

# iscte

INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DE LISBOA

---

## Literacia em Saúde Oral

Kateryna Gorlevska

Mestrado em Gestão Aplicada à Saúde

Orientador

Professor Doutor Nuno Crespo, Professor Associado com agregação do ISCTE – Instituto  
Universitário de Lisboa, Departamento de Economia

Outubro, 2025



**BUSINESS  
SCHOOL**

---

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

**Literacia em Saúde Oral**

Kateryna Gorlevska

Mestrado em Gestão Aplicada à Saúde

Orientador

Professor Doutor Nuno Crespo, Professor Associado com agregação do ISCTE – Instituto  
Universitário de Lisboa, Departamento de Economia

Outubro, 2025

“Understanding is a two-way street.”

- *Eleanor Roosevelt*

## **Agradecimentos**

Este trabalho floresceu a partir do meu constante desejo de evoluir, tanto a nível profissional como pessoal e por isso gostaria de agradecer a todas as pessoas extraordinárias que me acompanharam durante esta jornada:

Agradeço, em primeira mão, ao meu orientador Professor Doutor Nuno Crespo, pela excelente orientação científica e humana, pelo seu apoio e incentivo constante no desenrolar de todo o processo.

Agradeço à Professora Doutora Generosa do Nascimento, pela inspiração excecional, motivação incansável e acolhimento com uma liderança fantástica.

Agradeço ao ISCTE Executive Education e ao Presidente da Comissão Executiva José Crespo de Carvalho, pela sua disponibilidade e amabilidade.

Agradeço aos meus colegas de turma, pela amizade, apoio e entre-ajuda tanto nos trabalhos de grupo, como fora do contexto académico.

Agradeço, por último mas não menos importante, à minha família e amigos. Por me apoiarem nos altos e baixos. Em especial ao meu filho Martim, que apesar da minha ausência durante as aulas e escrita do trabalho, sempre demonstrou apoio e me motivou a não baixar as mãos. Espero que consiga ser um exemplo à altura, e que consiga motivar-te também a nunca desistir.

## Resumo

**Introdução:** As doenças orais continuam a representar um desafio significativo para os sistemas de saúde a nível global. A relação entre literacia em saúde oral, adesão terapêutica e custos diretos em saúde constitui uma área ainda pouco explorada no contexto português. A compreensão desta interligação é crucial para identificar barreiras ao autocuidado e à utilização adequada dos serviços de saúde, permitindo desenvolver estratégias de intervenção mais eficazes, tanto a nível clínico como de políticas públicas.

**Objetivo:** Avaliar os níveis de literacia em saúde oral de uma amostra dos pacientes de clínicas dentárias privadas, de forma a identificar áreas de fragilidade, quais os elementos que a influenciam e propor estratégias concretas para a sua melhoria.

**Metodologia:** Foi aplicado um questionário *online* durante as consultas de higiene oral, numa amostra de conveniência.

**Resultados:** Dos 87 participantes, a maioria é do género feminino (54%) e a faixa etária mais prevalente é entre 41 os 50 anos. Foi deduzido que os níveis de escolaridade influenciam de forma positiva a literacia em saúde oral. Contudo, a presença de indivíduos com gastos mais elevados em tratamentos dentários evidencia a persistência de necessidades terapêuticas complexas, relacionadas com níveis na literacia em saúde oral insuficientes.

**Conclusão:** Os resultados indicam que é fundamental reforçar a consciencialização para a importância da prevenção e promover o aumento da literacia em saúde oral de indivíduos com literacia insuficiente.

**Palavras-chave:** Literacia Saúde Oral, Literacia Saúde, Saúde Oral, Higiene Oral

## **Abstract**

**Background:** Oral diseases continue to pose a major global public health challenge, exerting a substantial burden on healthcare systems. The relationship between oral health literacy, therapeutic adherence, and direct healthcare costs remains underexplored within the Portuguese context. A comprehensive understanding of this interplay is essential to identify barriers to self-care and to the appropriate utilization of healthcare services, thereby supporting the development of more effective clinical and public health strategies.

**Purpose:** This study aimed to evaluate the levels of oral health literacy among a sample of patients attending private dental clinics, with the objective of identifying areas of vulnerability, determining the factors that influence literacy levels, and proposing evidence-based strategies to enhance oral health literacy.

**Method:** A structured online questionnaire was administered to a convenience sample of participants during oral hygiene appointments.

**Results:** Among the 87 respondents, the majority were female (54%), with the most prevalent age group ranging from 41 to 50 years. A positive association was revealed between educational attainment and oral health literacy levels. Nevertheless, the presence of individuals with higher dental treatment expenses suggests the persistence of complex therapeutic needs, potentially linked to suboptimal oral health literacy.

**Conclusion:** The findings underscore the need to strengthen awareness of preventive oral health measures and to implement targeted strategies aimed at improving oral health literacy, particularly among individuals with limited understanding. Enhancing literacy in this domain is a key step toward promoting equitable access to care and optimizing oral health outcomes within the Portuguese population.

**Keywords:** Oral Health Literacy, Health Literacy; Oral Health, Dental Hygiene

## ÍNDICE

Introdução .....	1
Capítulo 1 - Revisão da Literatura .....	4
1.1 Literacia em saúde .....	4
1.2 Literacia digital em saúde.....	6
1.3 Literacia saúde oral .....	8
1.4 Saúde Oral Relacionada com Outras Doenças .....	10
Capítulo 2 - Metodologia.....	11
2.1 Recolha de dados .....	11
2.2 Tratamento de dados .....	12
Capítulo 3 - Resultados e Discussão.....	13
3.1 Caracterização demográfica .....	13
3.1.1 Concelho Residência.....	13
3.1.2 Grau escolaridade .....	14
3.2 Caracterização da assiduidade aos cuidados de saúde oral.....	15
3.3 Caracterização do estado de saúde oral, hábitos de cuidado diário e perceção sobre os mesmos .....	18
3.4 Gastos em saúde oral .....	22
3.5 Influência da perceção de saúde oral nos fatores sociodemográficos .....	23
3.5.1 Idade.....	23
3.5.2 Género.....	23
3.5.3 Níveis Educacionais .....	24
3.6 Influência dos níveis educacionais na literacia em saúde oral .....	25
Capítulo 4 - Conclusões e Recomendações.....	27
4.1 Considerações finais .....	27
4.2 Limitações da investigação .....	28
4.3 Sugestões para pesquisa futura.....	28
4.4 Implicações para a política de saúde .....	29
4.5 Recomendações de estratégias de melhoria da literacia oral.....	30
Referências Bibliográficas .....	31
Anexos .....	37
Anexo 1 - Questionário.....	38

## **Lista de Siglas**

LS – Literacia Saúde

LSO – Literacia Saúde Oral

## Introdução

As doenças orais continuam a representar um desafio significativo para os sistemas de saúde a nível global. Segundo o relatório da Organização Mundial da Saúde (Global Oral Health Status Report, WHO, 2022), mais de 3,5 mil milhões de pessoas são afetadas por doenças orais, sendo a cárie dentária a condição mais prevalente, seguida da periodontite e, em menor escala, o carcinoma oral. Este impacto é particularmente sentido nos países de rendimento médio e baixo, que concentram cerca de 75% da carga global de doença oral (JornalDentistry, 2023).

Estima-se que os custos diretos e indiretos das doenças orais atingem aproximadamente 90 mil milhões de euros anuais na Europa, colocando a saúde oral entre as condições mais dispendiosas em termos de impacto económico (Listl *et al*, 2015).

No contexto português, os custos associados aos cuidados de saúde oral representam um encargo significativo para muitas famílias. Embora exista uma rede consolidada de clínicas privadas, a medicina dentária continua, em grande parte, excluída do Serviço Nacional de Saúde. Como exceção temos o "Cheque-Dentista" que faz parte do Programa Nacional para a Promoção da Saúde Oral, apesar de ser limitado a crianças em idade coorte, grávidas, idosos e doentes imunocomprometidos. Isso obriga a maioria da população a suportar diretamente os custos dos cuidados, o que representa um fator determinante no adiamento de tratamentos e na negligência de cuidados preventivos. De acordo com o Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (INE, 2022), 51,7% das famílias consideram os cuidados dentários um encargo financeiro "muito pesado", valor que sobe para 59,4% entre famílias em risco de pobreza. De forma complementar, o 9.º Barómetro da Saúde Oral da Ordem dos Médicos Dentistas (2024) revelou que cerca de 300 mil pessoas não recorrem ao médico dentista devido a dificuldades financeiras — o que representa 30% dos indivíduos que nunca vão ou vão menos de uma vez por ano ao dentista. Estes dados sublinham a importância de integrar medidas que promovam a literacia e o acesso universal à saúde oral, como pilares para a equidade e sustentabilidade do sistema.

A nível individual, o custo de tratamentos como restaurações, desvitalizações ou substituições protéticas representa um encargo financeiro elevado, especialmente quando comparado com o investimento necessário em prevenção. Nesse sentido, torna-se pertinente questionar: até que ponto esses custos poderiam ser evitados com maior literacia em saúde oral e o cumprir (*compliance*) das orientações preventivas dadas pelos profissionais?

Em Portugal, apesar dos avanços verificados nos últimos anos, persistem desigualdades significativas no acesso, utilização e manutenção dos cuidados em saúde oral. Um dos fatores centrais associados a esta realidade é a literacia em saúde oral, que influencia de forma determinante os comportamentos preventivos, a adesão às recomendações clínicas e, conseqüentemente, os resultados em saúde.

A relação entre literacia em saúde oral, adesão terapêutica e custos diretos em saúde constitui uma área ainda pouco explorada no contexto português. A compreensão desta interligação é crucial para identificar barreiras ao autocuidado e à utilização adequada dos serviços de saúde, permitindo desenvolver estratégias de intervenção mais eficazes, tanto a nível clínico como de políticas públicas.

Por outro lado, o estudo dos custos diretos em saúde oral adquire particular relevância num sistema em que grande parte das despesas continuam a ser suportadas diretamente pelas famílias. A análise integrada destes custos com os níveis de literacia e com o grau de adesão terapêutica permitirá evidenciar não apenas o peso económico da saúde oral para os cidadãos, mas também os potenciais ganhos associados a uma melhor educação para a saúde e a uma maior responsabilização dos utentes nos seus cuidados diários.

Deste modo, a pertinência do presente estudo baseia-se em três dimensões principais:

1. Científico – contribuição para o avanço do conhecimento em torno da literacia em saúde oral e da sua relação com a adesão terapêutica e os custos diretos;
2. Social – promoção da consciencialização para a importância do autocuidado e da capacitação dos cidadãos como forma de reduzir desigualdades em saúde;
3. Gestão e política de saúde – ministrar evidência que apoie a possibilidade de formular estratégias orientadas para a eficiência dos serviços e para a sustentabilidade económica do sistema de saúde oral em Portugal.

Assim, esta investigação surge como uma oportunidade de produzir conhecimento com impacto multidimensional, capaz de apoiar a tomada de decisão clínica, criando evidência para o apoio de políticas públicas mais equitativas e a promoção de literacia em saúde oral, contribuindo para uma sociedade mais saudável e informada.

Perante este quadro, o objetivo geral do projeto desenvolvido é avaliar a relação entre a literacia em saúde oral, o *compliance* dos pacientes e os custos associados aos cuidados orais em Portugal. Os objetivos específicos:

- Identificar o nível de literacia em saúde oral numa amostra de utentes de clínicas privadas;
- Avaliar o grau de cumprimento das recomendações profissionais após consulta;
- Hábitos de Higiene Oral diários
- Razões que levam a visitar o dentista
- Estimar os custos diretos em saúde oral associados à falta de adesão perante as medidas preventivas.

A estrutura divide-se em 4 capítulos. O primeiro aborda a revisão da literatura, o segundo contém a metodologia, o terceiro demonstra os resultados, e, por fim, o quarto capítulo apresenta a discussão dos resultados e conclusão.

## Capítulo 1 - Revisão da Literatura

A participação ativa do indivíduo no ambiente que o envolve é fundamental para o seu desenvolvimento e para o desenvolvimento da sociedade. Esta participação está centrada nas capacidades do indivíduo, enquanto membro de um sistema social, e condiciona a sua capacidade de responder com sucesso, aos desafios individuais e comunitários que enfrenta diariamente. De modo a poder participar ativamente na sociedade que o rodeia, o indivíduo necessita de compreender a informação que lhe está acessível e deve poder desenvolver competências que lhe permitam entender esta informação de forma a dar resposta aos desafios individuais e coletivos que vão surgindo diariamente (Nielsen-Bohlman & Institute of Medicine, 2004). Desta necessidade surge o conceito de literacia. (Assunção, 2015)

### 1.1 Literacia em saúde

Várias definições de literacia em saúde (LS) foram propostas (Sørensen, 2012). No entanto, quase todas as definições abrangem os mesmos elementos, que descrevem um conjunto de competências de literacia observáveis que permitem aos indivíduos obter, compreender, avaliar e usar informações para tomar decisões e ações que influenciarão o estado de saúde, que variam de indivíduo para indivíduo (Hersh, 2015; Nutbeam, 2021).

O professor Scott K. Simonds adoptou a expressão "literacia em saúde" pela primeira vez, na sua obra de 1974, "Educação para a Saúde como Política Social". A Organização Mundial de Saúde definiu a literacia em saúde como "capacidades cognitivas e sociais que influenciam a capacidade de um indivíduo para obter, compreender e aplicar conhecimentos de forma a preservar a saúde oral" (Agarahari, 2023).

A literacia distingue-se da educação para saúde, pois esta última refere-se mais ao processo de aprendizagem planeada, à atividade intencional que se deve centrar nas disposições e capacidades individuais e da comunidade, oferecendo conhecimentos, influenciando modos de pensar, gerando ou clarificando valores, ajudando a mudar atitudes e crenças, facilitando a aquisição de competências e produzindo mudanças de comportamento e estilos de vida (Loureiro *et al.*, 2012; Assunção, 2015)

Nutbeam classificou a LS em três grandes tipos, nomeadamente:

1. a LS funcional, cujo objetivo é o de obter informação sobre a utilização de serviços e riscos de saúde;
2. a LS interativa, que tem por objetivo o desenvolvimento das capacidades pessoais de modo a potenciar a ação independente, por parte do indivíduo, proporcionando a motivação e a autoconfiança em aspetos relacionados com a saúde; e
3. a LS crítica, que tem por objetivo aumentar a influência e o poder do indivíduo nas mudanças que proporcionam melhorias na saúde, através do conhecimento adquirido dos determinantes da saúde (Nutbeam, 2000)

A LS limitada representa um desafio importante para as políticas e práticas de saúde em todo o mundo, uma vez que os baixos níveis de literacia em saúde dificultam a leitura, a compreensão e a solicitação de informações de saúde (por exemplo, textos em frascos de medicamentos, instruções de alta, documentos de consentimento informado, formulários de seguro e materiais de educação para a saúde) (Hersh, 2015).

Nos Estados Unidos, a National Adult Literacy Assessment (NAAL) de 2003 reportou que 36% da população adulta dos EUA tem um LS básico ou abaixo do básico (Hersh, 2015). Por outro lado, o Projecto Europeu de Literacia em Saúde (HLS-EU), composto por nove organizações de oito estados-membros da União Europeia (UE), reportou 12,4% de LS inadequado, com diferenças substanciais entre os estados-membros (Sørensen, 2012). Em conjunto, estes resultados apontaram para a existência de grupos vulneráveis específicos que são influenciados por variáveis sociodemográficas (Nutbeam, 2021). Além disso, o HSL-UE mostrou que a privação financeira, o estatuto social, a educação, a idade e os géneros são preditores de LS limitado (Sørensen, 2012).

Em Abril de 2015 a Fundação Calouste Gulbenkian organizou a Conferência *International Health Literacy in Portugal*, de onde se destaca a conclusão de que a literacia em saúde é um fator relevante para a equidade e que está diretamente relacionada com a saúde, sendo ainda referido que aproximadamente 50% da população possui níveis inadequados de literacia. (Assunção, 2015)

## 1.2 Literacia digital em saúde

A informação relacionada com a saúde está amplamente disponível no mundo digital, permitindo aos utilizadores da Internet aprender sobre sintomas, prevenção e opções de tratamento para diversas doenças com apenas alguns cliques (Kohan, 2019). O impacto das redes sociais nos comportamentos de saúde está a tornar-se cada vez mais notável. As redes sociais tornaram-se tão essenciais no setor da saúde que as descobertas de pesquisas anteriores já demonstraram que uma quantidade significativa de pacientes depende agora destas plataformas para selecionar médicos, dentistas e hospitais (Collet, *et al.*, 2024). Assim, as redes sociais surgiram como um recurso significativo para promover a saúde e comportamentos de estilo de vida positivos, como a atividade física, dietas saudáveis e procura de apoio social e emocional (Goodyear, 2021).

É importante salientar que grande parte da informação sobre saúde nas redes sociais é disseminada por influenciadores digitais e utilizadores (Purba, *et al.*, 2023), que tentam estabelecer a sensação duma relação de confiança com os seus seguidores. Esta dinâmica pode potencialmente promover ideias e comportamentos adversos, como a insatisfação com a imagem corporal (Rounsefell, 2020). A incapacidade dos indivíduos em verificar a veracidade da informação é um dos fatores que contribui para a disseminação de desinformação sobre saúde na internet (Lowry, 2022).

Neste contexto, para que a utilização da internet na autogestão da saúde promova o bem-estar em vez de exacerbar as disparidades de saúde, os indivíduos devem ser capazes de procurar informações relacionadas com a saúde online e, acima de tudo, avaliar de forma crítica a qualidade da informação encontrada, de forma a aprimorar as decisões que tomam. Este conceito, conhecido como literacia digital em saúde, pode ser avaliado por alguns instrumentos validados, como a *eHealth Literacy Scale (eHEALS)*, desenvolvida por Norman e Skinner (2006). Níveis mais elevados de literacia em *eHealth* estão ligados a uma melhor autogestão em saúde (Gazibara, 2019; Wong, 2019), que está positivamente associada a melhores comportamentos e atitudes de promoção da saúde (Xie, 2022).

As tecnologias de saúde digital, concebidas para aumentar a eficiência da prestação de cuidados de saúde, estão a ser rapidamente integradas em vários contextos médicos para melhorar os serviços de saúde pública (Yao, 2022). As evidências indicam que as tecnologias de saúde digital (por exemplo, aplicações de saúde móvel e plataformas de telemedicina dentária são eficazes no contexto da gestão de doenças crónicas (Stellefson, 2013). Estas tecnologias aumentam a acessibilidade e a adesão ao tratamento através de recursos como lembretes automatizados, orientação interativa e monitorização do progresso (Musa, 2024;

Kim, 2025). No entanto, a sua ampla adoção agravou, em vez de atenuar, as desigualdades em saúde (Yao, 2022). Os principais beneficiários das tecnologias de saúde digital continuam a ser os indivíduos com um estatuto socioeconómico mais elevado e com maior literacia digital. Em contrapartida, os grupos socialmente desfavorecidos — incluindo os indivíduos com um nível de escolaridade mais baixo, os que têm rendimentos mais baixos, os idosos e os residentes rurais — continuam a enfrentar uma persistente “exclusão na saúde digital” (Estrela, 2023).

Foi demonstrado que a literacia em *eHealth* (a capacidade de procurar, localizar, compreender, avaliar e aplicar informação de saúde de fontes online para abordar problemas de saúde) (Norman, 2006) tem sido frequentemente negligenciada no planeamento de tais intervenções junto de populações mais vulneráveis (Cheng, 2020). Apesar do reconhecimento cada vez mais amplo do impacto da literacia em *eHealth* nos resultados de saúde, persistem lacunas significativas na investigação sobre intervenções de saúde digital dirigidas a populações vulneráveis em saúde oral. (Wu, 2025)

Para melhorar a nossa compreensão de como a literacia em *eHealth* afeta a susceptibilidade oral, é essencial examinar os mecanismos psicológicos e comportamentais envolvidos neste processo. A autoeficácia, que se refere à confiança de um indivíduo na sua capacidade de realizar uma determinada tarefa numa situação específica, é um fator chave nos modelos de mudanças no comportamento de saúde (Schwarzer, 2008). No contexto da saúde oral, a autoeficácia relacionada com a saúde oral refere-se à crença na capacidade de alguém em manter uma boa saúde oral (Ohara, 2017). Várias investigações indicaram que os adultos mais velhos que exibem níveis mais elevados de autoeficácia relacionada com a saúde oral também são mais propensos a aderir a práticas de higiene oral, que estão correlacionadas com melhores resultados de saúde oral a longo prazo (Liu, 2024). Além disso, a literacia em *eHealth* está positivamente associada à autoeficácia entre os adultos mais velhos (Wang, 2022; Choi, 2020)

### 1.3 Literacia saúde oral

A LS é fundamental para a efetiva comunicação entre o profissional e o paciente durante as consultas e conseqüentemente para a obtenção de resultados positivos nos tratamentos efetuados. Este facto tem sido extensivamente estudado para a saúde geral e encontra-se bem demonstrado (Assunção, 2015). A saúde oral não é diferente, de facto é fundamental o *empowerment* do paciente para que este compreenda os procedimentos realizados e as indicações prestadas (Horowitz & Kleinman, 2012).

A definição da LSO é a capacidade de um indivíduo adquirir, processar e compreender informações básicas relacionadas com a saúde oral e os serviços necessários para fazer escolhas sensatas em saúde oral (Nutbeam, 2000).

Apesar dos pacientes recorrerem a diversas fontes de informação, os conselhos fornecidos pelo médico dentista e pela equipa dentária constituem uma das principais orientações para tomar decisões adequadas, relativas tanto à saúde oral, como geral (Agarahari, 2023). A consulta de medicina dentária oferece, ainda, a oportunidade de aconselhamento e acesso a serviços complementares, sendo que a qualidade da comunicação da equipa dentária favorece a literacia do paciente, promove melhores comportamentos e conduz a resultados de saúde oral mais satisfatórios (Guo, 2014).

A compreensão pública da importância da LS e os esforços para aplicar este conceito à investigação e à prática dentária têm evoluído ao longo do tempo (Almeida, 2022). Neste contexto, a LSO tem ganho uma crescente relevância na literatura dentária da última década (Baskaradoss, 2018), sendo reconhecida como elemento fundamental para reduzir disparidades e promover a saúde oral (Horowitz, 2012; Agarahari, 2023).

Por outro lado, indivíduos com baixos níveis de LSO apresentam maior risco de desenvolver doenças orais (Baskaradoss, 2018), menor adesão a medidas preventivas e às instruções médicas, dificuldades de autogestão, custos de saúde acrescidos e maior risco de mortalidade (Batista, 2017). Estudos como o *Carolina Oral Health Literacy*, juntamente com outros relatórios internacionais, confirmam a forte influência da LSO nos comportamentos e resultados em saúde. (Burgette, 2016; Macek, 2017).

Não obstante, numa revisão sistemática sobre a relação entre LSO e as condições orais foi concluído que a evidência disponível é fraca, em grande parte devido à baixa qualidade metodológica dos estudos analisados (Veladas *et al.*, 2023). Ainda assim, reconhece-se que as decisões em saúde são influenciadas pela LS, modulada por fatores

sociodemográficos, e que existe uma associação entre LSO e estado de saúde (Baskaradoss, 2018). Assim, coloca-se a hipótese de uma relação entre os níveis de LS e de LSO, considerando que determinantes sociais, como rendimento, educação e características pessoais, afetam os comportamentos e resultados em saúde oral (Baskaradoss, 2018).

Estes efeitos são ilustrados por vários estudos empíricos. Batista *et al.* (2017) observaram numa amostra adulta brasileira que indivíduos com baixa LSO praticavam higiene inadequada (escovagem menos frequente, uso irregular de fio dentário) e procuravam cuidados apenas em fases avançadas da doença, implicando intervenções mais complexas e dispendiosas. Em Portugal, Ciobanu (2023) associou os níveis superiores de LSO a menor prevalência de problemas dentários. Lee *et al.* (2012) demonstraram que a LSO influencia a autoeficácia, a capacidade de tomar decisões informadas e o comportamento de procura de cuidados, com pacientes de baixa literacia mais predispostos ao abandono terapêutico, mesmo após o início do tratamento.

No contexto clínico da prática quotidiana, observa-se que embora a adesão às recomendações de higiene é geralmente satisfatória nas semanas subsequentes à consulta, com o passar do tempo existe um declínio significativo da motivação e da compliance, o que leva à recorrência de problemas e necessidade de novas intervenções. A falta de seguimento e de reforço educativo contínuo parece contribuir para esse padrão cíclico de tratamento–abandono–retratamento.

A relevância destas observações é reforçada pela literatura económica e de saúde pública. Hettiarachchi, *et al.* (2018) concluíram que a maioria das intervenções em saúde oral são custo-efetivas, especialmente as de natureza preventiva, reforçando a importância de políticas e estratégias que promovam o acesso precoce e a manutenção da saúde oral.

A melhoria da LSO pode, portanto, ter um impacto direto na redução dos custos assistenciais, não apenas para os indivíduos, mas também para o sistema de saúde. Como sublinham Listl *et al.* (2015), investir na promoção da saúde oral e na capacitação dos cidadãos pode gerar poupanças significativas a médio e longo prazo.

## 1.4 Saúde Oral Relacionada com Outras Doenças

Apesar da relevância da saúde oral, esta continua muitas vezes a ser negligenciada em pacientes de meia-idade e idosos, sendo reconhecida apenas como uma questão estética ou limitada à cavidade oral. No entanto, existem evidências que relacionam a saúde oral insuficiente, especialmente a periodontite, com doenças sistêmicas graves, como doenças cardiovasculares, diabetes e até Alzheimer. Ainda que não constitua fator etiológico direto, a periodontite atua como agravante importante no quadro destas condições.

Muitos pacientes apresentam falta de conhecimento básico sobre cuidados diários de higiene oral, mesmo após várias consultas de medicina dentária. Esta lacuna educativa contribui para a progressão de problemas que poderiam ser evitados com intervenções em LSO mais precoces, em idade escolar por exemplo, juntamente com práticas de prevenção eficazes.

Diversos estudos corroboram a associação entre a periodontite e a inflamação sistêmica, sugerindo que a saúde oral desempenha um papel relevante na saúde geral do indivíduo. No caso da aterosclerose, a presença de bactérias periodontais e de mediadores inflamatórios na corrente sanguínea tem sido associada a uma resposta inflamatória sistêmica, sendo que foi identificado DNA de bactérias patogénicas periodontais em artérias coronárias de pacientes com enfarte agudo do miocárdio, o que reforça a hipótese de uma ligação entre periodontite e doenças cardiovasculares (Ponte, 2004).

Relativamente à diabetes, a inflamação crónica associada à periodontite pode aumentar a resistência à insulina, dificultando o controlo glicémico e agravando o estado inflamatório sistémico (Odontoprev, 2025). Além disso, a gravidade da doença periodontal mostrou tendência para aumentar com a idade, verificando-se uma progressão mais acentuada entre indivíduos com diabetes (Olson, 2022).

No que respeita à doença de Alzheimer, vários estudos apontam para uma relação entre periodontite e processos neuroinflamatórios. Foi demonstrado que a inflamação crónica periodontal pode contribuir para alterações associadas ao desenvolvimento da patologia (Grupta, 2015) e que a presença de periodontite está relacionada com maior declínio cognitivo em indivíduos com Alzheimer, independentemente do estado cognitivo inicial (Ide, 2016). De forma complementar, uma revisão sistemática apresentou evidência sobre a correlação e os mecanismos biológicos que ligam a periodontite à progressão da doença, sugerindo que a inflamação sistémica resultante da periodontite pode influenciar tanto o desenvolvimento, como a evolução do Alzheimer (Harding et al., 2022).

## Capítulo 2 - Metodologia

### 2.1 Recolha de dados

O estudo transversal foi conduzido na região de Lisboa e Vale do Tejo, durante um período de 4 meses. Foi aplicado um questionário para avaliação da literacia em saúde oral: baseado no “*Oral Health Literacy Instrument*” (OHLI) da autoria de Dania Abdulelah Sabbahi, traduzido e validado na versão portuguesa por Victor Abreu Assunção (2015). A adaptação de versões pré-existentes foi feita a partir dos estudos de (Ciobanu, 2023) e (Sinesi et al, 2023), com questões adicionadas pela investigadora. O questionário encontra-se no Anexo 1.

A recolha de dados foi realizada de 20 de maio a 24 de setembro de 2025, através de um formulário online, via *Google Forms* (Google; Mountain View, CA, EUA). A amostra de conveniência foi obtida em 3 clínicas dentárias privadas, de entre pacientes maiores de 18 anos, durante as consultas de Higiene Oral dadas pela autora da investigação. Todos os indivíduos foram convidados e informados verbalmente acerca dos objetivos do estudo, sendo que aceitaram participar voluntariamente no mesmo.

Em resumo, o subtítulo do questionário online descrevia o objetivo da investigação, duração estimada e número de perguntas, bem como os contactos da investigadora. Na primeira pergunta foi solicitado aos voluntários que aceitaram participar no estudo que assinassem digitalmente o consentimento informado, segundo as regras do Regulamento Geral da Proteção de Dados (RGPD), antes de procederem ao preenchimento do questionário estruturado. O tempo médio de preenchimento de todo o questionário foi de aproximadamente 7 minutos. Os participantes foram convidados a participar no estudo através da leitura dum *QR-code* e pelo *Whatsapp*®, de onde receberam um link para terem acesso ao formulário online completo.

O questionário é constituído por duas partes: a primeira com a caracterização sociodemográfica, que inclui idade, género, grau de escolaridade, conselho de residência, juntamente com questões acerca dos hábitos e conhecimentos sobre higiene oral dos participantes. A segunda parte contém 4 itens de legendar imagens que avaliam o nível de conhecimento sobre a anatomia e estruturas orais, bem como objetos de higiene oral.

## **2.2 Tratamento de dados**

Os dados recolhidos no decorrer do estudo foram agrupados no *Google Forms*, transferidos para criar uma base de dados no *Google Sheets* e *Excel*.

A análise baseou-se em estatística descritiva, tendo sido calculadas as frequências e a moda, bem como estabelecidas as relações entre as diferentes variáveis em estudo.

## Capítulo 3 - Resultados e Discussão

### 3.1 Caracterização demográfica

A amostra do presente estudo é composta por 87 indivíduos, dos quais 47 pertencem ao género feminino (54%) e 40 ao género masculino (46%).

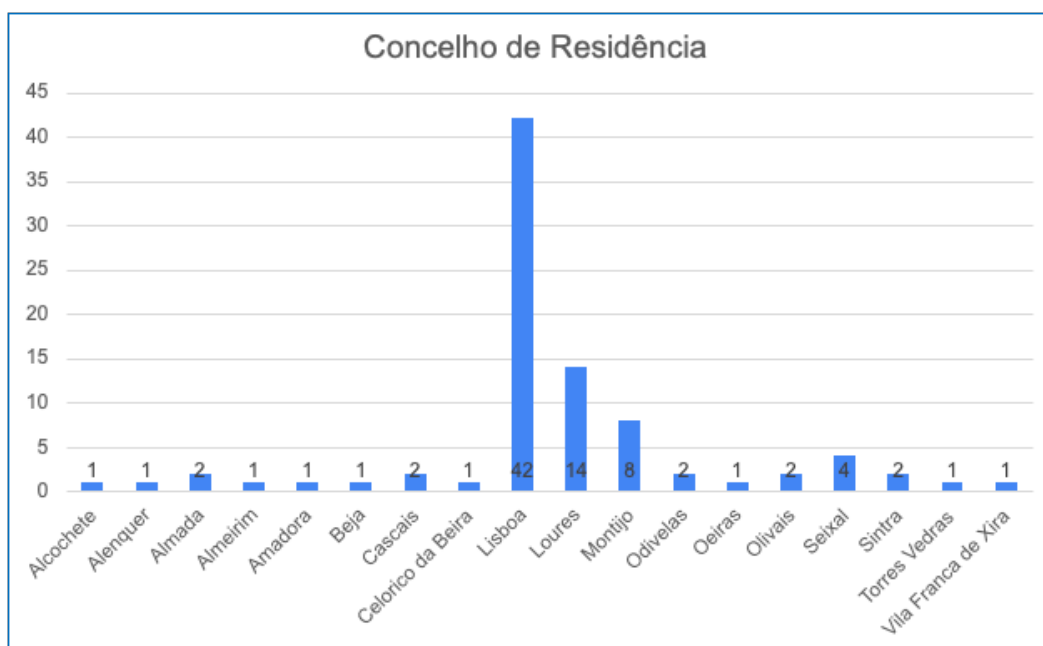
Quanto à distribuição etária, a faixa dos 41 os 50 anos apresenta a maior frequência absoluta, com 26 indivíduos neste grupo (29,9%), correspondendo à moda da amostra em questão.

**Tabela 1** - Relação entre género e faixa etária da amostra

Faixa etária (anos)	Género		Total	
	Feminino n	Masculino n	n	%
18-30	11	8	19	21,9
31-40	12	12	24	27,6
41-50	15	11	26	29,9
51-60	4	9	13	14,9
60+	5	0	5	5,7
<b>Total</b>	47 (54%)	40 (46%)	87	100

#### 3.1.1 Concelho Residência

A maioria dos inquiridos reside no concelho de Lisboa (n=42; 48%), seguindo-se Loures (n=14; 16%), Montijo (n=8; 9%) e Seixal (n=4; 4,6%). Os restantes participantes encontram-se distribuídos pelos demais concelhos representados no gráfico infra, com frequências entre 1 e 2 indivíduos por concelho.



**Gráfico 1** – Dispersão geográfica com base no concelho de residência

### 3.1.2 Grau escolaridade

Em relação ao grau de escolaridade, a faixa mais representativa corresponde aos participantes que concluíram o ensino obrigatório (até ao 12º ano). Em ordem crescente de frequência, identificaram-se 5 indivíduos com escolaridade até ao 9.º ano (5,75%), 17 com grau de Mestrado ou Doutoramento (19,54%), 32 com Licenciatura (36,78%) e por fim, os que concluíram o 12º ano (n=33; 37,93%). No conjunto, os participantes com formação superior representam a maioria, correspondendo a 49 indivíduos (56,32%), evidenciando, assim, uma prevalência de escolaridade elevada na amostra.

**Tabela 2** – Grau de escolaridade

Grau escolaridade	n	%
Até ao 9ºano	5	5,75
Até ao 12ºano	33	37,93
Licenciatura	32	36,78
Mestrado/Doutoramento	17	19,54
<b>TOTAL</b>	<b>87</b>	<b>100,00</b>

No que diz respeito à situação profissional, 68 participantes encontram-se empregados (78,2%). Verifica-se uma predominância do género masculino neste grupo, com maior concentração nas faixas etárias dos 31-40 anos (n=24) e dos 41-50 anos (n=25). Estes intervalos etários normalmente destacam-se quanto à representatividade da população empregada, pois correspondem a uma fase de maior estabilidade no mercado de trabalho.

Apesar da maioria responder afirmativamente (n=79; 83,9%) relativamente a posse de seguro de saúde, 98,9% (n=86) dos inquiridos considera que a “população portuguesa necessita de um serviço alargado de medicina dentária no Serviço Nacional de Saúde (SNS)”.

Relativamente ao acesso público aos serviços de medicina dentária, 86 inquiridos (98,9%) consideram que a “população portuguesa necessita de um serviço alargado de medicina dentária no SNS”. Paralelamente, 79 participantes (83,9%) referiram possuir seguro de saúde, evidenciando uma parcela significativa da amostra com cobertura privada.

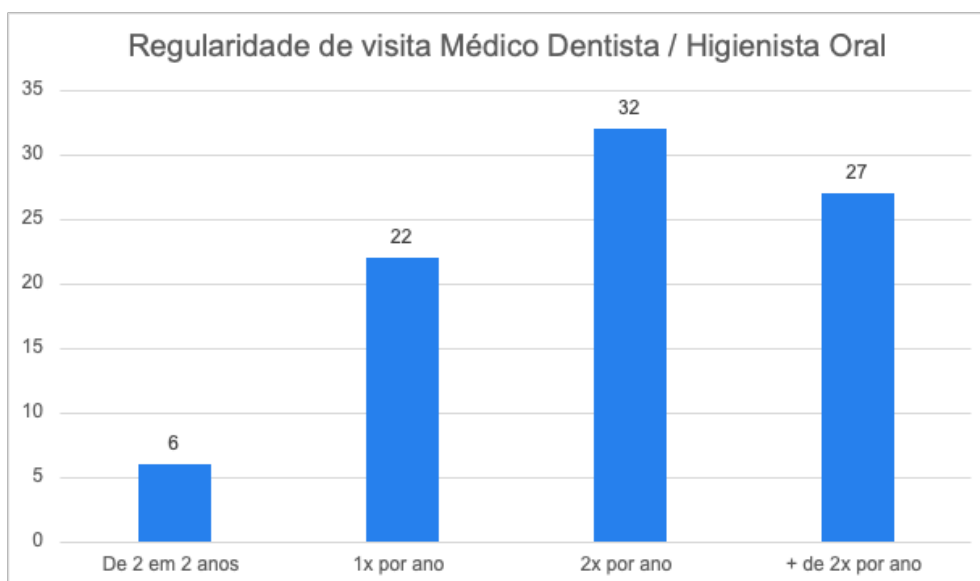
Comparativamente à situação nacional, 66% da população desconhece que o Serviço Nacional de Saúde oferece serviços de medicina dentária. “Entre os que sabem, a preferência ainda recai fortemente sobre o setor privado, com 94,1% a não optarem pelo SNS. Contudo, o valor atribuído ao acesso público está em crescimento, com 87,1% dos portugueses a considerarem o acesso ao SNS para tratamentos dentários muito importante.” (OMD, 2024)

### **3.2 Caracterização da assiduidade aos cuidados de saúde oral**

Quanto à frequência das visitas ao dentista, observou-se que o padrão mais comum entre os participantes é de aproximadamente duas vezes por ano (n=32; 36,78%). Este resultado seria de esperar, uma vez que a recolha de dados foi realizada numa clínica dentária, refletindo a frequência de indivíduos que já visitam regularmente os profissionais de saúde oral, e não de forma aleatória na população em geral.

Os mesmos resultados observam-se no estudo de Ciobanu (2023), cujos inquiridos também são frequentadores assíduos da clínica dentária.

Em contraste com os dados do último Barómetro de Saúde Oral, 65,4% dos portugueses visitam o Médico Dentista pelo menos uma vez por ano, prevalecendo as visitas anuais com 32,5%. Já a percentagem dos que visitam duas vezes por ano é de 24,1%. (OMD, 2024)

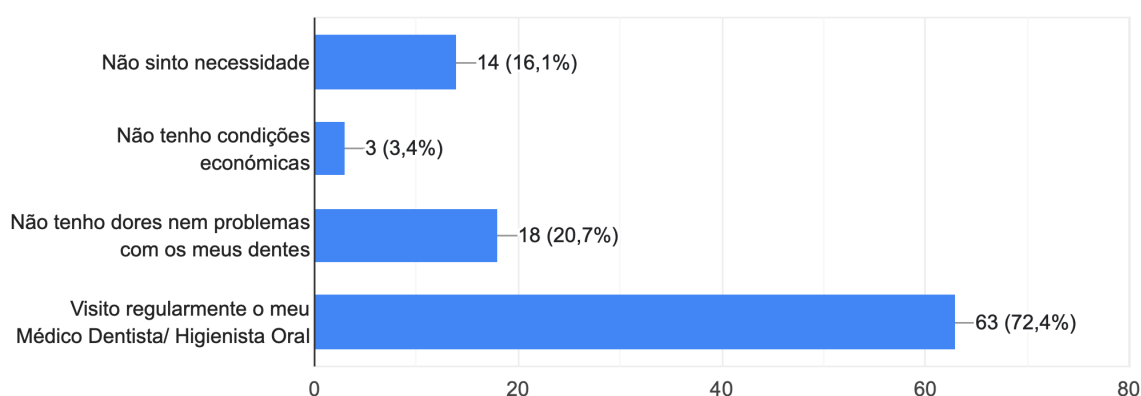


**Gráfico 2** – Regularidade de visita Médico Dentista / Higienista Oral

Com o objetivo de identificar os principais fatores que limitam o acesso às consultas de medicina dentária, questionou-se os participantes sobre a razão principal para não recorrerem ao Médico Dentista. Constatou-se que 72,4% visitam regularmente o médico dentista, enquanto 20,7% afirmaram não ter dores nem problemas dentários e 16,1% indicaram não sentir necessidade de consulta. Estes dados sugerem que a adesão às consultas regulares é elevada entre os participantes da amostra, sendo que a ausência de problemas dentários, bem como a percepção de não necessidade, revela os frutos do cuidado preventivo.

#### Razão para não visitar o Médico Dentista / Higienista Oral?

87 respostas



**Gráfico 3** - Razão para não visitar Médico Dentista / Higienista Oral

A nível nacional, “dos portugueses que nunca vão ao médico dentista ou vão menos de uma vez por ano, 59,9% afirmam não ter necessidade de o fazer, uma redução significativa em comparação com os 71,3% de 2023, sendo que este comportamento é mais frequente nos mais jovens (<24 anos). A falta de dinheiro é apontada por 30% dos inquiridos como motivo para não realizar consultas, um aumento de 5,6 p.p. em relação ao ano anterior.” (OMD, 2024)

Foi considerado igualmente pertinente perceber qual do motivo da sua última consulta, de forma a diferenciar quantos pacientes recorrem aos serviços de saúde oral apenas em situações de urgência e quantos mantêm as consultas de rotina regulares. Verificou-se que a consulta de higiene oral foi a mais frequentemente referida (n=77; 88,5%), seguindo-se a consulta de tratamento de cáries (n=12; 13,6%). Este resultado também se encontra dentro do esperado, uma vez que o questionário foi aplicado durante consultas de higiene oral, o que justifica a elevada proporção deste motivo. As situações de urgência revelaram-se pouco expressivas, registando-se apenas 5,7% dos participantes que recorreram ao serviço por motivo de dor, o que sugere uma procura predominantemente preventiva e programada.

**Tabela 3 – Motivo da visita do profissional de saúde**

Motivo visita	n	%
Consulta de rotina: Higiene Oral	77	88,5
Tratamento de cáries	12	13,6
Colocação Prótese / Implante	8	9,2
Sangramento gengival	6	6,9
Aparelho	5	5,7
Dor	5	5,7
Bruxismo	1	1,1

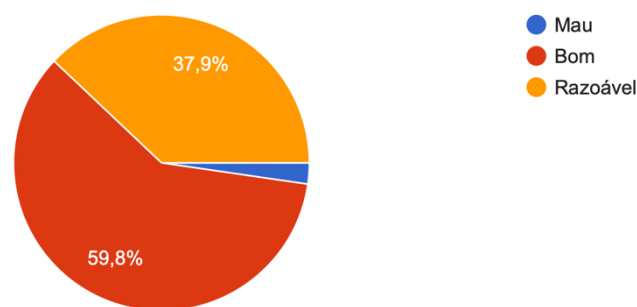
Em concordância com os dados do Barómetro de Saúde Oral, os resultados são semelhantes, sendo que 56% visitam por motivo de *check-up* e 14% para tratamento de dentes específicos, sejam cáries ou dentes partidos. No entanto, a percentagem daqueles que só procuram o médico dentista em caso de urgência aumentou para 24,0%, um acréscimo de 1.4 p.p. p.p. em comparação com 2023. (OMD, 2024)

### 3.3 Caracterização do estado de saúde oral, hábitos de cuidado diário e percepção sobre os mesmos

Na questão acerca da autoavaliação do seu estado de saúde oral, a maioria dos participantes 59,8% respondeu que era bom e apenas 2 consideram a seu estado de saúde oral mau.

Como considera o seu estado de saúde oral?

87 respostas



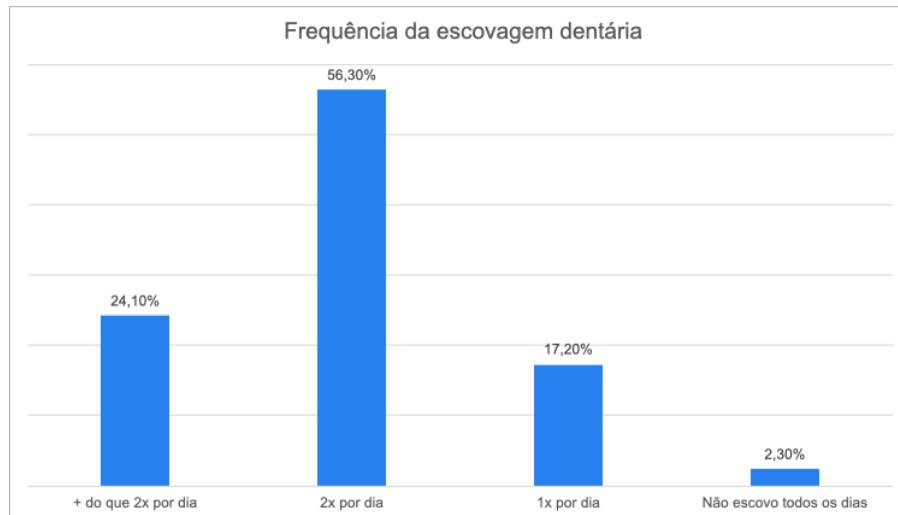
**Gráfico 4** - Autoavaliação do estado de saúde oral

Comparando os resultados do presente estudo - em que a maioria dos participantes avaliou a sua saúde oral de forma positiva - com os resultados de Ciobanu (2023) - cuja autopercepção foi negativa, obtendo as parcelas com percentagens mais elevadas de respostas razoável (52%) e mau (43%) - conclui-se que houve uma melhoria significativa na percepção e autoavaliação do seu estado de saúde oral.

A escovagem dentária é fulcral para a manutenção da higiene oral diária, razão pela qual os participantes foram questionados acerca da sua frequência. Verificou-se que 56,3% dos inquiridos escovam os dentes duas vezes por dia, enquanto 21 participantes (24,1%) referiram realizar a escovagem mais de duas vezes por dia. Apenas dois indivíduos indicaram não escovar os dentes diariamente, o que evidencia uma adesão maioritariamente adequada a esta prática de higiene oral (Gráfico 5).

No estudo de Sinesi, et al., (2023) os resultados revelam-se interessantes devido ao facto de haver uma comparação da frequência de escovagem diária no período antes e durante a pandemia covid-19. Antes da pandemia, a escovagem bi-diária era realizada por 37,3%, sendo que 54,6% escova após as refeições principais, ou seja, três vezes por dia.

Durante o período de confinamento, a maioria (53,1%) escovou apenas uma vez por dia, seguindo-se a escovagem após as refeições principais (35,5%), e por fim a escovagem bi-diária realizada por 10,9% da amostra. Este estudo permitiu concluir que os cuidados dos de saúde oral pioraram em resposta à tensão, ansiedade e negligência causada pela pandemia.

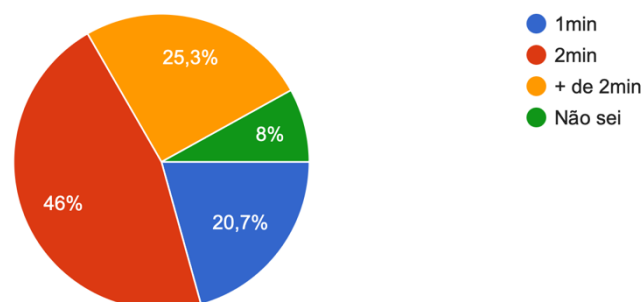


**Gráfico 5 - Frequência da escovagem dentária**

O tempo de escovagem dentária encontra-se dentro da normalidade. Para uma remoção eficaz de placa bacteriana recomenda-se escovar, no mínimo, durante 2 min. Estas indicações são cumpridas por 71,3% dos participantes, dos quais 46% escovam o tempo mínimo e os restantes 25,3% dedicam ainda mais tempo que o recomendado.

Quanto tempo demora a escovar os dentes?

87 respostas



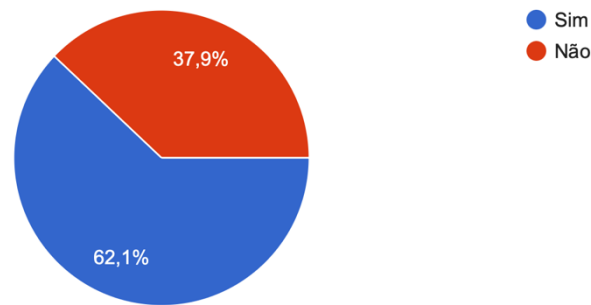
**Gráfico 6 - Tempo de escovagem dentária**

Para além da escovagem, é recomendado o uso diário de produtos adicionais, de forma a higienizar o espaço interdentário, responsável por acumular 30% de placa bacteriana

da cavidade oral. A perceção sobre o supramencionado é satisfatória, apresentando-se novamente a maioria (n=54, 62,1%) com resposta positiva.

Sabia que o fio ou escovilhão remove até 30% de placa bacteriana situada entre os dentes?

87 respostas

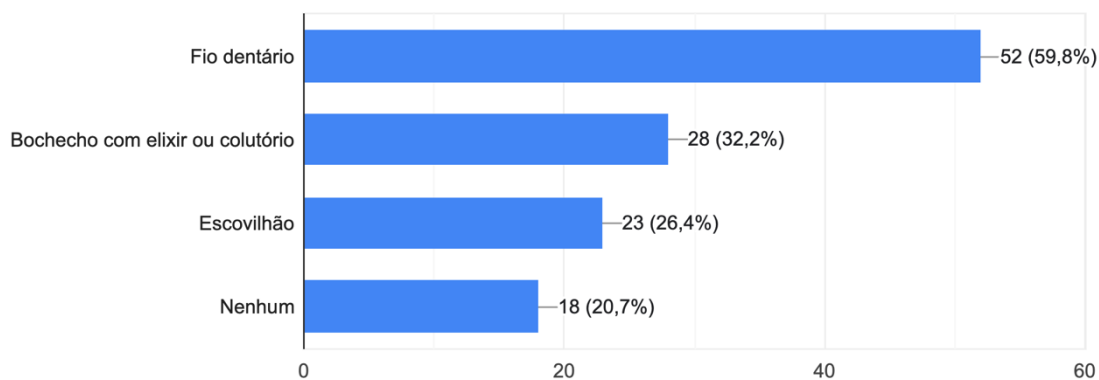


**Gráfico 8** – Perceção da eficácia dos métodos de higiene oral interdentária

Uma grande parte da amostra (86,2%) adotou os métodos adicionais, nomeadamente o fio que é usado por 59,8% dos inquiridos e o escovilhão, usado por 26,4%.

Usa mais algum produto de saúde oral diariamente?

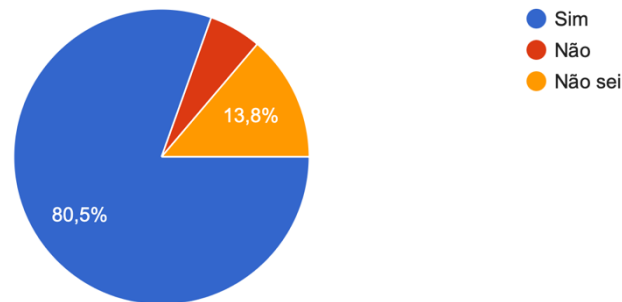
87 respostas



**Gráfico 7** – Produtos adicionais de higiene oral

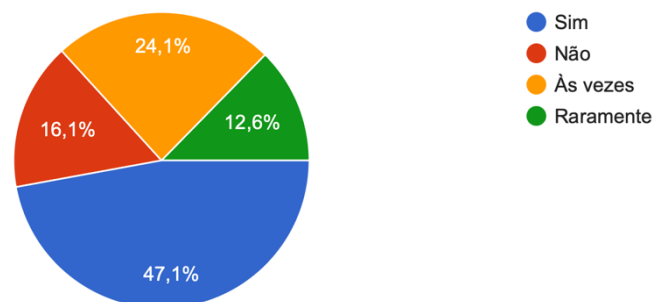
No que toca a língua, também é possível observar resultados satisfatórios. Verifica-se que a maioria (n=70, 80,5%) considera ser importante a higiene da língua, sendo que 47,1% higieniza diariamente e 24,1% higieniza às vezes.

Considera ser importante escovar a língua?  
87 respostas



**Gráfico 8** – Percepção sobre a importância da higiene da língua

Escova a língua diariamente?  
87 respostas



**Gráfico 9** – Hábitos de higiene da língua

Resultados semelhantes foram obtidos por Sinesi, et al, (2023) em que 71,8% tinha consciência da importância da escovagem da língua. Os restantes 22,7% desconheciam e 5,5% não considera a higiene da língua importante.

### 3.4 Gastos em saúde oral

Tendo em conta a emergente procura de melhorar a função estomatognática, ou seja, a fala, deglutição, mastigação e respiração, muitos pacientes procuram a colocação de aparelhos ortodônticos ou, em caso de não possuírem dentes naturais suficientes, a reabilitação de espaços edêntulos com próteses ou implantes. Isto implica investimentos pessoais significativos e por isso considerou-se relevante ter uma noção dos gastos em saúde oral.

**Tabela 4** – Gastos em tratamentos dentários do último ano

Gastos em tratamentos dentários	n	%
Valor relativo apenas às consultas de rotina / higiene oral	19	21,8
50-100€	16	18,4
100-200€	19	21,8
200-500€	12	13,8
+ de 500€	17	19,5
Não gastei nada	4	4,6

A análise dos dados referentes aos gastos em tratamentos dentários no último ano permite observar uma distribuição relativamente homogénea entre as diferentes categorias de despesa. Verificou-se que uma proporção considerável dos inquiridos (21,8%) reportou ter gasto apenas valores associados à profilaxia, o que reflete um comportamento preventivo e uma adesão regular às consultas de manutenção. Percentagens semelhantes foram observadas entre os participantes que declararam gastos entre 50€ e 100€ (21,8%) e entre 100€ e 200€ (18,4%), sugerindo que a maioria dos indivíduos apresenta despesas anuais moderadas com cuidados dentários. Por outro lado, 19,5% dos inquiridos afirmaram ter despendido mais de 500€, o que poderá estar associado à realização de tratamentos de maior complexidade, como reabilitação com implantes.

Em concordância com o Barómetro de Saúde Oral, “o gasto médio no último tratamento foi de 115€, com 56% dos inquiridos a reportarem ter gasto menos de 50€. Os tratamentos mais frequentes incluem a limpeza dentária (35,4%) e restaurações (20%).” (OMD, 2024)

### 3.5 Influência da percepção de saúde oral nos fatores sociodemográficos

A percepção da saúde oral foi um dos indicadores avaliados no questionário aplicado, constituindo uma medida subjetiva da condição oral reportada pelos participantes. Considerou-se pertinente analisar se esta percepção estaria associada a fatores sociodemográficos e a outras variáveis em estudo. Nesse sentido, procedeu-se à relação entre a percepção da saúde oral e os fatores sociodemográficos, na tentativa de descobrir o que influencia a percepção subjetiva da saúde oral.

#### 3.5.1 Idade

A análise da relação entre a faixa etária e a percepção da saúde oral revelou que, em todas as idades, a categoria mais frequentemente referida foi 'Boa'. A exceção ocorreu nas faixas dos 51-60 anos e dos maiores de 60 anos, em que prevaleceram respostas classificando a saúde oral como 'Razoável'. Este resultado poderá estar associado ao impacto cumulativo do envelhecimento, nomeadamente à maior probabilidade de perda dentária, presença de restaurações ou problemas periodontais, fatores que tendem a influenciar negativamente a percepção subjetiva da saúde oral.

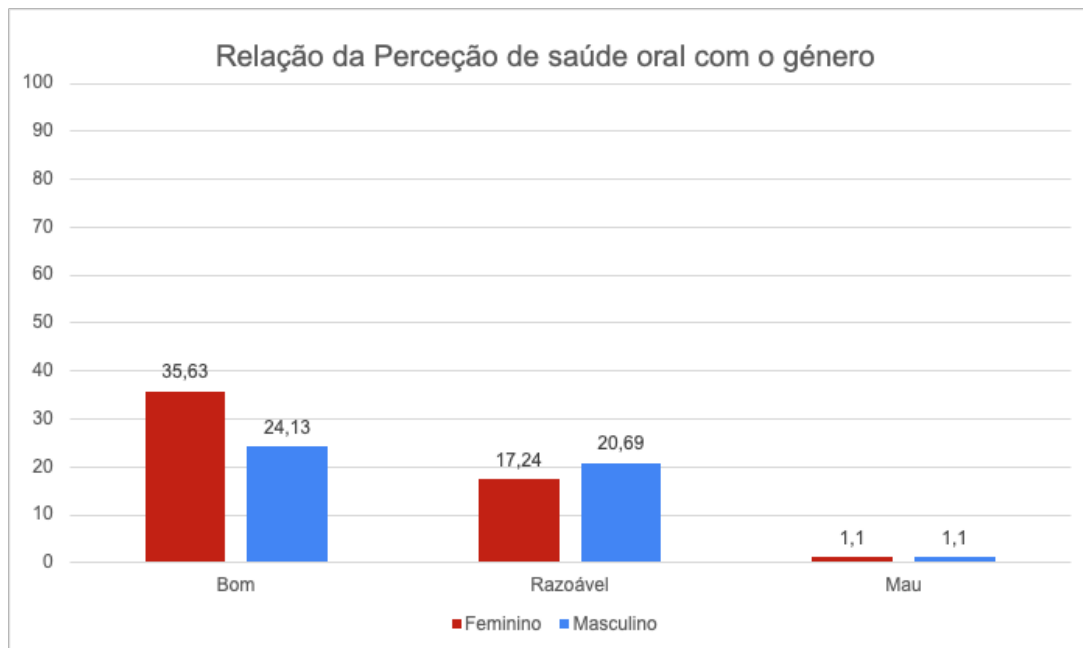
**Tabela 5** – Relação da Percepção de saúde oral com a idade

Idade (anos)	Percepção da saúde oral		
	Bom (%)	Razoável (%)	Mau (%)
18-30	17,24	4,59	0
31-40	14,94	12,64	0
41-50	18,39	9,19	2,29
51-60	6,89	8,04	0
+60	2,29	3,44	0

#### 3.5.2 Género

Estabeleceu-se uma correlação entre a percepção da saúde oral e o género, com o objetivo de verificar se existiria uma explicação para uma percepção mais favorável da

condição oral. Observou-se que os participantes do género masculino, em maior proporção, avaliaram a sua saúde oral como 'Razoável' (20,69%), enquanto entre os do género feminino predominou a percepção de saúde oral como 'Boa' (35,63%).



**Gráfico 10** – Relação da Percepção de saúde oral com o género

### 3.5.3 Níveis Educacionais

No que respeita à percepção do estado de saúde oral em função do grau de escolaridade, verificou-se que os participantes com o 12.º ano e com ensino superior tendem a classificar a sua saúde oral como 'Boa', sendo que apenas dois indivíduos referiram percecioná-la como 'Má'. Já os participantes com escolaridade até ao 9.º ano (n=5) avaliaram unanimemente a sua saúde oral como 'Razoável'.

Entre os indivíduos com ensino superior, 30 (34,48%) consideraram a sua saúde oral 'Boa', valor superior ao observado entre os participantes com o 12.º ano completo (n=22; 25,28%). Estes resultados permitem afirmar que existe uma associação positiva entre o nível de escolaridade e uma percepção mais favorável da saúde oral.

**Tabela 6** – Relação da Percepção de saúde oral com o grau de escolaridade

Grau escolaridade	Percepção da saúde oral					
	Bom		Razoável		Mau	
	n	%	n	%	n	%
Até ao 9ºano	0	0	5	5,74	0	0
Até ao 12ºano	22	25,28	10	11,49	1	1,1
Licenciatura	19	21,84	12	13,79	1	1,1
Mestrado/ Doutorado	11	12,64	6	6,89	0	0

### 3.6 Influência dos níveis educacionais na literacia em saúde oral

A segunda parte do questionário foi composta por quatro questões, cada uma acompanhada de uma imagem numerada e de uma tabela com a respetiva legenda de palavras. Em cada questão, os participantes tinham de associar os números apresentados às estruturas correspondentes da cavidade oral, permitindo, desta forma, avaliar os níveis de literacia em saúde oral.

Na primeira questão, foi avaliado o conhecimento relativo às estruturas anatómicas da cavidade oral. As correspondências corretas foram agrupadas em três categorias: 0 a 2, 3 a 5 e 6 a 7 respostas corretas. Observou-se uma tendência de melhoria nas categorias de desempenho mais elevado, isto é, de respostas quase totalmente corretas ou totalmente corretas, em função do aumento do nível de escolaridade. Este resultado sugere que a literacia em saúde oral se encontra positivamente associada ao grau de escolaridade.

**Tabela 7** – Relação das respostas à 1ª questão com o grau de escolaridade

Grau escolaridade	Respostas 1ª questão		
	Nº de respostas corretas (n)		
	0-2	3-5	6-7
Até ao 9ºano	0	2	3
Até ao 12ºano	4	11	18
Licenciatura	1	9	22
Mestrado/ Doutorado	1	2	14

Na segunda questão, também se verificou uma discrepância no número de correspondências corretas entre os participantes com ensino superior e aqueles que apenas concluíram o ensino básico ou secundário. Constatou-se que, entre os indivíduos que realizaram 4 a 5 correspondências corretas, 40 possuíam habilitações de nível superior, enquanto 17 concluíram o 12.º ano.

Estes resultados indicam também que participantes com graus académicos mais avançados — nomeadamente licenciatura, mestrado ou doutoramento — tendem a obter um melhor desempenho na identificação de alterações das estruturas orais. Assim, confirma-se a associação entre nível educacional e níveis de literacia em saúde oral.

**Tabela 8** – Relação das respostas à 2ª questão com o grau de escolaridade

Grau escolaridade	Respostas 2ª questão		
	Nº de respostas corretas (n)		
	0-1	2-3	4-5
Até ao 9ºano	0	2	3
Até ao 12ºano	1	15	17
Licenciatura	1	6	25
Mestrado/ Doutoramento	0	2	15

## **Capítulo 4 - Conclusões e Recomendações**

### **4.1 Considerações finais**

O estudo da literacia em saúde oral constitui um elemento fundamental para o êxito dos programas de educação e promoção da saúde oral. Apenas através do conhecimento das capacidades de literacia dos indivíduos, ou dos grupos comunitários em que se inserem, é possível assegurar que a informação transmitida pelos profissionais de saúde é devidamente compreendida, interpretada e aplicada de forma eficaz no dia-a-dia.

Neste contexto, o higienista oral assume um papel determinante na promoção da literacia em saúde oral, uma vez que é frequentemente o primeiro profissional a estabelecer contacto direto e prolongado com o paciente. A sua função não se limita à execução de procedimentos clínicos, abrangendo também a avaliação da compreensão do paciente relativamente aos comportamentos preventivos e às orientações fornecidas. Assim, a comunicação deve ser adaptada ao nível de literacia de cada indivíduo, recorrendo a estratégias pedagógicas adequadas que facilitem a compreensão e a aplicação prática das recomendações em saúde oral.

Deste modo, promover a literacia em saúde oral não implica apenas transmitir informação, mas assegurar que esta é efetivamente compreendida e integrada nos hábitos diários, contribuindo para a adoção de comportamentos sustentáveis de autocuidado e, conseqüentemente, para a melhoria da saúde oral e geral da população.

Tendo em conta esta perspetiva, o objetivo da presente investigação consistiu em avaliar os níveis de literacia em saúde oral de uma amostra dos pacientes de clínicas dentárias privadas, de forma a identificar áreas de fragilidade e propor estratégias concretas para a sua melhoria.

Foi possível deduzir que níveis de literacia em saúde oral estão positivamente associados ao grau de escolaridade, sendo que a maioria dos participantes concluíram o ensino obrigatório e uma grande parte concluiu o ensino superior. Também se verificou o mesmo relativo à perceção da própria saúde oral, sendo os indivíduos com a melhor avaliação cujos níveis educacionais são mais elevados.

De forma geral, os resultados obtidos indicam uma tendência positiva no sentido da valorização dos cuidados preventivos em saúde oral, traduzida por um padrão de despesa predominantemente moderado e associado a consultas de manutenção. Contudo, a presença

de indivíduos com gastos mais elevados evidencia a persistência de necessidades terapêuticas complexas, relacionadas com níveis na literacia em saúde oral insuficientes.

Denotou-se que uma parte significativa dos participantes não sentia necessidade de recorrer ao profissional de saúde oral, enquanto outra indicou não apresentar dor ou problemas dentários. Importa salientar que as doenças orais mais prevalentes, como a cárie dentária e a periodontite, tendem a evoluir de forma silenciosa, manifestando sintomas apenas em fases avançadas, quando o tratamento ou mesmo a extração dentária se tornam inevitáveis. Assim, torna-se fundamental reforçar a consciencialização para a importância da prevenção e promover o aumento da literacia em saúde oral, de modo a favorecer comportamentos mais proativos e preventivos por parte da população.

#### **4.2 Limitações da investigação**

No que diz respeito às limitações do presente estudo, importa destacar que a amostra foi constituída por conveniência, não sendo, portanto, representativa da população portuguesa em geral, totalizando 87 indivíduos.

Adicionalmente, a aplicação dos questionários em clínicas dentárias privadas poderá ter influenciado as respostas, uma vez que muitos dos participantes já visitam com frequência o profissional de saúde oral e por isso têm algumas noções básicas sobre medidas preventivas das doenças orais.

Apesar destas limitações, o estudo contribui de forma relevante para o conhecimento da literacia em saúde oral na população adulta portuguesa, fornecendo dados importantes para futuras investigações e intervenções na área.

#### **4.3 Sugestões para pesquisa futura**

Esta investigação permitiu avaliar o conhecimento acerca dos níveis de literacia em saúde oral dos inquiridos. Contudo, seria pertinente realizar o estudo numa amostra aleatória, não limitada a clínicas dentárias, de modo a obter dados mais representativos e realistas acerca dos níveis de literacia em saúde oral na população portuguesa em geral.

#### **4.4 Implicações para a política de saúde**

O direito de acesso aos cuidados de saúde encontra-se consagrado na Constituição da República Portuguesa; no entanto, este acesso apenas se concretiza plenamente quando os indivíduos sabem como utilizá-lo e são capazes de compreender e interpretar a informação recebida durante a prestação de cuidados de saúde. A existência de programas de promoção da saúde oral, implementados pela Direção-Geral da Saúde, evidencia a importância atribuída a este tema pelas autoridades nacionais. A ampliação dos grupos populacionais abrangidos por tais programas demonstra, igualmente, a intenção política de chegar a um maior número de indivíduos com atividades de promoção e prevenção em cuidados de saúde primários. Apesar destes esforços, persiste a dificuldade que muitos cidadãos apresentam em compreender como aceder aos cuidados disponíveis ou em seguir adequadamente as orientações fornecidas.

Os resultados obtidos neste estudo salientam a importância de incorporar a literacia em saúde oral como um dos elementos centrais nas políticas de saúde pública e privada. A associação positiva entre o nível de escolaridade e a literacia em saúde oral evidencia a necessidade de desenvolver estratégias educativas diferenciadas, direcionadas a grupos com menores níveis de instrução, de modo a garantir que a informação preventiva seja compreendida e aplicada de forma eficaz por toda a população.

A identificação de indivíduos com necessidades terapêuticas complexas, apesar de um padrão de despesa moderado, reforça a relevância de priorizar ações de prevenção e educação contínua. As políticas de saúde que incentivem a promoção de hábitos preventivos e a consciencialização sobre doenças orais silenciosas, como a cárie e a periodontite, poderão contribuir para a adoção de comportamentos mais proativos e para a redução da carga financeira de tratamentos complexos.

Adicionalmente, os resultados sublinham o papel determinante do higienista oral na promoção da literacia em saúde oral. Este profissional, como supramencionado, é frequentemente o primeiro a estabelecer contacto direto e prolongado com o paciente, devendo ser reconhecido como um agente estratégico de educação em saúde, com competências reforçadas em comunicação, pedagogia e avaliação da compreensão do paciente.

#### **4.5 Recomendações de estratégias de melhoria da literacia oral**

No plano prático, a melhoria da literacia em saúde oral pode ser alcançada através de estratégias concretas, nomeadamente:

- Implementação de sessões educativas personalizadas: a realização de sessões individuais ou em pequenos grupos nos centros de saúde, adaptadas ao nível de literacia de cada paciente, utilizando recursos visuais, modelos 3D ou materiais interativos pode facilitar a compreensão de hábitos preventivos.
- Desenvolvimento de materiais físicos e/ ou digitais de fácil compreensão: criação de brochuras, vídeos e aplicações para telemóvel que expliquem práticas preventivas, sinais de alerta e cuidados diários de higiene oral, com linguagem simples, livre de termos técnicos, ilustrações claras e traduções quando necessário.
- Campanhas de sensibilização comunitária: promoção de campanhas públicas que destaquem a evolução silenciosa das doenças orais, incentivando visitas regulares ao higienista e autocuidado. Estas podem ser integradas em escolas, centros comunitários e redes sociais, aumentando o alcance e impacto da informação.

A implementação destas medidas, alinhadas com políticas de saúde estruturadas, poderá não apenas elevar os níveis de literacia em saúde oral, mas também contribuir para a adoção de comportamentos sustentáveis de autocuidado, refletindo-se na melhoria da saúde oral e geral da população.

## Referências Bibliográficas

- Adil, A. H., Eusufzai, S. Z., Kamruddin, A., Wan Ahmad, W. M. A., Jamayet, N. B., Karobari, M. I., & Alam, M. K. (2020). Assessment of Parents' Oral Health Literacy and Its Association with Caries Experience of Their Preschool Children. *Children (Basel, Switzerland)*, 7(8), 101. <https://doi.org/10.3390/children7080101>
- Agarahari, P., Jain, A., Mohan Pandey, S., Agrahari, A. K., Yadav, J., Srivastava, R., Dalai, S., Kumari, T., Singh, A. K., & Sharma, Y. (2023). Exploring the Synergistic Association Between Oral Health Status and Oral Health Literacy Among College Students: A Cross-Sectional Study. *Cureus*, 15(7), e41885. <https://doi.org/10.7759/cureus.41885>
- Almeida ER, Sistani MMN, Bendo CB, et al. Validation of the Brazilian Oral Health Literacy-Adults Questionnaire. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*. 2022;6(3):e224-e231. doi:10.3928/24748307-20220822-01
- Assunção, V. (2015). *Avaliação da literacia em saúde oral e da saúde oral dos alistados e oficiais da Escola da Guarda – GNR* [Tese de Doutoramento em Ciências e Tecnologias da Saúde, FMDUL - Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10451/22238>
- Baskaradoss J. K. (2018). Relationship between oral health literacy and oral health status. *BMC oral health*, 18(1), 172. <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0640-1>
- Batista, M. J., Lawrence, H. P., & Sousa, M. D. L. R. (2017). Oral health literacy and oral health outcomes in an adult population in Brazil. *BMC public health*, 18(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4443-0>
- Burgette, J. M., Lee, J. Y., Baker, A. D., & Vann, W. F., Jr (2016). Is Dental Utilization Associated with Oral Health Literacy?. *Journal of dental research*, 95(2), 160–166. <https://doi.org/10.1177/0022034515617457>
- Cheng, C., Beauchamp, A., Elsworth, G. R., & Osborne, R. H. (2020). Applying the Electronic Health Literacy Lens: Systematic Review of Electronic Health Interventions Targeted at Socially Disadvantaged Groups. *Journal of medical Internet research*, 22(8), e18476. <https://doi.org/10.2196/18476>
- Choi M. (2020). Association of eHealth Use, Literacy, Informational Social Support, and Health-Promoting Behaviors: Mediation of Health Self-Efficacy. *International journal*

*of environmental research and public health*, 17(21), 7890.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17217890>

Ciobanu, A. (2023). *Literacia em saúde oral em Portugal* [Dissertação de mestrado, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório ISCTE.

<http://hdl.handle.net/10071/29761>

de Oliveira Collet, G., de Moraes Ferreira, F., Ceron, D. F., de Lourdes Calvo Fracasso, M., & Santin, G. C. (2024). Influence of digital health literacy on online health-related behaviors influenced by internet advertising. *BMC public health*, 24(1), 1949.

<https://doi.org/10.1186/s12889-024-19506-6>

Estrela, M., Semedo, G., Roque, F., Ferreira, P. L., & Herdeiro, M. T. (2023). Sociodemographic determinants of digital health literacy: A systematic review and meta-analysis. *International journal of medical informatics*, 177, 105124.

<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2023.105124>

Gazibara, T., Cakic, J., Cakic, M., Pekmezovic, T., & Grgurevic, A. (2019). eHealth and adolescents in Serbia: psychometric properties of eHeals questionnaire and contributing factors to better online health literacy. *Health promotion international*, 34(4), 770–778. <https://doi.org/10.1093/heapro/day028>

Goodyear, V. A., Wood, G., Skinner, B., & Thompson, J. L. (2021). The effect of social media interventions on physical activity and dietary behaviours in young people and adults: a systematic review. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 18(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12966-021-01138-3>

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

Gupta, S., Sahni, V., & Kaur, S. (2015). Periodontitis and Alzheimer's disease: A bidirectional relationship. *Journal of Indian Society of Periodontology*, 19(5), 532–536. <https://doi.org/10.4103/0972-124X.158413>

Harding, A., Gonder, U., Robinson, S., Crean, S., & Singhrao, S. K. (2022). Exploring the link between periodontitis and Alzheimer's disease: Current evidence and biological mechanisms. *Current Oral Health Reports*, 9(3), 1-10.

<https://doi.org/10.1007/s40496-022-00319-8>

- Hersh, L., Salzman, B., & Snyderman, D. (2015). Health Literacy in Primary Care Practice. *American family physician*, 92(2), 118–124.
- Hettiarachchi, R. M., Kularatna, S., Downes, M. J., Byrnes, J., Kroon, J., Lalloo, R., Johnson, N. W., & Scuffham, P. A. (2018). The cost-effectiveness of oral health interventions: A systematic review of cost-utility analyses. *Community dentistry and oral epidemiology*, 46(2), 118–124. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12336>
- Horowitz, A. M., & Kleinman, D. V. (2012). Oral health literacy: a pathway to reducing oral health disparities in Maryland. *Journal of public health dentistry*, 72 Suppl 1, S26–S30. <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2012.00316.x>
- Ide, M., & Harris, M. (2016). Periodontitis and cognitive decline in Alzheimer’s disease. *PLOS ONE*, 11(3), e0151081. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151081>
- Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy, Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (Eds.). (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. National Academies Press (US). <https://doi.org/10.17226/10883>
- Instituto Nacional de Estatística. (2023, maio 19). Despesas com cuidados dentários e medicamentos são um encargo financeiro pesado para cerca de metade das famílias – *Inquérito às Condições de Vida e Rendimento de 2022*. Disponível em [Portal do INE](#)
- JornalDentistry (2023). OMS — Relatório global sobre o estado de saúde oral. Publicado a 18 de novembro de 2023, em [OMS — Relatório global sobre o estado de saúde oral](#)
- Kim, S. K., Park, S. Y., Hwang, H. R., Moon, S. H., & Park, J. W. (2025). Effectiveness of Mobile Health Intervention in Medication Adherence: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of medical systems*, 49(1), 13. <https://doi.org/10.1007/s10916-024-02135-2>
- Kohan, S., Keshvari, M., Mohammadi, F., & Heidari, Z. (2019). Designing and Evaluating an Empowering Program for Breastfeeding: A Mixed-Methods Study. *Archives of Iranian medicine*, 22(8), 443–452.
- Lee, J. Y., Divaris, K., Baker, A. D., Rozier, R. G., & Vann, W. F., Jr (2012). The relationship of oral health literacy and self-efficacy with oral health status and dental neglect. *American journal of public health*, 102(5), 923–929. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300291>

- Listl, S., Galloway, J., Mossey, P. A., & Marcenes, W. (2015). Global Economic Impact of Dental Diseases. *Journal of dental research*, 94(10), 1355–1361. <https://doi.org/10.1177/0022034515602879>
- Liu, D., Gao, Y., & Su, X. (2024). Self-care ability and associated factors in community-dwelling older adults living with oral frailty using the COM-B model. *Journal of oral rehabilitation*, 51(8), 1530–1541. <https://doi.org/10.1111/joor.13713>
- Lowry, M., Trivedi, N., Boyd, P., Julian, A., Treviño, M., Lama, Y., Heley, K., & Perna, F. (2022). Making decisions about health information on social media: a mouse-tracking study. *Cognitive research: principles and implications*, 7(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s41235-022-00414-5>
- Macek, M. D., Atchison, K. A., Chen, H., Wells, W., Haynes, D., Parker, R. M., & Azzo, S. (2017). Oral health conceptual knowledge and its relationships with oral health outcomes: Findings from a Multi-site Health Literacy Study. *Community dentistry and oral epidemiology*, 45(4), 323–329. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12294>
- Musa, R., Elamin, D., Barrie, R., & Kimmie-Dhansay, F. (2024). Effectiveness of Mobile App Interventions to Improve Periodontal Health: Protocol for a Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR research protocols*, 13, e50479. <https://doi.org/10.2196/50479>
- Norman, C., Skinner, H. (2006) eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *J Med Internet Res* 2006;8(4):e27. <https://www.jmir.org/2006/4/e27>
- Nutbeam, D., & Lloyd, J. E. (2021). Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual review of public health*, 42, 159–173. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102529>
- Nutbeam, D., (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, *Health Promotion International*, 15(3), 259–267, <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Odontoprev. (n.d.). Periodontite e doenças sistêmicas. *Conexão Odontoprev*. Retrieved January 23, 2025, from <https://conexao.odontoprev.com.br/periodontite-e-doencas-sistemicas>
- Ohara, Y., Yoshida, N., Kawai, H., Obuchi, S., Yoshida, H., Matakai, S., Hirano, H., & Watanabe, Y. (2017). Development of an oral health-related self-efficacy scale for use with older adults. *Geriatrics & gerontology international*, 17(10), 1406–1411. <https://doi.org/10.1111/ggi.12873>

- Olson, A. M., Reibel, Y. G., Self, K. D., Lindgren, B., Blue, C. M., & Flynn, P. M. (2022). Functional Oral Health Literacy and Periodontal Health. *Journal of dental hygiene : JDH*, 96(5), 6–12.
- Ordem dos Médicos Dentistas. (2024). *Barómetro da Saúde Oral 2024* (9.<sup>a</sup> ed.). <https://www.ombd.pt/content/uploads/2025/01/barometro-saude-oral-2024.pdf>
- Ponte, M. F., Tovo, C. V., & Lessa, J. (2004). Presença de DNA bacteriano de patógenos periodontais em artérias coronárias de pacientes com infarto agudo do miocárdio. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 19(3), 255-261. <https://doi.org/10.1590/S0102-76382004000300012>
- Purba, A. K., Thomson, R. M., Henery, P. M., Pearce, A., Henderson, M., & Katikireddi, S. V. (2023). Social media use and health risk behaviours in young people: systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 383, e073552. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-073552>
- Rounsefell, K., Gibson, S., McLean, S., Blair, M., Molenaar, A., Brennan, L., Truby, H., & McCaffrey, T. A. (2020). Social media, body image and food choices in healthy young adults: A mixed methods systematic review. *Nutrition & dietetics : the journal of the Dietitians Association of Australia*, 77(1), 19–40. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12581>
- Schwarzer R, Luszczynska A. (2008) How to overcome health-compromising behaviors - The health action process approach. *Eur Psychol* 13, 141–51. 10.1027/1016-9040.13.2.141.
- Sinesi, A., Natoli, V., Casu, C., Cefola, S., Damato, R., Grassi, R., & Nardi, G. M. (2023). Epidemiological evaluation of patient compliance regarding oral health and hygiene during the COVID-19 period. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, 21, eAO0195. [https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2023AO0195](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2023AO0195)
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J. et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12, 80 . <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Stellefson, M., Chaney, B., Barry, A. E., Chavarria, E., Tennant, B., Walsh-Childers, K., Sriram, P. S., & Zagora, J. (2013). Web 2.0 chronic disease self-management for older adults: a systematic review. *Journal of medical Internet research*, 15(2), e35. <https://doi.org/10.2196/jmir.2439>

- Veladas, F. M. V., De la Torre Canales, G., de Souza Nobre, B. B., Escoval, A., Pedro, A. R., de Almeida, A. M., Assunção, V. A., & Manso, A. C. (2023). Do sociodemographic factors influence the levels of health and oral literacy? A cross-sectional study. *BMC public health*, 23(1), 2543. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17489-4>
- Xie, L., Zhang, S., Xin, M., Zhu, M., Lu, W., & Mo, P. K. (2022). Electronic health literacy and health-related outcomes among older adults: A systematic review. *Preventive medicine*, 157, 106997. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.106997>
- World Health Organization. (2022). *Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030*.
- Wang, Y., Song, Y., Zhu, Y., Ji, H., & Wang, A. (2022). Association of eHealth Literacy with Health Promotion Behaviors of Community-Dwelling Older People: The Chain Mediating Role of Self-Efficacy and Self-Care Ability. *International journal of environmental research and public health*, 19(10), 6092. <https://doi.org/10.3390/ijerph19106092>
- Wong, D. K., & Cheung, M. K. (2019). Online Health Information Seeking and eHealth Literacy Among Patients Attending a Primary Care Clinic in Hong Kong: A Cross-Sectional Survey. *Journal of medical Internet research*, 21(3), e10831. <https://doi.org/10.2196/10831>
- Wu, J., Wang, X. X., Xu, M., Liu, K. P., Xu, L. L., & Zhang, Y. (2025). The relationship between eHealth literacy and oral frailty among older adults: the serial mediating effects of self-efficacy and oral health. *BMC oral health*, 25(1), 919. <https://doi.org/10.1186/s12903-025-06297-4>
- Yao, R., Zhang, W., Evans, R., Cao, G., Rui, T., & Shen, L. (2022). Inequities in Health Care Services Caused by the Adoption of Digital Health Technologies: Scoping Review. *Journal of medical Internet research*, 24(3), e34144. <https://doi.org/10.2196/34144>

## **Anexos**

## Anexo 1 - Questionário

Esta investigação é realizada no âmbito do projeto aplicado do mestrado da aluna Kateryna Gorlevska, no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE). O presente estudo tem como principal objetivo caracterizar o nível de literacia em saúde oral da população portuguesa. O questionário é constituído por 19 perguntas e tem uma duração estimada de 5 minutos. Os dados fornecidos serão usados exclusivamente para o estudo académico e análise estatística. A participação neste estudo é voluntária e toda a informação fornecida é confidencial.

Para mais informações e/ou esclarecimentos de alguma dúvida deverá entrar em contacto com a investigadora, Kateryna Gorlevska, através do seguinte email: [kigaa@iscte-iul.com](mailto:kigaa@iscte-iul.com)

Grata pela sua participação e o seu contributo para este estudo.

### Parte I

#### 1. Idade

- 20-30 anos de idade
- 31-40 anos de idade
- 41-50 anos de idade
- 51-60 anos de idade
- +60 anos de idade

#### 2. Género

- Feminino
- Masculino

#### 3. Concelho de residência: \_\_\_\_\_

#### 4. Grau de escolaridade

- Até ao 9º ano
- Até ao 12º ano
- Licenciatura
- Mestrado/ Doutoramento

#### 5. Neste momento, está empregado?

- Sim
- Não
- Reformado

**6. Tem seguro de saúde?**

- Sim
- Não

**7. Com que regularidade frequenta o seu Médico Dentista/ Higienista Oral?**

- De 2 em 2 anos
- 1x por ano
- 2x por ano
- + de 2x por ano

**8. Razão para não visitar o Médico Dentista? (Pode escolher várias opções).**

- Não sinto necessidade
- Não tenho condições económicas
- Não tenho dores nem problemas com os meus dentes
- Visito regularmente o meu Médico Dentista/ Higienista Oral

**9. Qual a razão mais frequente para visitar o seu profissional de saúde oral?**

- Consulta de rotina: Higiene Oral
- Tratamento de cáries
- Dor
- Colocação de próteses ou implantes
- Sangramento gengival

**10. Como considera o seu estado de saúde oral?**

- Mau
- Bom
- Razoável

**11. Com que frequência faz a escovagem dentária?**

- + que 2x por dia
- 2x por dia
- 1x por dia
- Não escovo os meus dentes todos os dias

**12. Quanto tempo demora a escovar os dentes?**

- 1min
- 2min
- + de 2min
- Não sei

**13. Usa mais algum produto de saúde oral diariamente?**

- Fio dentário
- Bochecho com elixir ou colutório
- Escovilhão

**14. Sabia que o fio ou escovilhão remove até 30% de placa bacteriana situada entre os dentes?**

- Sim
- Não

**15. Considera ser importante escovar a língua?**

- Sim
- Não
- Não sei

**16. Escova a língua diariamente?**

- Sim
- Não
- Às vezes
- Raramente

**17. O que usa para escovar a língua?**

- Nada
- Escova de dentes
- Raspador lingual

**18. Considera que a população portuguesa necessita de um serviço alargado de medicina dentária no Serviço Nacional de Saúde?**

- Sim
- Não

**19. Quanto é que gastou, aproximadamente, em tratamentos dentários no último ano?**

- Valor relativo apenas às consultas de rotina ou higiene oral (limpeza)
- 50-100€
- 100-200€
- 200-500€
- + de 500€
- Não gastei nada

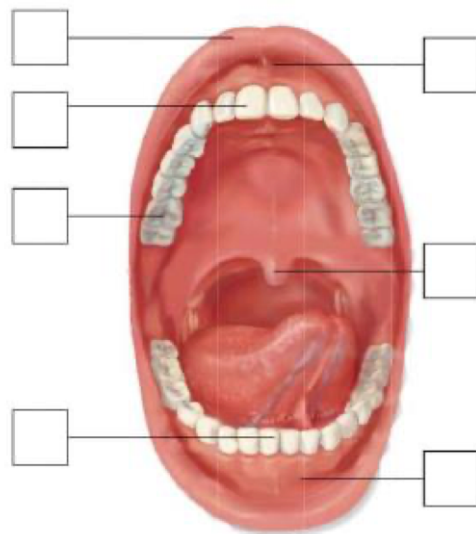
## Parte II

Nesta parte serão apresentadas algumas imagens. Por baixo de cada imagem existe uma grelha de preenchimento.

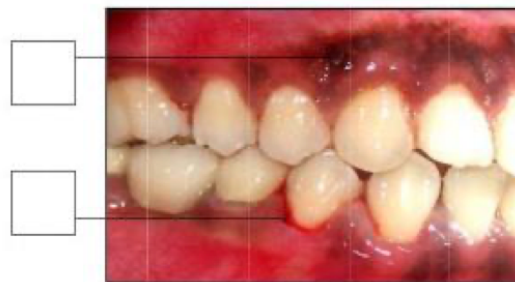
Faça a correspondência entre as palavras e os números da imagem, selecionando apenas uma descrição para cada número.

Existem mais palavras do que números.

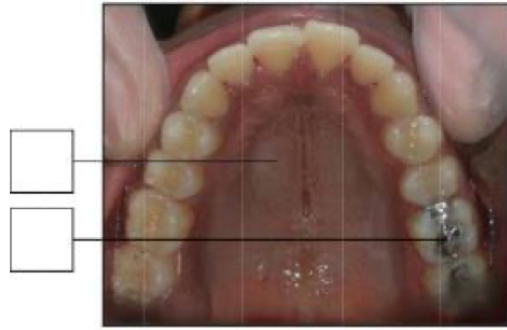
1. Cárie
2. Molar
3. Úvula
4. Compósito (Massa)
5. Incisivo
6. Freio
7. Gengiva
8. Palato
9. Lábios



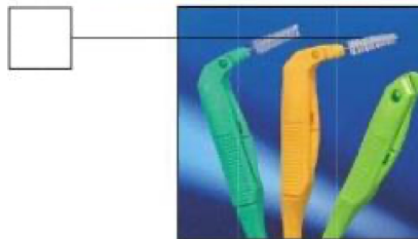
1. Cárie
2. Pigmentação fisiológica
3. Hemorragia
4. Compósito (Massa)
5. Cálculo (Tártaro)
6. Pavimento da boca
7. Amálgama (Chumbo)



1. Cárie
2. Molar
3. Úvula
4. Compósito (Massa)
5. Incisivo
6. Amálgama (Chumbo)
7. Prótese Dentária
8. Palato duro (Céu da boca)



1. Escova
2. Escovilhão
3. Fio dentário
4. Bochecho
5. Aplicação de flúor
6. Brackets



Muito obrigada pela sua participação! :)