



**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ**

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

**LITERACIA EM SAÚDE: APLICAÇÃO DO EUROPEAN HEALTH  
LITERACY SURVEY E DO ORAL HEALTH ADULTS  
QUESTIONNAIRE EM DUAS POPULAÇÕES DE DIFERENTES  
FAIXAS ETÁRIAS**

Trabalho submetido por  
**Francisco Manuel Veigas Veladas**  
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

**outubro de 2022**





**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ**

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

**LITERACIA EM SAÚDE: APLICAÇÃO DO EUROPEAN HEALTH  
LITERACY SURVEY E DO ORAL HEALTH ADULTS  
QUESTIONNAIRE EM DUAS POPULAÇÕES DE DIFERENTES  
FAIXAS ETÁRIAS**

Trabalho submetido por  
**Francisco Manuel Veigas Veladas**  
para a obtenção do grau de **Mestre** em Medicina Dentária

Trabalho orientado por  
**Prof.<sup>ª</sup> Doutora Ana Cristina Manso**

e coorientado por  
**Prof.<sup>ª</sup> Doutora Ana Rita Pedro**

**outubro de 2022**



## **AGRADECIMENTOS**

Antes de mais, agradecer ao Instituto Universitário Egas Moniz, pela experiência académica tão enriquecedora.

À minha orientadora, Prof. Doutora Cristina Manso, pela disponibilidade, atenção e cuidado que sempre prestou a todos os seus discentes. Um obrigado por todo o apoio e palavras de encorajamento e por ter tido a capacidade de me guiar e me capacitar de ferramentas, transmitidas nesta última e importante etapa académica, que levarei para toda a vida.

À minha coorientadora, Prof. Doutora Ana Rita Pedro, por todo o auxílio prestado e acima de tudo pela transmissão importantíssima de conhecimentos, que me ajudou a abrir novos horizontes e a despertar um interesse enorme por esta área científica.

Agradecer igualmente à Prof. Doutora Ana Escoval e ao Prof. Doutor Victor Assunção pela ajuda indispensável, disponibilidade e especial atenção.



## RESUMO

**Objetivos:** quantificar a literacia em saúde em geral e a literacia em saúde oral de duas populações de distintas faixas etárias, de forma a verificar a existência de uma mudança de paradigma relativa aos conhecimentos nas áreas da saúde e saúde oral.

**Materiais e Métodos:** amostra composta por 204 indivíduos. De maneira a aferir os níveis de literacia em saúde e saúde oral da amostra, foram aplicados ambos os questionários, HLS-EU-PT-Q16 e OHL-AQ. Os resultados foram analisados estatisticamente através do *software* SPSS. Para tal, procedeu-se à análise descritiva dos resultados, assim como a análise inferencial, tendo como referência um nível de significância  $p < 0,05$ .

**Resultados:** o nível de literacia em saúde é considerado problemático (45,1%), estabelecendo-se uma relação entre a prática da profissão na área da saúde e um maior nível de literacia em saúde ( $p < 0,001$ ). Não são encontradas associações entre o nível de literacia em saúde e o sexo, faixa etária, nível de instrução e área de residência. Quanto à literacia em saúde oral, esta é considerada adequada (75,0%). Um maior nível de escolaridade é sinónimo de uma melhor literacia em saúde oral ( $p = 0,009$ ), tal como o nível de instrução dos pais dos entrevistados ( $p < 0,001$ ). Também os estudantes/profissionais de saúde têm níveis de literacia em saúde oral mais elevados ( $p < 0,001$ ). No que concerne à idade, à medida que esta incrementa, o nível de literacia em saúde oral diminui ( $p < 0,001$ ).

**Conclusões:** o nível de literacia em saúde é problemático, ao passo que o nível de literacia em saúde oral é adequado. A faixa etária mais jovem da amostra possui um nível de literacia em saúde oral significativamente superior em contraste com a faixa etária correspondente aos adultos.

**Palavras-chave:** literacia em saúde, literacia em saúde oral, HLS-EU-PT-Q16, OHL-AQ



## **ABSTRACT**

**Objectives:** to quantify the health literacy and oral health literacy of two different aged population groups, in a way to examine the existence of a paradigm change about common knowledge related to health and oral health.

**Materials and Methods:** sample composed of 204 individuals. In order to evaluate the sample's health and oral health literacy, there were applied two different questionnaires, HLS-EU-PT-Q16 and OHL-AQ. The questionnaire's results were statistically analyzed through the SPSS software. There were used frequency measures for the descriptive analysis of the results and for the inferential analysis was used a level of significance of  $p < 0,05$ .

**Results:** the level of health literacy is considered problematic (45,1%) and there was established an association between health professionals and a higher score in health literacy ( $p < 0,001$ ). There were no associations found between health literacy and variables like gender, age, education, and area of residence. In relation to oral health literacy, is it considered adequate (75%). A higher score of oral health literacy is associated with higher levels of education ( $p = 0,009$ ), as well as an association established between oral health literacy and parent's education level ( $p < 0,001$ ). Health professionals also have higher levels of oral health literacy ( $p < 0,001$ ). Regarding the variable age, older people have lower levels of oral health literacy ( $p < 0,001$ ).

**Conclusions:** health literacy is considered problematic, while oral health literacy is categorized as adequate. Younger people have significant higher levels of oral health literacy when compared to adults.

**Keywords:** health literacy, oral health literacy, HLS-EU-PT-Q16, OHL-AQ



# ÍNDICE

I INTRODUÇÃO .....	19
1. Literacia em saúde .....	19
1.1. Definição de Literacia em Saúde.....	19
1.2. Panorama Atual da Literacia em Saúde.....	20
1.2.1. Panorama Atual da Literacia em Saúde em Portugal .....	21
2. Literacia em Saúde Oral .....	21
2.1. Conceito de Saúde Oral .....	21
2.2. Conceito de Literacia em Saúde Oral .....	22
3. Panorama evolutivo dos Programas para a Promoção em Saúde Oral em Portugal ..	23
3.1. PNPSO ao longo dos anos .....	24
4. Cuidados de saúde oral .....	25
5. Promoção de Saúde Oral .....	25
6. Prevenção da Doença.....	26
7. Perguntas de Investigação .....	27
8. Objetivos.....	28
8.1. Objetivos Gerais .....	28
8.2. Objetivos Específicos .....	28
9. Hipóteses de Estudo .....	29
II MATERIAIS E MÉTODOS .....	31
1. Considerações Éticas .....	31
2. Tipo de Estudo.....	31
3. Local de Estudo .....	31
4. Amostra .....	32

5.	Fatores de Inclusão e Exclusão.....	32
6.	Variáveis de Estudo .....	33
6.1.	Variáveis Dependentes .....	33
6.2.	Variáveis Independentes.....	33
7.	Questionários .....	33
7.1.	European Health Literacy Survey (short version) .....	33
7.2.	Oral Health Literacy Adults Questionnaire .....	34
7.3.	Questões de caráter sociodemográfico .....	34
8.	Análise Estatística .....	35
III RESULTADOS .....		37
1.	Análise estatística descritiva.....	37
1.1.	Caracterização da amostra .....	37
1.2.	Avaliação e caracterização do nível de literacia em saúde da amostra .....	39
1.2. 1.	Caracterização do nível de literacia em saúde da amostra em função dos fatores socio demográficos .....	42
1.3.	Avaliação e caracterização do nível de literacia em saúde oral da amostra .....	45
1.3. 1.	Caracterização do nível de literacia em saúde oral da amostra em função dos fatores socio demográficos .....	49
2.	Análise estatística inferencial .....	51
2.1.	Análise da relação entre nível de literacia em saúde e as características socio demográficas da amostra .....	51
2.2.	Análise da relação entre nível de literacia em saúde oral e as características socio demográficas da amostra .....	54
2.3.	Análise da correlação entre os níveis de literacia em saúde e literacia em saúde oral .....	56
3.	Análise da variável faixa etária quanto à literacia em saúde oral.....	57
3.1.	Caracterização da amostra em função da faixa etária.....	57

3.2. Análise da relação entre nível de literacia em saúde oral e a faixa etária da amostra .....	59
3.3. Correlação entre faixa etária e os níveis de literacia em saúde e literacia em saúde oral .....	62
4. Comparação dos resultados obtidos .....	64
4.1. Comparação dos níveis de literacia em saúde .....	64
4.2. Comparação dos níveis de literacia em saúde oral .....	65
IV DISCUSSÃO.....	67
V CONCLUSÕES .....	75
1. Limitações do Estudo e Futuras Linhas de Investigação.....	76
VI REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	79



## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 – Modelo explicativo para a literacia em saúde .....	20
Figura 2 – Modelo explicativo para a literacia em saúde oral.....	22



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Nível de literacia em saúde da amostra por subdimensões .....	40
Gráfico 2 – Distribuição da amostra em duas faixas etárias.....	58
Gráfico 3 – Distribuição da amostra em três faixas etárias .....	58
Gráfico 4 – Distribuição da amostra em quatro faixas etárias.....	59
Gráfico 5 – Comparação dos níveis de literacia em saúde do presente estudo com outros estudos a nível nacional.....	65
Gráfico 6 – comparação dos níveis de literacia em saúde oral do presente estudo com outros estudos .....	66



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da amostra quanto aos parâmetros sociodemográficos.....	38
Tabela 2 – Análise descritiva do <i>Score</i> de literacia em saúde.....	39
Tabela 3 – Nível de literacia em saúde da amostra .....	40
Tabela 4 – Distribuição das respostas ao <i>European Health Literacy Survey (short version)</i> .....	41
Tabela 5 – Distribuição da amostra por faixa etária e nível de literacia em saúde .....	42
Tabela 6 – Distribuição da amostra por sexo e nível de literacia em saúde .....	43
Tabela 7 – Distribuição da amostra por nível de escolaridade e nível de literacia em saúde .....	43
Tabela 8 – Distribuição da amostra por exercer a profissão na área da saúde/ser estudante na área científica da saúde e nível de literacia em saúde .....	44
Tabela 9 – Distribuição da amostra por nível de escolaridade dos pais e nível de literacia em saúde .....	44
Tabela 10 – Análise descritiva do <i>Score</i> em literacia em saúde oral .....	45
Tabela 11 – Nível de literacia em saúde oral.....	46
Tabela 12 – Distribuição das respostas ao OHL-AQ .....	46
Tabela 13 – Distribuição da amostra por sexo e nível de literacia em saúde oral.....	49
Tabela 14 – Distribuição da amostra por faixa etária e nível de literacia em saúde oral.....	49
Tabela 15 – Distribuição da amostra por nível de escolaridade e nível de literacia em saúde oral.....	50
Tabela 16 – Distribuição amostra por exercer a profissão na área da saúde/ser estudante na área científica da saúde e nível de literacia em saúde oral .....	50
Tabela 17 – Distribuição da amostra por nível de escolaridade dos pais e nível de literacia em saúde oral .....	51
Tabela 18 - Estudo da comparação do nível de literacia em saúde em função do sexo.....	51
Tabela 19 - Estudo da comparação do nível de literacia em saúde em função do exercício da profissão de saúde .....	52

Tabela 20 - Estudo da comparação do nível de literacia em saúde em função da faixa etária .....	52
Tabela 21 - Estudo da comparação do nível de literacia em saúde em função do nível de escolaridade .....	53
Tabela 22 - Estudo da comparação do nível de literacia em saúde em função do nível de escolaridade dos pais .....	53
Tabela 23 - Estudo da comparação do nível de literacia em saúde em função da área de residência .....	54
Tabela 24 - Estudo da comparação do nível de literacia em saúde oral em função do sexo .....	54
Tabela 25 - Estudo da comparação do nível de literacia em saúde oral em função do exercício da profissão de saúde .....	55
Tabela 26 - Estudo da comparação do nível de literacia em saúde oral em função do nível de escolaridade .....	55
Tabela 27 - Estudo da comparação do nível de literacia em saúde oral em função do nível de escolaridade dos pais .....	56
Tabela 28 - Estudo da comparação do nível de literacia em saúde oral em função da área de residência .....	56
Tabela 29 – Correlação entre os níveis de literacia em saúde e literacia em saúde oral .....	57
Tabela 30 – Organização das faixas etárias em grupos etários .....	59
Tabela 31 - Estudo da comparação do nível de literacia em saúde oral no grupo etário 1 .....	60
Tabela 32 - Estudo da comparação do nível de literacia em saúde oral no grupo etário 2 .....	60
Tabela 33 - Estudo da comparação do nível de literacia em saúde oral no grupo etário 3 .....	61
Tabela 34 – Comparação das diferentes faixas etárias através do método <i>All pair-wise</i> do teste <i>Kruskal Wallis</i> .....	62
Tabela 35 - Correlação entre os níveis de literacia em saúde e literacia em saúde oral da	

faixa etária dos 16 – 24 anos .....	62
Tabela 36 - Correlação entre os níveis de literacia em saúde e literacia em saúde oral da faixa etária dos 25 – 39 anos .....	63
Tabela 37 - Correlação entre os níveis de literacia em saúde e literacia em saúde oral da faixa etária dos 40 – 65 anos .....	63
Tabela 38 - Correlação entre os níveis de literacia em saúde e literacia em saúde oral da faixa etária > 65 anos.....	64



## **LISTA DE SIGLAS**

**HLS-EU-PT-Q16** – *European Health Literacy Survey short version*

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

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PNPSO** – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**VIH** – Vírus da Imunodeficiência Humana



# I INTRODUÇÃO

## 1. Literacia em saúde

### 1.1. Definição de Literacia em Saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1998, conceituou literacia em saúde como o agregado de “competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde”. Existe uma multiplicidade de variantes que podem influenciar as escolhas de um determinado indivíduo para a obtenção de competências para a literacia em saúde, tais como os sistemas de saúde e educação e fatores culturais e sociais (*Nielsen-Bohlman et al., 2004*).

Desde a definição de literacia em saúde implementada pela OMS em 1998, têm surgido uma panóplia de novos conceitos cada vez mais atuais e completos. *Kickbusch et al.*, em 2005, considerou literacia em saúde como a “capacidade de tomar decisões fundamentadas, no contexto da vida quotidiana – em casa, na comunidade, no local de trabalho, no sistema de saúde, no mercado e na área política. É uma estratégia crítica de empoderamento, que potencia o controlo das pessoas sobre a sua saúde, a capacidade de procurar informação e para assumir as responsabilidades”. Em 2012, no Consórcio Europeu de Literacia em Saúde, surge um conceito mais amplo e inclusivo: “A literacia em saúde está ligada à literacia, contemplando o conhecimento das pessoas, a sua motivação e competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a fazer julgamentos e tomar decisões na vida quotidiana no que concerne os cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção de saúde, de modo a manter ou melhorar a sua qualidade de vida” (*Sørensen et al., 2012; Kickbusch et al., 2013*). Esta nova visão de encarar a literacia em saúde, de um modo mais amplo, está na génese de um dos instrumentos que foi utilizado neste estudo, nomeadamente o *European Health Literacy Survey*.

Com base no relatório do *Institute of Medicine*, em 2004, a literacia em saúde consiste na interação entre o sistema de educação, fatores sociais e culturais e sistema de saúde. Sendo que todos estes fatores contribuem para os resultados em saúde e custos para a sociedade.



Figura 1 – Modelo explicativo para a literacia em saúde (adaptado de Nielsen-Bohlman et al., 2004)

A literacia em saúde, além de atribuir aos cidadãos as competências necessárias para tomarem decisões responsáveis e informadas, compreende também as competências numéricas e de leitura, apresentando-se, portanto, como uma área ampla e abrangente, sendo a promoção em saúde um elo fundamental na aquisição de conhecimentos (Loureiro & Miranda, 2010).

## 1.2. Panorama Atual da Literacia em Saúde

Atualmente, a sociedade do século XXI enfrenta um paradoxo no que toca à tomada de decisões em saúde. Não obstante o facto da comercialização de estilos de vida saudáveis estar cada vez mais prevalente, os sistemas de educação ainda falham em satisfazer o seu propósito primordial de habilitar a população de ferramentas que os auxiliem a tomar decisões informadas de modo a melhorar a sua saúde. De acordo com o *European Health Literacy Survey*, da autoria da OMS em 2013, aplicado em oito países europeus, constatou-se que cerca de metade dos adultos submetidos ao questionário não possuíam conhecimentos suficientes referentes à literacia em saúde. Assim, fracas competências de literacia em saúde estão intimamente relacionadas com hábitos menos salutogénicos (Kickbusch et al., 2013).

### **1.2.1. Panorama Atual da Literacia em Saúde em Portugal**

Em 2015, a Fundação Calouste Gulbenkian desenvolveu o projeto “Literacia em Saúde em Portugal”, em que no seu Relatório Síntese, descreve que os objetivos primordiais assentavam na avaliação da literacia em saúde da população portuguesa, de modo a identificar as principais limitações nesta área, por meio da aplicação do “Inquérito sobre Literacia em Saúde em Portugal”. Através do estudo, foi possível apontar grupos vulneráveis, que representavam os indivíduos com níveis de literacia mais baixos, sendo eles indivíduos em idade geriátrica; com baixos níveis de instrução; portadores de doenças crónicas; com uma auto-perceção de saúde “má”. No que concerne à demanda de informação sobre saúde, verificou-se a existência de uma associação entre o nível de literacia e a utilização de meios para procurar informação. Além disso, a escolaridade também parece estar associada ao nível de literacia, uma vez que os indivíduos inquiridos com maior nível de escolaridade possuem uma atitude mais reflexiva e crítica quanto aos meios onde procuram informação (*Espanha et al., 2016*). Após a análise dos resultados do Inquérito sobre Literacia em Saúde em Portugal, constatou-se que existe uma taxa de indivíduos com um nível categorizado como excelente de literacia em saúde correspondente a 8,6%, contrastando com a média europeia de 16,5% (*DGS, 2019*). Torna-se assim de extrema relevância, a implementação de um plano que consiga capacitar a população portuguesa de conhecimentos relativos à literacia em saúde, de modo que não haja uma discrepância tão acentuada quando confrontados com a realidade europeia.

## **2. Literacia em Saúde Oral**

### **2.1. Conceito de Saúde Oral**

A saúde oral representa uma componente preponderante no que toca à saúde e ao bem-estar físico e mental. Em 2016, a *World Dental Federation* atribuiu uma nova definição à saúde oral, descrevendo-a como sendo “multifacetada, incluindo a capacidade de falar, sorrir, cheirar, provar, tocar, mastigar, engolir e transmitir uma

variedade de emoções através de expressões faciais com confiança e sem dor, desconforto e doença do complexo craniofacial” (Glick et al., 2016).

## 2.2. Conceito de Literacia em Saúde Oral

A aquisição de competências, a compreensão de conceitos e o emprego de forma adequada da informação, constituem fatores relevantes da literacia em saúde oral (Horowitz & Kleinman, 2012). Esta pode ser definida através da adaptação do modelo explicativo para a literacia em saúde, da autoria do *Institute Of Medicine*, em 2004. O seguinte esquema (Figura 2) explica que a literacia em saúde oral está presente no contexto cultural, no sistema educativo e no modo como os indivíduos se relacionam com o sistema de saúde, sendo que todos os fatores supramencionados contribuem para um aumento dos níveis da literacia em saúde oral (Institute of Medicine, 2013).



Figura 2 – Modelo explicativo para a literacia em saúde oral (adaptado de *Institute of Medicine*, 2013)

Num estudo conduzido por *Baskaradoss*, em 2018, que consistiu na aplicação de um questionário a pacientes de uma clínica universitária em *Ohio*, com a finalidade de aferir os níveis de saúde oral dos mesmos, apurou que indivíduos com baixos níveis de literacia encontravam-se mais propensos para o desenvolvimento de doenças orais. Para

além disso, os baixos níveis também se encontravam associados a um protelar das consultas de Medicina Dentária, levando, conseqüentemente a um diagnóstico tardio das doenças orais deste grupo de indivíduos. Deste modo, a literacia em saúde oral assume um papel fulcral no combate à diminuição das desigualdades em saúde oral, assim como na promoção em saúde.

Na associação entre saúde periodontal e os níveis de literacia em saúde oral, *Das et al. (2020)*, relatou em que 60% dos participantes com bolsas periodontais apresentavam um nível de literacia em saúde oral insuficiente. A corroborar esta relação, *Baskaradoss* verificou que mais de um terço das pessoas com baixos níveis de literacia em saúde oral possuíam um alto risco de periodontite (*Baskaradoss, 2018*).

### **3. Panorama evolutivo dos Programas para a Promoção em Saúde Oral em Portugal**

Na década de 80 do século XX, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) deparou-se com limitações nos recursos na área da prestação de cuidados de saúde oral. Deste modo, os cuidados de saúde oral foram assegurados maioritariamente pelo setor privado, uma vez que o SNS não possuía capacidade de o fazer, passando os tratamentos dentários a serem na sua grande maioria pagos de forma direta pela população. Não obstante a escassez de recursos por parte do SNS, a promoção em saúde oral cedo passou a ser uma temática cada vez mais pertinente. De acordo com o decreto de lei nº 74-C/84, publicado a 2 de março de 1984, foi atribuída à Divisão de Saúde Oral a incumbência de analisar os fatores de risco que contribuem para o baixo nível de saúde oral em grupos de risco. Assim, foram criados programas que abrangessem a camada mais jovem da população, sendo que em 1986 foi atribuído ênfase à promoção de saúde oral em contexto escolar, incluindo a educação alimentar e a educação para a higiene oral, através da criação do Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar. Além das medidas educativas, este programa preconizou a administração de flúor em contexto escolar. Mais tarde, em 1999, o programa sofreu alterações, especificamente no seu nome, intitulado-se como Programa da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes, que

além das medidas de educação para a saúde, incluía prestação de cuidados de saúde oral preventivos, como a aplicação de selantes de fissura (Lourenço & Barros, 2016).

### 3.1. PNPSO ao longo dos anos

Em 2005, com base no despacho nº153/2005 – 2ª série, institui-se o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO), cujos objetivos a que se propôs passavam pelo decréscimo da incidência e prevalência de doenças orais em crianças e adolescentes, assim como elevar os seus conhecimentos relativos à saúde oral a um expoente máximo, de modo a reduzir as desigualdades vividas no que toca ao acesso aos cuidados de saúde oral.

Ao longo dos anos, o PNPSO tem sofrido algumas mutações no sentido de conseguir alargar o seu espectro de atuação. No despacho nº4324, a 22 de janeiro de 2008, foi aprovada a abrangência do PNPSO a grávidas cujo acompanhamento pré-natal era feito por parte do SNS e a pessoas idosas beneficiárias do complemento solidário, classificando estes grupos de indivíduos como vulneráveis. De modo a complementar esta abrangência, foi também introduzido o “cheque-dentista”, de forma a facilitar o acesso aos cuidados de saúde oral. O leque de indivíduos cobertos pelo PNPSO alastrou-se no ano de 2010. Através do despacho nº16159/2010, foram contemplados os indivíduos infetados com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), sendo esta decisão corroborada pelo facto destes pacientes apresentarem um maior risco de desenvolvimento de doenças orais. Já em 2014, o cancro oral foi tido em consideração pelo PNPSO, através do despacho nº686/2014, de modo a promover a sua intervenção precoce. Em 2015, foi dado outro passo de modo a priorizar a inclusão, desta vez de crianças e jovens com necessidades de saúde especiais, segundo o despacho nº12889/2015. A missão de garantir a equidade e universalidade a que o PNPSO se propõe, mantém-se até aos dias de hoje com o mais recente PNPSO 2021-2025, atribuindo cada vez mais relevância à temática da literacia, tema este que tem sido mencionado com maior frequência nos programas de promoção de saúde ao longos dos anos.

#### **4. Cuidados de saúde oral**

A conjuntura da saúde oral em Portugal tem sido uma temática preocupante ao longo dos anos. De acordo com o relatório acerca dos Cuidados de Saúde Oral (*Lourenço & Barros, 2016*), concluiu-se que os indicadores de saúde oral nacionais estão aquém quando confrontados com a realidade europeia, propondo que um dos maiores entraves ao acesso aos cuidados de saúde oral é, efetivamente, a barreira económica. Através da análise do Barómetro Nacional de Saúde Oral do ano de 2021, verificou-se que somente 61% dos portugueses visitam o médico dentista pelo menos uma vez por ano e que 41% não o fazem há mais de um ano. (*OMD, 2021*).

A criação do SNS em Portugal desempenhou um papel fulcral na agilização do acesso a cuidados de saúde, culminando numa melhoria da saúde da população portuguesa. Contudo, algumas áreas da saúde foram descoradas, nomeadamente a saúde oral, mantendo um carácter privado, dificultando, desde modo o acesso aos cuidados de saúde oral (*Lourenço & Barros, 2016*).

A forma como a literacia em saúde é encarada pelo SNS, pode de forma inequívoca ser um catalisador para acentuar as desigualdades sociais no que concerne o acesso aos cuidados de saúde. Assim, as disparidades do nível de saúde e a literacia encontram-se intimamente conectados (*Loureiro & Miranda, 2010*).

A Entidade Reguladora de Saúde, conclui que a génese do PNPSO culminou num incremento da cobertura dos cuidados de saúde financiados no setor público. Ainda assim, coloca em causa a equidade do programa, uma vez que certos grupos populacionais são descorados do mesmo, tecendo críticas ao seu carácter universal (*Entidade Reguladora da Saúde, 2014*).

#### **5. Promoção de Saúde Oral**

*Lawrence Green*, em 1979, propôs uma definição para a noção de promoção de saúde, sendo esta “qualquer combinação de educação para a saúde e respetivas intervenções a nível organizacional, político e económico destinadas a facilitar mudanças de comportamentos e do ambiente conducente à saúde” (*Green, 1979*).

É de realçar que a promoção da saúde se concentra em melhorar os níveis de bem-estar da população, atribuindo ênfase não só aos fatores de risco, mas também aos fatores protetores da doença. É inequívoca a associação existente entre educação e saúde. Quanto maior o nível de escolaridade, maior a propensão para o pensamento crítico e decisões informadas, desde modo, o emprego de medidas educativas pode ser um veículo para a atenuação das disparidades em saúde (Loureiro & Miranda, 2010).

O Programa Nacional de Saúde Escolar, implementado em 2015, procurou intervir e melhorar os comportamentos de grupos populacionais mais vulneráveis, nomeadamente crianças e jovens. O meio escolar é amplamente afetado pelas políticas de educação para a saúde, de modo a fomentar a aquisição de hábitos salutogénicos (DGS, 2015).

A Direção Geral da Saúde (DGS) desenvolveu o “Plano de Ação Literacia em Saúde 2019-2021”, de modo a promover a alteração de comportamentos da população portuguesa na área da saúde, identificando lacunas na tomada de decisões em saúde e preconizando o autocuidado e o bem-estar da população. Foi pertinente também adequar a promoção da literacia com base na faixa etária, de modo a abranger desde as populações mais jovens às mais envelhecidas. O Plano de Ação teve por base vários objetivos, dos quais se destaca a prestação de ferramentas necessárias para capacitar a população para a adequada utilização do sistema de saúde. (DGS, 2019).

É de notar, que ao longo dos últimos dez anos, os indicadores de saúde oral em Portugal, no que toca à prevalência das doenças orais, têm vindo a ter uma melhoria significativa. Ainda assim, as diretrizes do mais recente PNPSO 2021-2025 pretendem dar continuidade à promoção da saúde e à prevenção e tratamento precoce das doenças orais, atuando numa panóplia de grupos populacionais vulneráveis, nomeadamente crianças e jovens, indivíduos portadores de HIV/SIDA, beneficiários de complemento solidário e pacientes com lesões suspeitas de cancro oral (DGS, 2021).

## **6. Prevenção da Doença**

É sabido que as mais variadas doenças sistémicas podem ter manifestações nefastas ao nível da cavidade oral. Por outro lado, uma fraca higiene oral, aliada a

hábitos não saudáveis possui repercussões ao nível da saúde geral (*Petersen et al., 2005*).

Tanto a prevenção como a promoção de saúde oral devem ser implementadas precocemente, de preferência logo após o nascimento, de modo a serem incutidos bons hábitos de higiene oral numa idade precoce, uma vez que a escovagem dos dentes com dentífrico fluoretado continua a ser a medida principal de prevenção de doenças orais (*Brecher & Lewis, 2018; DGS, 2021*). Com base no estudo “Comportamentos de saúde oral em adolescentes portugueses. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2013,” verificou-se que uma elevada percentagem de adolescentes descurava as consultas de rotina e visitavam o médico dentista apenas em situação de urgência (*Pereira et al., 2013*).

De acordo com as normas incluídas no PNPSO 2021-2025, tem vindo a ser priorizada a prevenção das doenças orais em crianças em idade escolar, passando pela motivação para a higiene oral com dentífrico fluoretado, a par e passo com a aplicação e vernizes de flúor e bochechos regulares com colutório fluoretado. A aplicação de selantes de fissuras está preconizada em idades dos 4, 7, 10 e 13 anos. Um dos objetivos gerais estabelecidos tem em conta capacitar o SNS para uma melhor resposta às necessidades da população portuguesa no que concerne a saúde oral (*DGS, 2021*).

## **7. Perguntas de Investigação**

Foram definidas perguntas de investigação como ponto de partida para a análise estatística das respostas aos questionários, sendo elas:

- Qual o nível de literacia em saúde da amostra?
- Qual o nível de literacia em saúde oral da amostra?
- Qual a relação entre o nível de literacia em saúde e as características da população?
- Qual a relação entre o nível de literacia em saúde oral e as características da população?
- Existe alguma associação entre o nível de literacia em saúde e o nível de

literacia em saúde oral?

## **8. Objetivos**

O propósito do presente estudo prende-se na quantificação da literacia em saúde em geral e saúde oral de duas populações de distintas faixas etárias, de forma a verificar a mudança de paradigma relativa à educação e promoção para a saúde de uma população mais jovem e numa população adulta.

### **8.1. Objetivos Gerais**

De modo a analisar os níveis de literacia em saúde e literacia em saúde oral da amostra, foram delineados alguns objetivos gerais de forma que a análise dos resultados fosse efetuada de forma organizada e objetiva, são eles:

- Caracterizar a amostra;
- Avaliar os níveis de literacia em saúde e literacia em saúde oral;
- Descrever a relação entre o nível de literacia em saúde e as características sociodemográficas;
- Descrever a relação entre o nível de literacia em saúde oral e as características sociodemográficas.

### **8.2. Objetivos Específicos**

Foram definidos como objetivos específicos os seguintes tópicos:

- Caracterizar socio-demograficamente a amostra;
- Avaliar o nível de literacia em saúde da amostra;
- Caracterizar a amostra quanto ao nível de literacia em saúde;
- Analisar a relação entre as características sociodemográficas da amostra e o nível de literacia em saúde;

- Avaliar o nível de literacia em saúde oral da amostra;
- Caracterizar a amostra quanto ao nível de literacia em saúde oral;
- Analisar a relação entre as características sociodemográficas da amostra e o nível de literacia em saúde oral;
- Analisar a relação entre os níveis de literacia em saúde e literacia em saúde oral.

## 9. Hipóteses de Estudo

Na presente investigação, as hipóteses de estudo são traçadas de modo que possam ser empregues os testes apropriados para validar, ou não, os pressupostos delineados. De notar que um dos objetivos primordiais do estudo é a averiguação da relação entre a variável idade e níveis de literacia em saúde e literacia em saúde oral.

Assim, no que concerne à idade e a literacia em saúde:

H0: O nível de literacia em saúde é diferente nas faixas etárias

H1: O nível de literacia em saúde é igual para todas as faixas etárias.

Relativamente à idade e literacia em saúde oral:

H0: O nível de literacia em saúde oral é diferente nas faixas etárias

H1: O nível de literacia em saúde oral é igual para todas as faixas etárias.



## II MATERIAIS E MÉTODOS

### 1. Considerações Éticas

O presente estudo foi submetido à Comissão de Ética da Egas Moniz para a sua apreciação. Em requerimento ao pedido de parecer, este mostrou-se positivo para a realização do projeto de investigação (processo interno nº1078).

Todos os indivíduos envolvidos no estudo aceitaram os termos do Consentimento Informado, apresentado antes da aplicação dos questionários, no qual constam os objetivos da investigação, assim como os possíveis riscos e benefícios que advêm da participação da mesma, a garantia de anonimato dos dados obtidos, sendo estes apenas utilizados para fins estatísticos. Por fim, foi também mencionada a relevância da participação neste tipo de estudos, de modo a fomentar o avanço científico nas áreas da literacia em saúde e literacia em saúde oral.

### 2. Tipo de Estudo

O estudo realizado é de carácter observacional, descritivo, transversal, envolvendo uma abordagem quantitativa, através da análise dos resultados obtidos da aplicação de ambos os questionários, *European Health Literacy Survey short version* (HLS-EU-PT-Q16) e *Oral Health Literacy Adults Questionnaire* (OHL-AQ).

### 3. Local de Estudo

A aplicação dos questionários realizou-se por meio da plataforma *online Google Forms*. Foram vários os fatores de decisão que influenciaram a escolha da obtenção dos dados por meio eletrónico, nomeadamente: a praticidade no que toca ao acesso aos questionários, a celeridade de obtenção de respostas, a facilidade de integração dos dados obtidos no software de estatística indicado para a análise dos resultados e questões ambientais, uma vez que em tempo algum foi gasto papel no decorrer deste estudo.

A divulgação dos questionários foi realizada através da apresentação de um *QR Code* em contexto presencial, mais frequentemente na Clínica Universitária Egas Moniz, dada a sua conveniência por parte do entrevistador, apelando aos docentes, discentes e pacientes para a colaboração no estudo. Porém, a difusão dos questionários ocorreu em simultâneo via redes sociais, mais especificamente na plataforma *WhatsApp*, permitindo obter uma amostra mais heterogénea e variável do ponto de vista geográfico, em que foi partilhado o seu *link* de acesso.

#### **4. Amostra**

A técnica de amostragem utilizada no presente estudo foi a amostragem não probabilística por conveniência. A aplicação dos questionários teve início a 24 de maio de 2022, sendo a última submissão de resposta realizada a 21 de junho de 2022, o que equivale a um período temporal de cerca de um mês, onde se obtiveram numa fase inicial 205 respostas. Contudo, foi necessário verificar a validade das respostas, uma vez que para o HLS-EU-PT-Q16 é imperativo que cada respondente se pronuncie em, pelo menos, 80% das questões. Posto isto, foi realizada uma triagem de maneira a detetar respostas inválidas, tendo sido encontrada uma. Deste modo, a amostra é constituída por 204 indivíduos.

#### **5. Fatores de Inclusão e Exclusão**

Os fatores de inclusão considerados foram:

- Indivíduos com idade igual ou superior a 16 anos;
- Indivíduos que aceitem participar no estudo (consentimento informado).

Os fatores de exclusão considerados foram:

- Indivíduos com incapacidade de responder ao questionário, quer esta seja auditiva como visual.

## 6. Variáveis de Estudo

Na fase de análise de dados, houve a necessidade de considerar dois tipos distintos de variáveis em estudo, as dependentes e as independentes.

### 6.1. Variáveis Dependentes

- Nível (score/pontuação) da literacia em saúde;
- Nível (score/pontuação) da literacia em saúde oral.

### 6.2. Variáveis Independentes

- Sexo;
- Faixa etária;
- Nível de escolaridade;
- Área de residência;
- Profissional/estudante da área da científica da saúde;
- Nível de escolaridade dos pais.

## 7. Questionários

### 7.1. *European Health Literacy Survey (short version)*

O HLS-EU-PT-Q16 pode ser definido como um questionário cujo objetivo é aferir o nível de literacia em saúde. Este é constituído por 16 questões assentes em 3 domínios, são eles os cuidados de saúde, promoção de saúde e prevenção da doença. Utilizando uma escala de 4 valores, é pretendido que o respondente qualifique o grau de dificuldade de realização de tarefas referentes ao domínio da saúde. De realçar que com

a aplicação deste instrumento, o nível de literacia em saúde é medido através da autoperceção do indivíduo (*Pedro et al., 2016*). Após obtenção das respostas, é atribuída uma pontuação, cujo valor mínimo é 0 e o valor máximo é 50, de modo que haja uma padronização métrica das respostas para posterior classificação do nível de literacia em saúde. Este é categorizado em quatro níveis, em função da pontuação obtida, sendo estes inadequado, com valores de 0 a 25, problemático, quando se trata de valores entre 25 e 33, suficiente, entre 33 e 42 e excelente, quando abrange valores dos 42 aos 50 (*Sørensen et al., 2015*).

## **7.2. Oral Health Literacy Adults Questionnaire**

O OHL-AQ é um instrumento de aferição da literacia em saúde oral, composto por 17 itens divididos em 4 secções distintas, sendo elas compreensão de leitura, de numeracia, de audição ativa e de tomada de decisões (*Mendes, 2019; Sistani et al., 2014*). A criação do OHL-AQ surgiu para colmatar algumas das limitações de outros questionários de literacia em saúde oral já existentes, nomeadamente a sua extensão, com o principal intuito de desenvolver um questionário genérico, de fácil aplicação e que incluía medidas específicas de numeracia e audição de forma a aferir a capacidade de tomada de decisões da amostra (*Dickson-Swift et al., 2014*). A pontuação deste instrumento é obtida através da soma de todas as questões respondidas corretamente, ou seja, cada resposta correta é quantificada com a pontuação numérica de 1 valor. Assim sendo, a pontuação deste questionário, traduz-se numa escala numérica que pode oscilar entre os valores de 0 – 17. Após a obtenção do score, este é categorizado em três níveis distintos, de modo a qualificar o nível de literacia em saúde oral em inadequado, variando de valores de 0 a 9, marginal, quando os valores se situam entre 10 e 11 e adequado, de 12 a 17 (*Mendes, 2019; Sistani et al., 2014*).

## **7.3. Questões de carácter sociodemográfico**

Para além dos questionários relativos à aferição dos níveis de literacia em saúde e literacia em saúde oral, foram anexadas, na terceira e última parte do questionário, questões do foro sociodemográfico. Foram colocadas questões deste tipo para que se

pudesse obter uma caracterização pormenorizada da amostra em aspetos que não são mencionados nos questionários sobre a literacia. Assim, as variáveis obtidas através da aplicação destas perguntas foram: sexo; faixa etária; nível de escolaridade; área de residência; profissional/estudante da área científica da saúde; nível de escolaridade dos pais.

## 8. Análise Estatística

Os dados obtidos através da aplicação dos questionários foram analisados quantitativamente através do software de análise estatística *IBM Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 28.0.

De modo a caracterizar a amostra em estudo, recorreram-se a indicadores de estatística descritiva, tais como as medidas de frequência relativa e absoluta, média, mediana, desvio padrão, valor máximo e valor mínimo.

Face à tipologia das variáveis em estudo, e pelo facto de as variáveis dependentes não seguirem uma distribuição normal, foram aplicados os testes não paramétricos no âmbito da análise inferencial dos dados. Deste modo, a análise comparativa entre todas as variáveis sociodemográficas e os níveis de literacia em saúde/saúde oral foi realizada através da aplicação do teste de *Kruskal-Wallis* e *Mann-Whitney*. Já a correlação entre os níveis de literacia em saúde e literacia em saúde oral foi obtida através da aplicação e posterior análise do Coeficiente de Correlação de *Spearman*, considerando um nível de significância  $p < 0,05$ .



### **III RESULTADOS**

#### **1. Análise estatística descritiva**

##### **1.1. Caracterização da amostra**

Ao analisar a Tabela 1, é possível verificar que dos 204 inquiridos, 80,4% pertencem ao sexo feminino, enquanto os indivíduos do sexo masculino estão representados em 19,6%.

No que concerne a idade, os respondentes foram agrupados por faixas etárias, sendo a faixa etária mais prevalente na amostra a dos 16 – 24 anos de idade, representada por 52,5%. Em seguida, a faixa etária dos 25 – 39 anos de idade corresponde a 15,7% e por último, os indivíduos com mais de 40 anos de idade estão representados por 31,9%.

Em relação ao nível de escolaridade dos entrevistados, o ensino superior corresponde ao nível de instrução com maior representação (76,5%), em contraste com os ensinos básico e secundário que se mostram menos representados (23,5%).

Quanto à distribuição geográfica, existe representação de todas as regiões de Portugal Continental, com especial enfoque na zona de Lisboa e Vale do Tejo, uma vez que mais de metade da amostra refere residir nesta região (66,7%). Outras áreas geográficas, tais como Norte, Centro, Alentejo e Algarve encontram-se representadas por 33,3%.

Relativamente ao facto dos entrevistados serem profissionais de saúde ou estudantes na área científica de saúde, 52,5% responderam positivamente, enquanto que 47,5% revelaram não estar associados laboralmente à área da saúde.

A última questão colocada de carácter socio demográfico remetia para o nível de escolaridade dos pais dos respondentes, onde se verifica um aumento do número de indivíduos com o ensino básico, em comparação com o nível de instrução dos entrevistados, sendo este o segundo nível mais prevalente (27,9%), ultrapassado pelo ensino superior (44,6%) e em último o ensino secundário (27,5%).

Tabela 1 – Caracterização da amostra quanto aos parâmetros sociodemográficos

	<b>Frequência (n)</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	164	80,4
Masculino	40	19,6
<b>Faixa Etária</b>		
16 – 24	107	52,5
25 – 39	32	15,7
≥ 40	65	31,9
<b>Nível de Escolaridade</b>		
Ensino Básico ou Secundário	48	23,5
Ensino Superior	156	76,5
<b>Área de Residência</b>		
Lisboa e Vale do Tejo	136	66,7
Outras regiões de Portugal Continental	68	33,3
<b>Profissional de saúde ou estudante na área científica da saúde?</b>		
Sim	107	52,5
Não	97	47,5
<b>Nível de escolaridade dos pais</b>		
Ensino Básico	57	27,9
Ensino Secundário	56	27,5
Ensino Superior	91	44,6

## 1.2. Avaliação e caracterização do nível de literacia em saúde da amostra

Após a análise das respostas obtidas, estas foram convertidas numa pontuação ou *score*, de maneira a ser possível avaliar o nível de literacia em saúde da amostra. De acordo com a análise descritiva do *score* (Tabela 2), a média de valores encontra-se nos 32,1, variando de um valor mínimo de 15,6 e um valor máximo de 50, sendo o desvio padrão de 6,9.

Tabela 2 – Análise descritiva do *Score* de literacia em saúde

<b><i>Score</i> de literacia em saúde</b>	
<b>Média</b>	32,1
<b>Mediana</b>	31,3
<b>Desvio Padrão</b>	6,9
<b>Mínimo</b>	15,6
<b>Máximo</b>	50

As pontuações obtidas previamente forma agrupadas em quatro níveis, sendo eles inadequado, problemático, suficiente e excelente. De acordo com a análise da Tabela 3, a amostra revela que 45,1% da amostra tem um nível de literacia em saúde considerado problemático, 29,9% possui um nível suficiente, 14,7% tem um nível inadequado e apenas 10,3% é considerado excelente. Além disso, 59,8% apresentam um nível negativo de literacia em saúde, ou seja, com níveis inadequado ou problemático, em contraste com os 40,2% da amostra que revelam ter níveis suficiente ou excelente.

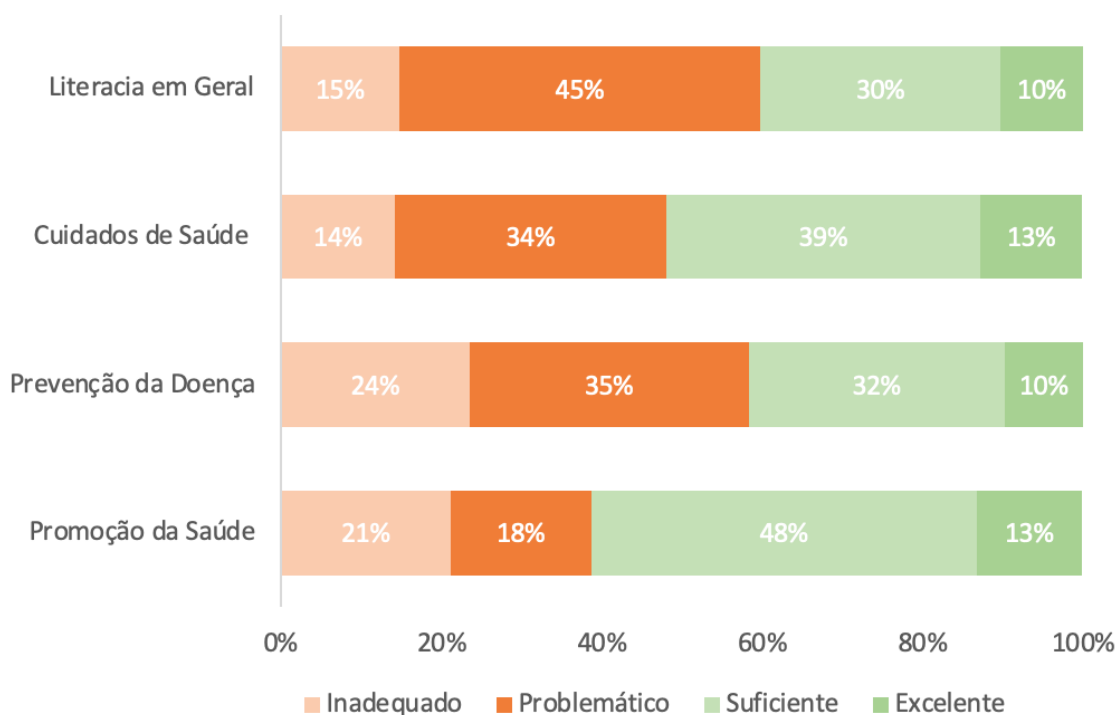
É possível também estabelecer a analogia entre o nível de literacia em saúde geral e os restantes domínios avaliados no questionário, nomeadamente a promoção da saúde, prevenção da doença e cuidados de saúde (Gráfico 1). O nível de literacia em saúde excelente é o menos representado em todas as subdimensões, atingindo a percentagem máxima de 13,2% no domínio da promoção da saúde. É precisamente nesta subdimensão que se consegue encontrar a maior representação da amostra com um nível suficiente, equivalendo a 48,0%. Existe uma maior percentagem de indivíduos

com um nível problemático (45,1%) no domínio da literacia em saúde geral e o nível inadequado parece ser mais representado no que toca à prevenção da doença (23,5%).

Tabela 3 – Nível de literacia em saúde da amostra

Nível de literacia em saúde	Frequência (n)	%	% cumulativa
Inadequado	30	14,7	14,7
Problemático	92	45,1	59,8
Suficiente	61	29,9	89,7
Excelente	21	10,3	100
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100</b>	

Gráfico 1 – Nível de literacia em saúde da amostra por subdimensões



Quanto à distribuição das respostas às 16 perguntas do questionário (Tabela 4), é possível verificar que a frequência da resposta “fácil” é mais predominante em quase todas as questões, à exceção das perguntas 8 e 11, em que a resposta mais frequente foi “difícil”. Ambas as questões pertencem ao domínio da prevenção da doença, que como anteriormente constatado (Gráfico 1), é o domínio que apresentam uma maior

percentagem de indivíduos com um nível inadequado de literacia em saúde (23,5%) e o segundo maior com uma percentagem de indivíduos com um nível problemático (33,8%), apenas ultrapassada pelo nível de literacia em saúde geral (35,1%).

Tabela 4 – Distribuição das respostas ao *European Health Literacy Survey (short version)*

Questões		Respostas					
		Muito Dificil (1)	Dificil (2)	Fácil (3)	Muito Fácil (4)	Não Sei (0)	
Literacia em cuidados de 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?	0,5%	19,6%	60,3%	18,1%	1,5%	
	2. Saber mais sobre onde obter ajuda especializada quando está doente?	1,5%	27,9%	55,9%	13,7%	1,0%	
	3. Compreender o que o seu médico lhe diz?	0,5%	10,8%	66,2%	21,6%	1,0%	
	4. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?	0,0%	3,4%	58,3%	31,7%	0,5%	
	5. Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?	4,9%	38,7%	46,1%	7,4%	2,9%	
	6. Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?	0,5%	28,4%	53,9%	14,2%	2,9%	
	7. Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	0,5%	3,4%	54,9%	41,2%	0,0%	
	Literacia em prevenção da doença	8. Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o stress ou a depressão?	6,4%	46,6%	37,3%	4,9%	4,9%
		9. Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	1,0%	6,9%	41,7%	49,5%	1,9%
		10. Compreender porque precisa de fazer rastreios?	0,0%	5,9%	48,5%	45,1%	0,5%
		11. Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	7,8%	40,2%	39,2%	11,8%	1,0%
		12. Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação?	3,4%	38,3%	47,1%	8,8%	2,5%
13. Saber mais sobre as atividades que são boas		1,5%	16,7%	60,3%	21,1%	0,5%	
Literacia em saúde geral							

para o seu bem estar mental?					
<b>14.</b> Compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos?	0,5%	22,5%	58,3%	16,2%	2,5%
<b>15.</b> Compreender a informação nos meios de comunicação como se manter mais saudável?	0,5%	17,6%	61,3%	20,1%	0,5%
<b>16.</b> Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?	0,5%	16,7%	59,3%	23,0%	0,5%

### 1.2. 1. Caracterização do nível de literacia em saúde da amostra em função dos fatores socio demográficos

Ao analisar a Tabela 5, é possível constatar a elevada prevalência de um nível de literacia em saúde considerado problemático, sendo transversal a todas as faixas etárias inquiridas.

De realçar que o nível excelente de literacia em saúde encontra-se mais prevalente perante os mais jovens, mais especificamente na faixa etária dos 16 – 24 anos de idade (12,1%).

Tabela 5 – Distribuição da amostra por faixa etária e nível de literacia em saúde

	<b>16 – 24 anos</b>	<b>25 – 39 anos</b>	<b>≥ 40</b>
Nível de Literacia em Saúde			
<b>Inadequado</b>	16,8%	6,3%	15,4%
<b>Problemático</b>	43,0%	59,4%	41,5%
<b>Suficiente</b>	28,0%	28,1%	33,8%
<b>Excelente</b>	12,1%	6,3%	9,2%
<b>Total</b>	100% (n = 107)	100% (n = 32)	100% (n = 65)

No que concerne o sexo, verifica-se na Tabela 6 que a distribuição dos níveis de literacia é bastante semelhante quer no sexo feminino como no masculino, havendo uma percentagem predominante de homens e mulheres com um nível de literacia categorizado como problemático.

Contudo, existem algumas disparidades, uma vez que existe uma percentagem maior de homens com um nível excelente de literacia em saúde quando comparado com mulheres, 12,5% e 9,8%, respetivamente. Ainda assim, o sexo feminino apresenta 31,1% de indivíduos com o nível de literacia suficiente, contrastando com os 25,0% do sexo masculino.

Tabela 6 – Distribuição da amostra por sexo e nível de literacia em saúde

		<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>
Nível de Literacia em Saúde	<b>Inadequado</b>	15,2%	12,5%
	<b>Problemático</b>	43,9%	50,0%
	<b>Suficiente</b>	31,1%	25,0%
	<b>Excelente</b>	9,8%	12,5%
	<b>Total</b>	100% (n = 164)	100% (n = 40)

Relativamente à instrução da amostra, é transversal a todos os níveis de escolaridade o facto de o nível de literacia ser problemático. Ainda assim, é de notar que ao ser efetuada a análise dos indivíduos que possuem níveis altos ou excelentes de literacia, 10,9% possuem um nível de instrução compatível com o ensino superior, contrastando com os 8,3% que possuem o ensino básico/secundário (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição da amostra por nível de escolaridade e nível de literacia em saúde

		<b>Ensino Básico/Secundário</b>	<b>Ensino Superior</b>
Nível de Literacia em Saúde	<b>Inadequado</b>	18,8%	13,5%
	<b>Problemático</b>	45,8%	44,9%
	<b>Suficiente</b>	27,1%	30,8%
	<b>Excelente</b>	8,3%	10,9%
	<b>Total</b>	100% (n = 48)	100% (n = 156)

Independentemente do facto dos respondentes exercerem a profissão na área da saúde ou não, a análise descritiva revela que ambas as categorias apresentam um nível

de literacia em saúde problemático, 44,9% para profissionais de saúde e 45,4% para não profissionais de saúde. Porém, quando comparadas quanto à percentagem de um nível excelente, os profissionais de saúde possuem 15,0% contrastando com os 5,2% dos que não exercem a profissão. Acrescentar que quanto ao nível inadequado de literacia, o mesmo é superior naqueles que não exercem a sua profissão na área da saúde (22,7%), em comparação com os profissionais de saúde (7,5%) (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição da amostra por exercer a profissão na área da saúde/ser estudante na área científica da saúde e nível de literacia em saúde

		<b>É profissional/estudante na área da saúde</b>	<b>Não é profissional/estudante na área da saúde</b>
Nível de Literacia em Saúde	<b>Inadequado</b>	7,5%	22,7%
	<b>Problemático</b>	44,9%	45,4%
	<b>Suficiente</b>	32,7%	26,8%
	<b>Excelente</b>	15,0%	5,2%
	Total	(n = 107)	(n = 97)

No que toca à distribuição da amostra pelo nível de escolaridade dos pais e o nível de literacia (Tabela 9), é de salientar que em semelhança com a Tabela 7, que analisa a distribuição da literacia pelo nível de escolaridade dos inquiridos, o nível de literacia em saúde é considerado problemático em todos os níveis de ensino. Contudo, destaca-se uma maior percentagem de indivíduos com nível de literacia inadequado, cujos pais apenas obtiveram o ensino básico (21,1%), em contraste com indivíduos cujos pais tinham o ensino superior (11,0%).

Tabela 9 – Distribuição da amostra por nível de escolaridade dos pais e nível de literacia em saúde

		<b>Ensino Básico</b>	<b>Ensino Secundário</b>	<b>Ensino Superior</b>
Nível de Literacia em Saúde	<b>Inadequado</b>	21,1%	14,3%	11,0%
	<b>Problemático</b>	45,6%	44,6%	45,1%
	<b>Suficiente</b>	24,6%	32,1%	31,9%
	<b>Excelente</b>	8,8%	8,9%	12,1%
	Total	(n = 57)	(n = 56)	(n = 91)

### 1.3. Avaliação e caracterização do nível de literacia em saúde oral da amostra

No que concerne a pontuação ou *score* de literacia em saúde oral obtido através da aplicação do OHL-AQ, presente na Tabela 10, é de realçar que a sua média se encontra no valor de 13,3, sendo a mediana 14,0, desvio padrão 3,0, tendo como valor mínimo 1 e atingindo 17 como valor máximo.

Tabela 10 – Análise descritiva do *Score* em literacia em saúde oral  
**Score de literacia em saúde oral**

<b>Média</b>	13,3
<b>Mediana</b>	14,0
<b>Desvio Padrão</b>	3,0
<b>Mínimo</b>	1,0
<b>Máximo</b>	17,0

À semelhança do questionário anterior, após a obtenção das respostas a pontuação obtida foi convertida em três classes de literacia em saúde oral, sendo elas os níveis inadequado, marginal e adequado. No entanto, para efeitos de facilitar a análise dos resultados, os níveis marginal e inadequado foram agrupados num só nível, intitulado de inadequado. Assim, os níveis de literacia em saúde oral são categorizados em adequado ou inadequado.

De acordo com os dados presentes na Tabela 11, é de realçar que 75% da amostra apresenta um nível adequado de literacia em saúde oral, 13,7% apresenta um nível marginal e 11,3% possui um nível inadequado. De realçar que 25% da amostra apresenta um nível baixo de literacia em saúde oral, considerado marginal e inadequado.

Tabela 11 – Nível de literacia em saúde oral

Nível de literacia em saúde oral	Frequência (n)	%
Inadequado	51	25,0
Adequado	153	75,0
<b>Total</b>	<b>204</b>	<b>100</b>

Ao efetuar a análise da distribuição das respostas, presentes na Tabela 12, é possível afirmar as opções com maior frequência de resposta são compatíveis, efetivamente, com a opção correta, à exceção da questão 8, em que 37,7% da amostra respondeu “não sei”, sendo a opção correta a menos escolhida, apenas por 30,9% dos inquiridos.

Tabela 12 – Distribuição das respostas ao OHL-AQ

	Questões	Frequência (n)	%
Leitura e Compreensão (habilidades de leitura e conhecimento)	<b>1. Associação entre doenças orais e outros problemas de saúde como:</b>		
	Distrofia muscular	14	6,9
	Doença de pele	6	2,9
	Doença mental	26	12,7
	Enfarte do miocárdio	95	46,6
	Não sei	63	30,9
	<b>2. (...) deve-se escovar os dentes com pasta dentífrica que contém:</b>		
	Branqueador	6	2,9
	Detergentes	3	1,5
	Flúor	192	94,1
	Sabores	2	1,0
	Não sei	1	0,5
	<b>2.1. (...) escovar pelo menos duas vezes por:</b>		
	Dia	197	96,6
	Mês	1	0,5
	Refeição	6	2,9
	Não sei	0	0,0
	<b>2.2. (...) evitar comidas com muito:</b>		
	Açúcar	190	93,1
	Especiarias	1	0,5
Gordura	6	2,9	
Sal	3	1,5	
Não sei	4	2,0	

	<b>3. Cada pessoa tem 32 dentes:</b>		
	Decíduos	7	3,4
	Incisivos	6	2,9
	Molares	3	1,5
	Permanentes	179	87,7
	Não sei	9	4,4
	<b>3.1. (...) que obtém (...) aos seis anos de idade:</b>		
	A maioria	39	19,1
	A totalidade	3	1,5
	Os primeiros	139	68,1
	Os últimos	14	6,9
	Não sei	9	4,4
Numeracia (habilidades de leitura, escrita e de cálculo)	<b>4. Toma de antibiótico de 8h/8h, tomou às 14:00h, o próximo é:</b>		
	22:00h	152	74,5
	Outros horários	39	19,3
	Não sei	13	6,4
	<b>5. Se os sintomas desaparecerem ao 4º deverá parar a toma do antibiótico?</b>		
	Sim	9	4,4
	Não	188	92,2
	Não sei	7	3,4
	<b>6. Poderá engolir o colutório?</b>		
	Sim	2	1,0
Não	186	91,2	
Não sei	16	7,8	
Numeracia (habilidades de leitura, escrita e de cálculo)	<b>7. Manter jejum 30 minutos após bochecho com colutório. Usando-o às 00:00h quando termina o jejum?</b>		
	00:30h	151	74,0
	Outros horários	19	9,4
	Não sei	34	16,7
Ouvir (habilidade de audição, leitura, escrita, cálculo e de comunicação)	<b>8. (...) dente extraído às 08:00h, quando deve retirar a compressa da boca?</b>		
	08:30h	63	30,9
	Outros horários	64	31,6
	Não sei	77	37,7
Ouvir (habilidade de audição, leitura, escrita, cálculo e de comunicação)	<b>9. (...) dente extraído às 08:00h, pode comer comida quente às 14:00h?</b>		
	Sim	30	14,7
	Não	125	61,3
	Não sei	49	24,0
da habilidade de leitura,	<b>10. Melhor comportamento se ocorrer ligeiro sangramento após escovagem ou fio dentário:</b>		
	Não escovar e usar fio diariamente	9	4,4
	Mascar pastilha elástica em vez de escovar ou usar fio	0	0

Continuar a escovar e utilizar fio diariamente	183	89,7
Utilizar palito em vez de escovar e usar fio	0	0
Não sei	12	5,9
<b>11. Melhor decisão se ocorrer dor e inchaço na boca:</b>		
Usar antibiótico	2	1,0
Usar analgésicos	3	1,5
Consultar a família	0	0
Visitar o médico ou dentista	197	96,6
Não sei	2	1,0
<b>12. Melhor forma de remover manchas e tártaro:</b>		
Comer comida dura como maçãs	0	0
Bochechar com um colutório	1	0,5
Usar pasta dentífrica branqueadora	8	3,9
Realizar uma destartarização	186	91,2
Não sei	9	4,4
<b>13. Significado de “eu exonero o meu dentista de complicações não intencionais do tratamento”:</b>		
O meu dentista é responsável por complicações não intencionais do tratamento	10	4,9
Eu consinto ao meu dentista o tratamento proposto	16	7,8
Eu dou permissão para o meu dentista realizar qualquer tratamento necessário	22	10,8
O meu dentista não é responsável por complicações não intencionais do tratamento	132	64,7
Não sei	24	11,8
<b>14. Significado de “eu tenho uma história de alergia a alguns medicamentos”:</b>		
Eu sinto problemas em falar e entro em convulsão após consumir alguns medicamentos	5	2,5
Eu fico com dores fortes no peito após consumir alguns medicamentos	1	0,5
Sinto incapacidade em respirar e com vermelhão na pele após o consumo de alguns medicamentos	151	74,0
Eu sinto ansiedade e tonturas após o consumo de alguns medicamentos	7	3,4
Não sei	40	19,6

### 1.3. 1. Caracterização do nível de literacia em saúde oral da amostra em função dos fatores socio demográficos

Quanto ao parâmetro sexo, indivíduos do género feminino e masculino apresentam ambos um nível de literacia em saúde oral adequado, 77,4% e 65,0%, respetivamente. Quanto ao nível inadequado, o género feminino apresenta-se em vantagem, uma vez que o sexo masculino apresenta uma maior percentagem de indivíduos com classificados com este nível (35,0%).

Tabela 13 – Distribuição da amostra por sexo e nível de literacia em saúde oral

		Feminino	Masculino
Nível de Literacia em Saúde Oral	<b>Inadequado</b>	22,6%	35,0%
	<b>Adequado</b>	77,4%	65,0%
	Total	100% (n = 164)	100% (n = 40)

Todas as faixas etárias apresentam um nível adequado de literacia em saúde oral, com especial enfoque para o grupo mais jovem dos 16 – 24 anos de idade que apresentam uma percentagem superior comparativamente aos restantes grupos (85,0%). Também é a mesma faixa etária que possui o nível mais baixo de indivíduos com um nível inadequado de literacia em saúde oral (15,0%).

Tabela 14 – Distribuição da amostra por faixa etária e nível de literacia em saúde oral

		16 – 24 anos	25 – 39 anos	≥ 40
Nível de Literacia em Saúde Oral	<b>Inadequado</b>	15,0%	25,0%	41,5%
	<b>Adequado</b>	85,0%	75,0%	58,5%
	Total	100% (n = 107)	100% (n = 32)	100% (n = 65)

A partir da análise da Tabela 15, é possível constatar que os indivíduos da amostra com um maior nível de literacia em saúde oral (80,1%), são aqueles cujo nível de escolaridade corresponde ao ensino superior. Além disso, este grupo é o que

apresenta uma percentagem menor de pessoas com um nível inadequado de literacia (19,9%), em contraste com indivíduos com o ensino básico ou secundário (41,7%).

Tabela 15 – Distribuição da amostra por nível de escolaridade e nível de literacia em saúde oral

Nível de Literacia em Saúde Oral	Ensino	
	Básico/Secundário	Ensino Superior
<b>Inadequado</b>	41,7%	19,9%
<b>Adequado</b>	58,3%	80,1%
Total	100% (n = 48)	100% (n = 156)

Relativamente aos profissionais de saúde, estes apresentam um nível de literacia em saúde oral bastante superior quando comparados com indivíduos da amostra que não têm vínculos laborais com a área da saúde. Salienta-se o nível adequado de literacia em saúde oral dos profissionais de saúde de 90,7% em contraste com 57,7% dos não profissionais de saúde.

Tabela 16 – Distribuição amostra por exercer a profissão na área da saúde/ser estudante na área científica da saúde e nível de literacia em saúde oral

Nível de Literacia em Saúde Oral	Profissão/Estudante	
	É profissional/estudante na área da saúde	Não é profissional/estudante na área da saúde
<b>Inadequado</b>	9,3%	42,3%
<b>Adequado</b>	90,7%	57,7%
Total	100% (n = 107)	100% (n = 97)

Ao analisar a Tabela 17 que mostra a distribuição do nível de escolaridade dos pais em função do nível de literacia em saúde oral, é de destacar o facto da maior percentagem de indivíduos com um nível adequado de literacia se situa no ensino superior (89,0%), tendo este grupo a menor percentagem de indivíduos com um nível inadequado de literacia em saúde oral (11,0%).

Tabela 17 – Distribuição da amostra por nível de escolaridade dos pais e nível de literacia em saúde oral

		Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Superior
Nível de Literacia em Saúde Oral	<b>Inadequado</b>	50,9%	21,4%	11,0%
	<b>Adequado</b>	49,1%	78,6%	89,0%
	Total	100% (n = 57)	100% (n = 56)	100% (n = 91)

## 2. Análise estatística inferencial

### 2.1. Análise da relação entre nível de literacia em saúde e as características socio demográficas da amostra

De maneira a comparar os níveis de literacia entre indivíduos do sexo feminino e masculino e aferir se existe alguma diferença significativa entre eles, foi aplicado o teste não-paramétrico *Mann-Whitney* (Tabela 18), no qual se observa um  $p = 0,918$ , ou seja,  $p > 0,05$ , não havendo diferenças significativas entre a média dos *scores* de literacia em saúde entre homens e mulheres.

Tabela 18 – Estudo da comparação do nível de literacia em saúde em função do sexo

	n	Média do <i>Score</i> de literacia em saúde	Sig (2 extremidades)
Sexo Feminino	164	32,1	0,918
Sexo Masculino	40	32,2	

Ao ser efetuada a análise descritiva dos *scores* de literacia em saúde da amostra, presente na Tabela 19, referentes apenas ao facto dos indivíduos serem ou não profissionais de saúde, verificou-se que a média das pontuações dos profissionais de saúde é superior à dos não profissionais, 33,8 e 30,2, respetivamente.

Ao ser utilizado o teste apropriado para estabelecer tal comparação, identificou-se um valor de significância  $< 0,05$ , mais precisamente  $p < 0,001$  o que indica que existe

uma diferença estatisticamente significativa do nível de literacia em saúde oral entre profissionais de saúde e indivíduos que não são profissionais de saúde.

Tabela 19 - Estudo da comparação do nível de literacia em saúde em função do exercício da profissão de saúde

<i>Mann Whitney</i>			
	<b>n</b>	<b>Média do Score de literacia em saúde</b>	<b>Sig (2 extremidades)</b>
<b>É profissional de saúde</b>	107	33,8	
<b>Não é profissional de saúde</b>	97	30,2	
			< 0,001

Quanto à análise do nível de literacia em saúde entre as faixas etárias, a diferença entre a media dos níveis não é estatisticamente significativa ( $p = 0,949$ ), assim sendo não existe uma associação entre idade e o nível de literacia em saúde. Deste modo, é rejeitada a hipótese nula ( $H_0$ : O nível de literacia em saúde é diferente nas faixas etárias). Contudo, através da análise descritiva (Tabela 20), é possível identificar que a média mais baixa de literacia em saúde se encontra na faixa etária  $\geq 40$  anos de idade.

Tabela 20 - Estudo da comparação do nível de literacia em saúde em função da faixa etária

<i>Kruskal-Wallis</i>			
	<b>n</b>	<b>Média do Score de literacia em saúde</b>	<b>Sig (2 extremidades)</b>
<b>16 – 24</b>	107	32,2	
<b>25 – 39</b>	32	32,4	
<b><math>\geq 40</math></b>	65	31,7	
			0,949

Após a análise da Tabela 21, salienta-se o facto dos indivíduos com o ensino superior possuírem uma média de literacia em saúde superior a indivíduos com um nível

de instrução mais baixo, 32,4 e 31,4, respetivamente. Contudo a diferença entre as médias não é estatisticamente significativa ( $p = 0,281$ ).

Tabela 21 - Estudo da comparação do nível de literacia em saúde em função do nível de escolaridade

<i>Mann-Whitney</i>			
	<b>n</b>	<b>Média do <i>Score</i> de literacia em saúde</b>	<b>Sig (2 extremidades)</b>
<b>Ensino Básico/Secundário</b>	48	31,4	
<b>Ensino Superior</b>	156	32,3	
			0,281

Quanto ao nível de escolaridade dos pais dos inquiridos, não obstante as médias dos níveis de literacia serem maiores à medida que o nível de instrução aumenta, não existe nenhuma associação entre o nível de escolaridade dos pais e o nível de literacia em saúde ( $p = 0,194$ ).

Tabela 22 - Estudo da comparação do nível de literacia em saúde em função do nível de escolaridade dos pais

<i>Kruskal-Wallis</i>			
	<b>n</b>	<b>Média do <i>Score</i> de literacia em saúde</b>	<b>Sig (2 extremidades)</b>
<b>Ensino Básico</b>	57	30,9	
<b>Ensino Secundário</b>	56	32,4	
<b>Ensino Superior</b>	91	32,6	
			0,194

Quando à distribuição geográfica da amostra e o seu nível de literacia em saúde, não existe nenhuma associação entre ambas, uma vez que o nível de significância é maior que 0,05 ( $p = 0,769$ ). Apesar de que a média do *score* na região de Lisboa e Vale do Tejo (32,2) ser superior comparativamente a outras regiões de Portugal Continental (31,8).

Tabela 23 - Estudo da comparação do nível de literacia em saúde em função da área de residência

	n	Média do <i>Score</i> de literacia em saúde	Sig (2 extremidades)
Lisboa e Vale do Tejo	136	32,2	
Outras regiões	68	31,8	
			0,769

## 2.2. Análise da relação entre nível de literacia em saúde oral e as características socio demográficas da amostra

Ao analisar a Tabela 24, que relaciona o sexo com o nível de literacia em saúde oral, é possível constatar que a média do score é maior nos indivíduos do sexo feminino (13,4) comparativamente aos do sexo masculino (12,6). Contudo, esta diferença não é estatisticamente significativa ( $p = 0,054$ ).

Tabela 24 - Estudo da comparação do nível de literacia em saúde oral em função do sexo

	n	Média do <i>Score</i> de literacia em saúde oral	Sig (2 extremidades)
Sexo Feminino	164	13,4	
Sexo Masculino	40	12,6	
			0,054

Quanto ao exercício da profissão de saúde, existe uma diferença significativa em relação aos scores de profissionais de saúde (14,8) comparativamente a pessoas que não exercem a sua profissão na área da saúde (11,6), uma vez que o nível de significância é  $< 0,05$  ( $p < 0,001$ ). Assim, os profissionais de saúde ou estudantes da área científica da saúde, apresentam um maior nível de literacia em saúde oral comparativamente aos restantes (Tabela 25).

Tabela 25 - Estudo da comparação do nível de literacia em saúde oral em função do exercício da profissão de saúde

			<i>Mann-Whitney</i>
	<b>n</b>	<b>Média do <i>Score</i> de literacia em saúde oral</b>	<b>Sig (2 extremidades)</b>
<b>É profissional de saúde</b>	107	14,8	
<b>Não é profissional de saúde</b>	97	11,6	
			< 0,001

No que concerne o nível de escolaridade da amostra, a média do score de literacia em saúde oral é maior em indivíduos cujo nível de instrução é o ensino superior (13,6) comparativamente aos restantes indivíduos com um nível de escolaridade mais baixo (12,2).

Deste modo, é possível concluir que indivíduos com um maior nível de escolaridade possuem um maior nível de literacia em saúde oral.

Tabela 26 - Estudo da comparação do nível de literacia em saúde oral em função do nível de escolaridade

			<i>Mann-Whitney</i>
	<b>n</b>	<b>Média do <i>Score</i> de literacia em saúde oral</b>	<b>Sig (2 extremidades)</b>
<b>Ensino Básico/Secundário</b>	48	12,2	
<b>Ensino Superior</b>	156	13,6	
			0,009

Em relação ao nível de escolaridade dos pais dos respondentes, é possível aferir que quanto mais instruídos são, maior o nível de literacia em saúde oral, uma vez que a diferença relatada entre as médias dos diferentes níveis de escolaridade é estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

Tabela 27 - Estudo da comparação do nível de literacia em saúde oral em função do nível de escolaridade dos pais

			<i>Kruskal-Wallis</i>
	<b>n</b>	<b>Média do <i>Score</i> de literacia em saúde oral</b>	<b>Sig (2 extremidades)</b>
<b>Ensino Básico</b>	57	11,3	
<b>Ensino Secundário</b>	56	13,5	
<b>Ensino Superior</b>	91	14,4	
			< 0,001

Ao analisar a Tabela 28, que relaciona a área geográfica de residência com o nível de literacia em saúde oral, é possível salientar um maior nível na região de Lisboa e Vale do Tejo (13,6) em comparação com as restantes regiões de Portugal Continental (12,6). Esta diferença revelou-se estatisticamente significativa, uma vez que o nível de significância corresponde a  $p = 0,048$ .

Tabela 28 - Estudo da comparação do nível de literacia em saúde oral em função da área de residência

			<i>Mann-Whitney</i>
	<b>n</b>	<b>Média do <i>Score</i> de literacia em saúde oral</b>	<b>Sig (2 extremidades)</b>
<b>Lisboa e Vale do Tejo</b>	136	13,6	
<b>Outras regiões</b>	68	12,6	
			0,048

### **2.3. Análise da correlação entre os níveis de literacia em saúde e literacia em saúde oral**

Através da análise da Tabela 29, que analisa a correlação entre os níveis de literacia em saúde e literacia em saúde oral, constata-se que a correlação é positiva e significativa ( $\rho = 0,227$ ;  $p = 0,001$ ), apesar de possuir pouca intensidade. Deste modo, os seguintes resultados indicam que tendencialmente indivíduos com elevado nível de literacia em saúde, possuem igualmente um elevado nível de literacia em saúde oral.

Tabela 29 – Correlação entre os níveis de literacia em saúde e literacia em saúde oral

		<i>Score Literacia em Saúde</i>	<i>Score Literacia em Saúde Oral</i>
<i>Score Literacia em Saúde</i>	<b>Rho (de Spearman)</b>	1,000	0,227
	<b>p</b>		0,001
	<b>n</b>	204	204
<i>Score Literacia em Saúde Oral</i>	<b>Rho (de Spearman)</b>	0,227	1,000
	<b>p</b>	0,001	
	<b>N</b>	204	204

### 3. Análise da variável faixa etária quanto à literacia em saúde oral

#### 3.1. Caracterização da amostra em função da faixa etária

É pertinente efetuar uma análise mais detalhada da faixa etária da amostra e da sua relação com os níveis de literacia em saúde oral, uma vez que um dos principais objetivos deste estudo assenta na análise detalhada desta variável, assim como a comparação dos níveis de literacia em saúde oral numa população jovem comparativamente a uma mais velha.

Primeiramente, há que caracterizar mais aprofundadamente a amostra quanto à faixa etária. Assim sendo, os indivíduos foram divididos em dois grandes grupos etários, tal como representado no Gráfico 2, um primeiro compreende idades dos 16 – 24 anos e o segundo maior de 25 anos. Verifica-se que pouco mais de metade da amostra corresponde à camada mais jovem (52,5%).

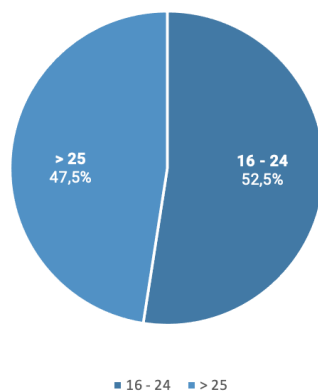


Gráfico 2 – Distribuição da amostra em duas faixas etárias

Em seguida, foi adicionada uma faixa etária às duas categorias já existentes, aquela referente a indivíduos com mais de 40 anos de idade. Deste modo, indivíduos com idades compreendidas entre 25 – 39 anos correspondem a 15,7% da amostra e a categoria  $\geq 40$  anos representa 31,9%.

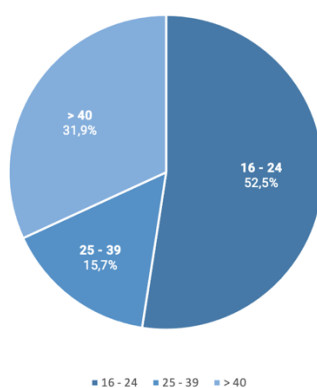


Gráfico 3 – Distribuição da amostra em três faixas etárias

Por último, a amostra foi dividida em quatro faixas etárias, sendo aquelas com maior representação a dos 16 – 24 anos de idade (52,5%), seguida dos 40 – 65 anos (29,9%), sendo as restantes duas faixas etárias, dos 25 – 39 anos e > 65 anos de idade, as menos representadas.

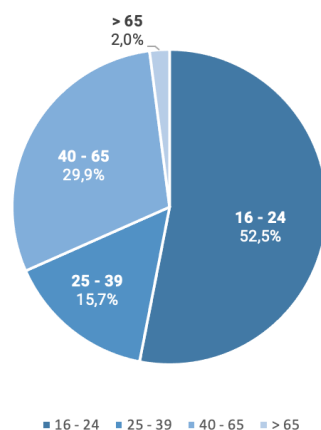


Gráfico 4 – Distribuição da amostra em quatro faixas etárias

### 3.2. Análise da relação entre nível de literacia em saúde oral e a faixa etária da amostra

De forma a efetuar a análise minuciosa da relação entre o nível de literacia em saúde oral e a faixa etária da amostra, a mesma foi escalonada em três classes de faixas etárias tal como representado no tópico anterior (Gráfico 2; Gráfico 3; Gráfico 4).

Assim, foram efetuados os testes apropriados para estabelecer uma comparação entre o nível de literacia em saúde oral e a idade da amostra. Partindo de uma divisão geral e mais abrangente, de maneira a culminar numa mais pormenorizada. Foram atribuídos números aos grupos etários de maneira a facilitar a sua identificação durante a análise dos resultados (Tabela 30).

Tabela 30 – Organização das faixas etárias em grupos etários

Grupos etários	Faixas etárias
1	16 – 24 anos
	> 25 anos
2	16 – 24 anos
	25 – 39 anos
	≥ 40
3	16 – 24 anos
	25 – 39 anos
	40 – 65 anos
	> 65 anos

Foi analisada (Tabela 31) a relação entre os níveis de literacia em saúde oral e o grupo etário 1. Existe uma diferença significativa ( $p < 0,001$ ) entre a faixa etária mais jovem, cuja média do score de literacia em saúde oral é de 14,1 e o resto da amostra, ou seja, indivíduos adultos com mais de 25 anos, cuja média é de 12,3.

Tabela 31 - Estudo da comparação do nível de literacia em saúde oral no grupo etário 1

<i>Mann-Whitney</i>			
	<b>n</b>	<b>Média do Score de literacia em saúde oral</b>	<b>Sig (2 extremidades)</b>
<b>16 – 24 anos</b>	107	14,1	
<b>&gt; 25 anos</b>	97	12,3	
			$< 0,001$

Ao ser analisado o grupo etário 2 (Tabela 32), verifica-se uma tendência para a diminuição do score à medida que a faixa etária aumenta, apresentando-se a maior média na camada mais jovem da amostra e o nível mais baixo na faixa mais velha.

Ao comparar os scores com a faixa etária, verifica-se que esta diferença é de facto, estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

Tabela 32 - Estudo da comparação do nível de literacia em saúde oral no grupo etário 2

<i>Kruskal-Wallis</i>			
	<b>n</b>	<b>Média do Score de literacia em saúde oral</b>	<b>Sig (2 extremidades)</b>
<b>16 – 24 anos</b>	107	14,1	
<b>25 – 39 anos</b>	32	13,3	
<b><math>\geq 40</math> anos</b>	65	11,8	
			$< 0,001$

Relativamente ao último grupo etário, numerado como 3, verifica-se, em semelhança ao grupo etário 2, uma tendência para a diminuição do nível de literacia em saúde oral à medida que a idade aumenta. Deste modo, a média mais elevada situa-se na faixa etária mais jovem dos 16 – 24 anos de idade e a média mais baixa na faixa dos > 65 anos.

É de salientar que esta relação é estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ), o que indica que existe uma diferença dos níveis de literacia em saúde oral das faixas etárias do grupo 3 (Tabela 33).

Tabela 33 - Estudo da comparação do nível de literacia em saúde oral no grupo etário 3

<i>Kruskal-Wallis</i>			
	<b>n</b>	<b>Média do <i>Score</i> de literacia em saúde oral</b>	<b>Sig (2 extremidades)</b>
<b>16 – 24 anos</b>	107	14,1	
<b>25 – 39 anos</b>	32	13,3	
<b>40 – 65 anos</b>	61	11,9	
<b>&gt; 65 anos</b>	4	9,3	
			$< 0,001$

Em suma, através da leitura das Tabelas 31, 32 e 33, aceita-se a hipótese nula dos respetivos testes ( $H_0$ : O nível de literacia em saúde oral é diferente nas faixas etárias), uma vez que o valor de significância em cada um deles é menor que 0,05.

Após se ter verificado que existiam diferenças entre os níveis de literacia em saúde oral das faixas etárias, averiguou-se quais das faixas são, de facto, estatisticamente diferentes. Posto isto, ao analisar a Tabela 34, que indica a existência de uma diferença significativa entre a faixa etária dos 16 – 24 anos e dos > 65 anos ( $p = 0,026$ ). Além disso, existe também uma diferença significativa entre a faixa etária dos 16 – 24 anos e dos 40 – 65 anos. Conclui-se assim, que o nível de literacia em saúde oral é significativamente maior nas camadas mais jovens da amostra em comparação com as faixas etárias cuja idade é mais avançada.

Tabela 34 – Comparação das diferentes faixas etárias através do método *All pair-wise* do teste *Kruskal Wallis*

Faixas etárias	p
(> 65) – (40 – 65)	0,188
(> 65) – (25 – 39)	0,137
(> 65) – (16 – 24)	0,026
(40 – 65) – (25 – 39)	0,093
(40 – 65) – (16 – 24)	0,000
(25 – 39) – (16 – 24)	0,226

### 3.3. Correlação entre faixa etária e os níveis de literacia em saúde e literacia em saúde oral

Não obstante o facto de não se encontrar uma relação entre o nível de literacia em saúde e faixa etária (Tabela 20), há que estabelecer a uma correlação entre níveis de literacia em saúde geral e literacia em saúde oral analisadas através do prisma da faixa etária.

A Tabela 35 revela precisamente que existe uma correlação positiva e significativa ( $\rho = 0,255$ ;  $p = 0,008$ ), embora de baixa intensidade, entre os níveis de literacia em saúde e literacia em saúde oral da faixa etária mais jovem, dos 16 – 24 anos de idade.

Deste modo, os jovens que revelam ter um alto nível de literacia em saúde, possuem igualmente um alto nível de literacia em saúde oral.

Tabela 35 - Correlação entre os níveis de literacia em saúde e literacia em saúde oral da faixa etária dos 16 – 24 anos

		Score Literacia em Saúde	Score Literacia em Saúde Oral
Faixa etária 16 – 24 anos	Score Literacia em Saúde	1,000	0,255
	Rho (de Spearman)		
	p		0,008
	n	107	107
	Score Literacia em Saúde Oral	0,255	1,000
	Rho (de Spearman)		
	p	0,008	
	N	107	107

Ao efetuar a análise da correlação dos níveis na faixa etária dos 25 – 39 anos de idade, embora a correlação revele ter um caráter positivo ( $\rho = 0,171$ ), esta não é intensa e não é significativa ( $p = 0,349$ ), como observado na Tabela 36.

Tabela 36 - Correlação entre os níveis de literacia em saúde e literacia em saúde oral da faixa etária dos 25 – 39 anos

		<i>Score Literacia em Saúde</i>	<i>Score Literacia em Saúde Oral</i>
Faixa etária 25 - 39 anos	<i>Score Literacia em Saúde</i>	1,000	0,171
	<b>Rho (de Spearman)</b>		
	<b>p</b>		0,349
	<b>n</b>	32	32
	<i>Score Literacia em Saúde Oral</i>	0,171	1,000
	<b>Rho (de Spearman)</b>		
	<b>p</b>	0,349	
	<b>N</b>	32	32

Em relação à faixa etária com idades compreendidas entre os 40 – 65 anos, é de salientar a correlação positiva e significativa ( $\rho = 0,280$ ;  $p = 0,029$ ). Assim, à semelhança da faixa etária dos 16 – 24 anos de idade, representada na Tabela 35, os indivíduos dos 40 – 65 anos que possuem um elevado nível de literacia em saúde, têm igualmente um elevado nível de literacia em saúde oral (Tabela 37).

Tabela 37 - Correlação entre os níveis de literacia em saúde e literacia em saúde oral da faixa etária dos 40 – 65 anos

		<i>Score Literacia em Saúde</i>	<i>Score Literacia em Saúde Oral</i>
Faixa etária 40 – 65 anos	<i>Score Literacia em Saúde</i>	1,000	0,280
	<b>Rho (de Spearman)</b>		
	<b>p</b>		0,029
	<b>n</b>	61	61
	<i>Score Literacia em Saúde Oral</i>	0,280	1,000
	<b>Rho (de Spearman)</b>		
	<b>p</b>	0,029	
	<b>N</b>	61	61

Por fim, resta verificar a correlação da faixa etária de indivíduos > 65 anos de idade, que através da Tabela 38 constata-se que a correlação é positiva, mas não é significativa ( $\rho = 0,200$ ;  $p = 0,800$ ).

Tabela 38 - Correlação entre os níveis de literacia em saúde e literacia em saúde oral da faixa etária > 65 anos

Faixa etária > 65 anos	Score Literacia em Saúde	Rho (de <i>Spearman</i> )	Score Literacia em Saúde	Score Literacia em Saúde Oral
			1,000	0,200
		<b>p</b>		0,800
		<b>n</b>	4	4
	Score Literacia em Saúde Oral	Rho (de <i>Spearman</i> )	0,200	1,000
		<b>p</b>	0,800	
		<b>N</b>	4	4

## 4. Comparação dos resultados obtidos

### 4.1. Comparação dos níveis de literacia em saúde

Após a obtenção e análise dos resultados, é revelante e interessante a comparação dos mesmos com outros estudos já efetuados, de maneira que seja possível estabelecer uma ponte de ligação entre diversas investigações, onde são explorados resultados que advêm de amostras distintas, com características igualmente diversas.

Através da análise dos resultados representados graficamente (Gráfico 5), em que os dados provenientes do presente estudo são confrontados com outros realizados a nível nacional, é de salientar o facto do nível de literacia em saúde categorizado como excelente ser o menos representado em todos os estudos. Por outro lado, os níveis mais prevalentes transversalmente a todos os estudos, são os níveis problemático e suficiente. Os resultados da presente investigação e de *Pedro et al. (2016)* revelam-se os mais semelhantes entre si, sendo o nível problemático o mais prevalente em ambos os estudos. Os resultados de *Arriaga et al. (2022)* contrastam com os restantes, na medida em que a população em estudo obteve níveis de literacia em saúde mais altos

comparativamente aos restantes (5% com nível considerado excelente e 65% com um nível de literacia suficiente).

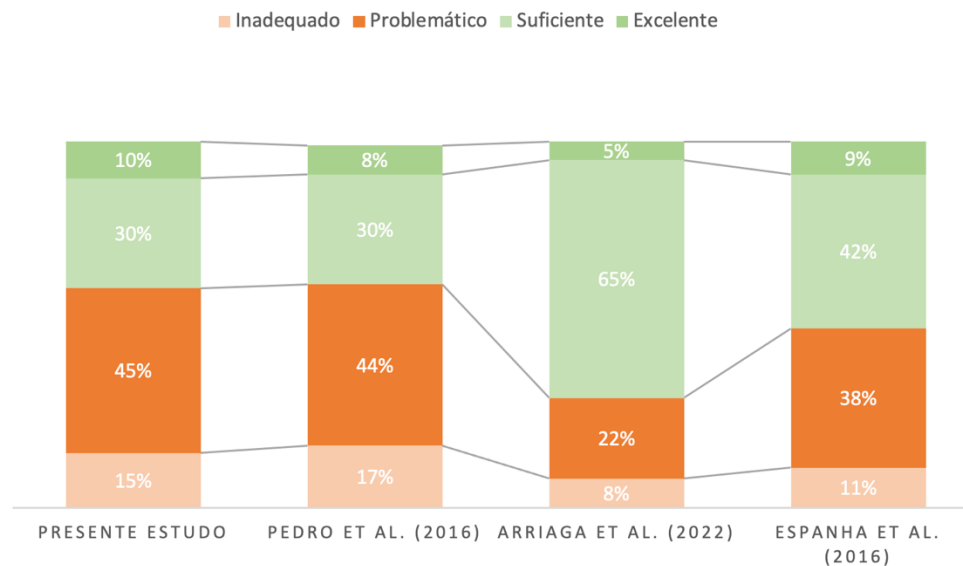


Gráfico 5 – Comparação dos níveis de literacia em saúde do presente estudo com outros estudos a nível nacional

## 4.2. Comparação dos níveis de literacia em saúde oral

A análise dos resultados do presente estudo (Gráfico 6) estão em concordância com os resultados da investigação conduzida por *Flynn et al. (2016)*, que revelam uma predominância do nível categorizado como adequado. O estudo que contrasta com os restantes é o de *Sistani et al. (2014)* que mostra uma predominância de indivíduos possuidores de um nível baixo de literacia em saúde oral (56%).

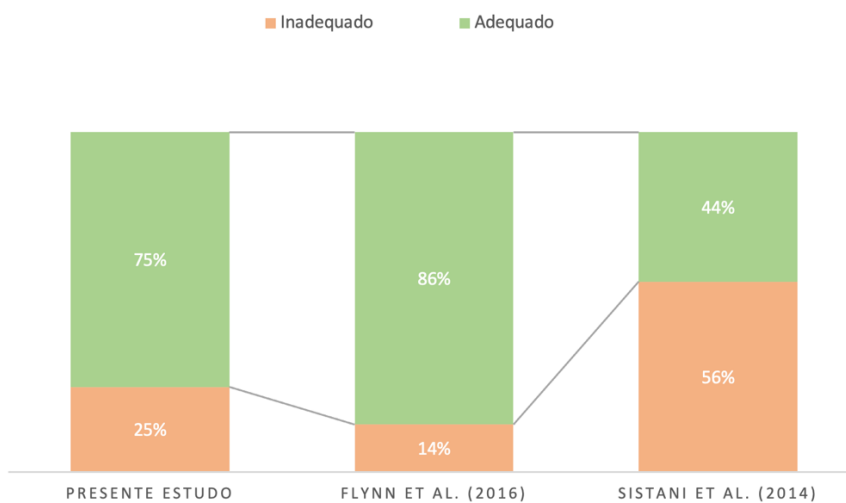


Gráfico 6 – Comparação dos níveis de literacia em saúde oral do presente estudo com outros estudos

## IV DISCUSSÃO

O presente trabalho de investigação, foi desenvolvido numa amostra de 204 indivíduos com idade igual ou superior a 16 anos, residentes em Portugal Continental, tratando-se de uma amostra não probabilística de conveniência. A pertinência do estudo insere-se na relação simbiótica entre a saúde a um nível geral e saúde oral.

A escolha do instrumento de aferição do nível de literacia em saúde, HLS-EU-Q-PT-Q16 prendeu-se pelo facto da sua versão portuguesa já estar validada e amplamente utilizada, permitindo o termo de comparação entre vários estudos quer a nível nacional como europeu. O questionário mencionado é considerado abrangente e pode ser utilizado para medir o nível de literacia de populações em geral e não apenas de pacientes específicos, não sendo o seu especial enfoque o âmbito clínico, mas sim para questões do foro da saúde pública (*Sørensen et al., 2013*).

Quanto à literacia em saúde oral, o instrumento utilizado foi o OHL-AQ, visto que a sua validação para a versão portuguesa já estar concluída e pelo facto de possuir certas especificidades que se tornam interessantes quando em comparação com outros questionários com a mesma finalidade, uma vez que afere a capacidade de audição, assim como tomada de decisões apropriadas, não descorando o facto de ser considerado um questionário pouco extenso e fácil de aplicar (*Dickson-Swift et al., 2014; Mendes, 2019*).

Como tal, de maneira a aferir os níveis de literacia em saúde e literacia em saúde oral da amostra, foram aplicados ambos os questionários, seguidos de uma secção de perguntas de carácter sociodemográfico. Este tipo de questões é considerado pertinente pelo facto da literacia em saúde não ter um carácter unidimensional, existindo diversos preditores que a podem influenciar, tais como as condições laborais, idade e nível de instrução (*OMS, 2013*).

A metodologia aplicada para a obtenção de respostas foi realizada através de uma plataforma online, sendo que este método possui a vantagem da redução de erros aquando da recolha de dados e do risco de viés do ponto de vista social, uma vez que se trata de um questionário auto-administrado. As respostas do inquirido não têm qualquer tipo de influência externa, mais concretamente da parte do entrevistador. As desvantagens ou riscos associados a este método, tais como a omissão de respostas ou desistências tentaram ser minimizadas através da implementação de repostas de carácter obrigatório (*Ball, 2019*).

Quanto às variáveis sociodemográficas, é de realçar o facto de o número de mulheres entrevistadas ser superior ao dos homens, dos quais 80,4% dos inquiridos são do sexo feminino.

No que concerne a variável faixa etária, a mais prevalente encontra-se no espectro mais jovem, ou seja, dos 16 – 24 anos de idade, representando 52,5% da amostra. Por outro lado, a segunda faixa etária mais prevalente é correspondente a indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos. Torna-se pertinente neste estudo em particular a existência de entrevistados aglomerados nestas duas faixas etárias, de modo que se possa estabelecer um termo de comparação entre os níveis de literacia de uma população mais jovem e de uma população adulta, de maneira a cumprir os objetivos primordiais do estudo.

Ao analisar o nível de escolaridade dos inquiridos, constata-se que a grande maioria, 76,5%, possui habilitações literárias correspondentes ao ensino superior e que os restantes 23,5% possui um nível de ensino mais baixo, situando-se no ensino secundário ou básico. O inverso acontece relativamente ao nível de escolaridade dos progenitores dos respondentes, visto que 55,4% apresentam um nível de escolaridade compatível com os ensinos básico ou secundário, tendo a minoria o ensino superior. Segundo os dados da *PORDATA (2022)*, verifica-se um aumento exponencial de indivíduos com habilitações literárias compatíveis com o ensino superior, sendo que em 1998 apenas 6,1% da população residente em Portugal com idades compreendidas entre os 16 e 89 anos de idade tinham o ensino superior, em contraste com o ano de 2021 em que se verificam 24,1%. Deste modo, é expectável que os pais dos respondentes possuam menos habilitações literárias, uma vez que nas duas últimas décadas se tem assistido a um aumento do nível de escolaridade da população portuguesa.

Quanto à área de residência, 66,7% dos entrevistados residem na zona de Lisboa e Vale do Tejo, sendo que esta possui um rácio de 953,0 indivíduos por km<sup>2</sup>, tendo sido este o valor registado no ano de 2021 (*PORDATA, 2022*).

Relativamente à área laboral dos inquiridos, 52,5% afirmaram ser profissionais de saúde ou estudantes da área científica da saúde.

O nível de literacia em saúde da amostra em estudo foi classificado, de um modo geral como problemático, sendo a média do score o valor de 32,1. De realçar o facto de 59,8% dos indivíduos inquiridos apresentarem um nível de literacia em saúde baixo (inadequado ou problemático). Os resultados do presente estudo, quando confrontados com outros a nível nacional estão em concordância com o estudo conduzido por *Pedro*

*et al.* (2016) e em contradição com os dados recolhidos por *Arriaga et al.* (2022) e *Espanha et al.* (2016), que mostram uma menor percentagem de indivíduos com níveis considerados problemático e inadequado de literacia em saúde. Ao comparar os dados com a realidade europeia, a aplicação do mesmo questionário em Itália revela igualmente que os indivíduos possuem um nível problemático (*Lorini et al.*, 2019), em contraste com a Roménia, Islândia e França, que apresentam níveis de literacia superiores (*Coman et al.*, 2022; *Gustafsdottir et al.*, 2020; *Rouquette et al.*, 2018). Em 2015, foi publicado um estudo comparativo dos níveis de literacia em saúde de oito estados membros da união europeia, sendo que a média total dos níveis dos oito países, revela um nível problemático e inadequado de 47,6% (*Sørensen et al.*, 2015). Ainda assim, o presente estudo revela um nível mais elevado de indivíduos com pouca literacia em saúde comparativamente ao estudo europeu mencionado anteriormente.

Em relação ao nível de literacia em saúde nas três subdimensões do HLS-EU-PT-Q16, promoção da saúde, prevenção da doença e cuidados de saúde, é de realçar que aquela que apresenta níveis de literacia mais elevados é a subdimensão da promoção de saúde, sendo representada por 61,2% de indivíduos com níveis suficiente e excelente. A segunda dimensão com níveis mais elevados corresponde aos cuidados de saúde, onde 51,9% apresentam níveis considerados altos. Por outro lado, a subdimensão que apresenta um nível de literacia mais baixo corresponde à prevenção da doença, em que apenas 41,7% possuem altos níveis de literacia em saúde. Os resultados obtidos no presente estudo são corroborados pela investigação conduzida por *Arriaga et al.* (2022), que relata uma maior percentagem de indivíduos com altos níveis de literacia no domínio da promoção de saúde, apresentando os níveis mais baixos no âmbito da prevenção da doença. Em contraste, os estudos conduzidos por *Pedro et al.* (2016) e *Espanha et al.* (2016), revelam que os maiores níveis de literacia se situam nos subdomínios quer da prevenção da doença, como nos cuidados de saúde, sendo o domínio da promoção de saúde o que possui níveis mais baixos de literacia.

É sabido que a literacia em saúde é um forte preditor do estado de saúde de um indivíduo, estando este intimamente relacionado com o fator idade (*OMS*, 2013). Em vários estudos que visam a aferição do nível de literacia em saúde, foi encontrada uma associação entre a idade e a literacia, na medida em que esta diminui à medida que a idade aumenta, estabelecendo uma relação inversamente proporcional (*Arriaga et al.*, 2022; *Coman et al.*, 2022; *Espanha et al.*, 2016; *Pedro et al.*, 2016; *Sørensen et al.*, 2015). Não obstante o facto de no presente estudo não se encontrarem diferenças

estatisticamente significativas entre as faixas etárias e o nível de literacia, pode-se afirmar através da análise descritiva das pontuações obtidas por meio da aplicação do questionário, que existe uma relação tendencialmente decrescente no que concerne às variáveis idade e nível de literacia. A ausência de uma diferença significativa entre idade e literacia foi igualmente descrita por *Gustafsdottir et al. (2020)*, que relata não haver uma correlação negativa entre ambas as variáveis.

Quanto à variável género, tanto o sexo masculino como feminino apresentam níveis idênticos de literacia em saúde, não existindo uma diferença significativa entre os dois, tais resultados são corroborados por *Sørensen et al. (2015)* que indica o género como possuindo um efeito mínimo no que toca aos preditores de uma baixa literacia em saúde. Por outro lado, o estudo desenvolvido por *Coman et al. (2022)* para a validação do questionário na Roménia, descreve o género como um dos determinantes da literacia em saúde, associando o género masculino a um menor nível de literacia em saúde. Também *Arriaga et al. (2022)*, que aferiu o nível de literacia em saúde na população portuguesa em 2021, mostra haver uma diferença significativa entre o género e o a literacia

Por outro lado, os profissionais de saúde ou estudantes na área da saúde apresentam um nível superior de literacia em saúde quando confrontados com os restantes indivíduos da amostra, uma vez que os mesmos apresentam uma média do score de literacia em saúde de 33,8, contrastando com os restantes cuja média corresponde a 30,2. Esta diferença é estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ), o que leva a concluir que os profissionais de saúde possuem um nível mais elevado de literacia comparativamente a indivíduos cuja função laboral não se integra na área da saúde. Tais resultados podem ser explicados pelo facto destes indivíduos possuírem um nível elevado de instrução especializado na área da saúde, que leva a que estes possuam, como seria expectável, mais conhecimentos na área da literacia. Deste modo, é sabido que a literacia em saúde desempenha um papel fulcral na comunicação entre profissionais de saúde e pacientes (*Coleman & Fromer, 2015; OMS, 2013*). No sentido em que a literacia em saúde pode servir como ponto agregador na relação médico-paciente, facilitando a compreensão entre ambos.

No que concerne o nível de escolaridade, a evidência científica indica que quanto mais elevado o nível de instrução, maior o nível de literacia em saúde (*Arriaga et al., 2022; Coman et al., 2022; Espanha et al., 2016; Gustafsdottir et al., 2020; Pedro*

*et al.*, 2016; Rouquette *et al.*, 2018; Sørensen *et al.*, 2015). Contudo, através do presente estudo não se verifica uma relação entre o nível de escolaridade e o nível de literacia.

Ao analisar os resultados dos níveis de literacia em função da área de residência, verifica-se que o score é maior na zona geográfica metropolitana, circundante da capital em contraste com outras regiões do país, no entanto não existem diferenças significativas.

A média dos scores obtidos através da aplicação do OHL-AQ, foi de 13,3. De enfatizar que 75% da amostra situa-se num nível de literacia em saúde oral considerado adequado. Em contraste com os resultados obtidos, há estudos que mostram níveis de literacia em saúde mais baixos, tais como Almeida *et al.* (2022), cuja média do score do OHL-AQ se situa nos 11,84. Igualmente, no estudo de Sistani *et al.* (2014), apenas 44,3% dos inquiridos apresentavam um nível de literacia em saúde oral considerado como adequado. Por outro lado, os resultados de Mendes (2019) apontam para uma concordância com o presente estudo, uma vez que a média do score é de 13,97, também Flynn *et al.* (2016) refere uma percentagem de 86% de indivíduos com um nível adequado de literacia em saúde oral.

No que concerne o género, verifica-se que o sexo feminino apresenta um maior nível de literacia em saúde oral em comparação com os indivíduos do sexo masculino, ainda que não existam diferenças significativas. Este resultado é corroborado por Mendes (2019) e Sistani *et al.* (2014).

Em relação à situação laboral dos entrevistados, a média do score da literacia em saúde oral dos profissionais de saúde é mais elevado, quando comparado com os restantes. Deste modo, verifica-se uma associação entre o nível de literacia em saúde oral e o exercício da profissão na área da saúde ( $p < 0,001$ ). A evidência indica que a existência de formação no âmbito da saúde oral influencia de uma maneira positiva os comportamentos no âmbito da saúde oral (Mendes, 2019).

Quanto ao nível de escolaridade, os mais instruídos possuem um nível de literacia em saúde oral superior aos restantes, verificando-se uma relação estatisticamente significativa entre o nível de instrução e a literacia em saúde oral ( $p = 0,009$ ), tal como verificado por Statini *et al.* (2014), Flynn *et al.* (2016) e Almeida *et al.* (2022).

O mesmo se constata quanto ao nível de escolaridade dos pais, cuja média do score da literacia em saúde oral é mais elevada nos indivíduos que possuem ensino superior, verificando-se uma relação estatisticamente significativa entre o nível de

literacia em saúde oral e o nível de escolaridade dos pais dos entrevistados ( $p < 0,001$ ). Contudo, este resultado não é corroborado por *Mendes (2019)*, que não apresenta uma diferença significativa no que concerne a relação entre literacia em saúde oral e nível de escolaridade dos pais.

No que toca à área de residência verificam-se níveis de literacia em saúde oral mais elevados na região de Lisboa e Vale do Tejo, sendo a diferença para as outras regiões estatisticamente significativa ( $p = 0,048$ ). Posto isto, não foi encontrada evidência científica suficiente para efetuar analogias com os presentes resultados sobre a distribuição geográfica, face à realidade portuguesa, no âmbito da literacia em saúde oral.

Relativamente à associação entre as faixas etárias e nível de literacia em saúde oral, verificou-se uma diferença significativa entre o score de literacia entre as faixas etárias em estudo ( $p < 0,001$ ). Através do teste de hipótese aplicado, conclui-se que existem diferenças significativas entre, pelo menos, duas faixas etárias, pelo que se procedeu a uma análise mais detalhada para perceber, em concreto, de quais faixas etárias se tratavam. Assim, verifica-se uma associação entre o score de literacia em saúde oral e a camada mais jovem da amostra, mais precisamente dos 16 – 24 anos de idade, que apresenta um nível de literacia superior quando confrontada com um grupo etário constituído por uma população mais envelhecida, nomeadamente dos 40 – 65 anos de idade ( $p = 0,000$ ). Também se verifica uma diferença significativa entre a faixa etária dos 16 – 24 anos de idade e e dos  $> 65$  anos ( $p = 0,026$ ).

Uma das hipóteses propostas para tal fenómeno, poderá assentar na maior prevalência de programas para a promoção de saúde oral nos últimos anos, com especial enfoque para aqueles que abrangem a camada dos 16 – 24 anos de idade, que poderá ter levado a uma maior sensibilização e educação, no âmbito da saúde oral, da camada mais jovem da população portuguesa, contribuindo para uma mudança de paradigma a nível geracional. Contudo, não existe evidência científica que identifique tal associação.

No entanto, em contraste com os resultados obtidos no presente estudo, *Sistani et al. (2014)* não encontrou nenhuma associação entre idade e literacia em saúde oral. No entanto, outros estudos verificam a existência da presente associação, como é o caso de *Mendes (2019)* e *Sistani (2013)*.

Após a análise dos scores e dos aspetos sociodemográficos da amostra, é pertinente correlacionar ambos os níveis de literacia, quer em saúde, quer em saúde oral, visto que é sabido que a saúde oral se encontra inequivocamente ligada à saúde geral.

De acordo com a pesquisa bibliográfica efetuada, não foram encontradas correlações entre ambos os níveis de literacia. No entanto, num estudo conduzido por *Guo et al. (2014)*, cujo intuito do mesmo passava pela aferição da existência de uma associação entre o nível de literacia em saúde e a auto-perceção da saúde oral, concluiu-se que indivíduos com altos níveis de literacia, possuíam uma melhor auto-perceção do seu estado de saúde oral, assim como uma melhor comunicação e interação com profissionais da área da saúde oral.

A correlação (de *Spearman*) revela-se positiva, ainda que com pouca intensidade, e significativa ( $\rho = 0,227$ ;  $p = 0,001$ ). Desde modo, os indivíduos com altos níveis de literacia em saúde possuem igualmente níveis elevados de literacia em saúde oral, e vice-versa.

Ao efetuar a análise da correlação entre os níveis de literacia em saúde e literacia em saúde oral da variável faixa etária, constata-se uma correlação positiva e significativa para as faixas etárias dos 16 – 24 anos ( $\rho = 0,255$ ;  $p = 0,008$ ) e dos 40 – 65 anos ( $\rho = 0,280$ ;  $p = 0,029$ ). Estes dados indicam que os indivíduos inseridos nestes grupos etários, que possuem um alto nível de literacia em saúde, têm também um elevado nível de literacia em saúde oral.



## V CONCLUSÕES

Através da análise dos resultados obtidos através da presente investigação, é possível concluir que a amostra ( $n = 204$ ) é composta predominantemente por indivíduos do sexo feminino, cuja faixa etária predominante é dos 16 – 24 anos de idade, tendo a maioria o ensino superior, assim como os seus progenitores, residentes na zona de Lisboa e Vale do Tejo, cuja função laboral é exercida na área da saúde.

O nível de literacia em saúde é considerado, de um modo geral, problemático, sendo que a média dos scores obtidos se situa em 32,1.

Verificam-se diferenças estatisticamente significativas do nível de literacia para o exercício da profissão de saúde, o que leva a concluir que estudantes/profissionais da área da saúde têm um nível de literacia em saúde significativamente mais elevado.

Ao avaliar o nível de literacia em saúde oral, este é categorizado como adequado, estando a média dos scores obtidos situada em 13,3.

São detetadas diferenças significativas entre o nível de literacia em saúde oral e as variáveis faixa etária, exercício da profissão de saúde, nível de escolaridade, nível de instrução dos pais e área geográfica de residência.

Posto isto, é possível afirmar que a população mais jovem (16 – 24 anos) possui um nível mais elevado de literacia em saúde oral quando confrontada com outra mais envelhecida (40 – 65 anos).

Os estudantes/profissionais da área da saúde possuem níveis de literacia em saúde oral superiores quando confrontados com a restante amostra.

Relativamente ao nível de instrução, quanto mais avançado este for, mais elevado é o nível de literacia em saúde oral. A mesma premissa de aplica à variável correspondente ao nível de escolaridade dos pais dos entrevistados, havendo maiores níveis de literacia em saúde oral em indivíduos com um nível de instrução mais avançado.

No que toca à área geográfica de residência, os indivíduos residentes na zona de Lisboa e Vale de Tejo possuem níveis de literacia em saúde oral mais elevados comparativamente aos restantes.

A relação entre literacia em saúde e literacia em saúde oral revela-se positiva, sendo este facto o indicador de que indivíduos com níveis elevado de literacia em saúde possuem, igualmente, níveis elevados de literacia em saúde oral e vice-versa.

## **1. Limitações do Estudo e Futuras Linhas de Investigação**

Uma das limitações da presente investigação baseia-se na dimensão da amostra, que por motivos temporais, foi definida como uma amostra de conveniência. Como tal, não é considerada representativa da população portuguesa, ao contrário de outros estudos efetuados a nível nacional. Deste modo, a exploração das variáveis sociodemográficas poderia ter sido ainda mais esmiuçada e detalhada, caso se tratasse de uma amostra representativa.

De realçar a possibilidade de os resultados da caracterização da amostra a nível sociodemográfico poderem estar enviesados devido ao facto de um dos locais onde a aplicação dos questionários ter mais enfoque ser a Clínica Universitária Egas Moniz.

A opção de escolha da aplicação do questionário em formato eletrónico é ambivalente, se por um lado aumenta a oportunidade de difusão do mesmo, ultrapassando barreiras geográficas, por outro, pode estar a cingir a amostra apenas a uma franja da população que possui acesso aos meios eletrónicos de resposta.

Outro ponto a melhorar e a ter em consideração em investigações futuras, passa pelo facto da variável idade ter sido expressa e recolhida em modo categórico, o que não permite efetuar uma análise descritiva detalhada da mesma, assim como efetuar termos de comparação com outros estudos em que esta variável é expressa de forma contínua. Ainda assim, como o objetivo primordial do estudo é assente na analogia dos níveis de literacia entre faixas etárias, este pormenor não teve um impacto negativo nem constituiu um impasse na análise e exploração dos resultados.

Acrescentar que ao analisar detalhadamente o panorama investigativo nacional no âmbito da literacia em saúde oral, os estudos ainda são escassos, pelo que limitou o estabelecimento de pontes de comparação. O mesmo se aplica ao cenário europeu, pelo que o instrumento utilizado na presente investigação ainda não se encontra amplamente difundido pela europa, pelo que dificulta o confronto de resultados.

Ao longo da presente investigação é reforçada a relevância da promoção e educação para a saúde como alicerces para a literacia. Assim sendo, como linha de investigação futura seria interessante e pertinente averiguar e estabelecer uma correlação entre os programas de promoção de saúde oral implementados ao longo dos anos e o nível de literacia em saúde oral da população portuguesa, de maneira a descrever e caracterizar o impacto que os programas implementados pelo governo

tiveram para a contribuição dos conhecimentos sobre saúde sistémica e saúde oral dos portugueses.



**VI REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Almeida, E. R., Sistani, M. M. N., Bendo, C. B., Pordeus, I. de A., Firmino, R. T., Paiva, S. M., & Ferreira, F. M. (2022). Validation of the Brazilian Oral Health Literacy-Adults Questionnaire. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 6(3). <https://doi.org/10.3928/24748307-20220822-01>

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

Ball H. L. (2019). Conducting Online Surveys. *Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association*, 35(3), 413–417. <https://doi.org/10.1177/0890334419848734>

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>

Brecher, E. A., & Lewis, C. W. (2018). Infant Oral Health. *Pediatric Clinics of North America*, 65(5), 909–921. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.05.016>

Coleman, C. A., & Fromer, A. (2015). A Health Literacy Training Intervention for Physicians and Other Health Professionals. *FAMILY MEDICINE*, 47 (5), 388-92. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25905883/>

Coman, M. A., Forray, A. I., Van den Broucke, S., & Chereches, R. M. (2022). Measuring Health Literacy in Romania: Validation of the HLS-EU-Q16 Survey Questionnaire. *International journal of public health*, 67, 1604272. <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604272>

Das, D., Menon, I., Gupta, R., Arora, V., Ashraf, A., & Ahsan, I. (2020). Oral health literacy: A practical strategy towards better oral health status among adult population of

Ghaziabad district. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(2), 764.  
[https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe\\_1049\\_19](https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_1049_19)

Despacho nº 153/2005 do Ministério da Saúde (2005). Diário da República: II série, nº3. <https://www.ond.pt/content/uploads/2017/12/despacho-153-2005.pdf>

Despacho nº 16159/2010 do Ministério da Saúde (2010). Diário da República: II série, nº208. <https://www.ond.pt/content/uploads/2017/12/despacho-16159-2010.pdf>

Despacho nº12889/2015 do Ministério da Saúde (2015). Diário da República, II série, nº223. <https://files.dre.pt/2s/2015/11/223000000/3290432904.pdf>

Despacho nº686/2014 do Ministério da Saúde (2014). Diário da República, II série, nº10. <https://www.ond.pt/content/uploads/2017/12/despacho-686-2014.pdf>

Dickson-Swift, V., Kenny, A., Farmer, J., Gussy, M., & Larkins, S. (2014). Measuring oral health literacy: A scoping review of existing tools. *BMC Oral Health*, 14(1), 148.  
<https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-148>

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

Direção-Geral da Saúde (2021). *Programa Nacional Promoção da Saúde Oral 2021-2025*. DGS <https://nocs.pt/wp-content/uploads/2021/06/PNPSO-MAIO2021.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2008). Circular Normativa nº07/DSPPS/DCVAE. Alargamento do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – grávidas e pessoas idosas – Informações Técnicas. <https://www.ond.pt/content/uploads/2017/12/dgs-circular-normativa-07-2008.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015, Norma nº 015/2015. <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Saude-Escolar-2015.pdf>

Direção-Geral de Saúde .(2021). *Níveis de Literacia em Saúde/Levels of Health Literacy*. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estudo-apresenta-nivel-de-literacia-em-saude-dos-portugueses-pdf.aspx>

Entidade Reguladora da Saúde. (2014). Acesso, Concorrência e Qualidade no Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral. [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/1051/Estudo\\_PNPSO\\_21\\_08\\_2014.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1051/Estudo_PNPSO_21_08_2014.pdf)

Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, V. R. (2016). *Literacia em Saúde em Portugal. Relatório Síntese*. (1ª ed). Fundação Calouste Gulbenkian. <https://gulbenkian.pt/publications/literacia-em-saude-em-portugal-relatorio-sintese/>

Flynn, P. M., John, M. T., Naik, A., Kohli, N., VanWormer, J. J., & Self, K. (2016). Psychometric properties of the English version of the Oral Health Literacy Adults Questionnaire - OHL-AQ. *Community dental health*, 33(4), 274–280. [https://doi.org/10.1922/CDH\\_3868Flynn07](https://doi.org/10.1922/CDH_3868Flynn07)

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

Green, L. W. (1979). National Policy in the Promotion of Health. *Journal of the Institute of Health Education*, 17(3), 91–98. <https://doi.org/10.1080/03073289.1979.10805458>

Guo, Y., Logan, H. L., Dodd, V. J., Muller, K. E., Marks, J. G., & Riley, J. L. (2014). Health Literacy: A Pathway to Better Oral Health. *American Journal of Public Health*, 104(7), e85–e91. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301930>

Gustafsdottir, S. S., Sigurdardottir, A. K., Arnadottir, S. A., Heimisson, G. T., & Mårtensson, L. (2020). Translation and cross-cultural adaptation of the European Health

Literacy Survey Questionnaire, HLS-EU-Q16: the Icelandic version. *BMC public health*, 20(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01611-1>

Horowitz, A. M., & Kleinman, D. V. (2012). Oral health literacy: A pathway to reducing oral health disparities in Maryland: Oral health literacy: reducing disparities. *Journal of Public Health Dentistry*, 72, S26–S30. <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2012.00316.x>

Institute of Medicine. (2013). *Oral health literacy: Workshop summary*. (1<sup>st</sup> ed.). The National Academies Press: The National Academies Press. <https://nap.nationalacademies.org/read/13484/chapter/1>

Kickbusch, I., Pelikan, J.M., Franklin, A., Tsouros, A. D. (2013). *Health literacy: the solid facts*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326432>

Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. (2005). *Navigating health: The role of health literacy*. (1<sup>st</sup>ed.). Alliance for Health and the Future. <https://ilcuk.org.uk/wp-content/uploads/2018/10/NavigatingHealth.pdf>

Lorini, C., Lastrucci, V., Mantwill, S., Vettori, V., Bonaccorsi, G., & Florence Health Literacy Research Group (2019). Measuring health literacy in Italy: a validation study of the HLS-EU-Q16 and of the HLS-EU-Q6 in Italian language, conducted in Florence and its surroundings. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 55(1), 10–18. [https://doi.org/10.4415/ANN\\_19\\_01\\_04](https://doi.org/10.4415/ANN_19_01_04)

Loureiro, I., Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde: dos Fundamentos à Acção*. (1<sup>a</sup> ed.). Almedina

Lourenco, A., & Barros, P. P. (2016). *Cuidados de saúde oral: Universalização*. Nova Healthcare Initiative - Universidade Nova de Lisboa. [http://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Cuidados-Saude-Oral\\_Universaliza%C3%A7%C3%A3o.pdf](http://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Cuidados-Saude-Oral_Universaliza%C3%A7%C3%A3o.pdf)

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)

Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D.A. (Eds.). (2004). Health Literacy: A Prescription to End Confusion. National Academies Press (US). [10.17226/10883](https://doi.org/10.17226/10883)

Ordem dos Médicos Dentistas (2021). *Barómetro da Saúde Oral 2021* (6ª ed.). Ordem dos Médicos Dentistas

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

Pereira, C., Veiga, N., Amaral, O., & Pereira, J. (2013). Comportamentos de saúde oral em adolescentes portugueses. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 145–152. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.03.002>

Petersen, P. E., Bourgeois, D., Ogawa, H., Estupinan-Day, S., & Ndiaye, C. (2005). The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9), 661–669. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2626328/pdf/16211157.pdf>

PORDATA. (2022). *Densidade populacional*. <https://www.pordata.pt/Municipios/Densidade+populacional-452>

PORDATA. (2022). *População residente com idade entre 16 e 89 anos: total e por nível de escolaridade completo mais elevado*. <https://www.pordata.pt/db/portugal/ambiente+de+consulta/tabela>.

Rouquette, A., Nadot, T., Labitrie, P., Van den Broucke, S., Mancini, J., Rigal, L., & Ringa, V. (2018). Validity and measurement invariance across sex, age, and education level of the French short versions of the European Health Literacy Survey Questionnaire. *PloSone*, 13(12), e020809. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208091>

Sistani, M. M. N., Montazeri, A., Yazdani, R., & Murtooma, 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., Yazdani, R., Virtanen, J., Pakdaman, A., & Murtooma, H. (2013). Determinants of oral health: does oral health literacy matter?. *ISRN dentistry*, 2013, 249591. <https://doi.org/10.1155/2013/249591>

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agraftotis, D., Ueters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Broucke, S. van den, & Brand, H. (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., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R. H., & Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13(1), 948. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>

World Health Organization (1998) *Health Promotion Glossary*. World Health Organization. Division of Health Promotion, Education, and Communication <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>

# ANEXOS

## Anexo 1 – Aprovação da Comissão de Ética do Instituto Universitário Egas Moniz



---

**Comissão de Ética EGAS MONIZ**

Proc. Interno nº 1078  
Pataloma


Ex.mo Senhor  
Francisco Veladas

Monte de Caparica, 24 de fevereiro 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 "Literacia em Saúde: Aplicação do European Health Literacy Survey e do Oral Health Literacy Adults Questionnaire em duas populações de diferentes faixas etárias", foi aprovado.

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz

  
 Profa. Doutora Maria Fernanda de Mesquita

---

EGAS MONIZ – COOPERATIVA DE ENSINO SUPERIOR, CRL  
Campus Universitário – Quinta da Granja – Monte de Caparica  
2829-511 Caparica

## Anexo 2 – Consentimento Informado



Monte de Caparica, dia de mês de ano

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Unidade Curricular de Medicina Dentária Preventiva e Comunitária do Instituto Universitário Egas Moniz, sob a orientação da Professora Doutora Ana Cristina Manso e co-orientação Professora Doutora Ana Rita Pedro.

Solicita-se autorização para a participação no estudo "Literacia em Saúde: Aplicação do European Health Literacy Survey e do Oral Health Literacy Adults Questionnaire em duas populações de diferentes faixas etárias" a populações com faixas etárias acima dos 16 anos de idade com o objetivo de quantificar e qualificar a literacia em saúde em geral e saúde oral de forma a verificar a mudança de paradigma relativa à educação e promoção para a saúde de uma população mais jovem e numa população adulta, que consiste na seguinte participação: resposta a dois questionários de literacia em saúde e literacia em saúde oral.

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

Este estudo pode trazer benefícios no que concerne à análise das medidas de promoção de saúde oral aplicadas ao longo dos anos e ao progresso do conhecimento nesta área.

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.

## Anexo 3 – Autorização para a utilização do OHL-AQ



Francisco Veladas <franciscomvv98@gmail.com>

---

### Utilização do questionário OHL-AQ para Tese de Mestrado de Medicina Dentária

---

Rui Mendes <ruimendes.01@gmail.com>  
Para: Francisco Veladas <franciscomvv98@gmail.com>

15 de dezembro de 2021 às 22:04

Boa noite Caro Francisco Veladas,

Fico contente por saber que te encontras a desenvolver a tua tese nessa temática pela qual também nutro um particular gosto e interesse.

Da minha parte não tenho objeções que utilizes o OHL-AQ, mas seria correto fazer também menção ao seu autor original o Professor Doutor Reza Yazdani (deixo em baixo a referência ao seu artigo):

NAGHIBI SISTANI, Mohammad M. *et al.* - New oral health literacy instrument for public health: development and pilot testing. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry*. ISSN 20411618. 5:4 (2014) 313–321. doi: 10.1111/jicd.12042.

Desejo-te as maiores felicidades quer neste trabalho quer no teu futuro profissional!

Com os meus cumprimentos,  
Rui Mendes

[Citação ocultada]

## Anexo 4 – Autorização para a utilização do HLS-EU-PT-Q16



Francisco Veladas <franciscomvv98@gmail.com>

---

### Pedido de autorização para aplicação do HLS

---

Ana Rita Pedro <rita.pedro@ensp.unl.pt>  
Para: Francisco Veladas <franciscomvv98@gmail.com>

25 de outubro de 2022 às 18:57

Caro Francisco,

É com muito gosto que concedo a autorização para a utilização do instrumento.

Com os meus melhores cumprimentos,

Ana Rita Pedro

----- Mensagem original -----

De : Francisco Veladas <franciscomvv98@gmail.com>  
Data: 25/10/22 17:07 (GMT+00:00)  
Para: Ana Rita Pedro <rita.pedro@ensp.unl.pt>  
Assunto: Pedido de autorização para aplicação do HLS

[Citação ocultada]