios e a escala do OHL-AQ e respetivas dimensões.....	61
Tabela 27 - Teste t-Student t: relação entre o HLS-EU-PT-Q16 e o EP.....	62
Tabela 28 - Teste t-Student: relação entre o OHL-AQ e o EP.....	62

## **LISTA DE SIGLAS**

**CDC** – Centers for Disease Control and Prevention

**CMOHK** - Comprehensive Measure of Oral Health Knowledge

**COHL** - Comprehensive Oral Health Literacy

**DGRSP** - Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

**EP** - Estabelecimento Prisional

**HLS-EU-PT-Q16** – Questionário Europeu de Literacia em Saúde – versão reduzida

**HLS-EU-Q** - European Health Literacy Survey Questionnaire

**OHL-AQ** - Oral Health Literacy – Adults Questionnaire

**OHLI** - Oral Health Literacy Instrument

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**REALD-30** - Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry 30 Short Form

**REALD-99** - Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry

**REALM-D** - Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine and Dentistry

**TOFHLA** – Test of Functional Health Literacy in Adults

**TOFHLiD** - Test of Functional Health Literacy in Dentistry



## I. INTRODUÇÃO

### 1.1. Literacia em saúde

A literacia em saúde é considerada um forte preditor de saúde, da sua manutenção e melhoria (Vasconcelos et al., 2022), que requer estratégias que forneçam informações de forma clara, simples e objetiva (Welters et al., 2021).

Ainda que a literacia em saúde seja desvalorizada, esta é essencial para uma melhoria da qualidade de vida e para capacitar/ fomentar a participação em ações de promoção de saúde (Costa et al., 2022). Com efeito, menor literacia tem sido, reiteradamente, associada a atraso no diagnóstico, baixa adesão terapêutica, aumento de risco de mortalidade, custos de saúde mais elevados e uma maior dificuldade na comunicação médico-paciente (Baskaradoss, 2018; Vasconcelos et al., 2022).

Literacia em saúde foi um termo introduzido no início dos anos 70 e de crescente importância (Sørensen et al., 2012).

A definição mais recente de literacia em saúde sofreu a sua última atualização em agosto de 2020 com a divulgação da iniciativa Healthy People 2030 dos Estados Unidos da América. Esta atualização, de acordo com o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), aborda a literacia em saúde individual e organizacional (CDC, 2022):

- Literacia em saúde individual é o “nível de capacidade que os indivíduos têm em encontrar, entender e usar informações e serviços para tomarem decisões e ações informadas, relacionadas com a sua saúde e de outros” (CDC, 2022);
- Literacia em saúde organizacional é o “nível atingido pelas organizações em termos de capacitar equitativamente os indivíduos para encontrar, entender e usar informações e serviços de forma a tomarem decisões e ações informadas, relacionadas com a sua saúde e de outros” (CDC, 2022).

As novas definições de literacia em saúde enfatizam a capacidade de os indivíduos usarem informações e serviços ao invés de os entenderem, como referia a definição anterior. Procura que os indivíduos detenham capacidades para tomar decisões e ações informadas com a sua saúde ao invés de tomarem decisões de saúde apropriadas.

Incorporam uma perspectiva de saúde pública e reconhecem a necessidade de responsabilidade das organizações no que diz respeito à literacia em saúde (CDC, 2022).

A literacia em saúde é considerada elemento central no cuidado ao doente (Altin et al., 2014). Segundo Costa et al. (2022), a principal barreira para a adoção de hábitos adequados de saúde é justamente baixos níveis de literacia em saúde. Assim, a literacia em saúde é reconhecida como a causa subjacente às disparidades de saúde e é considerada uma prioridade ainda na atualidade (Baskaradoss, 2018).

Paulatinamente, temos observado um esforço crescente e ritmado a fim de implementar e/ou ajustar medidas que promovam a literacia em saúde (Altin et al., 2014), no entanto distante do ideal.

Embora a educação para a saúde seja, muitas vezes, confundida com literacia em saúde, é somente um instrumento que a literacia usa para capacitar os indivíduos. A literacia em saúde engloba muitas outras considerações, tais como o entendimento e tomada de decisão sendo desta forma um conceito muito mais amplo (Martínez et al., 2021).

O quadro conceptual para a conceção e operacionalização da literacia em saúde mais abrangente foi proposto por Sørensen et al. (2012) mais tarde adaptado e traduzido para a língua portuguesa por Nunes (2014) como ilustrado na figura 1.

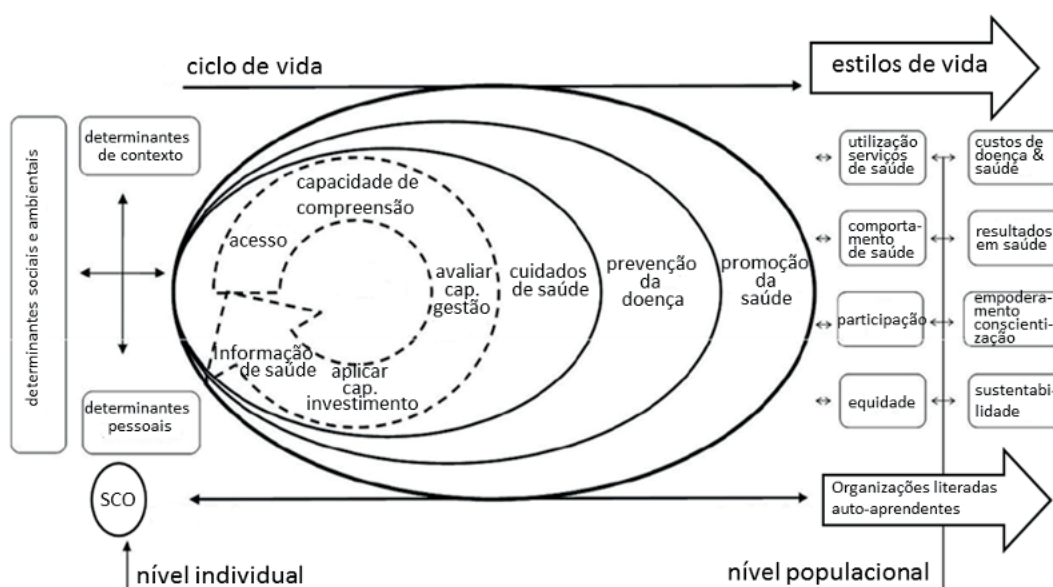


Figura 1 - Modelo conceptual. Imagem retirada de Nunes, 2014

Neste modelo, encontram-se representadas as dimensões para a literacia em saúde bem como os determinantes que nela têm impacto e a ligação com os seus resultados (Marques, 2015).

Os cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde são as três dimensões que incorporam a literacia em saúde. O modelo conceptual associado a estes domínios foca-se ao nível individual e populacional (Sørensen et al., 2012).

As quatro competências associadas a este modelo dizem respeito ao acesso à informação; capacidade de compreensão da informação encontrada; avaliação da capacidade de gestão/avaliação da informação e aplicação/utilização da capacidade de investimento (forma como se utiliza a informação para melhorar ou manter a saúde) (Marques, 2015).

Este modelo explica também os antecedentes e o impacto dos fatores proximais (determinantes pessoais e de contexto) e distais (determinantes sociais e ambientais) na literacia em saúde (Marques, 2015).

## **1.2. Literacia em saúde oral**

A saúde oral é um componente da saúde sistémica, bem-estar (físico e mental) e qualidade de vida (World Health Organization, 2022). Esta assume extrema relevância no quadro da saúde não apenas devido às doenças que emergem na cavidade oral, mas também à sua relação direta com a saúde sistémica (Bostanci et al., 2021).

De acordo com a mais recente definição da FDI World Dental Federation, “a saúde oral é multidimensional e inclui a capacidade de falar, sorrir, cheirar, saborear, mastigar, engolir e transmitir uma variedade de emoções através de expressões faciais com confiança e sem dor, desconforto ou doença do complexo crânio facial” (Glick et al., 2016, p. 915).

Com efeito, a literacia em saúde oral é considerada um forte preditor do estado de saúde oral (Allen et al., 2011; Costa et al., 2022).

De acordo com o Early Childhood Learning & Knowledge Center (2021), a literacia em saúde oral consiste no “grau de capacidade de um indivíduo obter, processar, entender e usar informações e serviços básicos de saúde oral para tomar decisões adequadas relacionadas com a saúde”.

A literacia em saúde oral é fator fundamental e de grande relevância, embora frequentemente subestimada, na prevenção de doenças orais, na comparência ao médico dentista e determinante na saúde oral (Mathew & Kabir, 2022). No que respeita aos fatores preventivos, a higiene oral é o mais significativo (Mendes, 2019).

### 1.3. A população reclusa

#### 1.3.1. Perspetiva mundial

Em 2021 existiam 10 771 204 pessoas em situação de reclusão (Fair & Walmsley, 2021). A tabela 1 evidencia a distribuição de reclusos pelos 5 continentes e a sua evolução nos últimos 20 anos.

Tabela 1- Distribuição dos reclusos pelo mundo e a sua evolução nos últimos 20 anos

Continente	População prisional (01.10.2021)	Evolução desde 2000	Taxa de reclusão (por 100.000 habitantes)
África	1 194 497	+ 32,4%	92
América	3 859 690	+ 43,5%	376
Ásia	4 184 126	+ 38,4%	93
Europa	1 470 140	- 27,0%	175
Oceânia	62 751	+ 82,4%	146
Total	10 771 204	+ 24,3%	140

Fonte: Fair & Walmsley, 2021

A tendência de crescimento da população prisional, nas últimas duas décadas, é transversal a todos os continentes (à exceção da Europa – onde a taxa de reclusão diminuiu). Desde o ano de 2000 que se assistiu ao crescimento de 24% do número de reclusos a nível mundial, o que representa pouco menos do que o estimado aumento da população no mesmo período – 28% (Fair & Walmsley, 2021).

Na senda da pandemia decorrente de COVID-19, também os números da população prisional em todo o mundo foram afetados. Em diversos países, o número de reclusos decresceu no segundo trimestre de 2020 (em comparação com o período homólogo) e, em alguns países, permaneceram mais baixos do que no início de 2020 (Fair & Walmsley, 2021).

A taxa de população prisional a nível mundial estima-se em 140 indivíduos por 100.000 habitantes (Fair & Walmsley, 2021).

Os continentes asiático e americano são os continentes com maior número de reclusos. Embora a Ásia tenha o maior número de população prisional, é o segundo

continente onde a taxa de reclusão por 100.000 habitantes é mais baixa, pautando-se nos 93 indivíduos (Fair & Walmsley, 2021).

Constitui o continente americano o continente onde a taxa de reclusão por 100.000 habitantes é a mais elevada, fixando-se nos 376 indivíduos (Fair & Walmsley, 2021).

De relevar o aumento acentuado evidenciado na Oceânia, com uma taxa mais elevada do que em qualquer outro continente. Estes valores devem-se ao aumento da população prisional da Austrália – 98% desde o ano de 2000 e da Nova Zelândia – 47% desde o ano de 2000 (Fair & Walmsley, 2021).

A Europa que assistiu a uma queda de 27 pontos percentuais entre os anos 2000 e 2021 deve a sua queda à Federação Russa, onde a população prisional diminuiu cerca de 56%. Excluindo a Federação Russa, a população prisional europeia aumentou 5% desde 2000 (Fair & Walmsley, 2021).

### 1.3.2. Perspetiva europeia

De acordo com as Estatísticas Penais Anuais sobre a População Prisional do Conselho da Europa, a taxa de reclusão por 100.000 habitantes diminuiu no ano de 2020, consolidando a tendência iniciada em 2013 (Council of Europe, 2021).

A tabela 2 representa os 14 países com maior taxa de reclusão por 100.00 habitantes.

Tabela 2 - Os 14 países europeus com maior taxa de reclusão

País	População prisional	Taxa de reclusão (por 100.000 habitantes)	Data
Turquia	291198	347	31.08.2021
Bielorrússia	32 556	345	31.12.2018
Federação Russa	471 490	326	01.09.2021
Azerbaijão	21 253	210	15.09.2020
Polónia	71 907	190	31.08.2021
República Checa	18 969	177	29.09.2021
Hungria	16 752	172	31.12.2020
Ucrânia	49 211	140	01.08.2021
Reino Unido	78 789	131	01.10.2021
Roménia	22 921	120	29.09.2021
França	62 991	119	01.07.2021

Espanha	55 433	113	15.09.2020
Itália	53 930	91	30.09.2021
Alemanha	58 004	70	31.12.2020

Fonte: Fair & Walmsley, 2021

Segundo as Estatísticas Penais Anuais, a taxa de reclusão por 100.000 habitantes, na Europa, pauta-se, em média, nos 103,2 reclusos. O pico de 131 reclusos por 100.000 habitantes foi atingido no ano de 2013 (Council of Europe, 2021).

Os países onde as taxas de reclusão por 100.000 habitantes são mais elevadas são a Turquia, seguida da Bielorrússia e finalmente a Federação Russa (Fair & Walmsley, 2021).

A Federação Russa é o país onde o número de reclusos é mais elevado. Em contrapartida, a República de San Marino é o país com o valor mais baixo da Europa - 0 reclusos. Em seguida, são as Ilhas Faroé com apenas 9 reclusos (Fair & Walmsley, 2021).

As 87 367 mulheres representam 4,9% da população reclusa. A idade mediana de todos os reclusos europeus é de 36 anos (Council of Europe, 2021).

Os delitos relacionados com substâncias ilegais continuam a ser o motivo principal de detenção, representando 17,7% da população reclusa. Seguido de roubo (13%) e homicídio (incluído sob a forma tentada) representando 12% (Council of Europe, 2021).

### 1.3.3. Perspetiva nacional

A 31 de dezembro de 2021, encontravam-se à responsabilidade do sistema prisional português 11 588 reclusos (DGRSP, 2022a). À data de publicação, a população era maioritariamente de nacionalidade portuguesa (86%) e do sexo masculino (93%) (DGRSP, 2022b).

De acordo com estatísticas nacionais, a população prisional portuguesa atingiu números históricos no ano de 1998 (Ishiy, 2021). No entanto, desde o ano de 2013 que se tem assistido a uma tendência de diminuição do número de reclusos em Portugal (Ishiy, 2021). A figura 2 demonstra a perspetiva histórica do número de reclusos em Portugal nos últimos 25 anos.

Destaca-se que a taxa de reclusão por 100.000 habitantes à data de 01.09.2021 era de 113 indivíduos, claramente acima da média europeia (Fair & Walmsley, 2021).

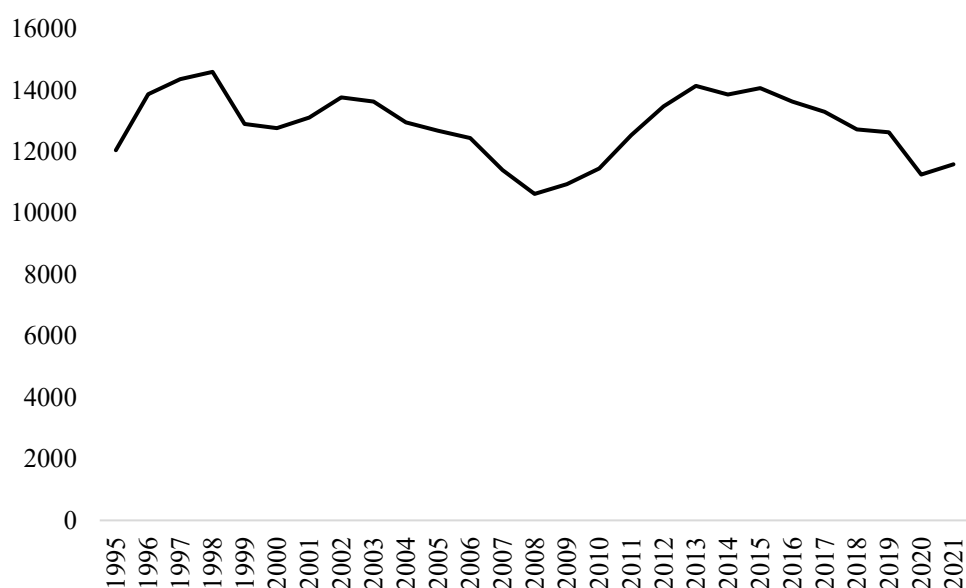


Figura 2 – Perspetiva histórica dos reclusos em Portugal. Fonte: Ishiy, 2021

#### 1.4. O sistema prisional português e os estabelecimentos prisionais

Cumprir à Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais (DGRSP), dada a sua função e missão, a responsabilidade da prevenção de crimes, execução de penas, reinserção social e gestão do sistema prisional e educacional. Toda a sua componente encontra-se sob a alçada do Ministério da Justiça (DGRSP, 2021a).

Os estabelecimentos prisionais (EP) são responsáveis pela execução de penas e medidas de privação de liberdade. Totalizando 49, encontram-se classificados em função do nível de segurança – especial, alta e média – e do grau de complexidade de gestão – elevado e médio (DGRSP, 2021a).

A estrutura e funcionamento dos EP são regulamentados pela Portaria nº175/2021, de 24 de julho, pelo Regulamento Geral. Constituem-se como áreas de atividade dos EP a administração e apoio; execução de penas e área jurídica; prestação de cuidados de saúde; vigilância e segurança (DGRSP, 2021a).

#### **1.4.1. Prestação de cuidados de saúde à população reclusa**

A prestação de cuidados de saúde à população reclusa transformou-se numa questão global de relevância e preocupação, muitas vezes ignorada (Zaitzow & Willis, 2021). Segundo Capon et al. (2020) a população reclusa é particularmente vulnerável.

O Centro de Competências para a Gestão de Cuidados de Saúde, unidade orgânica da DGRSP, é o organismo responsável pela gestão e coordenação da prestação de cuidados de saúde à população prisional em Portugal (Despacho n.º 8140-A/2019 de 13 de setembro do Ministério da Justiça, 2019).

Segundo o Regulamento Geral dos Estabelecimentos Prisionais, em cumprimento do Código da Execução das Penas e Medidas Privativas de liberdade de 2011 definido pelo decreto-lei n.º 51/2011, de 11 de abril, a prestação de cuidados de saúde segue recomendações e resoluções do Conselho da Europa e da Organização das Nações Unidas.

Desta forma, a primeira consulta é realizada pelo enfermeiro do EP no prazo máximo de 24 horas após entrada do recluso. Caso exista consentimento por parte do recluso, é solicitado o acesso a antecedentes clínicos ao Sistema Nacional de Saúde. No prazo máximo de 72 horas após admissão no EP, deve realizar-se a consulta de clínica geral de avaliação, por um médico. Nesta consulta presta-se especial atenção a perturbações mentais, fatores de risco para o suicídio, síndromes de abstinência, sinais de agressão/violência, infeções transmissíveis e patologias crónicas. Quando necessário, o médico pode prescrever exames complementares de diagnóstico (Decreto-lei n.º 51/2011, de 11 de abril, 2011).

Aquando da avaliação inicial, pelo enfermeiro, o recluso é informado sobre os deveres dos técnicos de saúde, horários e atendimentos dos serviços. São ainda disponibilizados folhetos informativos com vista à promoção da saúde e prevenção de doenças (Decreto-lei n.º 51/2011, de 11 de abril, 2011).

A elaboração do plano de promoção de saúde e prevenção de doenças é da responsabilidade de cada EP, sob aprovação da DGRSP (Decreto-lei n.º 51/2011, de 11 de abril, 2011).

A prestação de cuidados de saúde é realizada no EP e, se necessário, no exterior. O recluso deverá ser observado, pelo menos, uma vez por ano ou em número superior mediante aconselhamento médico (Decreto-lei n.º 51/2011, de 11 de abril, 2011).

A realização de testes de rastreio de infeções sexualmente transmissíveis é gratuita e garantida aos reclusos, periodicamente. O seu tratamento é igualmente garantido bem como impostas medidas de prevenção de contágio a terceiros (Decreto-lei n.º 51/2011, de 11 de abril, 2011).

Perante o término da privação de liberdade, os serviços clínicos do EP devem encaminhar o recluso e o seu processo para as unidades de saúde do Sistema Nacional de Saúde, de forma a poder dar-se o respetivo acompanhamento (Decreto-lei n.º 51/2011, de 11 de abril, 2011).

A prestação de cuidados de saúde à população reclusa requer, pela sua singularidade e complexidade, uma intervenção multidisciplinar em estreita ligação com os demais serviços de saúde, promoção de hábitos saudáveis, confidencialidade e segurança (Ordem dos enfermeiros, 2012).

Poucos são os profissionais de saúde que optam por trabalhar no sistema prisional. As condições de trabalho, instalações e a insuficiente preocupação com a saúde são os principais fatores de absentismo, o que deteriora a saúde dos reclusos (Reddy et al., 2012; Zaitzow & Willis, 2021).

De acordo com Vainionpää et al. (2017), os serviços de saúde prisionais são maioritariamente usados para atendimento de emergência, o que não deveria ser a realidade.

#### **1.4.1. A saúde e a saúde oral nos EP**

A saúde oral é parte integrante da saúde sistémica. Existem diferentes fatores, como o nível de escolaridade, profissão, literacia, estado nutricional e nível socioeconómico que determinam e influenciam a manutenção da saúde geral, o que acaba por influenciar o sistema estomatognático (Sharma et al., 2020).

Os EP não são ambientes propícios à promoção da saúde oral (Sharma et al., 2020) e os hábitos adotados pelos reclusos levam à exacerbação de comportamentos nocivos, nomeadamente, o consumo de drogas, tabagismo, doenças crónicas e mentais (Moraes et al., 2021; Sharma et al., 2020).

A saúde oral, além do impacto na saúde sistémica, tem severas repercussões na qualidade de vida, na fala, na autoconfiança e na integração social (Rouxel et al., 2013).

Parece haver consenso, apesar da heterogeneidade de estudos efetuados, que a saúde e saúde oral da população reclusa é pior quando comparada à população em geral (Lázaro, 2012; Rouxel et al., 2013). Embora a prevalência de determinadas condições médicas entre a população reclusa seja superior comparativamente com a população em geral, muitos estudos relatam a dificuldade de acesso ou o seu atraso aos serviços de saúde (Donnelly et al., 2019).

Segundo Reddy et al. (2012), reclusos com maior tempo de permanência em EP têm, tendencialmente, maior número de dentes cariados, doenças periodontais e necessidades protéticas.

Existe, embora limitada, literatura disponível para se descrever as condições em que a saúde oral é abordada nos EP e o seu verdadeiro impacto. A literatura parece ter-se esquecido deste segmento da sociedade, evidenciando cada vez mais o fosso entre saúde prisional e saúde da restante população (Donnelly et al., 2019).

A saúde dos reclusos é frequentemente considerada como um indicador do estado moral e ético de um país (Rouxel et al., 2013). Assim, a ineficaz prestação de cuidados de saúde e de saúde oral e a não promoção de hábitos saudáveis aos reclusos além de imoral e antiético é ilegal.

#### **1.4.2. A importância da literacia em saúde. Os EP como vetores de saúde pública**

A literacia em saúde constitui-se como prioridade na sociedade contemporânea (Andrade, 2020), na sua procura ininterrupta de indivíduos que possam adotar comportamentos que previnam as doenças, promovam a saúde e, assumam com responsabilidade os seus cuidados de saúde (Almeida, 2020).

A promoção da literacia em saúde é determinante para que os indivíduos decidam de forma adequada o que contribuirá indubitavelmente para a sua qualidade de vida (Santos, 2020).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2019) recomenda que devam ser prestados os melhores tratamentos aos reclusos, independentemente da situação financeira do país (Fazel & Baillargeon, 2011; Lázaro, 2012).

De acordo com a Lei n.º 115/2009 do Código da Execução das Penas e Medidas Preventivas da Liberdade, o acesso a serviços de saúde é garantido, equitativamente, em

qualidade e continuidade. No entanto, em consequência da ineficaz integração entre serviços prisionais e serviços de saúde pública, muitos indivíduos (após saída em liberdade) abandonam os serviços iniciados nos EP, por razões motivacionais e/ou socioeconómicas (Fazel & Baillargeon, 2011; Lázaro, 2012).

Segundo Ramlungun et al. (2001), a situação de risco social anterior à privação de liberdade contribui de forma nefasta para uma eficaz manutenção de um bom estado de saúde. Segundo os mesmos autores, indivíduos com baixo nível de literacia em saúde apresentam um estado de saúde mais débil e uma menor probabilidade de se munirem de ferramentas preventivas, relativamente à sua saúde.

Embora o Plano Nacional de Saúde, já em 2012-2016, identifique como uma das ameaças à promoção em saúde o desequilíbrio entre grupos sociais excluídos, como os pobres, imigrantes e reclusos, sabe-se que esta população, mesmo nos dias de hoje, não é devidamente reconhecida (Jólluskin et al., 2014).

Segundo a OMS (2019) os EP devem promover a educação, prevenção e promoção para a saúde. Alinhada em torno da promoção da saúde, também a OMS reconhece que os EP são locais de elevada dificuldade (Moller et al., 2007).

A educação para a saúde da população reclusa é fundamental (Lázaro, 2012). Níveis baixos de literacia têm um impacto negativo na saúde sistémica contribuindo de tal forma para baixos níveis de qualidade de vida e resultados nefastos relacionados com a sua saúde (Coelho, 2018). Como tal, é absolutamente essencial que os reclusos sejam detentores de conhecimentos acerca de comportamentos de risco e de atitudes negligentes, de forma a promover hábitos e comportamentos saudáveis (Lázaro, 2012; Moller et al., 2007).

Existem evidentes benefícios decorrentes da prestação de cuidados de saúde de qualidade à população prisional para a saúde pública (Capon et al., 2020). O contributo major dos EP para a saúde pública deve-se essencialmente na prestação de cuidados de saúde de qualidade aos mais vulneráveis e com maior nível de exclusão social. O ambiente prisional pode e deve promover a saúde (Freeman & Richards, 2019).

Uma vez que a maior parte da população prisional acabará por voltar à comunidade impõe-se a implementação de atividades de gestão e promoção de saúde (Capon et al., 2020). A remoção de barreiras no acesso aos cuidados de saúde em ambiente prisional permite intervenções de saúde mais precoces, o que beneficia tanto a população reclusa como a população em geral (Capon et al., 2020).

Sem embargo da evidente necessidade de promoção da saúde de forma a combater as iniquidades por aqueles que experimentam exclusão social, também, como refere a OMS (2019), são necessários mais e em melhor qualidade dados para melhorar a saúde dos reclusos e garantir uma transição de qualidade à sociedade.

### **1.5. Instrumentos de avaliação de literacia em saúde**

Nas últimas décadas assistiu-se a um constante progresso no desenvolvimento de instrumentos de avaliação da literacia em saúde (Haun et al., 2014). O primeiro instrumento, o General Health Literacy, data o ano de 1961 e foi desenvolvido para adultos por Samora, Saunders & Larson (Samora et al., 1961).

De acordo com Tavakolikia et al. (2017), podem ser encontrados dois tipos de questionários para a avaliação da literacia em saúde: os que incluem o entendimento e compreensão de questões relacionadas com saúde e os questionários que contêm itens de cálculo e numeracia.

Numa outra perspetiva, Altin et al. (2014) definiram a categorização dos questionários de acordo com o grau de objetividade: subjetivo, objetivo ou uma combinação destes dois tipos.

Os instrumentos com avaliação objetiva incluem: Medical Term Recognition Test; Talking Touchscreen; Critical Health Competence Test; The Short Assessment of Health Literacy-Spanish & English; Health and Financial Literacy (Altin et al., 2014).

Os instrumentos com abordagem subjetiva incluem: Mandarin Health Literacy Scale; Swiss Health Literacy Survey; All Aspects of Health Literacy Scale; The Health Literacy Management Scale; The Multidimensional Measure of Adolescent Health Literacy (Altin et al., 2014).

Os instrumentos combinados incluem: Health Literacy Skills Instrument; Canadian Exploratory Study; Health Literacy Measure for High School Students; Subjective Literacy Scale e Subjective Numeracy Scale; Health Literacy Skills Instrument 10-Item Short Form; European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q) (Altin et al., 2014).

De acordo com os mesmos autores, o HLS-EU-Q é o questionário mais abrangente que engloba todas as áreas/determinantes da literacia em saúde. O HLS-EU-Q difere dos demais, uma vez que foi construído com o intuito de contribuir na avaliação da literacia

em saúde da população em geral, ao invés de grupos específicos de pacientes (Guzys et al., 2015).

### **1.6. Instrumentos de avaliação de literacia em saúde oral**

A avaliação da literacia em saúde oral baseou-se, inicialmente, em instrumentos adaptados que visavam avaliar a literacia em saúde (Mendes, 2019). O exemplo mais notório dessa adaptação é o Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry (REALD-99) e o Test of Functional Health Literacy in Dentistry (TOFHLiD).

Os instrumentos pioneiros de avaliação de literacia em saúde oral usam principalmente duas estratégias: o reconhecimento de palavras (REALD-99; Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry 30 Short Form - REALD-30; Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine and Dentistry - REALM-D) e compreensão de leitura (TOFHLiD) (Gong et al., 2007; Lee et al., 2007; Richman et al., 2007).

Uma alternativa a estas duas estratégias foi implementada com o Comprehensive Measure of Oral Health Knowledge (CMOHK) que avalia o nível de literacia em saúde oral através de conhecimentos relacionados com a saúde oral (Macek et al., 2010).

Posteriormente, Sabbahi e colaboradores (2007) desenvolveram o Oral Health Literacy Instrument (OHLI), o primeiro instrumento direcionado para a avaliação de literacia em saúde oral. Mais recentemente foi traduzido e validado para a língua portuguesa o Oral Health Literacy – Adults Questionnaire (OHL-AQ) por Sistani et al. (2013).

Paralelamente ao OHLI o OHL-AQ inclui ferramentas de avaliação relativamente abrangentes no âmbito da saúde oral, o que se traduz num instrumento de avaliação holístico (Sistani et al., 2013; Sabbahi et al., 2009).

O Comprehensive Oral Health Literacy (COHL) é o instrumento de avaliação de literacia em saúde oral mais recente, (datado de 2021), constituído por 30 itens. Este instrumento integra quatro dimensões: literacia em saúde oral funcional (leitura, escrita, habilidades de cálculo, capacidade de tomar decisões apropriadas); conhecimentos; habilidades e crenças. Este é considerado pelos autores o instrumento com melhor desempenho na avaliação da literacia em saúde oral (Sun et al., 2021).

## OBJETIVOS DO ESTUDO

A presente investigação tem como objetivos específicos:

- Caracterizar a amostra tendo por base os aspetos sociodemográficos, formação/ escolaridade e história de reclusão;
- Avaliar o nível de literacia em saúde dos reclusos através do Questionário Europeu de Literacia em Saúde – versão reduzida (HLS-EU-PT-Q16);
- Avaliar o nível de literacia em saúde oral dos reclusos através do OHL-AQ;
- Descrever a relação das variáveis sociodemográficas nos níveis de literacia em saúde e em saúde oral;
- Descrever a relação entre os níveis de literacia em saúde e os níveis de literacia em saúde oral;
- Comparar os níveis de literacia em saúde e os níveis de literacia em saúde oral entre o EP de Leiria e o EP de Leiria Jovens.

## HIPÓTESES DE ESTUDO

Quanto à relação das variáveis presentes no Grupo I do Questionário sociodemográfico com os níveis de literacia em saúde/saúde oral, as hipóteses de estudo formuladas são:

H0: Não existe relação entre as variáveis do Grupo I e os níveis de literacia em saúde e/ou saúde oral

H1: Existe relação entre as variáveis do Grupo I e os níveis de literacia em saúde e/ou saúde oral

No que respeita aos níveis de literacia em saúde/saúde oral, as hipóteses de estudo formuladas são:

H0: Não existe relação entre o nível de literacia em saúde e o nível de literacia em saúde oral

H1: Existe relação entre o nível de literacia em saúde e o nível de literacia em saúde oral

## **II. MATERIAIS E MÉTODOS**

### **1.1. Características gerais do estudo**

Trata-se de um estudo observacional, descritivo de abordagem quantitativa.

### **1.2. Apreciação e autorização da investigação**

A presente investigação foi submetida: a) à apreciação da DGRSP (Anexo 1), sendo que se obteve um parecer positivo à realização do mesmo nos EP de Leiria; b) Comissão Científica do Mestrado Integrado em Medicina Dentária e ao Conselho Científico do Instituto Universitário Egas Moniz obtendo os seus pareceres favoráveis; c) à apreciação da Comissão de Ética da Cooperativa Egas Moniz (Anexo 2), sendo que se obteve um parecer positivo à realização da mesma a 24 de março de 2022 pelo processo número 1092.

Após o consentimento do EP de Leiria e do EP de Leiria Jovens para a realização da presente investigação, foram formados grupos de 6 a 10 indivíduos para o preenchimento dos questionários. O pedido de participação foi formalizado através do consentimento informado, livre e esclarecido (Anexo 3).

As autorizações para a utilização dos questionários OHL-AQ e HLS-EU-PT-Q16 encontram-se nos anexos 4 e 5, respetivamente.

### **1.3. Locais de estudo**

#### **1.3.1. EP de Leiria**

O EP de Leiria localiza-se na região de Leiria. Encontra-se no edifício da antiga Cadeia Comarcã, cuja obra foi concluída no ano de 1956 em consequência de mão de obra prisional disponível (DGRSP, 2022c).

Em 1990, o designado EP Regional de Leiria sofreu obras de melhoria e de requalificação (DGRSP, 2022c).

O EP de Leiria é constituído por um edifício de três andares com ala masculina e feminina (atualmente inativa). Equipado com celas individuais, disciplinares e camaratas,

dispõe de gabinete médico, sala de convívio, campo polivalente e uma oficina (DGRSP, 2022c).

A população reclusa é essencialmente constituída por reclusos preventivos dos Tribunais de Coimbra, Leiria, Santarém e Lisboa Norte e ainda por reclusos que cumpram reduzidas penas (DGRSP, 2022c).

O EP de Leiria classifica-se de acordo com o nível de segurança em alta segurança e com grau médio de complexidade de gestão (DGRSP, 2022c).

A 31 de dezembro de 2021, a lotação máxima do EP de Leiria era de 111 reclusos, no entanto, contava com 127 (DGRSP, 2022a).

### **1.3.2. EP de Leiria Jovens**

O EP de Leiria Jovens localiza-se na região de Leiria e destina-se a reclusos com idades compreendidas entre os 16 e os 21 anos, com possibilidade de permanência até aos 25 anos de idade (DGRSP, 2022d).

A Prisão Escola na Quinta do Lagar d'El Rei foi edificada em 1946 com objetivo de acolher reclusos com idade inferior a 21 anos (DGRSP, 2022d).

Atendendo ao objetivo basilar da construção do EP de Leiria Jovens, os principais investimentos realizados têm sido, nos últimos anos, em áreas como o ensino (escola) e formação profissional (pavilhão para formação) (DGRSP, 2022d).

O EP é constituído por sete pavilhões independentes. Recentemente, requalificou-se o Pavilhão de Santo Agostinho (para auxílio a toxicodependentes) e procedeu-se à construção de uma unidade de saúde para os reclusos do EP Leiria Jovens e outros da zona centro (DGRSP, 2022d).

O EP dispõe de sala de convívio, campo de futebol e pátios em cada pavilhão (DGRSP, 2022d).

O EP de Leiria Jovens classifica-se de acordo com o nível de segurança em alta segurança e com grau elevado de complexidade de gestão (DGRSP, 2022d).

A 31 de dezembro de 2021, a lotação máxima do EP de Leiria Jovens era de 347 reclusos, no entanto, contava com 215 (DGRSP, 2022a).

#### **1.4. População alvo e técnica de amostragem**

A população alvo é constituída pelos reclusos dos EP de Leiria e de Leiria Jovens, totalizando 130 (a 18/03/2022) e 202 (a 25/03/2022), respetivamente. O número de reclusos em cada EP é volátil, dada a entrada e saída dos mesmos, pelo que a base-line foi definida no início da recolha de dados em cada EP.

A amostra total foi de 204 indivíduos.

Método de amostragem não probabilística: amostra de conveniência da população reclusa do EP de Leiria e do EP de Leiria Jovens.

##### **1.4.1. Critérios de inclusão**

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Presença do recluso no EP de Leiria ou EP de Leiria Jovens durante o período de recolha de dados;
- Consentimento informado, livre e esclarecido preenchido e assinado pelo recluso;
- Indivíduos que entendam a língua portuguesa;
- Indivíduos com capacidades auditivas, visuais e cognitivas para o preenchimento do questionário.

Foram excluídos da investigação todos os reclusos que não apresentaram alguns dos critérios acima referidos.

#### **1.5. Instrumentos de recolha de dados**

Os dados obtidos são fruto da aplicação dos instrumentos de avaliação da literacia em saúde e em saúde oral. Releva-se a aplicação do instrumento de avaliação da literacia em saúde HLS-EU-PT-Q16 e do instrumento de avaliação da literacia em saúde oral OHL-AQ.

### 1.5.1. HLS-EU-PT-Q16

O HLS-EU-Q é um instrumento de medição e avaliação da literacia em saúde adotado nesta investigação e é o resultado de estudos desenvolvidos pelo consórcio europeu de literacia em saúde, coordenado pela Maastricht (Pedro, 2018).

Este instrumento visa avaliar a literacia em saúde por autoperceção, sendo multidimensional e não focado apenas no contexto clínico (Sistani et al., 2014; Sistani et al., 2013).

O HLS-EU-Q foi desenvolvido com o objetivo de avaliar e comparar a literacia em saúde das populações de países europeus (Guzys et al., 2015).

O HLS-EU-PT diz respeito ao questionário traduzido e validado para a língua portuguesa (Pedro et al., 2016).

Existem três versões do HLS-EU-Q. A versão longa é constituída por 47 questões (Pedro et al., 2016). A versão reduzida por 16 e a versão muito reduzida por 6 questões (Pelikan, 2014).

A versão reduzida (HLS-EU-PT-Q16), utilizada no presente estudo, é constituída no total por 16 questões (Pelikan, 2014). 7 questões dizem respeito ao domínio dos cuidados de saúde, 5 ao domínio da prevenção da doença e 4 encontram-se relacionadas com o domínio da promoção da saúde (Pelikan, 2014). O HLS-EU-PT-Q16 tem um tempo estimado de preenchimento de 3 minutos (Pelikan, 2014).

O entrevistado deve selecionar qual o grau de dificuldade entre: muito difícil, difícil, fácil ou muito fácil, o que resulta num valor de 1 a 4, respetivamente. Existe ainda o valor numerado a 5 que designa o desconhecimento de tomada de decisão relativamente a tarefas relacionadas com a gestão da sua saúde. Quando selecionadas, não devem ser consideradas para o cálculo correto dos índices (Pelikan, 2014).

O resultado global (score) resulta do somatório das ponderações de cada questão e pela aplicação da fórmula apresentada a seguir. A escala é interpretada em 4 categorias: inadequado [0-25]; problemático [26-33]; suficiente [34-42] e excelente [43-50] (Pelikan, 2014).

Para o cálculo correto do índice e a sua eficaz comparação entre as três versões foi padronizada a seguinte fórmula (Pedro, 2018):

$$I = [(X - 1)/3] \times 50$$

Onde:

I – Índice específico calculado

X – Média das questões respondidas para cada indivíduo

1 – Valor mínimo possível da média (conduz a um valor mínimo do índice igual a 0)

3 – Intervalo da média

50 – Valor máximo escolhido para a escala

Esta fórmula foi também aplicada ao cálculo do valor para os três domínios. Portanto, quer a escala, quer os domínios variam entre um valor mínimo possível de zero e um valor máximo possível de 50. Os valores foram determinados para os elementos da amostra que responderam a pelo menos 80% dos itens da escala ou dos domínios.

### 1.5.2. OHL-AQ

O OHL-AQ é um questionário válido e confiável para a avaliação funcional da literacia em saúde oral, em adultos (Sistani et al., 2014).

Este questionário é constituído por dezassete itens divididos em quatro domínios – compreensão de leitura, cálculo, audição e tomada de decisão.

O questionário visa ser autoadministrado (com exceção da secção auditiva). Nesta secção, o entrevistador deve proferir, duas vezes, três frases sobre indicações pós-extracção e, seguidamente, os entrevistados devem preencher as respostas (Sistani et al., 2014).

As três frases são: “1. Morda uma compressa durante trinta minutos, no local do dente extraído; 2. Não cuspir durante doze horas; 3. Coma alimentos moles e frescos como gelado ou sopa fria nas doze horas após a extração dentária” (Mendes, 2019; Sistani et al., 2014).

A escala de 0-17 foi também aplicada ao cálculo do valor para as quatro dimensões. Portanto, quer a escala, quer as quatro dimensões variam entre um valor mínimo possível de zero e um valor máximo possível de 17. Os valores foram determinados para os elementos da amostra que responderam às questões (Mendes, 2019; Sistani et al., 2014).

O resultado global (score) resulta do somatório das respostas corretas (com ponderação de um ponto cada). A escala é interpretada em 3 categorias: inadequado [0-9]; marginal [10-11] e adequado [12-17] (Sistani et al., 2014).

O presente instrumento de avaliação foi elaborado com o objetivo de ser usado em estudos populacionais e comunitários e para fins de saúde pública (Mendes, 2019; Sistani et al., 2014).

### 1.6. Variáveis de estudo

As variáveis de estudo podem agrupar-se em:

- Variáveis independentes, de caracterização sociodemográfica, tais como: idade, nacionalidade, distrito de residência, concelho de residência, género, estado civil, escolaridade, escolaridade dos pais, função/ profissão. E de história de reclusão tais como: número total (em anos) de pena; número de anos de reclusão já cumprida; idade da primeira reclusão; quantas vezes foi preso e motivo de reclusão;
- Variáveis dependentes, de estudo não sociodemográfico, relacionadas com a avaliação específica da literacia em saúde e literacia em saúde oral. A sua operacionalização será por intermédio de um score obtido para cada escala.

Na tabela 3, discriminam-se as variáveis utilizadas e a sua operacionalização.

Tabela 3 - Definição operacional de variáveis

Tipo	Nome	Operacionalização	Tipo		
Independentes	Sociodemográficas	Idade	Nº de anos completos à data da investigação	Quantitativa contínua	
		Nacionalidade	Por país	Qualitativa nominal	
		Distrito de residência	Por distrito	Qualitativa nominal	
		Concelho de residência	Por concelho	Qualitativa nominal	
		Género	Masculino/ Feminino	Qualitativa nominal dicotómica	
		Estado civil	Solteiro/ Casado/ Divorciado/ Viúvo	Qualitativa nominal dicotómica	
		Escolaridade		Ensino básico não concluído/ Ensino básico concluído/ Ensino secundário (12º ano) não concluído/ Ensino secundário (12º ano) concluído/ Curso	Qualitativa nominal dicotómica

		profissional (CTESP)/ Bacharelato/ Licenciatura/ Mestrado/ Doutoramento Ensino básico não concluído/ Ensino básico concluído/ Ensino secundário (12º ano) não concluído/ Ensino secundário (12º ano) concluído/ Curso profissional (CTESP)/ Bacharelato/ Licenciatura/ Mestrado/ Doutoramento	Qualitativa nominal dicotómica
	Escolaridade dos pais		
	Função / Profissão	Resposta aberta	Qualitativa nominal
História de reclusão	Número total (em anos) de pena	Nº total de anos de pena	Quantitativa contínua
	Número de anos de reclusão já cumpridos	Nº de anos de pena cumprida à data da investigação	Quantitativa contínua
	Idade (em anos) quando foi preso pela primeira vez	Idade a que foi preso pela primeira vez	Quantitativa contínua
	Quantas vezes foi preso	Nº de vezes que foi preso à data da investigação	Quantitativa contínua
	Motivo de reclusão	Resposta aberta	Qualitativa nominal
Dependentes	Literacia em saúde	Total do HLS-EU-PT-Q16 (Pelikan, 2014): Inadequado – [0-25] Problemático - [26-33] Suficiente - [34-42] Excelente – [43-50] Total do OHL-AQ (Sistani et al., 2014):	Quantitativa ordinal
	Literacia em saúde oral	Inadequado – [0-9] Marginal - [10-11] Adequado - [12-17]	Quantitativa ordinal

### 1.7. Método de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada com recurso a um inquérito por questionário (Anexo 6).

A recolha de dados foi supervisionada, no EP de Leiria pela Adjunta do Diretor, coordenadora da área da educação e saúde e no EP de Leiria Jovens pela Psicóloga Clínica. A recolha foi efetuada entre os meses de março, abril e maio de 2022.

Os indivíduos preencheram os questionários, num processo que durou, em média, 25 minutos.

O método de recolha de dados segue o seguinte protocolo:

1. O entrevistador informa sobre os objetivos e metodologia do estudo;
2. Os participantes preenchem e assinam o consentimento informado, livre e esclarecido;
3. Os participantes preenchem o questionário sociodemográfico (grupo I);
4. Os participantes preenchem o HLS-EU-PT-Q16 (grupo II);
5. Os participantes preenchem o OHL-AQ (grupo III).

### **1.8. Análise estatística**

A análise estatística realizou-se com recurso ao software de análise de dados IBM SPSS Statistics for MacOS v.27.

No que respeita à estatística descritiva, as variáveis quantitativas foram analisadas a partir dos respetivos valores, ao passo que as variáveis medidas em escala de Likert foram analisadas através das categorias apresentadas. São apresentadas estatísticas pertinentes como a média (M), o desvio padrão (DP), o coeficiente de variação (CV) e os valores mínimos (Min) e máximos (Max) (Guimarães & Cabral, 2010).

Os dados apresentados foram calculados a partir de respostas válidas, encontrando-se referida a dimensão de respostas omissas.

A análise da consistência interna das escalas é realizada com recurso ao alfa de Cronbach para verificação de consistência interna e validade de escalas (Hill & Hill, 2012). Um valor superior a 0,80 é considerado adequado. Um valor entre 0,60 e 0,80 é considerado como aceitável (Nunnally, 1978; Muñoz et al., 2005).

Segundo Firmino (2015), a distribuição tende para a normalidade quando as amostras em estudo são de grandes dimensões. De acordo com Gravetter & Wallnau (2016), Murteira et al. (2001) e Pituch & Stevens (2015), a violação do pressuposto da normalidade não põe em causa as conclusões para amostras superiores a 30 elementos.

Se a amostra em estudo for de dimensão inferior a 30 elementos tem que ser analisado o pressuposto da normalidade com recurso ao Teste de aderência de Kolmogorov-Smirnov (Firmino, 2015; Marôco, 2021).

Em todas as análises inferenciais, foi considerado um nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

Utilizou-se o teste paramétrico t-Student para analisar uma variável quantitativa nas duas categorias de uma variável dicotômica (Marôco, 2021). Quando as amostras são de pequena dimensão (inferior a 30 elementos) e não se verifica o pressuposto de normalidade, o teste paramétrico é substituído pelo não paramétrico de Mann-Whitney (Marôco, 2021).

Utilizou-se o teste de hipóteses ANOVA one-way para analisar uma variável quantitativa nas categorias de uma variável qualitativa. Quando as amostras são de pequena dimensão (inferior a 30 elementos) e não se verifica o pressuposto de normalidade, o teste paramétrico é substituído pelo não paramétrico de Kruskall-Wallis (Marôco, 2021).

Os testes Post-hoc de Tukey para a ANOVA e de Tamhane para o Kruskall-Wallis permitem identificar entre que categorias se verificam diferenças significativas quando o respetivo teste indica a existência de significância estatística (Marôco, 2021).

A associação entre duas variáveis quantitativas é expressa pelo coeficiente de Pearson. O coeficiente varia entre -1 e +1. O valor de zero indica a inexistência de uma relação linear entre as variáveis, sendo que quanto mais próximo de 1 for o valor absoluto mais forte é a relação entre as variáveis. O sinal indica o sentido da relação (positivo, quando variam no mesmo sentido, e negativo, quando variam em sentido oposto) (Marôco, 2021).



### III. RESULTADOS

#### 1.1. Estatística descritiva

##### 1.1.1. Caracterização da população

A população é constituída por 332 indivíduos, 130 do EP de Leiria e 202 do EP de Leiria Jovens. A caracterização da população apresenta-se na tabela 4.

Tabela 4 - Tabela de frequências: população

	EP Leiria	EP Leiria Jovens
Nº de reclusos em EP à data do estudo	130	202
Idade	> 18	16 aos 25
Indivíduos com idade inferior a 18 anos	0	14
Indivíduos que não sabem ler e/ou escrever	12	9
Inquéritos respondidos	84	120

##### 1.1.2. Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 204 indivíduos, todos do sexo masculino, divididos por dois EP, como ilustra a tabela 5.

Tabela 5 - Tabela de frequências: amostra

	N	%
EP Leiria	84	41,2
EP Leiria Jovens	120	58,8
Total	204	100,0

##### 1.1.3. Grupo I – Questionário sociodemográfico

A idade apresenta um valor médio de 28,4 anos com uma dispersão de valores de 42%, variando entre o mínimo de 18 anos e o máximo de 65 anos. Esta foi recodificada

em quatro categorias, que serão utilizadas nas análises inferenciais (36,9% têm 18 a 21 anos, 25,1% têm 22 a 25 anos, 19,2% têm 26 a 40 anos e 18,7% têm 41 a 65 anos).

No que respeita à nacionalidade, 84,7% são de nacionalidade Portuguesa, 5,9% de nacionalidade Brasileira, 2,5% de nacionalidade Guineense, 2,0% de nacionalidade Cabo Verdiana e os restantes 4,9% dividem-se pelas nacionalidades Santomense, Angolana, Ucrâniana, Francesa, Indiana e Romena.

Relativamente ao distrito de residência são dadas as respostas listadas na tabela 6, sendo as mais frequentes Lisboa com 40,7%, Leiria com 22,5% e Santarém com 10,3%.

Tabela 6 - Tabela de frequências: distrito de residência

	N	%		N	%
Lisboa	83	40,7	Braga	2	1,0
Leiria	46	22,5	Aveiro	1	,5
Santarém	21	10,3	Belo Horizonte	1	,5
Não resposta	13	6,4	Castelo Branco	1	,5
Coimbra	9	4,4	Portalegre	1	,5
Setúbal	8	3,9	Portuguesa	1	,5
Porto	6	2,9	Torres Vedras	1	,5
Viseu	5	2,5	Viana do Castelo	1	,5
Faro	4	2,0			
			Total	204	100,00

No conjunto de resultados obtidos 82,1% são solteiros, 11,4% são casados e 6,5% são divorciados.

Quanto a habilitações literárias, 18,8% têm ensino básico não concluído, 22,3% têm ensino básico concluído, 33,7% têm ensino secundário (12º ano) não concluído, 10,4% têm ensino secundário (12º ano) concluído, 12,9% têm curso profissional/ CTESP, 0,5% têm bacharelato, 1,0% têm licenciatura e 0,5% têm mestrado.

Acerca das habilitações literárias dos pais, 29,2% têm ensino básico não concluído, 30,4% têm ensino básico concluído, 10,6% têm ensino secundário (12º ano) não concluído, 14,9% têm ensino secundário (12º ano) concluído, 5,0% têm curso profissional/ CTESP, 1,9% têm bacharelato, 4,3% têm licenciatura, 1,2% têm mestrado e 2,5% têm doutoramento.

No que concerne à função/profissão que desempenhava as respostas mais frequentes são estudante com 15,7%, seguida de desempregado com 8,8% e construção civil com 7,8%.

Quanto à situação de reclusão, 50% encontram-se a cumprir pena e 50% em medida preventiva de liberdade.

Na amostra dos elementos com pena definida, o número total de anos de pena apresenta um valor médio de 7,02 anos com uma dispersão de valores de 51%, variando entre o mínimo de 1 ano e o máximo de 17,5 anos. O número total de anos de pena foi recodificado em quatro categorias, que serão utilizadas nas análises inferenciais (16,3% têm 1 a 5 anos, 18,0% têm 5 a 8 anos e 15,7% têm mais de 8 anos).

O número anos de pena cumprida apresenta um valor médio de 2,36 anos com uma dispersão de valores de 94%, variando entre o mínimo de 0 anos e o máximo de 13 anos. Este foi recodificado em três categorias, que serão utilizadas nas análises inferenciais. (32,6% já cumpriram até 1 ano de pena, 36,2% cumpriram entre 1 a 2,5 anos e 31,2% cumpriram mais de 2,5 anos).

A idade em que foi preso pela primeira vez apresenta um valor médio de 23,8 anos com uma dispersão de valores de 41%, variando entre o mínimo de 16 anos e o máximo de 63 anos. Esta foi recodificada em quatro categorias (28,3% tinham 16 a 18 anos, 29,9% tinham 19 a 20 anos, 16,8% tinham 21 a 25 anos e 25,0% tinham mais de 25 anos).

Na amostra, 24,4% dos indivíduos já tinham sido presos mais do que uma vez. Para os que já tinham sido presos mais do que uma vez, 75,6% respondem duas vezes, 13,3% respondem três vezes e 6,7% respondem quatro vezes.

Quanto ao motivo de reclusão, são dadas as respostas listadas na tabela 7, sendo as mais frequentes roubo com 26,5% e tráfico de estupefacientes com 23%, seguidos de furto com 9,3% e homicídio com 8,8%.

Tabela 7 - Tabela de frequências: motivo de reclusão

N=204	N	%
Roubo	54	26,5%
Tráfico de estupefacientes	47	23,0%
Furto	19	9,3%
Homicídio	18	8,8%
Violência Doméstica	9	4,4%
Detenção arma proibida	8	3,9%
Violência	7	3,4%
Ofensa à integridade física	5	2,5%
Condução sem carta	3	1,5%
Inocente	3	1,5%

Assalto	2	1,0%
Erro do sistema	2	1,0%
Injúria	2	1,0%
Multas	2	1,0%
Sequestro	2	1,0%
Violação	2	1,0%
Acidente	1	,5%
Álcool	1	,5%
Burla	1	,5%
Carjacking	1	,5%
Dano	1	,5%
Estudante	1	,5%
Falta de oportunidade	1	,5%
Fraude Fiscal	1	,5%
Rapto	1	,5%

De seguida, apresenta-se um quadro resumo da análise das questões deste (tabela 8).

Tabela 8 - Tabela de frequências: resumo do grupo I – questionário sociodemográfico

		N	%
Idade M=28,4 DP=11,8 (1 omissos)	18 a 21 anos	75	36,9
	22 a 25 anos	51	25,1
	26 a 40 anos	39	19,2
	41 a 65 anos	38	18,7
Nacionalidade (1 omissos)	Portuguesa	172	84,7
	Brasileira	12	5,9
	Outra	19	9,4
Estado Civil (3 omissos)	Solteiro	165	82,1
	Casado	23	11,4
	Divorciado	13	6,5
Escolaridade (2 omissos)	Ensino básico não concluído	38	18,8
	Ensino básico concluído	45	22,3
	Ensino secundário (12º ano) não concluído	68	33,7
	Ensino secundário (12º ano) concluído	21	10,4
	Curso profissional/ CTESP	26	12,9
	Bacharelato	1	,5
	Licenciatura	2	1,0
	Mestrado	1	,5
	Ensino básico não concluído	47	29,2

	Ensino básico concluído	49	30,4
	Ensino secundário (12º ano) não concluído	17	10,6
Escolaridade dos pais (43 omissos)	Ensino secundário (12º ano) concluído	24	14,9
	Curso profissional/ CTESP	8	5,0
	Bacharelato	3	1,9
	Licenciatura	7	4,3
	Mestrado	2	1,2
	Doutoramento	4	2,5
Nº total de anos de pena (32 omissos)	Medida preventiva de liberdade	86	50,0
	[1 a 5[ anos	28	16,3
	[5 a 8[ anos	31	18,0
	Mais de 8 anos	27	15,7
Nº de anos de pena que já cumpriu (66 omissos)	até 1 ano	45	32,6
	[1 a 2,5[ anos	50	36,2
	Mais de 2,5 anos	43	31,2
Idade quando foi preso pela 1ª vez (20 omissos)	16-18 anos	52	28,3
	19-20 anos	55	29,9
	21 a 25 anos	31	16,8
	Mais de 25 anos	46	25,0
Preso mais do que uma vez (11 omissos)	Não	146	75,6
	Sim	47	24,4
Total		204	100,0

#### 1.1.4. Grupo II – HLS-EU-PT-Q16

O Grupo II é constituído pelo HLS-EU-PT-Q16. Apresenta-se a distribuição das percentagens de respostas válidas HLS-EU-PT-Q16 na tabela 9.

Em média, a concordância é superior para a pergunta “4. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?” (M=3,16), seguido da “7. Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?” (M=3,03), “3. Compreender o que o seu médico lhe diz?” (M=3,01) e “10. Compreender porque precisa de fazer rastreios?” (M=3,01), “14. Compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos?” (M=3,00), “11. Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?” (M=2,74), “5. Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?” (M=2,72) e “1. Encontrar

Informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?” (M=2,68). O valor mais baixo é para a “8. Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?” (M=2,53), tendo todos os itens uma facilidade superior ao ponto intermédio da escala de medida.

Tabela 9 - Distribuição das percentagens das respostas válidas do HLS-EU-PT-Q16

	Muito difícil		Difícil		Fácil		Muito fácil	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?	17	9,3%	46	25,3%	98	53,8%	21	11,5%
2. Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente?	8	4,1%	39	20,2%	113	58,5%	33	17,1%
3. Compreender o que o seu médico lhe diz?	5	2,5%	23	11,6%	135	68,2%	35	17,7%
4. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que lhe foi receitado?	4	2,1%	10	5,1%	132	67,7%	49	25,1%
5. Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?	13	7,3%	49	27,7%	90	50,8%	25	14,1%
6. Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?	12	6,2%	34	17,6%	117	60,6%	30	15,5%
7. Seguir instruções do seu médico ou farmacêutico?	10	5,0%	11	5,5%	142	70,6%	38	18,9%
8. Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?	21	12,1%	56	32,2%	81	46,6%	16	9,2%
9. Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	10	5,4%	37	19,9%	100	53,8%	39	21,0%

10. Compreender porque precisa de fazer rastreios?	7	4,0%	24	13,7%	105	60,0%	39	22,3%
11. Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	12	6,8%	36	20,5%	113	64,2%	15	8,5%
12. Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação?	10	5,3%	38	20,2%	109	58,0%	31	16,5%
13. Saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental?	9	4,7%	29	15,3%	112	58,9%	40	21,1%
14. Compreender conselhos sobre saúde vindo de familiares ou amigos?	9	4,6%	25	12,8%	118	60,5%	43	22,1%
15. Compreender a informação nos meios de comunicação como se manter mais saudável?	9	4,7%	25	13,1%	120	62,8%	37	19,4%
16. Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?	7	3,8%	31	17,0%	117	64,3%	27	14,8%

### 1.1.5. Grupo III – OHL-AQ

O Grupo III é constituído pelo OHL-AQ. Apresenta-se as frequências absolutas e relativas do OHL-AQ na tabela 10.

Na amostra, a percentagem de respostas corretas é 76,5% para Q2 (2), 75,0% para Q11, 74,5% para Q9, 66,7% para Q4, 66,7% para Q6, 61,8% para Q5, 60,3% para Q2 (3), 50,0% para Q2 (1), 49,5% para Q10, 49,0% para Q8, 46,6% para Q7, 43,1% para Q12, 38,7% para Q3 (1), 21,6% para Q13, 20,6% para Q3 (2), 19,6% para Q14 e 10,3% para Q1.

Salienta-se as elevadas percentagens às respostas Q1 e Q14 com não sei, 49,5% e 63,2%, respetivamente.

Tabela 10 - Frequências absolutas e relativas das variáveis da literacia em saúde oral, na amostra

Variável (N=204)		N	%	N válido	
Leitura e compreensão (habilidades e conhecimento)	Doença de pele	24	11,8		
	<b>Enfarte do Miocárdio</b>	<b>21</b>	<b>10,3</b>		
	Q1: Associação entre doenças orais e outros problemas de saúde tais como:	Doença mental	35	17,2	199
		Distrofia muscular	19	9,3	
		Não sei	101	49,5	
		Não responde	4	2	
	Q2: Escovar os dentes com pasta dentífrica que contém (1):	Sabores	10	4,9	199
		Branqueador	58	28,4	
		Detergentes	5	2,5	
		<b>Flúor</b>	<b>102</b>	<b>50,0</b>	
		Não sei	22	10,8	
		Não responde	7	3,4	
	Q2: Escovar [...] pelo menos duas vezes por (2):	Mês	4	2,0	199
		Refeição	19	9,3	
		<b>Dia</b>	<b>156</b>	<b>76,5</b>	
		Semana	3	1,5	
		Não sei	17	8,3	
		Não responde	5	2,5	
	Q2: [...] evitar comidas com muito/a (3):	Sal	13	6,4	199
	Especiarias	12	5,9		
	Gordura	16	7,8		
	<b>Açúcar</b>	<b>123</b>	<b>60,3</b>		
	Não sei	33	16,2		
	Não responde	7	3,4		
Q3: Cada pessoa tem 32 dentes (1):	Incisivos	28	13,7	199	
	Decíduos	14	6,9		
	Molares	12	5,9		
	<b>Permanentes</b>	<b>79</b>	<b>38,7</b>		
	Não sei	64	31,4		
	Não responde	7	3,4		
Q3: [...] que obtém (...) (2) aos seis nos de idade:	A maioria	55	27,0	199	
	<b>Os primeiros</b>	<b>42</b>	<b>20,6</b>		
	Os últimos	16	7,8		
	A totalidade	29	14,2		
	Não sei	57	27,9		
	Não responde	5	2,5		

Numeracia (habilidades de leitura, escrita e cálculo)	Q4: Tomou antibiótico de 8/8h às 14h. O próximo é:	<b>22h</b>	<b>136</b>	<b>66,7</b>	199
		Outro horário	29	14,2	
		Não sei	33	16,2	
	Q5: Se os sintomas se resolvem ao 4º de 7 dias de antibiótico deve suspendê-lo?	Sim	33	16,2	199
		<b>Não</b>	<b>126</b>	<b>61,8</b>	
		Não sei	40	19,6	
	Q6: Colutório para bochechar e cuspir. Pode degluti-lo?	Sim	14	6,9	199
		<b>Não</b>	<b>136</b>	<b>66,7</b>	
		Não sei	49	24,0	
	Q7: Manter o jejum 30 min após usar o colutório. Usando-o às 0h quando termina o jejum?	<b>00:30h</b>	<b>95</b>	<b>46,6</b>	199
		Outro horário	32	15,6	
		Não sei	73	35,8	
Q8: Se o dente extraído às 8h, quando deve retirar a gaze da boca?	<b>8h30</b>	<b>100</b>	<b>49,0</b>	200	
	Outro horário	55	26,9		
	Não sei	44	21,6		
Q9: Se o dente extraído às 8h pode comer comida quente às 14h?	Sim	19	9,3	200	
	<b>Não</b>	<b>152</b>	<b>74,5</b>		
	Não sei	29	14,2		
Tomada de decisão apropriada (habilidade de leitura, compreensão e tomada de decisão)	Q10: Melhor comportamento se ligeiro sangramento após uso de fio ou escova dentária	Não escovar e usar fio diariamente	29	14,2	198
		Mascar pastilha elástica em vez de usar escovar ou usar fio	9	4,4	
		<b>Continuar a escovar e utilizar fio diariamente</b>	<b>101</b>	<b>49,5</b>	
		Utilizar palito em vez de escovar e usar fio	10	2,9	
		Não sei	49	24,0	
		Não responde	6	2,9	
	Q11: Melhor decisão se ocorrer dor e inchaço na boca	Usar antibiótico	18	8,8	198
Usar analgésico	6	2,9			
Consultar a família	2	1,0			

	<b>Visitar o médico ou o dentista</b>	<b>153</b>	<b>75,0</b>	
	Não sei	19	9,3	
	Não responde	6	2,9	
Q12: Qual destas é a melhor forma de remover manchas e tártaro dos dentes?	Comer comida dura como maçãs	8	3,9	
	Bochechar com um colutório	1	,5	
	Usar pasta dentífrica branqueadora e antitártaro	55	27,0	198
	<b>Realizar uma destartarização</b>	<b>88</b>	<b>43,1</b>	
	Não sei	46	22,5	
	Não responde	6	2,9	
	Q13: Qual o significado de “exonero o meu dentista de complicações não intencionais do tratamento”?	O meu dentista é responsável por complicações	14	6,9
Eu consinto ao meu dentista o tratamento proposto		17	8,3	
Dou permissão ao meu dentista para qualquer tratamento necessário		54	26,5	198
<b>O meu dentista não é responsável por complicações não intencionais no tratamento</b>		<b>44</b>	<b>21,6</b>	
Não sei		69	33,8	
Não responde		6	2,9	
Q14: Qual o significado de “tenho uma história de alergia a alguns medicamentos”?	Sinto problemas em falar e entro em convulsão após consumir alguns medicamentos	5	2,5	198
	Fico com fortes dores no peito após o seu consumo	8	3,9	

	<b>Sinto incapacidade para respirar e com vermelhão na pele após o seu consumo</b>	<b>40</b>	<b>19,6</b>
	Sinto ansiedade e tonturas após o seu consumo	15	7,4
	Não sei	129	63,2
	Não responde	7	3,4

## 1.2. Análise da consistência interna das escalas

### 1.2.1. HLS-EU-PT-Q16

A escala do HLS-EU-PT-Q16 é uma escala ordinal do tipo Likert com quatro alternativas válidas de resposta (de “1” a “4”) entre “Muito Difícil” e “Muito Fácil” e constituída por 16 itens, organizados em três domínios.

Tabela 11 - Consistência interna do HLS-EU-PT-Q16

	Nº itens	Alfa de Cronbach	Correlação item-total
HLS-EU-PT-Q16	16	0,902	0,450-0,707
Domínio 1: Cuidados de saúde (Q1-Q7)	7	0,822	0,483-0,635
Domínio 2: Prevenção da doença (Q8-Q12)	5	0,765	0,480-0,614
Domínio 3: Promoção da saúde (Q13-Q16)	4	0,771	0,501-0,660

O valor do Alfa de Cronbach é superior a 0,80 para o HLS-EU-PT-Q16 e para o “Domínio 1: Cuidados de saúde”, pelo que os itens integrantes da escala e destes domínios medem de forma adequada os respetivos construtos. É superior a 0,70 para o “Domínio 2: Prevenção da doença” e para o “Domínio 3: Promoção da saúde”, pelo que os itens medem de forma aceitável estes domínios.

Para a escala e para os domínios, as correlações itens-total são sempre positivas e com valores mínimos superiores a 0,3 para todas as situações. O efeito da eliminação dos itens não provoca aumento do valor do Alfa de Cronbach.

Desta forma, a escala do HLS-EU-PT-Q16 e de todos os seus domínios são medidas de forma adequada ou aceitável nesta amostra.

### 1.2.2. OHL-AQ

A escala do OHL-AQ é uma escala dicotómica com duas alternativas de resposta (incorreta ou correta) e constituída por 17 itens, organizados em quatro dimensões.

Tabela 12 - Consistência interna do OHL-AQ

	Nº itens	Alfa de Cronbach	Correlação item-total
OHL-AQ	17	0,800	0,103-0,514
[LC] Leitura e compreensão (Q1-Q3)	6	0,534	0,105-0,401
[N] Numeracia (Q4-Q7)	4	0,631	0,314-0,483
[O] Ouvir (Q8-Q9)	2	0,588	0,421-0,421
[MD] Tomada de decisão apropriada (Q10-Q14)	5	0,617	0,349-0,410

O valor do Alfa de Cronbach é superior a 0,80 para o OHL-AQ, pelo que os itens integrantes da escala medem de forma adequada o construto. É superior a 0,60 para as dimensões “[N] Numeracia”, e “[MD] Tomada de decisão apropriada”, pelo que os itens medem de forma aceitável estas dimensões.

Para as dimensões “[O] Ouvir” e “[LC] Leitura e compreensão” o valor do Alfa de Cronbach é inferior ao aceitável.

Para a escala e para os domínios, as correlações itens-total são sempre positivas e com valores mínimos superiores a 0,3 para todas as situações, com exceção apenas dos itens Q1 e Q3. O efeito da eliminação dos itens não provoca o aumento relevante do valor do Alfa de Cronbach.

Portanto, a escala do OHL-AQ é medida de forma adequada nesta amostra. As suas dimensões são determinadas de forma aceitável nesta amostra, com exceção das dimensões “[O] Ouvir” e “[LC] Leitura e compreensão”. Apesar deste aspeto que terá que ser tido em consideração como limitação de todas as inferências realizadas, serão utilizadas as dimensões nas análises seguintes, uma vez que trazem um valor acrescentado a este estudo.

### 1.3. Análise descritiva das escalas

#### 1.3.1. HLS-EU-PT-Q16

Tabela 13 - Estatística do HLS-EU-PT-Q16, domínios

	N	M	DP	CV	Min	Max
HLS-EU-PT-Q16	177	31,7	7,4	23%	7	50
Domínio 1: Cuidados de saúde	182	32,0	8,3	26%	2	50
Domínio 2: Prevenção da doença	170	30,2	8,7	29%	0	50
Domínio 3: Promoção da saúde	168	32,9	8,9	27%	8	50

A escala global do HLS-EU-PT-Q16 apresenta um valor médio  $M=31,7$  com uma dispersão de valores de 23%, variando entre o mínimo de 7 e o máximo de 50.

Os domínios apresentam valores médios semelhantes: “Domínio 1. Cuidados de saúde” ( $M=32,0$ ), “Domínio 2. Prevenção da doença” ( $M=30,2$ ) e “Domínio 3. Promoção da saúde” ( $M=32,9$ ).

Tabela 14 - Estatística do HLS-EU-PT-Q16, em categorias

	N	%
inadequado [0-25]	27	15,3
problemático [26-33]	92	52,0
suficiente [34-42]	44	24,9
excelente [43-50]	14	7,9
Total	177	100,0

Verificam-se 27 valores omissos

Verifica-se que 15,3% da amostra enquadra-se na categoria “inadequado [0-25]”, 52,0% na categoria “problemático [26-33]”, 24,9% na categoria “suficiente [34-42]” e 7,9% na categoria “excelente [43-50]”, conforme ilustra a tabela 14.

#### 1.3.2. OHL-AQ

Tabela 15 - Estatística do OHL-AQ, dimensões

	N	M	DP	CV	Min	Max
OHL-AQ	196	8,6	3,8	44%	0	16
[LC] Leitura e compreensão	199	7,4	4,1	55%	0	17

[N] Numeracia	199	10,5	5,6	53%	0	17
[O] Ouvir	200	10,7	6,7	62%	0	17
[MD] Tomada de decisão apropriada	198	7,3	4,8	66%	0	17

A escala global do OHL-AQ apresenta um valor médio  $M=8,6$  com uma dispersão de valores de 44%, variando entre o mínimo de 0 e o máximo de 16.

As dimensões apresentam os seguintes valores médios: “[LC] Leitura e compreensão” ( $M=7,4$ ), “[N] Numeracia” ( $M=10,5$ ), “[O] Ouvir” ( $M=10,7$ ) e “[MD] Tomada de decisão apropriada” ( $M=7,3$ ).

Tabela 16 - Estatística do OHL-AQ, categorias

	N	%
inadequado [0-9]	111	56,6
marginal [10-11]	33	16,8
adequado [12-17]	52	26,5
Total	196	100,0

Verificam-se 8 valores omissos

Verifica-se que 56,6% da amostra enquadra-se na categoria “inadequado [0-9]”, 16,8% na categoria “marginal [10-11]”, 26,5% na categoria “adequado [12-17, conforme ilustra a tabela 16.

## 2.1. Inferência estatística

### 2.1.1. Relação entre os níveis de literacia em saúde e em saúde oral com as variáveis sociodemográficas

Das variáveis em estudo no Grupo I podemos concluir que os níveis de literacia em saúde e em saúde oral não variam de forma estatisticamente significativa com o estado civil, escolaridade, situação de reclusão, anos de pena cumpridos, idade a que foram presos pela primeira vez e o número de vezes que foram presos. Assim, podemos afirmar que não existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis acima descritas e os níveis de literacia em saúde e em saúde oral.

As restantes variáveis serão analisadas individualmente por apresentarem diferenças estatisticamente significativas.

### 2.1.1.1. Idade

Uma vez que os grupos em estudo são considerados de grande dimensão, utilizaram-se os testes paramétricos.

Tabela 17 - Teste ANOVA one-way: relação entre o HLS-EU-PT-Q16 e idade

		N	M	DP	F	p	Post-hoc Tukey
HLS-EU- PT-Q16	18 a 21 anos	63	32,8	7,0	5,124	** 0,002	18-21,
	22 a 25 anos	47	33,3	6,8			22-25
	26 a 40 anos	33	31,4	5,8			>
	41 a 65 anos	34	27,5	8,9			41-65
Domínio 1: Cuidados de saúde	18 a 21 anos	66	33,5	7,6	3,470	* 0,017	18-21,
	22 a 25 anos	49	33,2	7,5			22-25
	26 a 40 anos	32	31,0	8,3			>
	41 a 65 anos	35	28,5	9,5			41-65
Domínio 2: Prevenção da doença	18 a 21 anos	59	30,7	9,2	2,679	* 0,049	22-25
	22 a 25 anos	41	32,4	8,0			>
	26 a 40 anos	34	30,1	6,4			41-65
	41 a 65 anos	36	27,0	9,7			
Domínio 3: Promoção da saúde	18 a 21 anos	59	33,8	8,7	2,004	0,115	
	22 a 25 anos	46	34,6	8,8			
	26 a 40 anos	34	31,7	7,5			
	41 a 65 anos	29	30,0	10,0			

\*\* p < 0,01 \* p < 0,05

O score global do HLS-EU-PT-Q16 e o “Domínio 1: Cuidados de saúde” são superiores para 18 a 21 anos e 22 a 25 anos e inferiores para 41 a 65 anos, o “Domínio 2: Prevenção da doença” é superior para 22 a 25 anos e inferior para 41 a 65 anos. De acordo com o teste da ANOVA one-way as diferenças observadas são estatisticamente significativas.

O score global do HLS-EU-PT-Q16 e o “Domínio 1: Cuidados de saúde” são significativamente superiores para 18 a 21 anos e 22 a 25 anos em comparação com 41 a 65 anos. O “Domínio 2: Prevenção da doença” é significativamente superior para 22 a 25 anos em comparação com 41 a 65 anos, de acordo com os testes Post-hoc de Tukey.

Na amostra, o “Domínio 3: Promoção da saúde” é superior para 18 a 21 anos e 22 a 25 anos e inferior para 41 a 65 anos, mas as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Tabela 18 - Teste ANOVA one-way: relação entre o OHL-AQ e idade

		N	M	DP	F	p
OHL-AQ	18 a 21 anos	73	8,7	3,8	0,186	0,906
	22 a 25 anos	50	8,3	3,8		
	26 a 40 anos	37	8,7	4,0		
	41 a 65 anos	36	8,5	3,4		
[LC] Leitura e compreensão	18 a 21 anos	73	7,7	4,1	0,664	0,575
	22 a 25 anos	51	7,2	3,8		
	26 a 40 anos	37	6,8	4,4		
	41 a 65 anos	38	8,0	4,3		
[N] Numeracia	18 a 21 anos	73	10,6	6,4	0,451	0,717
	22 a 25 anos	51	10,0	5,7		
	26 a 40 anos	37	11,4	4,8		
	41 a 65 anos	38	10,3	4,7		
[O] Ouvir	18 a 21 anos	74	11,0	6,2	0,542	0,654
	22 a 25 anos	51	10,2	6,8		
	26 a 40 anos	39	11,6	6,9		
	41 a 65 anos	36	9,9	7,2		
[MD] Tomada de decisão apropriada	18 a 21 anos	75	7,5	4,5	0,397	0,755
	22 a 25 anos	50	7,2	5,1		
	26 a 40 anos	37	7,7	5,2		
	41 a 65 anos	36	6,6	4,7		

O score global do OHL-AQ é superior para 18-21 anos e 26-40 anos. A dimensão “[N] Numeracia”, “[O] Ouvir” e “[MD] Tomada de decisão apropriada” é superior dos 26-40 anos. A dimensão “[LC] Leitura e compreensão” é superior para os 41-65 anos de idade. De acordo com o teste da ANOVA one-way, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

### 2.1.1.2. Nacionalidade

Alguns dos grupos em estudo não podem ser considerados de grande dimensão, pois apresentam menos de 30 elementos, portanto, utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov de aderência à distribuição normal que permitiu concluir que não se verifica o pressuposto da normalidade. Desta forma, utilizam-se os testes não paramétricos.

Tabela 19 - Teste de Kruskal-Wallis: relação entre o HLS-EU-PT-Q16 e nacionalidade

		N	M	DP	H	p
HLS-EU-PT-Q16	Portuguesa	154	31,8	7,6		
	Brasileira	9	30,4	5,6	1,23	0,540
	Outra	14	30,9	5,8		
Domínio 1: Cuidados de saúde	Portuguesa	158	32,2	8,6		
	Brasileira	9	30,9	4,8	1,86	0,395
	Outra	15	30,9	6,5		
Domínio 2: Prevenção da doença	Portuguesa	149	30,2	8,8		
	Brasileira	8	31,1	8,5	0,29	0,864
	Outra	13	29,3	7,6		
Domínio 3: Promoção da saúde	Portuguesa	144	33,4	8,9		
	Brasileira	9	27,8	9,1	5,09	0,078
	Outra	15	31,7	7,7		

O score global do HLS-EU-PT-Q16 e o “Domínio 1: Cuidados de saúde” são superiores para nacionalidade portuguesa, o “Domínio 2: Prevenção da doença” é superior para nacionalidade brasileira, o “Domínio 3: Promoção da saúde” é superior para nacionalidade portuguesa e inferior para nacionalidade brasileira. De acordo com o teste de Kruskal-Wallis, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Tabela 20 - Teste de Kruskal-Wallis: relação entre o OHL-AQ e nacionalidade

		N	M	DP	H	p	Post-hoc Tahmane
OHL-AQ	Portuguesa	166	8,9	3,7			
	Brasileira	12	8,3	4,8	15,27	*** 0,000	Port>Out
	Outra	18	5,6	2,3			
[LC] Leitura e compreensão	Portuguesa	169	7,5	4,1			
	Brasileira	12	8,5	4,8	4,25	0,119	
	Outra	18	5,8	3,3			

[N] Numeracia	Portuguesa	169	11,1	5,3	13,32	** 0,001	Port>Out
	Brasileira	12	9,6	6,6			
	Outra	18	5,7	5,8			
[O] Ouvir	Portuguesa	169	11,4	6,4	9,96	** 0,007	Port>Out
	Brasileira	12	7,1	8,0			
	Outra	19	7,2	6,5			
[MD] Tomada de decisão apropriada	Portuguesa	168	7,6	4,9	6,01	* 0,050	Port>Out
	Brasileira	12	7,4	5,2			
	Outra	18	4,7	3,3			
					*** p < 0,001	** p < 0,01	* p < 0,05

O score global do OHL-AQ e a dimensão “[N] Numeracia” são superiores para nacionalidade portuguesa, seguida de brasileira e inferiores para outra, a dimensão “[O] Ouvir” é superior para nacionalidade portuguesa, a dimensão “[MD] Tomada de decisão apropriada” é superior para nacionalidade portuguesa e brasileira. De acordo com o teste de Kruskal-Wallis, as diferenças observadas são estatisticamente significativas.

O score global do OHL-AQ e as dimensões “[N] Numeracia”, “[O] Ouvir” e “[MD] Tomada de decisão apropriada” são significativamente superiores para nacionalidade portuguesa em comparação com outra, de acordo com os testes Post-hoc de Tahmane.

### 2.1.1.3. Escolaridade dos pais

Em virtude de se verificarem poucas observações em cada categoria do ensino superior, estas são agregadas numa única categoria, de acordo com a tabela 21.

Tabela 21 - Tabela de frequências: escolaridade dos pais

	N	%
Ensino básico não concluído	47	29,2
Ensino básico concluído	49	30,4
Ensino secundário (12º ano) não concluído	17	10,6
Ensino secundário (12º ano) concluído	24	14,9
Curso profissional/ CTESP	8	5,0
Ensino superior	16	9,9

Total	161	100,0
Verificam-se 43 respostas omissas		

Alguns dos grupos em estudo não podem ser considerados de grande dimensão, pois apresentam menos de 30 elementos, portanto, utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov de aderência à distribuição normal que permitiu concluir que não se verifica o pressuposto da normalidade. Desta forma, utilizam-se os testes não paramétricos.

Tabela 22 - Teste de Kruskal-Wallis: relação entre o HLS-EU-PT-Q16 e a escolaridade dos pais

		N	M	DP	H	p
HLS-EU-PT-Q16	EB não concluído	42	29,7	8,1	5,27	0,383
	EB concluído	44	30,9	6,0		
	Esec não concluído	16	32,4	5,3		
	Esec concluído	20	33,6	10,5		
	CProf/ CTESP	7	33,1	4,8		
	Ensino superior	12	33,4	7,7		
Domínio 1: Cuidados de saúde	EB não concluído	43	30,1	8,9	8,93	0,112
	EB concluído	43	30,9	6,3		
	Esec não concluído	16	32,1	4,1		
	Esec concluído	22	33,9	10,5		
	CProf/ CTESP	8	35,3	5,4		
	Ensino superior	14	33,2	11,9		
Domínio 2: Prevenção da doença	EB não concluído	41	29,6	9,5	1,28	0,937
	EB concluído	43	29,9	7,7		
	Esec não concluído	15	30,6	5,9		
	Esec concluído	19	31,8	11,9		
	CProf/ CTESP	6	31,0	5,9		
	Ensino superior	12	31,3	10,7		
Domínio 3: Promoção da saúde	EB não concluído	36	30,9	8,4	3,77	0,584
	EB concluído	40	31,9	7,5		
	Esec não concluído	14	34,8	10,7		
	Esec concluído	21	33,9	11,4		
	CProf/ CTESP	6	32,6	8,1		
	Ensino superior	14	31,9	8,4		

O score global do HLS-EU-PT-Q16 e respetivos domínios apresentam uma tendência de aumento com o aumento da escolaridade dos pais, exceto para o “Domínio 3:

Promoção da saúde”. De acordo com o teste Kruskal-Wallis, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Tabela 23 - Teste de Kruskal-Wallis: relação entre o OHL-AQ e a escolaridade dos pais

		N	M	DP	H	p	Post-hoc Tahmane
OHL-AQ	EB não concluído	44	8,1	3,5	12,96	* 0,024	Sec > EBnc,EBc
	EB concluído	49	8,1	3,6			
	Esec não concluído	16	10,8	2,6			
	Esec concluído	24	10,1	4,1			
	CProf / CTESP	8	7,5	6,2			
	Ensino superior	16	9,9	4,3			
[LC] Leitura e compreensão	EB não concluído	45	6,3	4,1	11,52	* 0,042	Sec > EBnc,EBc
	EB concluído	49	7,2	4,2			
	Esec não concluído	16	9,7	2,3			
	Esec concluído	24	9,0	4,7			
	CProf / CTESP	8	6,7	6,0			
	Ensino superior	16	7,4	4,0			
[N] Numeracia	EB não concluído	45	10,9	4,8	5,88	0,318	
	EB concluído	49	9,9	6,2			
	Esec não concluído	16	13,0	4,5			
	Esec concluído	24	12,2	4,7			
	CProf / CTESP	8	8,5	7,2			
	Ensino superior	16	11,7	5,5			
[O] Ouvir	EB não concluído	46	10,3	6,7	5,94	0,312	
	EB concluído	49	11,3	6,6			
	Esec não concluído	17	13,5	5,3			
	Esec concluído	24	11,7	6,5			
	CProf / CTESP	8	7,4	7,1			
	Ensino superior	16	12,2	6,2			
[MD] Tomada de decisão apropriada	EB não concluído	44	6,9	4,5	10,21	0,069	
	EB concluído	49	6,5	4,0			
	Esec não concluído	17	9,2	5,3			
	Esec concluído	24	9,1	6,0			
	CProf / CTESP	8	7,7	6,5			
	Ensino superior	16	10,4	5,3			

\* p < 0,05

O score global do OHL-AQ e a dimensão “[LC] Leitura e compreensão” são superiores para ensino secundário não concluído, seguido de ensino secundário concluído e inferior para curso profissional/ CTESP e ensino básico. De acordo com o teste de Kruskal-Wallis, as diferenças observadas são estatisticamente significativas.

O score global do OHL-AQ e a dimensão “[LC] Leitura e compreensão” são significativamente superiores para ensino secundário em comparação com ensino básico não concluído e ensino básico concluído, de acordo com os testes Post-hoc de Tahmane.

Para as restantes dimensões as diferenças não são estatisticamente significativas.

#### 2.1.1.4. Anos de pena

Alguns dos grupos em estudo não podem ser considerados de grande dimensão, pois apresentam menos de 30 elementos, portanto, utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov de aderência à distribuição normal que permitiu concluir que não se verifica o pressuposto da normalidade. Desta forma, utilizam-se os testes não paramétricos.

Tabela 24 - Teste de Kruskal-Wallis: relação entre o HLS-EU-PT-Q16 e os anos de pena

		N	M	DP	H	p	Post-hoc Tahmane
HLS-EU- PT-Q16	Preventiva	73	31,3	6,8	7,92	* 0,048	1-5
	[1 a 5[ anos	26	35,3	7,7			>
	[5 a 8[ anos	27	28,7	8,6			5-8
	Mais de 8 anos	26	32,2	6,5			
Domínio 1: Cuidados de saúde	Preventiva	73	31,8	8,5	3,02	0,389	
	[1 a 5[ anos	26	34,6	7,9			
	[5 a 8[ anos	30	30,7	9,1			
	Mais de 8 anos	27	30,8	7,1			
Domínio 2: Prevenção da doença	Preventiva	69	29,0	7,9	11,48	** 0,009	1-5
	[1 a 5[ anos	23	35,1	8,6			>
	[5 a 8[ anos	26	27,6	9,3			Prev, 5-8
	Mais de 8 anos	25	32,6	8,6			
Domínio 3: Promoção da saúde	Preventiva	70	32,1	9,0	5,75	0,124	
	[1 a 5[ anos	25	35,8	9,2			
	[5 a 8[ anos	23	31,0	6,7			
	Mais de 8 anos	24	34,5	9,1			

\*\* p < 0,01

\* p < 0,05

O score global do HLS-EU-PT-Q16 e do “Domínio 2: Prevenção da doença” são superiores para 1-5 anos e inferiores para 5-8 anos. De acordo com o teste de Kruskall-Wallis, as diferenças observadas são estatisticamente significativas.

O score global do HLS-EU-PT-Q16 é significativamente superior para 1-5 anos em comparação com 5-8 anos, o “Domínio 2: Prevenção da doença” é significativamente superior para 1-5 anos em comparação com preventiva e 5-8 anos, de acordo com os testes Post-hoc de Tahmane.

Na amostra, o score global do “Domínio 1: Cuidados de saúde” e do “Domínio 3: Promoção da saúde” é superior para 1-5 anos e inferior para 5-8 anos. De acordo com o teste de Kruskall-Wallis, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Tabela 25 - Teste de Kruskall-Wallis: relação entre o OHL-AQ e os anos de pena

		N	M	DP	H	p
OHL-AQ	Preventiva	81	8,6	3,9	0,76	0,859
	[1 a 5[ anos	28	8,4	4,5		
	[5 a 8[ anos	30	8,6	2,8		
	Mais de 8 anos	27	9,1	3,6		
[LC] Leitura e compreensão	Preventiva	83	7,3	4,3	1,27	0,736
	[1 a 5[ anos	28	7,6	4,6		
	[5 a 8[ anos	30	7,3	4,0		
	Mais de 8 anos	27	8,3	3,5		
[N] Numeracia	Preventiva	83	11,0	5,7	1,54	0,674
	[1 a 5[ anos	28	9,6	6,6		
	[5 a 8[ anos	30	10,2	5,1		
	Mais de 8 anos	27	11,0	5,9		
[O] Ouvir	Preventiva	85	10,1	7,1	3,58	0,310
	[1 a 5[ anos	28	10,0	6,6		
	[5 a 8[ anos	30	12,5	5,3		
	Mais de 8 anos	27	12,0	6,8		
[MD] Tomada de decisão apropriada	Preventiva	82	7,3	4,8	0,47	0,926
	[1 a 5[ anos	28	7,9	5,2		
	[5 a 8[ anos	31	7,0	4,4		
	Mais de 8 anos	27	7,3	4,6		

Na amostra, o score global do OHL-AQ e a dimensão “[LC] Leitura e compreensão” são superiores para mais de 8 anos. A dimensão “[N] Numeracia” é superior para preventiva e mais de 8 anos, a dimensão “[O] Ouvir” é superior para 5-8 anos e mais de 8 anos e a dimensão “[MD] Tomada de decisão apropriada” é superior para 1-5 anos. De acordo com o teste de Kruskal-Wallis, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

### 2.1.2. Relação entre o nível de literacia em saúde e em saúde oral

Tabela 26 - Correlação de Pearson: relação entre a escala do HLS-EU-PT-Q16 e respetivos domínios e a escala do OHL-AQ e respetivas dimensões

Dimensão		HLS-EU-PT-Q16	Domínio 1:	Domínio 2:	Domínio 3:
			Cuidados de saúde	Prevenção da doença	Promoção da saúde
OHL-AQ	r	0,062	0,103	0,025	-0,016
	p	0,419	0,172	0,746	0,843
	N	173	178	166	163
[LC] Leitura e compreensão	r	0,113	0,115	0,079	-0,034
	p	0,138	0,124	0,309	0,664
	N	174	179	168	165
[N] Numeracia	r	0,000	0,080	-0,074	-0,056
	p	1,000	0,287	0,338	0,474
	N	174	179	168	165
[O] Ouvir	r	-0,022	-0,025	0,038	-0,104
	p	0,770	0,734	0,629	0,184
	N	175	180	167	166
[MD] Tomada de decisão apropriada	r	0,097	0,123	0,057	0,075
	p	0,204	0,099	0,464	0,336
	N	175	180	167	165

As correlações entre o score da escala do HLS-EU-PT-Q16 e respetivos domínios e o score da escala do OHL-AQ são todas muito reduzidas e não estatisticamente significativas.

### 2.1.3. Comparação entre o nível de literacia em saúde e em saúde oral entre o EP Leiria e o EP Leiria Jovens

Tabela 27 - Teste t-Student t: relação entre o HLS-EU-PT-Q16 e o EP

		N	M	DP	t	p
HLS-EU-PT-Q16	EP Leiria	73	30,0	7,9	-2,593	** 0,010
	EP Leiria Jovens	104	32,9	6,8		
Domínio 1. Cuidados de saúde	EP Leiria	73	30,6	9,2	-1,980	* 0,049
	EP Leiria Jovens	109	33,0	7,5		
Domínio 2. Prevenção da doença	EP Leiria	76	28,7	8,5	-2,113	* 0,036
	EP Leiria Jovens	94	31,5	8,7		
Domínio 3. Promoção da saúde	EP Leiria	69	31,3	8,9	-2,046	* 0,042
	EP Leiria Jovens	99	34,1	8,7		

\*\* p < 0,01      \* p < 0,05

O score global do HLS-EU-PT-Q16 e de todos os domínios é superior para o EP Leiria Jovens. De acordo com o teste t-Student, as diferenças observadas são estatisticamente significativas.

Tabela 28 - Teste t-Student: relação entre o OHL-AQ e o EP

		N	M	DP	t	p
OHL-AQ	EP Leiria	80	8,7	3,6	,242	,809
	EP Leiria Jovens	116	8,5	3,9		
[LC] Leitura e compreensão	EP Leiria	82	7,3	4,2	-,448	,655
	EP Leiria Jovens	117	7,6	4,0		
[N] Numeracia	EP Leiria	82	10,9	4,7	,856	,393
	EP Leiria Jovens	117	10,2	6,2		
[O] Ouvir	EP Leiria	81	10,9	7,0	,355	,723
	EP Leiria Jovens	119	10,6	6,4		
[MD] Tomada de decisão apropriada	EP Leiria	80	7,3	4,8	-,012	,990
	EP Leiria Jovens	118	7,3	4,8		

Na amostra, o score global do OHL-AQ e as dimensões “[N] Numeracia” e “[O] Ouvir” são superiores para o EP Leiria, a dimensão “[LC] Leitura e compreensão” é superior para o EP Leiria Jovens, a dimensão “[MD] Tomada de decisão apropriada” é semelhante para os dois EP. De acordo com o teste t-Student, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.



#### IV. DISCUSSÃO

A seleção dos instrumentos de avaliação da literacia em saúde e saúde oral mediante a panóplia disponível prendeu-se com inúmeros fatores. Constitui o HLS-EU-Q o instrumento de avaliação mais abrangente e que permite a comparação com a população em geral (Guzys et al., 2015), razão pela qual foi selecionado para a presente investigação.

Por não se encontrar traduzido e validado para a língua portuguesa, o mais recente instrumento de avaliação de literacia em saúde oral não foi utilizado na presente investigação. Segundo Sun et al. (2021), é o instrumento disponível mais abrangente, todavia, carece de outras investigações que permitam comparações entre populações.

Deste modo, foi selecionado o OHL-AQ para a avaliação da literacia em saúde oral por se considerar um instrumento de avaliação holista que permite a analogia com outros estudos (Sistani et al., 2013; Sabbahi et al., 2009).

A amostra (n=204) representa 61,4% da população reclusa dos EP em estudo. A idade dos reclusos da amostra apresenta um valor médio de 28,4 anos com predomínio de indivíduos de nacionalidade portuguesa (84,7%). A idade média da população prisional portuguesa masculina é de 41,2 anos e sobe para 41,6 anos para o sexo feminino (DGRSP, 2022b). Os dados revelam que a idade da amostra é inferior à nacional motivado por um dos EP em estudo ser constituído apenas por jovens reclusos.

Quanto à nacionalidade, outros estudos apresentam as mesmas conclusões uma vez que a percentagem de reclusos a nível nacional com nacionalidade portuguesa é de 85,7% (DGRSP, 2022b).

No que concerne ao distrito de residência, os mais frequentes são Lisboa com 40,7%, Leiria com 22,5% e Santarém com 10,3% motivado pelo local de implementação dos EP.

No que concerne ao analfabetismo prisional, as percentagens nacionais estimam-se em 3% (DGRSP, 2022d) em comparação com os 6% verificados nos EP de Leiria e Leiria Jovens.

Em relação às habilitações literárias, 41,1% dos reclusos têm ensino básico (concluído e não concluído) valores que por comparação com a população reclusa portuguesa são manifestamente elevados, uma vez que, para o mesmo grau de instrução, se fixa nos 22,0% (DGRSP, 2022e). 57,0% da amostra tem o ensino secundário (concluído, não concluído, curso profissional e CTESP) valores abaixo da população reclusa portuguesa que para o mesmo grau regista 66,3% (DGRSP, 2022e). Quanto ao ensino superior, a

amostra em estudo representa 2% em comparação com os 2,9% da população reclusa nacional (DGRSP, 2022e). Em suma, as habilitações literárias dos reclusos dos EP em estudo apresentam maiores carências comparativamente à população reclusa portuguesa.

Relativamente às habilitações literárias dos pais, predomina o ensino básico (concluído e não concluído) com 59,6%. Em segundo lugar, o ensino secundário (concluído, não concluído, curso profissional e CTESP) com 30,5%. O ensino superior representa 8%. Segundo a PORDATA (2022a) 46,6% da população residente portuguesa (entre os 16 e os 89 anos de idade) detinha o ensino básico (concluído e não concluído), 25,4% tinha o ensino secundário (concluído, não concluído, curso profissional e CTESP) e 24,1% o ensino superior. Parece existir uma transversal carência das habilitações literárias dos pais de reclusos em comparação com a população geral.

Quanto à função/profissão que desempenhavam, a mais frequente é estudante com 15,7%, seguida de desempregado com 8,8% e construção civil com 7,8%. A percentagem elevada de estudantes é justificada pela população do EP de Leiria Jovens. A taxa de desemprego e, segundo a PORDATA (2022b), enquadra-se nas estatísticas nacionais que se estimam em 6,6% em consonância com a percentagem registada. Segundo dados da DGRSP (2022f) e das profissões conhecidas, 30,6% da população reclusa enquadra-se no universo de construção civil.

A percentagem nacional da população reclusa em medida preventiva de liberdade estima-se nos 18,5% (DGRSP, 2022g). A elevada percentagem de indivíduos da amostra em medida preventiva de liberdade (50%) encontra-se justificada, uma vez que a população prisional do EP de Leiria é constituída, maioritariamente, por reclusos preventivos (DGRSP, 2022c).

A taxa de reincidência da amostra em estudo é de 24,4%. Esta taxa é de forma clara muito inferior à nacional que, no ano de 2019, embora não conste em estatísticas oficiais, crê-se nos 75% (Diário de Notícias, 2019).

O motivo de reclusão mais frequente é roubo com 26,5% e tráfico de estupefacientes com 23%. Estes valores encontram-se muito acima dos valores nacionais que para os mesmos crimes são de 10% (roubo) e 18,3% (tráfico de estupefacientes) (DGRSP, 2022h). Estes dados situam-se igualmente acima da média europeia, em que os delitos relacionados com substâncias ilegais, representam 17,7% da população reclusa, seguido de roubo com 13% (Council of Europe, 2021).

Da análise do HLS-EU-PT-Q16, a percentagem de problemático e inadequado níveis de literacia situam-se nos 67,3%. Este valor é superior à média nacional que segundo Pedro et al. (2016), se encontra nos 61,4% para as mesmas categorias.

Estes resultados corroboram os estudos de Lázaro (2012) e Rouxel et al. (2013), uma vez que os níveis de literacia em saúde da população reclusa em estudo apresentam pior cenário que o da população portuguesa.

O estudo de Soares et al. (2021) para problemático e inadequado níveis de literacia revelam uma percentagem de 68,75% em concordância com os valores obtidos no presente estudo.

Os valores da população portuguesa fazem com que Portugal se encontre numa das piores posições do ranking europeu. Em pior cenário que Portugal encontra-se a Bulgária onde para as mesmas categorias se relevam 62,1% (Pedro et al., 2016; Sørense et al., 2015).

Segundo Pedro (2018) o nível de literacia em saúde pode apresentar variações de acordo com a dimensão em estudo. Porém, na amostra as diferenças verificadas não são relevantes. A dimensão que apresenta maior diferença é a literacia em prevenção da doença quando comparada à dimensão literacia em promoção de saúde.

Estudos apontam para resultados diferentes, Sørense et al. (2015) revelam que aceder a informação acerca de prevenção de doenças é mais fácil que aceder a informação acerca de cuidados de saúde.

Da análise das questões do HLS-EU-PT-Q16, destaca-se a elevada percentagem, 82,3%, dos inquiridos que compreende a necessidade de fazer rastreios, bem como 74,8% que compreende os avisos de saúde relativos a comportamentos deletérios. Por outro lado, 44,2% dos inquiridos não sabe como encontrar informação sobre problemas do foro psicológico.

Na bibliografia consultada e existente, grande parte dos estudos indicam que a prevalência de distúrbios mentais ou comportamentais é superior em ambiente prisional quando comparado com a restante comunidade (Matsui & Peres, 2021). Deste modo, a manutenção da elevada percentagem de indivíduos que não sabem como encontrar informação sobre problemas de saúde mental irá, cada vez mais, acentuar o fosso observado.

Da análise do OHL-AQ, a percentagem mais elevada de reclusos (56,6%) enquadra-se na categoria de inadequado.

De acordo com os estudos de Sistani et al. (2013), a percentagem de indivíduos que se enquadra na categoria de inadequado estima-se em 39,2%. Os valores observados parecem, em certa medida, indicar um pior cenário na amostra em estudo. Não obstante, destaca-se a ausência de estudos nacionais que incluam o OHL-AQ.

Quanto às dimensões do OHL-AQ, a perícia “Numeracia” e “Ouvir” são as que apresentam valores mais elevados. Em contrapartida, a perícia “Tomada de decisão apropriada” e “Leitura e compreensão” são aquelas que apresentam valores mais baixos.

As perícias com valores mais elevados parecem transparecer que a matemática tenha tido um papel preponderante no desenvolvimento destes indivíduos (uma vez que a maioria são jovens estudantes) e na sua aplicabilidade prática e quotidiana.

Desta forma, parece justificar-se a discrepância observada com base que a “Leitura e compreensão” não é tão intuitiva quanto a “Numeracia”. Embora se tenha assistido a baixos níveis globais de literacia em saúde oral e das perícias “Tomada de decisão apropriada” e “Leitura e compreensão” não significa incapacidade intelectual para alguns destes indivíduos já que noutras perícias demonstraram conhecimentos adequados.

Da análise do OHL-AQ, relativamente à dimensão em “Leitura e Compreensão”, constata-se que apenas 21 (10,3%) respondeu de forma correta à questão sobre a relação entre a saúde oral e a saúde. Nas restantes questões, a maioria respondeu adequadamente, embora existam apenas 42 (20,6%) que conhecem a cronologia de erupção dentária.

No que concerne à perícia “Numeracia” e “Ouvir”, a maioria exhibe conhecimentos adequados.

No que se refere à secção “Tomada de decisão apropriada”, apenas 88 (43,1%) conhece a forma eficaz de remoção de tártaro e manchas dos dentes e 154 (78,4%) não conhecem a definição de “exonero”, o que dificulta fortemente a compreensão e a consequente tomada de decisão.

De relevar, negativamente, que apenas 40 (19,6%) conhece o significado de alergias a medicação.

De salientar, positivamente, o facto de 153 (75%) da amostra ter considerado a necessidade de visitar o médico ou dentista caso ocorra dor e inchaço na cavidade oral, o que potencia o diagnóstico precoce de doenças e/ou tratamento oportuno (Junqueira, 2021).

Os dados revelam existir relação estatisticamente significativa entre a literacia em saúde e a idade ( $p=0,002$ ), assistindo-se a uma tendência de diminuição do nível de literacia em saúde com o aumento da idade.

Os estudos conhecidos corroboram os resultados, como por exemplo, o estudo de Baker et al. (2000), através da aplicação do Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) concluíram que existe uma diminuição do score da literacia em saúde de acordo com o ciclo de vida.

Sørense et al. (2015) no seu estudo europeu de literacia em saúde revela uma correlação negativa entre a idade e a literacia em saúde. Outros estudos mantêm as mesmas conclusões Cunha et al. (2014) e Pedro (2018) e Soares et al. (2021) apontam resultados que revelam que os adultos mais jovens apresentam níveis superiores de literacia em saúde em comparação com indivíduos mais idosos.

Quanto à relação entre a literacia em saúde oral e idade, os resultados não revelam diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,186$ ).

Os estudos conhecidos apontam para resultados diferentes como é exemplo o estudo de Mendes (2019), onde se verificou uma correlação positiva entre a idade e a literacia em saúde oral. Contudo a população em estudo dizia respeito a estudantes do curso de enfermagem, 1º e 4º ano.

No que diz respeito à relação entre a literacia em saúde/saúde oral e a escolaridade, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,949$  e  $p=0,185$ , respetivamente) (anexo 7 e 8).

A literatura parece revelar resultados opostos uma vez que Sørense et al. (2015) e Pedro (2018) nos seus estudos revelam uma correlação estatisticamente significativa entre o grau de escolaridade e o nível de literacia em saúde, onde os valores mais elevados de literacia em saúde se encontram em anos mais avançados de instrução.

Outros estudos apontam resultados similares, Mohammadi et al. (2018) e Mendes (2019) revelam existir uma relação estatisticamente significativa entre a escolaridade e o nível de literacia em saúde oral.

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de literacia em saúde oral e a nacionalidade ( $p<0,001$ ). Estes são significativamente superiores para a população de nacionalidade portuguesa em detrimento de outra nacionalidade. Tais resultados podem estar de acordo com o facto de outra nacionalidade ter dificuldade/desconhecer termos específicos do questionário de avaliação de literacia em saúde oral.

Quanto à relação entre literacia em saúde oral e escolaridade dos pais, os resultados revelam existir diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,024$ ). Os níveis de literacia em saúde oral são significativamente superiores para ensino secundário em comparação com ensino básico.

Outros estudos apresentam resultados diferentes, Mendes (2019) não verificou qualquer relação estatisticamente significativa entre a literacia em saúde oral e a escolaridade dos pais.

Quanto à relação entre literacia em saúde e anos de pena, os resultados revelam existir diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,048$ ). O nível de literacia em saúde é significativamente superior para 1-5 anos de pena em comparação com 5-8 anos. Na bibliografia consultada não existe referência a associações entre literacia em saúde e anos de pena.

Contrariamente ao expectável, os dados revelam não existir associação estatisticamente significativa entre o nível de literacia em saúde e o nível de literacia em saúde oral. Na bibliografia consultada, os estudos não associam o nível de literacia em saúde e o nível de literacia em saúde oral pelo que não é possível fazer analogias. Não obstante, uma vez que a saúde sistémica integra a saúde oral esperava-se existir uma associação estatisticamente significativa entre a literacia em saúde e a literacia em saúde oral. Desta forma, é crucial o estudo aprofundado na relação destas variáveis.

Parece existir relação entre o nível (superior) de literacia em saúde e o EP Leiria Jovens ( $p=0,01$ ). Esta associação parece ser facilmente explicada, uma vez que se registam idades inferiores no EP Leiria Jovens. Todavia, o nível de literacia em saúde oral não se relaciona (estatisticamente) com nenhum EP.

## V. CONCLUSÕES

A avaliação da literacia em saúde e em saúde oral efetuada no presente estudo enfatiza a necessidade de intervenção de forma a combater as iniquidades por aqueles que experimentam exclusão social, nomeadamente, a população reclusa.

O aumento da taxa de reclusão aliada a baixos níveis de literacia em saúde e em saúde oral impõe a criação de estratégias de promoção em saúde. Assim, os EP desempenham um papel elementar na promoção e prevenção através de estratégias educacionais.

O score global do HLS-EU-PT-Q16 apresenta um valor médio de 31,7 ao passo que o score global do OHL-AQ apresenta um valor médio de 8,6.

O presente estudo revelou que os níveis de literacia em saúde e em saúde oral da população em estudo se enquadram em problemático e inadequado, respetivamente, em pior cenário quando comparados à população geral.

Os resultados demonstraram diferenças estatisticamente significativas ao nível da literacia em saúde para as variáveis idade e anos de pena.

Os níveis de literacia em saúde apresentam uma tendência de diminuição com o aumento da idade. Os níveis de literacia em saúde são superiores para 1-5 anos de pena e inferiores para 5-8 anos de pena.

Os resultados demonstraram diferenças estatisticamente significativas ao nível da literacia em saúde oral para as variáveis nacionalidade e escolaridade dos pais.

Os níveis de literacia em saúde oral são significativamente superiores para nacionalidade portuguesa, seguida de brasileira e inferiores para outra nacionalidade. Os níveis de literacia em saúde oral são significativamente superiores para o ensino secundário e inferiores para o ensino básico.

Os resultados revelam não existir relação estatisticamente significativa entre o nível de literacia em saúde e o nível de literacia em saúde oral.

Destaca-se a relação estatisticamente significativa entre os níveis de literacia em saúde, tendencialmente superiores, para o EP Leiria Jovens.

Com vista à implementação estratégica dos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável, a presente investigação contribui, também, para um futuro mais sustentável e inclusivo uma vez que presta o seu contributo ao promover o alerta precoce para a redução de riscos associados à saúde, mas também enfatiza a necessidade de intervenção, através de políticas sociais e de promoção de saúde, nos mais vulneráveis (ODS 3 e 4).



## **VI. LIMITAÇÕES E SUGESTÕES**

A carência de literatura científica no âmbito da presente investigação, envolvendo a população reclusa, reduz fortemente os termos comparativos deste estudo. Assim, serve a presente reflexão para fomentar a investigação da população reclusa.

A natureza restritiva dos EP apresentou grandes desafios para a recolha de dados. Ao ocorrerem grandes flutuações na população diária (decorrente da saída/entrada de reclusos ou a sua ausência temporária decorrente de consultas e/ ou presenças em tribunais), não foi possível a participação de toda a população. Assim, os resultados obtidos são um breve retrato do nível de literacia em saúde e em saúde oral.

Por questões de segurança, não existiram locais tranquilos e silenciosos para a realização dos questionários. Uma vez que a recolha de dados foi realizada em grupos de 6-10 indivíduos, pode ter ocorrido transmissão de informação entre os inquiridos.

De forma a poder obter dados mais aprofundados, sugere-se a incorporação de outros EP em estudos cômplexos.

Reconhecendo a relevância de uma população heterogénea e de maior dimensão, não se revelou exequível a inclusão dos mesmos por motivos temporais.

Sugere-se, assim, destacar a realização de estudos símeis não só com vista a implementar medidas de promoção em saúde e saúde oral mas também sensibilizar e estimular no processo educativo a responsabilidade por transmitir informações e conhecimentos no contexto da saúde e da saúde oral à população reclusa e à população em geral.



## VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Allen, K., Zoellner, J., Motley, M., & Estabrooks, P. A. (2011). Understanding the internal and external validity of health literacy interventions: a systematic literature review using the RE-AIM framework. *Journal of health communication, 16*(3), 55–72. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.604381>

Almeida, C. V. (2020). Literacia em Saúde, um desafio emergente: Contributos para a mudança de comportamento. In Gabinete de Comunicação, Informação e Relações Públicas do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (1st Ed), *Literacia em Saúde, um desafio emergente: Contributos para a mudança de comportamento. Coletânea de Comunicações* (pp. 10-19). Gabinete de Comunicação, Informação e Relações Públicas do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. [https://www.chuc.min-saude.pt/media/Literacia\\_Saude/Literacia\\_em\\_Saude\\_-\\_Coletanea\\_de\\_Counicacoes.pdf](https://www.chuc.min-saude.pt/media/Literacia_Saude/Literacia_em_Saude_-_Coletanea_de_Counicacoes.pdf)

Altin, S. V., Kinke, I., Kautz-Freimuth, S., & Stock, S. (2014). The evolution of health literacy assessment tools: a systematic review. *BMC Public Health, 14*(1207). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1207>

Andrade, A. (2020, September 09). *A responsabilidade das organizações literadas*. [Paper session]. Literacia em Saúde, um desafio emergente: contributos para a mudança de comportamento. Coletânea de Comunicações. Coimbra.

Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Sudano, J., & Patterson, M. (2000). The association between age and health literacy among elderly persons. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences, 55*(6), S368–S374. <https://doi.org/10.1093/geronb/55.6.s368>

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>

Bostanci, N., Mitsakakis, K., Afacan, B., Bao, K., Johannsen, B., Baumgartner, D., Müller, L., Kotolová, H., Emingil, G., & Karpíšek, M. (2021). Validation and verification of predictive salivary biomarkers for oral health. *Scientific reports*, 11(6406). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-85120-w>

Capon, A., McGowan, L., & Bowman, J. (2020). Prisoners' experience and perceptions of health care in Australian prisons: a qualitative study. *International Journal of Prisoner Health*, 16(3), 249-262. <https://doi.org/10.1108/IJPH-11-2019-0062>.

CDC. (2022, February 02). *Health Literacy Basics*. <https://www.cdc.gov/healthliteracy/learn/index.html>

Coelho, R. (2018). Perceptions and Knowledge of Health Literacy among Healthcare Providers in a Community Based Cancer Centre. *Journal of Medical Imaging and Radiation*, 49(1), 11-12. <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2018.02.033>

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(262). <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02289-w>

Council of Europe. (2021, April 08). *Europe's imprisonment rate continues to fall: Council of Europe's annual penal statistics released*. [https://search.coe.int/directorate\\_of\\_communications/Pages/result\\_details.aspx?ObjectId=0900001680a20730](https://search.coe.int/directorate_of_communications/Pages/result_details.aspx?ObjectId=0900001680a20730)

Cunha, M., Gaspar, R., Fonseca, S., Almeida, D., Silva, M., & Nunes, L. (2014). Implications of literacy for health for body mass index. *Atención Primaria*, 46(5), 180–186. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(14\)70088-5](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(14)70088-5)

Decreto-lei n.º 51/2011, de 11 de abril. (2011). <https://www.ministeriopublico.pt/iframe/regulamento-geral-dos-estabelecimentos-prisionais>

Despacho n.º 8140-A/2019 de 13 de setembro do Ministério da Justiça. (2019). Diário da República, 2.ª série, n.º 214. [https://dgrsp.justica.gov.pt/Portals/16/Legislacao/Informacao%20Legislativa/dsp\\_8140-A-2019-dclc-rtfic\\_863-2019.pdf?ver=2019-11-07-095817-600](https://dgrsp.justica.gov.pt/Portals/16/Legislacao/Informacao%20Legislativa/dsp_8140-A-2019-dclc-rtfic_863-2019.pdf?ver=2019-11-07-095817-600)

DGRSP. (2021a). *Plano de Atividades 2021*. (1st ed.). Divisão de Planeamento e Organização. [https://dgrsp.justica.gov.pt/Portals/16/Instrumentos%20de%20Planeamento%20e%20Gestao/Planos%20de%20atividade/Pl\\_ativ\\_2021.pdf?ver=-ynx\\_1R\\_5uBKl\\_cHmzqHfg%3d%3d](https://dgrsp.justica.gov.pt/Portals/16/Instrumentos%20de%20Planeamento%20e%20Gestao/Planos%20de%20atividade/Pl_ativ_2021.pdf?ver=-ynx_1R_5uBKl_cHmzqHfg%3d%3d)

DGRSP. (2022a, April 12). *Lotação e reclusos existentes em 31 de dezembro*. [https://dgrsp.justica.gov.pt/Portals/16/Estatisticas/Área%20Prisional/Anuais/2021/Q03.pdf?ver=5q7IIYPFHE54h\\_Dxhu68Pg%3d%3d](https://dgrsp.justica.gov.pt/Portals/16/Estatisticas/Área%20Prisional/Anuais/2021/Q03.pdf?ver=5q7IIYPFHE54h_Dxhu68Pg%3d%3d)

DGRSP. (2022b, April 12). *Reclusos existente em 31 de dezembro, segundo escalão etário, sexo e nacionalidade*. <https://dgrsp.justica.gov.pt/Portals/16/Estatisticas/Área%20Prisional/Anuais/2021/Q05.pdf?ver=LYvnriUrUgHllR5Wn3Tupg%3d%3d>

DGRSP. (2022c, March 02). *Estabelecimento Prisional de Leiria*. <https://justica.gov.pt/Justica-criminal/Servicos-de-execucao-das-penas/Area-territorial-alargada-do-tribunal-de-execucao-de-penas-de-Coimbra/Estabelecimento-Prisional-de-Leiria#Localizao>

DGRSP. (2022d, March 02). *Estabelecimento Prisional de Leiria (Jovens)*. <https://justica.gov.pt/Justica-criminal/Servicos-de-execucao-das-penas/Area-territorial-alargada-do-tribunal-de-execucao-de-penas-de-Coimbra/Estabelecimento-Prisional-de-Leiria-Jovens->

DGRSP. (2022e, April 12). *Reclusos existentes em 31 de dezembro, segundo a instrução, sexo e nacionalidade*. <https://dgrsp.justica.gov.pt/Portals/16/Estatisticas/Área%20Prisional/Anuais/2021/Q04.pdf?ver=8dtEpzFiC7MxWC-E4dHXUw%3d%3d>

DGRSP. (2022f, August 16). *Distribuição dos reclusos condenados/preventivos segundo a profissão a 16-08-2022.*

DGRSP. (2022g, April 12). *Reclusos existentes a 31 de dezembro, segundo a situação penal, por sexo e nacionalidade.* <https://dgrsp.justica.gov.pt/Portals/16/Estatisticas/Área%20Prisional/Anuais/2021/Q10.pdf?ver=2oA75hsCYjJfUY3bdQNLQg%3d%3d>

DGRSP. (2022h, April 12). *Reclusos condenados existentes em 31 de dezembro, segundo o sexo, os escalões de idade e a nacionalidade, por crimes.* <https://dgrsp.justica.gov.pt/Portals/16/Estatisticas/Área%20Prisional/Anuais/2021/Q09.pdf?ver=RtBI6VpWyjPMsoC0nMyOqg%3d%3d>

Diário de Notícias. (2019, November 26). *75% dos reclusos regressam ao crime. E se houvesse uma justiça restaurativa?* <https://www.dn.pt/edicao-do-dia/26-nov-2019/75-dos-reclusos-regressam-ao-crime-e-se-houvesse-uma-justica-restaurativa-11551359.html>

Donnelly, L. R., Martin, R. E., & Brondani, M. A. (2019). Perceived oral health and access to care among men with a history of incarceration. *Canadian Journal of Dental Hygiene*, 53(3), 157–165. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7533820/>

Early Childhood Learning & Knowledge Center. (2021, November 12). *Brush Up on Oral Health.* <https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/sites/default/files/pdf/00341-improving-oral-health-literacy.pdf>

Fair, H. & Walmsley, R. (2021). *World Prison Population List*. (13th ed.). World Prison Brief & Institute for Crime & Justice Policy research (ICPR) & Birkbeck University of London. [https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world\\_prison\\_population\\_list\\_13th\\_edition.pdf](https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_prison_population_list_13th_edition.pdf)

Fazel, S., & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *Lancet*, 377(9769), 956–965. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61053-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61053-7)

Firmino, M. J. C. (2015) *Testes de hipóteses: uma abordagem não paramétrica* [Master's thesis, Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/18146/1/ulfc113805\\_tm\\_Maria\\_José\\_Firmino.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/18146/1/ulfc113805_tm_Maria_José_Firmino.pdf)

Freeman, R., & Richards, D. (2019). Fatores Associados ao Acesso aos Serviços Odontológicos Prisionais na Escócia: Um Estudo Transversal. *Diário de Odontologia*, 7(1), 12. <https://doi.org/10.3390/dj7010012>

Glick, M., Williams, D. M., Kleinman, D. V., Vujicic, M., Watt, R. G., & Weyant, R. J. (2016). A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *JADA*, 147(12), 915–917. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2016.10.001>

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

Gravetter, F. J., & Wallnau, L. B. (2016). *Statistics for the behavioral sciences*. (10th ed). Cengage Learning, Inc.

Guimarães, R. C., & Cabral, J. A. S. (2010). *Estatística* (2nd ed). Verlag Dashöfer Portugal.

Guzys, D., Kenny, A., Dickson-Swift, V., & Threlked, G. (2015). A critical review of population health literacy assessment. *BMC Public Health*, 15(215). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1551-6>

Haun, J. N., Valerio, M. A., McCormack, L. A., Sørensen, K., & Paasche-Orlow, M. K. (2014). Health Literacy Measurement: Na Inventory and Descriptive Summary of 51 Instruments. *Journal of Health Communication, 19*(2), 302-333. <http://dx.doi.org/10.1080/10810730.2014.936571>

Hill, M. M., & Hill, A. (2012). *Investigação por questionário* (2nd ed.). Sílabo.

Ishiy, K. T. (2021). Estatísticas Prisionais Portuguesas 2020. [https://www.fd.uc.pt/idpee/pdfs/bd\\_2020.pdf](https://www.fd.uc.pt/idpee/pdfs/bd_2020.pdf)

Jólluskin, G., Castro-Rodrigues, A., Silva, I. & Fernandes, V. (2014). Saúde e reclusão: de uma breve contextualização do fenómeno ao papel dos profissionais de saúde. *Configurações, 13*, 89-102. <https://doi.org/10.4000/configuracoes.2430>

Junqueira, A. H. (2021). Uma visão geral das manifestações orais de doenças gastrointestinais. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 3*(7), 11-25. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2021v3n7p11-25>

Lázaro, A. M. P. (2012). *Contribuição para o Estado da Saúde Oro-facial em Contexto de Reclusão* [Master's thesis, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]. Repositório da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/107632>

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>

Lei n.º 115/2009 do Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade. (2009). Diário da República n.º 197/2009, Série I de 2009-10-12. <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/lei/2009-34515975-49090875>

Macek, M. D., Haynes, D., Wells, W., Bauer-Leffler, S., Cotten, A., & Parker, R. M. (2010). Measuring conceptual health knowledge in the context of oral health literacy:

preliminary results. *Journal of Public Health Dentistry*, 70(3), 197-204.  
<https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2010.00165.x>

Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (8th ed.). Report Number.

Marques, J. P. D. (2015). *Literacia em Saúde: avaliação através do European Health Literacy Survey em português num serviço de internamento hospitalar*. [Master's thesis, ISCTE Business School-Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do ISCTE Business School-Instituto Universitário de Lisboa. <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/11458/1/Tese%20-%20Literacia%20em%20Saúde.pdf>

Martínez, C. G., Martín, M. F. F., & Gil, P. S. (2021). Alfabetización en salud y necesidades formativas percebidas por adolescentes en un área de asturias, un estudio transversal. *Rev. Esp. Salud Pública*, 95(3), 1-15.  
[https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C\\_202111183.pdf](https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202111183.pdf)

Mathew, M. A., & Kabir, Z. (2022). Oral health literacy among third-level university students in cork city; Ireland. *Irish Journal Medical Science*, 191, 461-467.  
<https://doi.org/10.1007/s11845-021-02505-6>

Matsui, T. T., & Peres, G. M. (2021). Intersecção entre o encarceramento e as perturbações mentais, uma análise descritiva. *Brazilian Journal of Global Health*, 2(5), 27-29.

Mendes, R. M. S. (2019). *Literacia em Saúde Oral*. [Master's thesis, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. [http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/2200?locale=pt\\_PT](http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/2200?locale=pt_PT)

Mohammadi, T. M., Malekmohammadi, M., Hajizamani, H. R., & Mahani, S. A. (2018). Oral health literacy and its determinants among adults in Southeast Iran. *European journal of Dentistry*, 12(3), 439-442.  
[https://doi.org/10.4103/ejd.ejd\\_429\\_17](https://doi.org/10.4103/ejd.ejd_429_17)

Moller, L., Stöver, H., Jürgens, R., Gatherer, A., & Nikogosian, H. (2007). *Health in Prison: A WHO guide to the essentials in prison health*. WHO. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/99018/E90174.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf)

Moraes, L. R., Aquino, L. C., Cruz, D. T., & Leite, I. (2021). Self-Perceived Impact of Oral Health on the Quality of Life of Women Deprived of Their Liberty. *International Journal of Dentistry*, 2021, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2021/5520652>

Muñiz, J., Fidalgo, A. M., Cueto, E. G., Heras, A. M. F., & Muñiz, J. (2005). *Análisis de los ítems*. La Muralla.

Murteira, B., Ribeiro, C., Silva, J. & Pimenta, C. (2001). *Introdução à estatística*. McGraw-Hill.

Nunes, L. S. (2014). Literacia para a saúde e a conscientização da cidadania positiva. *Revista de Enfermagem Referência, Série III*(11 Supl.), 94-99.

Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). McGraw-Hill.

Ordem dos enfermeiros. (2012). *Condições do exercício profissional de enfermagem em estabelecimentos prisionais*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Relatório%20Condições%20do%20Exerc%20C3%ADcio%20Profissional%20de%20Enfermagem%20em%20Estabelecimentos%20Prisionais.pdf>

Organização Mundial da Saúde. (2019, november 19). *People in prison are deprived of their freedom – they should not be deprived of their health*. <https://www.who.int/europe/multi-media/item/people-in-prison-are-deprived-of-their-freedom---they-should-not-be-deprived-of-their-health>

Pedro, A. R. (2018). *Literacia em Saúde: da gestão da informação à decisão inteligente* [Doctoral dissertation, Escola Nacional de Saúde Pública]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://run.unl.pt/handle/10362/58232>

Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016) Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 34, 259-275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>

Pelikan, J. M. (2014, november 3-4). *Measuring comprehensive health literacy in general populations: validation of instrument, indices and scales of the HLS-EU study* [Conference session]. 6th Annual Health Literacy Research Conference, Bethesda, Maryland.

<https://www.bumc.bu.edu/healthliteracyconference/files/2014/06/Pelikan-et-al-HARC-2014-fin.pdf>

Pituch, K. A., & Stevens, J. (2015). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (6th ed). Taylor & Francis.

PORDATA. (2022a). *População residente com idade entre 16 e 89 anos: total e por nível de escolaridade completo mais elevado*. <https://www.pordata.pt/Portugal/População+residente+com+idade+entre+16+e+89+anos+total+e+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado-2101>

PORDATA. (2022b). *Taxa de desemprego: total e por sexo (%)*. [https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+\(percentagem\)-550](https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+sexo+(percentagem)-550)

Ramlungun, P., Lindsay, B. & Pfeif, M. (2001). Research in prison: a researcher-practitioner's view. *Nurse Researcher*, 17(3), 60-71. <https://doi.org/10.7748/nr2010.04.17.3.60.c7747>

Reddy, V., Kondareddy, C. V., Siddanna, S., & Manjunath, M. (2012). A survey on oral health status and treatment needs of life-imprisoned inmates in central jails of Karnataka, India. *International Dental Journal*, 62(1), 27-32. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.2011.00082.x>

Richman, J. A., Lee, J. Y., Rozier, R. G., Gong, D. A., Pahel, B. T., & Vann Jr. W. F. (2007). Evaluation of a Word Recognition Instrument to Test Health Literacy in Dentistry: The REALD-99. *Journal of Public Health Dentistry*, 67(2), 99-104. <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2007.00022.x>

Rouxel, P., Duijster, D., Tsakos, G., & Watt, R. G. (2013). Oral health of female prisoners in HMP Holloway: implications for oral health promotion in UK prisons. *British Dental Journal*, 214, 627-632. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2013.581>

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

Samora, J., Saunders, L., & Larson, R. F. (1961). Medical Vocabulary Knowledge Among Hospital Patients. *Journal of Health and Human Behavior*, 2(2), 83-92. <https://doi.org/10.2307/2948804>

Santos, S. (2020, Setptember 09). *Os desafios emergentes da literacia em saúde nas organizações*. [Paper session]. Literacia em Saúde, um desafio emergente: contributos para a mudança de comportamento. Coletânea de Comunicações. Coimbra.

Saramago, J. (1982). *Memorial do Convento*. (1st ed.). Editorial Caminho.

Sharma, A., Parkar, S., Gaur, A., & Bagri, B. (2020). Impact of incarceration on nutritional status and oral health among male inmates of central jail of Jaipur city, India. *Revista Espanola de Sanidad Penitenciaria*, 22(3), 96-103. <https://doi.org/10.18176/resp.00018>

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

Sistani, M. M. N., Montazeri, A., Yazdani, R., & Murtooma, H. (2013). New oral health literacy instrument for public health: development and pilot testing. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry*, 5, 1-9. <https://doi.org/10.1111/jicd.12042>

Sistani, M. M., Yazdani, R., Virtanen, J., Pakdaman, A., & Murtooma, H. (2013). Oral health literacy and information sources among adults in Tehran, Iran. *Community dental health*, 30(3), 178–182.

Soares, A. W., Maia, M., Visconti, V., Fernandes, A., Santo, J. E., Oliveira, I., Araújo, F., & Araújo, J. L. (2021). Literacia em Saúde nos Doentes Hospitalizados num Serviço de Medicina Interna. *Medicina Interna*, 27(2), 124–130. <https://doi.org/10.24950/O/233/19/2/2020>

Sørense, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agraftotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Broucke, S. V. D., Brand, H., & HLS-EU Consortium (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>

Sørensen, K., Broucke, S. V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & HLS-EU Consortium. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80). <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>

Sun, Y., Sun, J., Chao, Y., Cheng, A., & Zhou, J. (2021). A new comprehensive oral health literacy scale: development and psychometric evaluation. *BMC Oral Health*, 21(429), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01795-7>

Tavakolikia, N., Kheiltash, A., Shojaeefar, E., Montazeri, A., Shariati, M., & Meysamie, A. (2017). The most well-known health literacy questionnaires: a narrative review. *Social Determinants of Health*, 3(2), 104-113. <https://doi.org/10.22037/sdh.v3i2.18334>

Vainionpää, R., Peltokangas, A., Leinonen, J., Pesonen, P., Laitala, M. L., & Anttonen, V. (2017). Oral health and oral health-related habits of Finnish prisoners. *BDJ open*, 3, 17006. <https://doi.org/10.1038/bdjopen.2017.6>

Vasconcelos, M., Luís, H., & Mendes, S. (2022). Literacia em saúde de estudantes universitários portugueses de cursos da área da saúde oral. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 63(2), 76-84. <http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.06.866>

Welters, A., Rosenberger, K. D., & Corbridge, S. J. (2021). Health Literacy Assessment of Detained Individuals and Correctional Officers Within a Large Urban Jail: Optimizing Health Education. *Journal of nursing care quality*, 36(1), 84–90. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000477>

World Health Organization. (2022, March 15). *Oral Health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>

Zaitzow, B. H., & Willis, A. K. (2021). Behind the Wall of Indifference: Prisoner Voices about the Realities of Prison Health Care. *Laws*, 10(1), 1-21. <https://doi.org/10.3390/laws10010011>

# ANEXOS

## Anexo 1 – Autorização DGRSP



Exmo(a) Senhor(a)

Dr. André Farto Pedro

Andre.farto.pedro@gmail.com

V/ referência	N/ referência	Ofício N.º	Data
		39/CCCRE	04.02.2022

**Assunto:** Investigação académica para Mestrado em Medicina Dentária pelo Instituto Universitário Egas Moniz

Tenho a honra de informar V. Exa que, por despacho do Sr. Diretor-Geral, Dr. Rómulo Mateus, datado de 3/02/2022, está autorizado, no âmbito do Mestrado em Medicina Dentária pelo Instituto Universitário Egas Moniz, a realizar um estudo no Estabelecimento Prisional de Leiria.

Considerando o interesse do projeto, este estudo, foi autorizado, mediante as seguintes condições:

- a calendarização e modo de organização da pesquisa seja acordada com a Direção do Estabelecimento Prisional, por forma a que se conciliem os objetivos académicos com a exequibilidade do trabalho, sem perturbação do quotidiano;
- o desenvolvimento do estudo esteja sempre dependente da disponibilidade dos reclusos para colaborarem, reservando-se-lhes o direito de, a qualquer momento, poderem interromper a sua cooperação;
- o investigador fique obrigado a preservar o anonimato dos dados e das pessoas que venham a cooperar;
- do resultado final do trabalho, deve ser remetida cópia ao Centro de Competências de Comunicação e Relações Externas.



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

JUSTIÇA

*A calendarização do início do estudo e a sua realização estarão sempre condicionados pelo evoluir da situação de saúde pública decorrente da Covid 19. Fica obrigado ao cumprimento das regras sanitárias em vigor no EP e qualquer agravamento da situação de saúde pública poderá, inclusivamente, obrigar à necessidade de interromper o estudo.*

Com os melhores cumprimentos,

O Chefe de Equipa

JJ Semedo Moreira

ML/2022

Anexo 2 – Apreciação da Comissão de Ética da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz



**Comissão de Ética EGAS MONIZ**

---

**Proc. Interno nº 1092**  
**Plataforma**


Ex.mo Senhor  
**André Farto Pedro**

Monte de Caparica, 24 de março de 2022.

Ex.mo Senhor,

Em resposta ao Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado “**Avaliação da literacia em saúde e saúde oral dos reclusos em Portugal**”, foi aprovado por unanimidade.

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz

  
Prof.ª. Doutora Maria Fernanda de Mesquita

## Anexo 3 – Consentimento informado, livre e esclarecido



### Consentimento Informado

Código | IMP:EM.PE.17\_03

Leiria, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Unidade Curricular de Orientação Tutorial Projeto Final do Instituto Universitário Egas Moniz, sob a orientação da Professora Doutora Ana Cristina Manso e do Professor Doutor Victor Assunção, solicita-se autorização para a participação na "Avaliação da literacia em saúde e saúde oral dos reclusos em Portugal" com o objetivo de avaliar os níveis de literacia em saúde e em saúde oral da população reclusa de estabelecimentos prisionais através da aplicação dos questionários HLS-EU-PT (European Health Literacy Survey - portuguese version) e do OHL-AQ (Questionário para Adultos de Literacia em Saúde Oral), que consiste na seguinte participação: preenchimento dos questionários acima referenciados.

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.

Este estudo pode trazer benefícios tais como a avaliação da literacia da saúde e da saúde oral; promoção de saúde; desenvolvimento de novas medidas de empoderamento acerca de saúde e saúde oral e ao progresso do conhecimento.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo(s) orientador(es) e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

*(Riscar o que não interessa)*

**ACEITO/NÃO ACEITO** participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

---

*(Assinatura do participante ou, no caso de menores, do pai/mãe ou tutor legal)*

## Anexo 4 – Autorização para a utilização do OHL-AQ



## Anexo 5 – Autorização para a utilização do HLS-EU-PT-Q16



# Anexo 6 – Inquérito de Avaliação da Literacia em Saúde e Saúde Oral dos Reclusos em Portugal



## AVALIAÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE E SAÚDE ORAL DOS RECLUSOS EM PORTUGAL

### Investigadores:

André Pedro, aluno 5º ano Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Instituto Universitário Egas Moniz, Portugal

Prof. Doutora Ana Cristina Manso, Instituto Universitário Egas Moniz, Portugal

Prof. Doutor Victor Assunção, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, Portugal

Prof. Doutora Ana Rita Pedro, Escola Nacional de Saúde Pública, Portugal

Prof. Doutora Ana Escoval, Escola Nacional de Saúde Pública, Portugal



## AVALIAÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE E SAÚDE ORAL DOS RECLUSOS EM PORTUGAL

O entrevistado deverá preencher todas as questões abaixo assinaladas. Deverá responder com uma X ou indicando por extenso aquilo que lhe é solicitado, nas perguntas que assim o exigirem

Data: \_\_/\_\_/2022

### Grupo I – Questionário sociodemográfico

Idade (em anos): \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Distrito de residência: \_\_\_\_\_

Concelho de residência: \_\_\_\_\_

Sexo:

Masculino

Feminino

Estado Civil:

Solteiro/a

Casado/a

Divorciado/a

Viúvo/a

Escolaridade:

Ensino básico não concluído

Ensino básico concluído

Ensino secundário (12º ano) não concluído

Ensino secundário (12º ano) concluído

Curso profissional/ CTESP

Curso profissional/ CTESP

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento



### Informação ao Participante

André Farto Pedro, aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária no Instituto Universitário Egas Moniz, encontra-se a realizar o estudo intitulado Avaliação da literacia em saúde e saúde oral dos reclusos em Portugal vem por este meio solicitar a sua colaboração na realização deste estudo de investigação.

A leitura do presente documento é importante para a tomar uma decisão livre e esclarecida acerca da sua participação neste estudo.

O presente estudo tem como objetivo contribuir na avaliação da literacia em saúde e em saúde oral dos reclusos de uma prisão estatal através da aplicação dos questionários short version HLS-EU-PT (European Health Literacy Survey - portuguese version) e do OHL-AQ (Questionário para Adultos de Literacia em Saúde Oral).

É dirigido a todos reclusos da prisão estatal em estudo.

A sua participação é de carácter voluntário.

Todos os dados recolhidos serão apenas utilizados na realização deste estudo de investigação, com a garantia de confidencialidade da informação fornecida. Na publicação de trabalhos que se venham a desenvolver, resultantes deste estudo de investigação, não constará qualquer tipo de informação que conduza à sua identificação.

Se desejar, conhecer os resultados deste estudo, pode solicitá-los ao autor a partir de dezembro de 2022.

Agradeço desde já a sua participação.  
André Farto Pedro

andre.farto.pedro@gmail.com  
Instituto Universitário Egas Moniz  
Telemóvel: 927 703 945

Escolaridade dos pais (em caso de diferença, escolher o grau mais elevado):

Ensino básico não concluído

Ensino básico concluído

Ensino secundário (12º ano) não concluído

Ensino secundário (12º ano) concluído

Curso profissional/ CTESP

Curso profissional/ CTESP

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Função/profissão que desempenhava: \_\_\_\_\_

Nº total de anos de pena: \_\_\_\_\_

Nº de anos de pena que já cumpriu: \_\_\_\_\_

Que idade tinha quando foi preso pela 1ª vez: \_\_\_\_\_

Já foi preso mais do que uma vez?  Não  Sim, quantas? \_\_\_\_\_

Motivo da reclusão: \_\_\_\_\_

**Grupo II - Questionário Europeu de Literacia em Saúde**

Numa escala de muito difícil (1) a muito fácil (4), qual o grau de dificuldade que sente a ... :

1. Encontrar informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
2. Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
3. Compreender o que o seu médico lhe diz?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
4. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
5. Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
6. Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
7. Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil

15. Compreender a informação nos meios de comunicação como se manter mais saudável?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
16. Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei

8. Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?	5 - Não Sei 1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
9. Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
10. Compreender porque precisa de fazer rastreios?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
11. Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
12. Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
13. Saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
14. Compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei

**Grupo III**  
**Questionário para Adultos de Literacia em Saúde Oral (OHL-AQ)**  
© Mohammad Mehdi Naghibi Sistani (2011)

**LC** **Leitura e compreensão (habilidades de leitura e conhecimento)**

Nesta parte verá uma frase sobre conhecimentos em saúde oral. Preencha o espaço em branco escolhendo a letra que considera ser a correta e coloque um círculo na alínea à volta dessa letra.

1 - A investigação indica poder haver uma associação entre as doenças orais e outros problemas de saúde tais como \_\_\_\_\_.

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

2. Uma das doenças orais mais comum é a cárie dentária. Escovar os dentes com pasta dentífrica que contém \_\_\_\_\_ (1) Pelo menos duas vezes por \_\_\_\_\_ (2), usar fio dentário e evitar comidas com muito(a) \_\_\_\_\_ (3) poderá prevenir a cárie dentária.

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

3- Cada pessoa tem 32 dentes \_\_\_\_\_ (1) que obtém \_\_\_\_\_ (2) aos seis anos de idade.

- A) Incisivos  
B) Decíduos  
C) Molares  
D) Permanentes  
E) Não sei  
(1) A) A maioria  
B) Os primeiros  
C) Os últimos  
D) A totalidade  
E) Não sei  
(2) A) Os primeiros  
B) Os últimos  
C) A totalidade  
D) Não sei

**N** **Numeracia (habilidades de leitura, escrita e de cálculo)**

Nesta parte verá uma prescrição para o consumo de antibiótico. Por favor escreva ou seleccione as respostas abaixo de cada quadro.

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

4- Se tomar a primeira cápsula às 14h, quando deverá tomar a próxima?  
A) Às \_\_\_\_\_.  
B) Não sei

5- Se os seus sintomas resolvem ao 4º dia da toma de medicação, deverá parar a sua toma?  
A) Sim  
B) Não  
C) Não sei

Nesta parte verá uma instrução de uso de colutório. Por favor escreva ou seleccione as respostas abaixo de cada quadro.

Colutório de fluoreto de sódio 0,2%  
Bocheche e cuspa Sec durante 1 minuto uma vez por semana  
depois não coma nem beba nada durante 30 minutos

6- Em relação a este colutório poderá engoli-lo?  
A) Sim  
B) Não  
C) Não sei

7- Se o utilizar às 0h, quando poderá comer ou beber?  
A) Às \_\_\_\_\_.  
B) Não sei

**O** **Ouvir (habilidades de audição, leitura, escrita, cálculo e de comunicação)**

Nesta parte irá ouvir algumas frases acerca de instruções pós-extracções. Por favor escreva ou seleccione as respostas.

(Este cartão será lido pelo entrevistador e o entrevistado não o verá)

8- Se o teu dente foi extraído às 8h, quando deverás retirar a gaze de dentro da tua boca?  
A) Às \_\_\_\_\_.  
B) Não sei

9- Se o teu dente foi extraído às 8h, poderás comer comida quente às 14h?  
A) Sim  
B) Não  
C) Não sei

**MD** **Tomada de decisão apropriada (habilidades de leitura, compreensão e tomada de decisão)**

Nesta parte verá algumas questões sobre problemas de saúde oral e formulário de exame dentário. Escolhe a melhor resposta e coloca um círculo na letra que precede a frase.

10- Qual é a melhor decisão se um ligeiro sangramento ocorrer após escovagem ou utilização do fio dentário?

- A) Não escovar e usar fio diariamente  
B) Mascar pastilha elástica em vez de escovar ou usar fio  
C) Continuar a escovar e utilizar o fio diariamente  
D) Utilizar palito em vez de escovar e usar fio  
E) Não sei

11- Qual a melhor decisão se ocorrer dor e inchaço na boca?

- A) Usar antibiótico  
B) Usar analgésicos  
C) Consultar a família  
D) Visitar o médico ou o dentista  
E) Não sei

12- Qual destas é a melhor forma de remover manchas e tártaro dos dentes de uma pessoa?

- A) Comer comida dura como maçãs  
B) Bochechar com um colutório  
C) Usar pasta dentífrica branqueadora e anti-tártaro  
D) Realizar uma desatarraxação  
E) Não sei

13- Qual a tua opinião do significado de "Eu exomero o meu dentista de complicações não intencionais do tratamento"?

- A) O meu dentista é responsável por complicações não intencionais do tratamento  
B) Eu consigo ao meu dentista o tratamento proposto  
C) Eu dou permissão para o meu dentista realizar qualquer tratamento necessário  
D) O meu dentista não é responsável por complicações não intencionais do tratamento  
E) Não sei

14- Qual a tua opinião do significado de "Eu tenho uma história de alergia a alguns medicamentos"?

- A) Eu sinto problemas em falar e entro em convulsão após consumir alguns medicamentos.  
B) Eu fico com dores fortes no peito após consumir alguns medicamentos.  
C) Sinto incapacidade para respirar e com vermelhão na pele após o consumo de alguns medicamentos.  
D) Eu sinto ansiedade e tonturas após o consumo de alguns medicamentos.  
E) Não sei

(Mendes, 2019; Sistani et al., 2014)

Anexo 7 - Teste de Kruskal-Wallis: relação entre o HLS-EU-PT-Q16 e escolaridade

Teste de Kruskal-Wallis: relação entre o HLS-EU-PT-Q16 e escolaridade

		N	M	DP	H	p
HLS-EU-PT-Q16	EB não concluído	32	31,7	9,1	1,16	0,949
	EB concluído	42	31,1	7,7		
	Esec não concluído	59	31,9	6,0		
	Esec concluído	17	31,4	9,1		
	CProf / CTESP	22	32,4	6,1		
	Ensino superior	4	31,7	11,3		
Domínio 1: Cuidados de saúde	EB não concluído	33	31,4	10,0	1,26	0,939
	EB concluído	44	32,5	8,1		
	Esec não concluído	58	31,9	7,4		
	Esec concluído	17	31,2	9,6		
	CProf / CTESP	25	32,9	7,4		
	Ensino superior	4	33,4	10,8		
Domínio 2: Prevenção da doença	EB não concluído	30	31,1	10,6	1,68	0,891
	EB concluído	43	29,1	9,6		
	Esec não concluído	56	30,3	6,6		
	Esec concluído	17	30,5	10,1		
	CProf / CTESP	19	31,6	6,3		
	Ensino superior	4	30,4	10,9		
Domínio 3: Promoção da saúde	EB não concluído	28	33,3	9,8	5,09	0,405
	EB concluído	39	31,3	9,2		
	Esec não concluído	58	34,6	8,2		
	Esec concluído	18	31,2	9,4		
	CProf / CTESP	20	32,5	7,2		
	Ensino superior	4	30,2	13,8		

Anexo 8 - Teste de Kruskal-Wallis: relação entre o OHL-AQ e escolaridade

Teste de Kruskal-Wallis: relação entre o OHL-AQ e escolaridade

		N	M	DP	H	p
OHL-AQ	EB não concluído	37	8,2	3,7	7,52	0,185
	EB concluído	44	8,3	4,0		
	Esec não concluído	65	8,9	3,7		
	Esec concluído	20	8,0	3,5		
	CProf / CTESP	25	8,3	3,9		
	Ensino superior	4	13,0	2,7		
[LC] Leitura e compreensão	EB não concluído	37	7,2	4,1	9,92	0,077
	EB concluído	45	6,7	4,5		
	Esec não concluído	67	7,9	3,6		
	Esec concluído	20	7,8	4,4		
	CProf / CTESP	25	7,0	4,1		
	Ensino superior	4	12,8	1,6		
[N] Numeracia	EB não concluído	37	10,1	4,9	2,93	0,710
	EB concluído	45	11,1	6,0		
	Esec não concluído	67	10,6	5,6		
	Esec concluído	20	9,4	6,1		
	CProf / CTESP	25	10,2	5,9		
	Ensino superior	4	12,8	4,9		
[O] Ouvir	EB não concluído	38	9,2	7,2	9,69	0,084
	EB concluído	44	10,8	6,9		
	Esec não concluído	67	11,2	6,5		
	Esec concluído	20	8,5	6,8		
	CProf / CTESP	26	12,4	5,5		
	Ensino superior	4	17,0	0,0		
[MD] Tomada de decisão apropriada	EB não concluído	37	7,4	4,4	4,15	0,529
	EB concluído	44	6,9	4,6		
	Esec não concluído	66	7,7	4,9		
	Esec concluído	21	6,6	4,4		
	CProf / CTESP	25	6,5	5,4		
	Ensino superior	4	11,9	6,5		