

## ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)

# Literacia em Saúde Oral de Encarregados de Educação de Crianças nos Primeiros Anos do Ensino Básico

*Oral Health Literacy of Parents of Primary School Children**Alfabetización en Salud Bucodental entre los Tutores de Niños de Escuela Primaria*Ana Maria Ferreira Oliveira <sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0009-8732-6807>Dulce Helena Machado Fonseca <sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0001-9351-1894>Inês Catarina Oliveira Pereira <sup>3</sup> <https://orcid.org/0009-0006-9570-5215>Mónica Isabel Farinha Lopes Pereira <sup>4</sup> <https://orcid.org/0009-0005-0654-9023>José Herminio Gonçalves Gomes <sup>5</sup> <https://orcid.org/0000-0002-6062-1883>Eva Patrícia da Silva Guilherme Menino <sup>6,7</sup> <https://orcid.org/0000-0002-6761-9364>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar de Leiria, Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, Leiria, Portugal

<sup>2</sup> Unidade de Saúde Pública Pinhal Litoral, Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral, Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, Leiria, Portugal

<sup>3</sup> Unidade de Cuidados na Comunidade Dr. Arnaldo Sampaio, Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral, Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, Leiria, Portugal

<sup>4</sup> Unidade de Saúde Familiar Leiria Nascente, Agrupamento de Centros de Saúde Dr. Gorrão Henriques, Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, Leiria, Portugal

<sup>5</sup> Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal

<sup>6</sup> Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria, Leiria, Portugal

<sup>7</sup> CitechCare, Instituto Politécnico de Leiria, Leiria, Portugal

**Autor de correspondência**

Ana Oliveira

E-mail: [oliveira.anamf@gmail.com](mailto:oliveira.anamf@gmail.com)

Recebido: 08.08.24

Aceite: 10.03.25

**Resumo**

**Enquadramento:** A saúde oral representa um problema de saúde pública mundial. Em Portugal 6,4% das crianças têm necessidades insatisfeitas nesta área.

**Objetivos:** Caracterizar a literacia em saúde oral de encarregados de educação (EE) de crianças que frequentam o 1.º e 2.º anos do ensino básico e avaliar a sua perceção acerca do seu nível de literacia em saúde oral.

**Metodologia:** Estudo observacional, transversal, descritivo com uma amostra não probabilística de 84 EE, através de questionário *online* realizado pela equipa de investigação e validado por peritos.

**Resultados:** A maioria dos participantes eram mães (89,3%), consideravam ter nível suficiente de literacia em saúde oral (91,7%) e menos de metade (46,4%) tinha formação ou informação na mesma (47,6%). A totalidade das crianças escovava os dentes. A maioria nunca apresentou problemas de saúde oral (72,6%) e foi a consulta (81%). Porém o estudo reflete algumas lacunas ao nível da higienização da cavidade oral e da escova de dentes.

**Conclusão:** Os EE percebem ter literacia em saúde oral, contudo apresentam lacunas em algumas áreas.

**Palavras-chave:** crianças; alfabetização; saúde bucal; poder familiar; saúde pública, enfermagem em saúde comunitária

**Abstract**

**Background:** Oral health is a global public health problem. In Portugal, 6.4 % of children do not have their needs met in this area.

**Objectives:** To characterize the oral health literacy of legal parents of children in 1st and 2nd grade and assess their perception of their oral health literacy level.

**Methodology:** An observational, cross-sectional, descriptive study was conducted with a non-probability sample of 84 legal parents. Data were collected using an online questionnaire administered by the research team and validated by experts.

**Results:** Most of the participants were mothers (89.3%), considered themselves to have a sufficient level of oral health literacy (91.7%), and less than half (46.4%) had received oral health education or information (47.6%). All the children brushed their teeth. The majority had never had an oral health problem (72.6%) and had sought medical care (81%). However, the study revealed some shortcomings in terms of oral hygiene and tooth brushing.

**Conclusion:** While parents perceive themselves as having oral health literacy, gaps remain in some areas.

**Keywords:** children; literacy; oral health; parenting; public health; community health nursing

**Resumen**

**Marco contextual:** La salud bucodental es un problema de salud pública mundial. En Portugal, el 6,4% de los niños tienen necesidades no satisfechas en este ámbito.

**Objetivos:** Caracterizar la alfabetización en salud bucodental de los padres de niños que cursan 1.º y 2.º de primaria y evaluar su percepción del nivel de alfabetización en salud bucodental.

**Metodología:** Estudio observacional, transversal y descriptivo con una muestra no probabilística de 84 EE, mediante un cuestionario en línea realizado por el equipo de investigación y validado por expertos.

**Resultados:** La mayoría de las participantes eran madres (89,3%), consideraban tener un nivel suficiente de conocimientos sobre salud bucodental (91,7%) y menos de la mitad (46,4%) tenían formación o información sobre salud bucodental (47,6%). Todos los niños se cepillaban los dientes. La mayoría nunca había tenido un problema de salud bucodental (72,6%) y había acudido a una consulta (81%). Sin embargo, el estudio refleja algunas deficiencias en cuanto a la higiene de la cavidad bucal y el cepillado de los dientes.

**Conclusión:** Los EE perciben que tienen conocimientos sobre salud bucodental, pero presentan lagunas en algunas áreas.

**Palabras clave:** niños; alfabetización; salud bucodental; poder familiar; salud pública, enfermería de salud comunitaria



**Como citar este artigo:** Oliveira, A. M., Fonseca, D. H., Pereira, I. C., Pereira, M. I., Gomes, J. H., & Menino, E. P. (2025). Literacia em saúde oral de encarregados de educação de crianças nos primeiros anos do ensino básico. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(4), e36995. <https://doi.org/10.12707/RVI24.82.36995>



## Introdução

A saúde oral é considerada uma problemática de saúde pública e uma área prioritária, pois afeta cerca de 3,5 mil milhões de pessoas, provocando sintomas físicos, limitações funcionais e danos prejudiciais no bem-estar emocional, mental e social (Organização mundial de Saúde [OMS], 2022).

A cárie dentária é a doença não transmissível mais comum em todo o mundo, sendo na maioria das vezes não tratada (Silva et al., 2022). Os fatores desencadeantes nas crianças são uma má higiene oral, hábitos alimentares insalubres e comportamentos pouco adequados por parte dos pais e educadores no que concerne a saúde oral (Silva et al., 2022).

Os cuidadores têm a responsabilidade primordial de manter e fornecer cuidados às crianças. Os conhecimentos dos pais sobre saúde oral na primeira infância são extremamente importantes, pois os comportamentos nessa área dependem exclusivamente deles nos primeiros anos de vida (OMS, 2022; Sowmya et al., 2021).

As equipas de saúde escolar têm um papel notório no que concerne a formação dos educadores e encarregados de educação (Silva et al., 2022). O enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública (EESCSP) desempenha um papel fundamental na capacitação de grupos e comunidades, liderando processos comunitários e projetos de saúde que visam fortalecê-los, realizando a sua atuação através da intervenção comunitária (Ramos et al., 2019). Deste modo, este estudo tem como objetivo caracterizar a literacia em saúde oral de encarregados de educação (EE) de crianças que frequentam o 1.º e 2.º anos do ensino básico e avaliar a sua perceção acerca do seu nível de literacia em saúde oral.

## Enquadramento

A saúde oral é caracterizada como sendo o estado da boca, dentes e estruturas orofaciais, que permite a execução de funções básicas, tais como respirar, comer, falar, sorrir e socializar. A saúde oral é parte integrante da saúde geral, acompanhando todo o ciclo vital, incluindo o bem-estar e a qualidade de vida, e refletindo a saúde geral (Federação Dentária Internacional [FDI], 2020; OMS, 2021). A cárie dentária é uma patologia crónica e a mais frequente nas crianças e jovens com tendência a aumentar com a idade (Silva et al., 2022).

Na União Europeia, 4,4% das crianças que viviam em agregados familiares com crianças não recebiam os cuidados dentários de que necessitavam, sendo o valor mais elevado (7,1%) nas crianças que viviam em famílias monoparentais. Portugal foi o quinto país da União Europeia com a percentagem mais elevada de crianças com necessidades de saúde oral não satisfeitas com 6,4% (Eurostat, 2023). O nosso país tem desenvolvido vários programas com o objetivo de minimizar as doenças orais da população e promover a capacitação da população de forma evolutiva no que concerne a literacia e promoção da saúde oral (Direção-Geral da Saúde, 2021).

A literacia em saúde oral compreende a capacidade de obter, processar e compreender informações e serviços básicos de saúde com o intuito de optar por decisões adequadas no que abrange a saúde oral mantendo e promovendo uma boa saúde e bem-estar (Associação Dentária Americana [ADA] 2022a; OMS, 2021). A literacia em saúde abrange os conhecimentos, as competências e a motivação necessários para tomar decisões informadas sobre a própria saúde e a saúde de quem está sob os seus cuidados, com foco na prevenção de doenças e na promoção da saúde, contribuindo para a manutenção ou melhoria da qualidade de vida (Sørensen, 2019).

A maioria da população possui um nível inadequado ou problemático de literacia em saúde oral. Apesar de possuir competências acerca da saúde oral, no que concerne a comportamentos no âmbito da higiene oral, nomeadamente na escovagem dos dentes onde adere, tem dificuldade em compreender, transmitir ou realizar uma saúde oral de forma crítica o que se expressa em baixas taxas de adesão no que concerne a outros comportamentos indutores da prevenção da doença, adesão a autocuidados e tomada de decisão (Ordem dos Médicos Dentistas [OMD], 2022; Veladas, 2022).

## Questão de investigação

Quais as características da literacia em saúde oral de EE de crianças que frequentam o 1.º e 2.º anos do ensino básico?; Qual a perceção do nível de literacia em saúde oral de EE de crianças que frequentam o 1.º e 2.º anos do ensino básico?

## Metodologia

Foi realizado um estudo observacional, transversal do tipo descritivo. Este teve como população-alvo os EE de crianças do 1.º e 2.º anos do ensino básico, pertencentes a um Agrupamento de Escolas (AE) da região centro de Portugal, sendo potencialmente elegíveis cerca de 500. Utilizou-se uma amostragem não probabilística por conveniência que teve como critérios de inclusão aceitar participar no projeto, ser voluntário no mesmo, ser encarregado de educação de criança que frequenta o 1.º e/ou 2.º ano do ensino básico, compreender, saber ler e escrever em português. A amostra foi constituída por 84 EE que cumpriram os critérios de inclusão, o que permitiu tentar reduzir os viés de confusão (Menezes, 2023). O estudo iniciou-se em maio de 2023 e teve término em março de 2024. Este teve aprovação da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC; Processo n.º 125/2023).

Para a recolha de dados aplicou-se um questionário *online*. O mesmo foi difundido durante os meses de janeiro e fevereiro de 2024 através do AE e respetivos docentes do 1.º e 2.º anos aos EE.

A página inicial do questionário foi composta por uma breve apresentação do estudo, onde foram explicados os objetivos, e pelo consentimento informado e esclareci-

do do participante, salvaguardando o cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados, e a garantia da segurança, proteção e confidencialidade dos dados facultados.

Só após validação das questões relacionadas com este último é que o participante avançava para os quesitos das quatro partes do questionário. O questionário foi realizado pela equipa de investigação e validado por uma equipa multidisciplinar de peritos constituída por profissionais da área da enfermagem, medicina e saúde oral com elevado grau académico (mestre ou doutor) e que fossem investigadores na área (Nora et al., 2017). Para a realização deste instrumento consideraram-se os seguintes aspetos: recolha de informações essenciais, revisão documental, escolha do tipo de questionário, redação e ordenação das questões, formatação, criação de um manual de instruções, realização de um teste-piloto, formação dos entrevistadores e validação do questionário (Nené & Sequeira, 2022). O mesmo teve ainda, em consideração a realidade cultural da população portuguesa. O instrumento de recolha de dados garantiu validade, confiabilidade, praticabilidade e responsividade. Para assegurar a validade, utilizou-se a validade de conteúdo (clareza das questões) e a validação semântica (linguagem adequada aos inquiridos). A confiabilidade foi garantida pela consistência dos resultados ao longo do tempo e com diferentes observadores. O questionário mostrou-se prático por ser fácil de interpretar, de recolher resultados e não gerar custos. Além disso, atendeu à dimensionalidade (visões heterogêneas) e à responsividade (capacidade de medir pequenas mudanças) (Vilelas, 2017).

O mesmo incluiu na primeira parte a caracterização sociodemográfica e formativa constituída por nove questões (uma aberta, sete múltiplas e uma dicotómica), para caracterização da amostra e das variáveis sociodemográficas (género, idade, grau de parentesco, nacionalidade, escola da criança, idade da criança e número de elementos do agregado familiar) e formativas (nível de escolaridade e formação ou informação na área da saúde oral). A segunda contemplou dezassete questões múltiplas acerca da literacia em saúde oral em contexto familiar, tendo como variáveis (realização de escovagem dos dentes, idade de início da escovagem dos dentes, frequência da escovagem dos dentes, pessoa que realiza escovagem dos dentes, quantidade de dentífrico usado na escovagem, concentração de flúor da pasta dentífrica, momentos da higienização oral, tempo de escovagem dos dentes, partes da higienização oral, procedimento após a escovagem dos

dentes, produtos usados para além da pasta dentífrica, características da escova de dentes, periodicidade da troca da escova de dentes, procedimento de higienização da escova de dentes, ingestão de bebidas ou alimentos antes de dormir sem escovar os dentes, alimentos prejudiciais à saúde oral e maiores causas dos problemas de saúde oral nas crianças). A terceira parte abrangeu a caracterização da literacia em saúde oral no comportamento de procura de saúde e foi constituída por sete questões (três dicotómicas de resposta obrigatória e quatro de escolha múltipla de resposta não obrigatória). A mesma parte teve como variáveis: existência de algum problema de saúde oral, a criança ter ido a consulta com médico dentista ou higienista oral, motivo da ida à consulta, motivo de não ida à consulta, recebimento de cheque dentista ou referência para higienista oral, utilização ou não do cheque dentista e motivo de não utilização do cheque dentista.

A quarta parte foi composta por uma questão dicotómica acerca da perceção do nível de literacia em saúde oral.

A literacia em saúde oral tem por base o conceito de decisão fundamentada de acordo com os conhecimentos, competências e motivação da pessoa sobre a sua própria saúde oral e sob a de quem está aos seus cuidados (ADA 2022a; OMS, 2021; Sørensen, 2019).

Foram utilizadas técnicas de estatística descritiva (frequência, percentagem, média, desvio-padrão, mínimo e máximo) para a análise dos dados, através do *software* IBM SPSS Statistics, versão 29.0.

## Resultados

### Caraterização sociodemográfica, formativa da amostra

A maioria dos participantes foram do género feminino (91,7%), mães (89,3%), portuguesas (71,4%) com uma média de idades de  $38,3 \pm 6,8$  anos (variando entre 23 e 68 anos), sendo que três EE não responderam à questão da idade. Relativamente ao nível de escolaridade mais de um terço tinha licenciatura (34,5%) e menos de metade tinha formação ou informação na área da saúde oral (46,4%). No que concerne o agregado familiar o número médio de  $3,8 \pm 1,0$  elementos (variando entre 2 e 8). As crianças foram metade do género masculino (50%) e metade do feminino (50%) e tinham uma idade média de  $6,7 \pm 0,1$  (variando entre 6 e 8 anos), apesar de um EE não ter respondido à questão, como demonstra a Tabela 1.

**Tabela 1***Caraterização sociodemográfica e formativa da amostra (n = 84)*

| Variáveis sociodemográficas/formativas                      | N (%)     | Min-Max | M ± DP     |
|-------------------------------------------------------------|-----------|---------|------------|
| Género do EE (n = 84)                                       |           |         |            |
| Feminino                                                    | 77 (91,7) |         |            |
| Masculino                                                   | 6 (7,1)   |         |            |
| Não respondeu                                               | 1 (1,2)   |         |            |
| Grau de parentesco do EE (n = 84)                           |           |         |            |
| Mãe                                                         | 75 (89,3) |         |            |
| Pai                                                         | 7 (8,3)   |         |            |
| Avó                                                         | 2 (2,4)   |         |            |
| Nacionalidade do EE (n = 84)                                |           |         |            |
| Portuguesa                                                  | 60 (71,4) |         |            |
| Outra                                                       | 24 (28,6) |         |            |
| Idade do EE (anos; n = 81)                                  |           | 23-68   | 38,3 ± 6,8 |
| Nível de escolaridade do EE (n = 84)                        |           |         |            |
| 1.º Ciclo                                                   | 5 (6,0)   |         |            |
| 2.º Ciclo                                                   | 1 (1,2)   |         |            |
| 3.º Ciclo                                                   | 17 (20,2) |         |            |
| Ensino Secundário                                           | 23 (27,4) |         |            |
| Licenciatura                                                | 29 (34,5) |         |            |
| Mestrado                                                    | 8 (9,5)   |         |            |
| Doutoramento                                                | 1 (1,2)   |         |            |
| Formação ou informação na área de saúde oral do EE (n = 84) |           |         |            |
| Sim                                                         | 39 (46,4) |         |            |
| Não                                                         | 40 (47,6) |         |            |
| Não Sei                                                     | 5 (6)     |         |            |
| Elementos agregado familiar (n = 84)                        |           | 2-8     | 3,8 ± 1,0  |
| Género da criança (n = 84)                                  |           |         |            |
| Feminino                                                    | 42 (50)   |         |            |
| Masculino                                                   | 42 (50)   |         |            |
| Idade da criança (n = 83)                                   |           | 6-8     | 6,7 ± 0,1  |

*Nota.* N = Tamanho da amostra; Min = Mínimo; Max = Máximo; M = Média; DP = Desvio-padrão; EE = Encarregado de educação.

### Caraterização da literacia em saúde oral em contexto familiar

Os dados obtidos revelaram que a totalidade das crianças escovava os dentes (n=84; 100%) e a maioria escovava duas ou mais vezes por dia (n = 59; 70,2%). Os EE identificaram na sua maioria (n = 49; 58,3%) que são poucas as vezes que a criança vai dormir sem escovar os dentes, seguida da resposta nunca (n = 29; 34,5%). Consideraram que a escovagem dos dentes é realizada maioritariamente pelo adulto ou pela criança sob supervisão, se esta já tiver adquirido destreza manual (n = 57; 67,9%). Em relação aos momentos do dia em que a higienização deve ser feita a maioria identificou pelo menos dois momentos (n = 67;

80%), sendo pelo menos um deles antes de dormir (n = 64; 76,2%). No que diz respeito à idade do início da escovagem dos dentes a resposta mais, frequentemente, dada (n = 36; 42,9%) foi após o surgimento do 1.º dente. Relativamente, à quantidade de pasta a maioria dos encarregados de educação (n = 62; 73,8%) respondeu do tamanho de uma ervilha ou até cerca de 1cm. No que concerne a concentração de flúor que contém pasta dentífrica da criança as respostas recaíram, maioritariamente e igualmente para as respostas para não sei (n = 33; 39,5%) e concentração entre 1000-1500 partes por milhão (ppm; n = 33; 39,5%). Em relação ao tempo que as crianças demoravam, habitualmente, a escovar os

dentes as respostas incidiram entre 1 a 2 minutos ( $n = 37$ ; 44%). No que respeita as partes da cavidade oral que são higienizadas na criança a maioria ( $n = 42$ ; 50%) afirmou dentes e língua. Na questão relativa ao procedimento que a criança realizava no fim da escovagem a maioria ( $n = 42$ ; 50%) referiu bochecha com água e “cospe” o excesso, enquanto apenas ( $n = 13$ ; 15,5%) “cospe” o excesso. Na temática dos produtos usados para além da pasta dentífrica usada na higienização oral a maior parte ( $n = 41$ ; 48,8%) não usou, entre os produtos mais usados destacou-se o colutório/elixir ( $n = 21$ ; 25%) e fio/fita dentária ( $n = 12$ ; 14,3%). No que concerne o tipo de escova de dentes mais indicada para a criança grande parte dos encarregados de educação ( $n = 38$ ; 45,2%) assumiu com o tamanho da cabeça adequado à idade da criança. Na questão relacionada com a periodicidade da troca de escova de dentes as respostas foram maioritariamente para de 3 em 3 meses ( $n = 35$ ; 41,7%). Em relação à higienização da escova de dentes a maioria dos encarregados de educação ( $n = 53$ ; 63,1%) respondeu lavar com água após as escovagens. Foi praticamente unânime ( $n = 83$ ; 98,8%) a opinião acerca do açúcar como alimento prejudicial à saúde oral. Em

relação às maiores causas dos problemas de saúde oral a resposta mais abrangida foi má higienização oral e ingestão de açúcar ( $n = 8$ ; 9,5%).

### **Caraterização da literacia em saúde oral no comportamento de procura de saúde**

A maioria dos EE considerou que a criança nunca teve algum problema de saúde oral (72,7%) e já levou a criança à consulta com higienista oral ou médico dentista (81%). Os principais motivos considerados pelos EE para a ida à consulta foram rotina (34,3%) e cárie (10,2%), sendo que um EE não respondeu à questão. Os EE que nunca levaram a criança à consulta apontaram como principal causa nunca terem sentido essa necessidade (46,7%), sendo que um dos participantes não respondeu à questão. A maioria dos EE recebeu o cheque dentista (58,3%) e utilizou-o (67,3%). Contudo, o estudo abrangeu crianças com 6 anos (42,2%), pelo que ainda não tinham recebido o cheque dentista da coorte dos 7 anos. Os principais motivos apontados pelos EE para não utilizarem o cheque dentista recebido foram não sentirem necessidade (28,6%) conforme ilustra a Tabela 2.



**Tabela 2***Caraterização da literacia em saúde oral no comportamento de procura de saúde*

| Caraterização dos comportamentos de procura de saúde oral                         | N (%)     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Criança já teve problema de saúde oral ( <i>n</i> = 84)                           |           |
| Sim                                                                               | 17 (20,2) |
| Não                                                                               | 61 (72,7) |
| Não sei                                                                           | 6 (7,1)   |
| Criança já foi a consulta com higienista oral ou médico dentista ( <i>n</i> = 84) |           |
| Sim                                                                               | 68 (81)   |
| Não                                                                               | 16 (19)   |
| Porque motivo levou a criança à consulta ( <i>n</i> = 67)                         |           |
| Rotina                                                                            | 23 (34,3) |
| Dor                                                                               | 3 (4,5)   |
| Cárie                                                                             | 7 (10,2)  |
| Traumatismo                                                                       | 1 (1,5)   |
| Utilização do cheque dentista                                                     | 4 (6)     |
| Outro                                                                             | 5 (7,5)   |
| Rotina e dor                                                                      | 1 (1,5)   |
| Rotina e traumatismo                                                              | 2 (3)     |
| Rotina e cárie                                                                    | 3 (4,5)   |
| Rotina e utilização do cheque dentista                                            | 4 (6)     |
| Rotina e outro                                                                    | 4 (6)     |
| Dor e cárie                                                                       | 2 (3)     |
| Traumatismo e cárie                                                               | 1 (1,5)   |
| Cárie e outro                                                                     | 1 (1,5)   |
| Rotina, cárie e utilização do cheque dentista                                     | 2 (3)     |
| Rotina, utilização do cheque dentista e outro                                     | 2 (3)     |
| Dor, cárie e utilização do cheque dentista                                        | 1 (1,5)   |
| Rotina, dor, cárie, utilização do cheque dentista e referência higienista oral    | 1 (1,5)   |
| Motivo de a criança nunca ter ido à consulta ( <i>n</i> = 15)                     |           |
| Nunca achei necessário                                                            | 7 (46,7)  |
| Falta de dinheiro                                                                 | 4 (26,7)  |
| Outro                                                                             | 2 (13,3)  |
| Nunca achei necessário e falta de dinheiro                                        | 1 (6,7)   |
| Falta de dinheiro e outro                                                         | 1 (6,7)   |
| Recebeu o cheque dentista ou referência para higienista oral ( <i>n</i> = 84)     |           |
| Sim                                                                               | 49 (58,3) |
| Não                                                                               | 35 (41,7) |
| Utilizou o cheque dentista ou referência para higienista oral ( <i>n</i> = 49)    |           |
| Sim                                                                               | 33 (67,3) |
| Não                                                                               | 14 (28,6) |
| Não sei                                                                           | 2 (4,1)   |
| Motivo de não ter usado cheque dentista ( <i>n</i> = 14)                          |           |
| Esquecimento                                                                      | 3 (21,4)  |
| Não achou necessário a sua utilização                                             | 4 (28,6)  |
| O/a sua médico/a dentista não tem acordo                                          | 3 (21,4)  |
| Ter passado a validade                                                            | 3 (21,4)  |
| Utilizou um subsistema ou seguro de saúde                                         | 1 (7,2)   |

Nota. N = Tamanho da amostra.



### Caraterização da percepção em literacia em saúde oral

A maioria dos encarregados de educação considerou ter um nível de literacia em saúde oral suficiente ( $n = 77$ ; 91,7%).

## Discussão

Este estudo caraterizou a literacia em saúde oral dos EE e a sua percepção em relação à mesma. A maioria dos EE que participaram no estudo foram mães, portuguesas, licenciadas o que corroborou com outro estudo (Ferreira et al., 2020). Menos de metade dos EE referiu ter recebido formação ou informação na área da saúde oral o que foi ao encontro do estudo da OMD (2022).

Na literacia em saúde oral em contexto familiar a escovagem dos dentes foi prática diária comum, tendo sido realizada pelo menos duas vezes por dia, maioritariamente, antes de dormir, indo ao encontro das recomendações nacionais e em linha com outros estudos reportados (Ferreira et al., 2020; Ministério da Saúde, 2021; OMD, 2022). A escovagem dos dentes foi realizada maioritariamente pelo adulto ou pela criança sob supervisão, se esta já tivesse adquirido destreza manual o que corroborou com as orientações nacionais e outros estudos (Ferreira et al., 2020; Ministério da Saúde, 2021). Relativamente à quantidade de pasta dentífrica usada as respostas maioritariamente dadas do tamanho de uma ervilha ou até cerca de 1cm foram ao encontro do preconizado e por outros autores (Ferreira et al., 2020; Ministério da Saúde, 2021). A idade do início da escovagem dos dentes que deve ser iniciada após o nascimento do 1.º dente teve resultados abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde (2021) e pela OMD (2021). A concentração de flúor recomendada de 1000 a 1500 partes por milhão (ppm) e o tempo adequado de higienização durante 2 minutos também tiveram resultados mais baixos do que os recomendados (Ferreira et al., 2020; Ministério da Saúde, 2021; OMD, 2021). No que concerne as partes da cavidade oral que devem ser higienizadas os resultados obtidos também não foram ao encontro das recomendações nacionais que preconizam que a escovagem deve abranger todas as superfícies internas, externas e de mastigação, bem como a língua (FDI, 2020). O procedimento a adotar após a escovagem é que apenas se cuspa o excesso de dentífrico, e não se bocheche com água, o que não correspondeu aos resultados obtidos no estudo (Ministério da Saúde, 2021; OMD, 2022).

Relativamente, aos produtos usados para além da pasta dentífrica na higienização oral grande parte não usou tal como evidenciado no estudo da OMD (2022), o que não foi ao encontro das orientações nacionais que aconselham que a mesma seja complementada com o uso de fio ou fita dentária, escovilhão ou outro produto que auxilie a retirar a placa bacteriana existente nos espaços interdentários (Ministério da Saúde, 2021; OMD, 2022). No que concerne as questões relacionadas com a escova de dentes as respostas mais dadas foram incompletas. No que respeita as caraterísticas da escova de dentes a mesma deve ser suave ou média adequada ao tamanho da

criança (Ministério da Saúde, 2021; OMD, 2022) o que não correspondeu aos resultados do estudo. Bem como a periodicidade da troca da escova de dentes que deve ser realizada de 3 em 3 meses ou mais cedo se as cerdas se apresentarem danificadas (FDI, 2020; OMD, 2021). A questão relacionada com a higienização da escova de dentes também obteve resultados baixos, uma vez que a mesma deve ser higienizada com água da torneira após a escovagem, devendo ser deixada ao ar e guardada na posição vertical (ADA, 2022b). As boas práticas apontam como medida preventiva para uma boa saúde da cavidade oral a adoção de uma alimentação saudável, recomendando evitar o consumo excessivo de açúcar e uma correta higienização oral (FDI, 2020). O estudo evidenciou que os EE identificaram o açúcar com alimento prejudicial, contudo demonstraram baixos conhecimentos na questão das maiores causas de problemas de saúde oral.

A maioria dos EE considerou que a criança nunca teve algum problema de saúde oral o que corroborou com outro estudo (Ferreira et al., 2020).

Quase a totalidade dos EE já levou a criança à consulta com higienista oral ou médico dentista o que atestou o estudo levado a cabo pela OMD (2022). Os principais motivos apontados para a ida à consulta foram rotina e cárie, o que foi ao encontro do estudo desenvolvido pela OMD (2022). Por outro lado, as causas referidas para a não ida à consulta foram não sentir necessidade e falta de dinheiro o que corroborou com a OMD (2022).

Em relação ao cheque dentista o mesmo foi recebido e utilizado pelos EE o que foi ao encontro do estudo da OMD (2022). Os EE que receberam, mas não utilizaram o cheque dentista referiram como principais motivos não terem sentido necessidade seguido de esquecimento, o médico dentista não ter acordo e ter passado a validade o que foi ao encontro do estudo realizado por Filipe e Aguiar (2018).

Os resultados obtidos permitiram para além de caracterizar a literacia em saúde oral de EE perceber que apesar dos mesmos considerarem que possuíam um nível adequado de literacia, ainda existem muitas áreas com necessidade de intervenção. Os mesmos referiram na sua maioria que a criança não tinha nenhum problema de saúde oral, contudo mais de um terço apontaram como motivo para levar a criança à consulta cárie, dor e traumatismo. De acordo com os estudos supracitados a população portuguesa possui competências acerca da saúde oral, contudo tem um nível inadequado de literacia em saúde oral, pois tem dificuldade em compreender, transmitir ou realizar uma saúde oral de forma crítica, traduzindo-se em taxas de adesão baixas ao nível dos comportamentos para a prevenção da doença, adesão a autocuidados e tomada de decisão (OMD, 2022; Veladas, 2022).

Para melhorar esta problemática é emergente intervenções educativas que possibilitem abranger crianças, pais e prestadores de cuidados de saúde através de programas de promoção da saúde que forneçam informações adequadas sobre cuidados dentários, incluindo práticas e atitudes (Sree et al., 2022).

O estudo desenvolvido apresentou limitações tais como: amostra reduzida, limitando a generalização de resultados

e não-representatividade da amostra para os EE portugueses e a inexistência de um questionário já validado que avaliasse as questões pretendidas no âmbito da literacia e que estivesse adaptado à realidade cultural da população em estudo.

De acordo com a OMS (2022) as doenças e problemáticas associadas à saúde oral podem e devem ser prevenidas a partir da infância, começando no seio da família. Desta forma, importa aplicar medidas preventivas desde cedo, sendo para isso imprescindível a educação à comunidade e família, principalmente na população mais vulnerável (pouca educação e/ou com escassos recursos económicos). Assim, as estratégias para obter ganhos em saúde e melhorar a saúde oral passam pela valorização da adoção de comportamentos saudáveis e adequados e da literacia em saúde indispensáveis para a prevenção das doenças da cavidade oral e promoção da saúde oral (FDI, 2020). As parcerias são também cruciais, pois tornam a divulgação mais abrangente e potenciam o alcance da população que se encontra mais distante (OMS, 2022). A educação para a saúde é a abordagem mais adequada para a prevenção das doenças orais e pode abranger toda crianças e pais (Sree et al., 2022).

## Conclusão

Considerando o objetivo deste estudo caracterizar a literacia em saúde oral e a sua perceção foi notória a existência de baixa literacia em algumas temáticas, o que vem reforçar a importância do mesmo para a definição e implementação de estratégias para responder a esta necessidade. No estudo emergiram lacunas importantes relativas à higienização da cavidade oral tais como: idade de início da escovagem dos dentes, tempo adequado para a correta higienização, partes a serem higienizadas, concentração de flúor que deve conter a pasta dentífrica, produtos que devem ser utilizados e o procedimento após a escovagem. Relativamente à escova de dentes as lacunas verificaram-se ao nível das características, correta higienização e periodicidade adequada de troca. Os EE apesar de terem identificado os alimentos açucarados como os mais prejudiciais, não identificaram corretamente as maiores causas para os problemas de saúde oral.

A maioria dos EE tinha levado a criança a consulta de medicina dentária, sendo apontada a rotina como maior motivação. Os EE que nunca tinham levado a criança à consulta apontaram como principais motivos não sentirem necessidade e falta de dinheiro. Os cheques dentistas foram recebidos e usados pela maioria dos EE.

Uma vez que existem poucos estudos sobre literacia em saúde oral entre os pais, procuramos com este estudo responder a esta lacuna, sugerindo o desenvolvimento de mais estudos para uma melhor compreensão do fenómeno. Decorrente deste estudo prevê-se a implementação de um projeto de intervenção comunitária com o desígnio de melhorar a literacia em saúde oral dos EE. A equipa de saúde escolar responsável pelo parque escolar onde decorreu o estudo encontra-se ainda, a desenvolver formação para as crianças nesta área, pretendendo no futuro alargar para os profissionais de educação.

Assim a formação e a capacitação dos EE poderão reforçar

competências que lhes permitam melhorar a literacia em saúde oral, o que se traduzirá em melhores cuidados de saúde oral para si próprios e para as crianças, logo em ganhos em saúde.

Este artigo deriva da Tese/Dissertação “SorriDAR” – projeto de literacia em saúde oral para os encarregados de educação do ensino básico, apresentada à Escola Superior de Saúde de Leiria, Instituto Politécnico de Leiria, no ano de 2024.

## Contribuição de autores

Conceptualização: Oliveira, A. M., Gomes, J. H., Menino, E. P.

Tratamento de dados: Oliveira, A. M., Gomes, J. H., Menino, E. P.

Análise formal: Oliveira, A. M., Gomes, J. H., Menino, E. P.

Aquisição de financiamento: Fonseca, D. H., Pereira, I. C., Pereira, M. I.

Investigação: Oliveira, A. M.

Metodologia: Oliveira, A. M.

Administração do projeto: Oliveira, A. M., Fonseca, D. H., Pereira, I. C., Pereira, M. I.

Recursos: Oliveira, A. M., Fonseca, D. H., Pereira, I. C., Pereira, M. I.

Software: Oliveira, A. M.

Supervisão: Gomes, J. H., Menino, E. P.

Validação: Oliveira, A. M., Gomes, J. H., Menino, E. P.

Redação - rascunho original: Oliveira, A. M., Menino, E. P.

Redação - análise e edição: Oliveira, A. M., Menino, E. P.

## Referências bibliográficas

- Associação Dentária Americana. (2022a). *Health literacy in dentistry*. <https://www.ada.org/resources/community-initiatives/health-literacy-in-dentistry>
- Associação Dentária Americana. (2022b). *Toothbrushes*. <https://www.ada.org/resources/ada-library/oral-health-topics/toothbrushes/>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Programa nacional de promoção da saúde de oral 2021-2030*. <https://ucccb.pt/wp-content/uploads/2021/10/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral-2021-2025.pdf>
- Eurostat. (2023). *Health statistics: Children*. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Health\\_statistics\\_-\\_children#Unmet\\_needs\\_for\\_medical\\_care\\_and\\_dental\\_care](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Health_statistics_-_children#Unmet_needs_for_medical_care_and_dental_care)
- Federação Dentária Internacional. (2020). *FDI's definition of oral health*. <https://www.fdiworlddental.org/fdis-definition-oral-health>
- Ferreira, D., Bernardo, M., & Mendes, S. (2020). Caracterização da escovagem dos dentes na população pré-escolar. *Revista Portuguesa Estomatologia Medicina Dentária Maxilofacial*, 61(S1), 32. <http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.12.798>
- Filipe, R., & Aguiar, P. (2018). Saúde oral - Fatores de não adesão aos cheques-dentista: Um estudo de caso-controlo. *Acta Médica Portuguesa*, 31(6), 303-311. <https://doi.org/10.20344/amp.9640>
- Menezes J.P. S., Sokabe L., Santos M. M., Almeida M. R., Dourado P. S. M., Barros V. H. C. (2023). Viés de confusão. Estudantes para Melhores Evidências. Cochrane. <https://eme.cochrane.org/vies-de-confusao/>
- Nenê, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em enfermagem: Teoria e prática*. Lidel.



- Nora, C. R., Zoboli, E., & Vieira, M. M. (2017). Validação por peritos: Importância na tradução e adaptação de instrumentos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(3), e64851. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.64851>
- Ordem dos Médicos Dentistas. (2021). *Saúde oral explicada a todos*. <https://www.ond.pt/publico/saude-oral-crianca/>
- Ordem dos Médicos Dentistas. (2022). *Barômetro da saúde oral* (7ª ed.). [https://www.ond.pt/content/uploads/2022/11/VII-Barometro-Nacional-de-Saude-Oral\\_2022.pdf](https://www.ond.pt/content/uploads/2022/11/VII-Barometro-Nacional-de-Saude-Oral_2022.pdf)
- Organização Mundial de Saúde. (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*. <https://www.who.int/publications/item/9789240038349>
- Organização Mundial de Saúde. (2022). *Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030*. <https://www.who.int/publications/item/9789240061484>
- Ramos, C. L., Jesus, L. A., Souto, A. M., & Santos, A. L. (2019). Conhecimento dos utentes com hipertensão arterial de uma unidade de saúde familiar sobre a sua patologia. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(23), 41-47. <https://doi.org/10.12707/RIV19052>
- Silva, A., Mendes, S., & Bernardo, M. (2022). Esquivagem dentária e outras atividades de promoção da saúde oral em educação pré-escolar. *Revista Portuguesa de Estomatologia Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 63(2), 85-91. <https://doi.org/10.24873/j.rpemd.2022.06.869>
- Sørensen, K. (2019). Uma visão para a literacia em saúde na Europa. In C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática* (pp. 27-32). Edições ISPA [ebook]. <https://www.justnews.pt/documentos/2015/image/file/19z/2020-%20LiteraciaSaude-2019.pdf>
- Sowmya, K. R., Puranik, M. P., & Aparna, K. S. (2021). Association between mother's behaviour, oral health literacy and children's oral health outcomes: A cross-sectional study. *Indian Journal of Dental Research*, 32(2), 147-152. [https://doi.org/10.4103/ijdr.IJDR\\_676\\_18](https://doi.org/10.4103/ijdr.IJDR_676_18)
- Sree, S. R., Louis, C. J., Eagappan, A. S., Srinivasan, D., Natarajan, D., & Dhanalakshmi, V. (2022). Effectiveness of parental participation in a dental health: Program on the oral health status of 8–10-year-old school children. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 15(4), 417–421. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-2411>
- Veladas, F. M. (2022). *Literacia em saúde: Aplicação do european health literacy survey e do oral health adults questionnaire em duas populações de diferentes faixas etárias* [Master's dissertation, Instituto Universitário Egas Moniz]. Repositório Comum do Instituto Universitário Egas Moniz. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/42759/1/Veladas\\_Francisco\\_Manuel\\_Veigas.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/42759/1/Veladas_Francisco_Manuel_Veigas.pdf)
- Vilelas, J. (2017). *Investigação o processo de construção do conhecimento* (2.ª ed.). Sílabo.