



Letramento em Saúde Bucal Entre Adolescentes

Oral health literacy among school adolescents

Fabíola Belkiss Santos de Oliveira¹

Ana Tereza Silva e Diogo²

Eldson Lopes Antunes³

Camila Meuri Amorim Lima⁴

Leonildo Marques Barbosa⁵

Michelle Pimenta Oliveira⁶

Marinilza Soares Mota Sales⁷

Agda Silene Leite⁸

Kelly Maria Silva Moreira⁹

Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins¹⁰

RESUMO

Objetivo: Realizar uma análise descritiva do Letramento em Saúde Bucal (LSB) de adolescentes de uma cidade do norte de Minas Gerais, Brasil. **Métodos:** Trata-se de um Recorte do projeto “Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal e qualidade da assistência odontológica entre escolares de Montes Claros Minas Gerais - Brasil 2018”,

¹Cirurgiã-dentista. Mestre em Cuidado Primário em Saúde. Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros -Unimontes. Avenida Rui Braga sem número Vila Mauricéia. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: fabiolabelkiss@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1643-8819>

²Cirurgiã-dentista. Mestre em Prótese. Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros -Unimontes. Avenida Rui Braga sem número Vila Mauricéia. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: anatsd@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1986-9438>

³Graduando do curso de Odontologia das Faculdades Unidas do Norte de Minas -FUNORTE. Rua Plínio Ribeiro, nº 539. Bairro Amazonas. Montes Claros, MG – Brasil. E-mail: eldsonantunes@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4048-560>

⁴Graduanda do curso de Odontologia das Faculdades Unidas do Norte de Minas -FUNORTE. Rua Plínio Ribeiro, nº 539. Bairro Amazonas. Montes Claros, MG – Brasil. E-mail: camilameuriamorim@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4375-6599>

⁵Graduando do curso de Odontologia das Faculdades Unidas do Norte de Minas -FUNORTE. Rua Plínio Ribeiro, nº 539. Bairro Amazonas. Montes Claros, MG – Brasil. E-mail: leonildorpm2015x@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8775-8847>

⁶Cirurgiã-dentista. Mestre em Ciências da Saúde. Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros-Unimontes. Avenida Rui Braga sem número Vila Mauricéia. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: mipoliver@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1196-9450>

⁷Cirurgiã-dentista. Mestre em Saúde Coletiva. Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros -Unimontes. Avenida Rui Braga sem número Vila Mauricéia. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: marinilzamota@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4987-3879>

⁸Cirurgiã-dentista. Mestranda em Bioética pela Fundação Universitária Iberoamericana. Curso de Odontologia do Centro Universitário FIPMOC. E-mail: agdaleite@santacasmontesclaros.com.br. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5337-2890>

⁹Doutora em Odontopediatria pela FOP/UNICAMP. Professora da Pós-Graduação na SLMANDIC. Email kellynhaodonto@yahoo.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1137-390>

¹⁰Cirurgiã-dentista. Doutora em Saúde pública. Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros -Unimontes. Avenida Rui Braga sem número Vila Mauricéia. Montes Claros, MG, Brasil. E-mail: martins.andreamebl@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1205-9910>

Recebido em

15-03-2023

Aceito em

10-07-2023

Publicado em

17-10-2023

realizado em 2019/2020. Estudo epidemiológico, quantitativo, transversal, descritivo com aplicação de questionário por meio de entrevistas. Amostra probabilística aleatória simples, nível de confiança de 95% ($Z=1,96$); erro amostral de 5%; taxa de não resposta de 10% foram incluídos escolares matriculados em escolas públicas da zona urbana nas idades índice de 12 e 15 anos. Os dados foram coletados por acadêmicos treinados, que usaram um *software* para esse fim. **Resultados:** A maioria dos adolescentes tem os pais (79,0%) e cirurgião-dentista (70,2%) como fontes de informação relacionadas à saúde bucal, principalmente por meio da internet (71,5 %) e vídeo educativo (62,0%); sobre escovação (94,6 %), uso de fio dental (90,4%) e alimentação (74,5%). A total compreensão (40,9%) e a avaliação (48,8%) das informações, bem como a aplicação sempre (27,4%) / frequentemente (23,6) foi registrada entre a maior parte dos adolescentes. **Conclusão:** A maioria dos participantes apresentou bons níveis de LSB, mas, necessitam melhorar a compreensão, a avaliação e a aplicação prática destas informações.

Palavras-chave: Letramento em saúde; Saúde bucal; Adolescente; Saúde escolar.

ABSTRACT

Objective: To carry out a descriptive analysis of the Oral Health Literacy (OHL) of adolescents from a city in the north of Minas Gerais, Brazil. **Methods:** This is an excerpt from the project “Epidemiological survey of oral health conditions and quality of dental care among schoolchildren in Montes Claros, Minas Gerais - Brazil 2018”, carried out in 2019/2020. Epidemiological, quantitative, cross-sectional, descriptive study with application of a questionnaire through interviews. Simple random probability sample, 95% confidence level ($Z=1.96$); sampling error of 5%; non-response rate of 10%, students enrolled in public schools in the urban area at the index ages of 12 and 15 years were included. Data were collected by trained academics, who used software for this purpose. **Results:** Most adolescents have their parents (79,0%) and dentists (70,2%) as sources of information related to oral health, mainly internet (71,5%) and educational video (62.0%); about brushing (94,6%), flossing (90,4%) and food (74,5%). Comprehension and evaluation of the information were mostly reported. The application always/often was registered among the smallest part. **Conclusion:** Most participants

presented good levels of LSB, but they need to improve the understanding, evaluation and practical application of this information.

Keywords: Health literacy; Oral health; Adolescent; School health.

INTRODUÇÃO

Em 1959, o americano James Dixon, comissário de saúde de um departamento de saúde pública, abordou questões referentes as responsabilidades das instituições públicas para a prestação de cuidados de saúde equitativos em todos os grupos populacionais. Nesta pesquisa, foram relatadas tendências que impactaram as discussões sobre o papel do órgão público para a saúde, indicando a conectividade da saúde pública e da educação, e enfatizando a importância do Letramento em Saúde (LS), termo em inglês “*health literacy*” utilizado pela primeira vez em 1959 na assistência à saúde. Este termo foi, posteriormente, traduzido para o português de Portugal como “literacia em saúde”, e para o português do Brasil como “alfabetização em saúde”, “letramento em saúde” e “literacia saúde”. Nesta publicação será considerado o termo “letramento em saúde”, pois esta é a atual tradução do termo “*health literacy*” nos descritores em ciências da saúde. Sabe-se ainda que os termos podem apresentar distintos significados, a depender do contexto nos qual estão inseridos¹. Alfabetização traduz o ato de ensinar e aprender. Já letramento, a capacidade de usar estas competências. Quanto à literacia é tradução do termo para o português de Portugal, e tem sido considerada por alguns autores brasileiros

Desde 1991, foram criados e aperfeiçoados instrumentos para avaliar o nível LS². Em 2008, a Organização Mundial de Saúde (OMS) descreveu o LS como um determinante intermediário da saúde, tendo sido considerado fundamental para o empoderamento e a equidade em saúde³. Em 2012, Sørensen *et al.*⁴ conduziu uma revisão sistemática da literatura considerando as definições do LS preexistentes, apresentou um modelo teórico e uma definição do LS consequentes da referida revisão. Esta definição e modelo teórico foram traduzidos para o português do Brasil em 2015, por Martins e colaboradores⁵. Para reduzir a complexidade dos sistemas de saúde, além de aprimorar o modo pelo qual são fornecidas informações e serviços por estes sistemas, foram criadas Organizações Letradas em Saúde (OLSs), que apoiam

pacientes com baixo letramento a navegar, entender e usar informações e serviços, para cuidar de sua saúde. As definições do LS incorporaram a importância das OLSs ².

Em 2022, Martins *et al.* ² identificaram o LS como um fenômeno heterogêneo, com diversas origens e em evolução. Seu destaque tem crescido devido à conscientização da sua importância, não apenas para a saúde individual e coletiva, mas também por sua importância na qualidade de vida das pessoas.

O LS pode ser compreendido como a capacidade do indivíduo de acessar, compreender, avaliar e colocar em prática informações básicas de saúde, e à organização dos serviços de saúde necessárias para tomar decisões de saúde apropriadas, sendo esses termos também associados à saúde bucal^{4,6,7}.

O Letramento em Saúde Bucal (LSB) é considerado um importante preditor para avaliação das condições e dos comportamentos em saúde bucal ^{8,9}, sendo este tema emergente na comunidade científica. Já foi constatada a associação do LSB com a autopercepção da saúde bucal, além disso, os autores destacaram crianças, adolescentes, idosos, minorias étnicas, pessoas com necessidades especiais e os desfavorecidos como grupos vulneráveis ao baixo LS ^{4,5}. Existem poucas evidências da efetividade de intervenções sobre os níveis de LSB e os desfechos em saúde bucal ¹⁰, e, os estudos sobre esta questão no público adolescente são escassos ¹¹.

A adolescência é analisada como um período importante que permite a sedimentação de conhecimentos relacionados à saúde bucal e que terão impacto na saúde geral do jovem. Adolescentes com 12 e 15 anos (idades índice preconizadas pela OMS para levantamentos epidemiológicos sobre condições de saúde bucal) estão, em sua maioria, inseridos no ambiente escolar, sendo a escola um ambiente educacional e social propício para que conhecimentos e mudanças de comportamento sejam trabalhados^{12,13}. Esta idade é favorável para conscientização sobre conceitos de promoção de saúde, repercutindo na vida do jovem quando adulto, tornando-o um multiplicador de informações e conhecimentos em sua família e comunidade local ¹³.

Os problemas de saúde bucal mais prevalentes em adolescentes são cárie dental, doença periodontal e oclusopatias. Os adolescentes com condições socioeconômicas desfavoráveis se tornam ainda mais vulneráveis se pertencerem a um núcleo familiar com baixo nível de escolaridade, e com acesso exclusivo aos serviços públicos de saúde. O uso e o convívio com

quem faz uso de drogas compromete a adesão do adolescente ao tratamento odontológico, e as questões hormonais podem colaborar para o aumento da prevalência de gengivite¹¹.

Um baixo nível de LSB é um dos preditores de lesões de cárie cavitadas na adolescência, associados a um baixo nível de coesão familiar e a fatores sociais e econômicos. Medidas direcionadas a melhorar o LSB podem contribuir para o estabelecimento de uma cultura de saúde e podem, também, estimular o empoderamento dos adolescentes para adotar o auto controle de sua saúde bucal¹⁴.

Em uma pesquisa sobre LSB, sua importância em idades jovens foi destacada, afirmando-se que muitas das doenças conhecidas hoje se iniciam pela boca, portanto, se os adolescentes cuidarem de forma adequada da sua saúde bucal na vida adulta poderão apresentar boas condições de saúde bucal, bem como diminuição de complicações de doenças já instaladas¹⁵.

O objetivo desta pesquisa foi realizar uma análise descritiva do LSB de adolescentes matriculados em escolas públicas da zona urbana de uma cidade do norte de Minas Gerais.

MÉTODO

Este estudo caracteriza-se por um recorte de um estudo epidemiológico, quantitativo, transversal, descritivo, conduzido entre escolares adolescentes de 12 e 15 anos. Foi realizado na cidade de Montes Claros, Minas Gerais, que de acordo com os dados do IBGE¹⁶ de 2022, apresentava uma população estimada de 417.478 habitantes. Montes Claros é uma cidade de médio porte localizada no Norte de Minas Gerais.

O projeto SBMoc (“Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal e qualidade da assistência odontológica entre escolares de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2018”), por questões logísticas, demora na finalização da outorga e Pandemia, teve seu planejamento amostral e cronograma refeitos. Ele foi realizado em 2019 e início de fevereiro de 2020¹⁷.

Inicialmente, a população que iria compor este estudo seria de adolescentes de 12 e 15 anos de idade, matriculados em escolas públicas e privadas deste município brasileiro. Das 240 escolas, que tinham alunos na faixa etária índice no ano de 2019, foram sorteadas 59 escolas, por meio de sorteio aleatório simples de conglomerados. A definição amostral baseou-se em

um universo de 5539 escolares de 12 anos e 5228 de 15 anos, uma prevalência de eventos ou estados relacionados à saúde de 50 %, um nível de confiança de 95% ($Z= 1,96$), um erro amostral de 5% e uma taxa de não resposta de 10%. Seria necessário avaliar respectivamente 360 e 358 escolares¹⁶. Neste recorte foram considerados somente os escolares que responderam as questões referentes ao LSB entre adolescentes.

As idades índice, 12 e 15 anos ¹⁸, para representar os adolescentes, idades entre 11 anos e 6 meses e 12 anos e 6 meses (idade índice de 12 anos), 14 anos e 6 meses e 15 anos e 6 meses (idade índice de 15 anos) foram baseadas nas orientações metodológicas da OMS em que se espelha a metodologia adotada no projeto SBMoc¹⁷.

A pandemia do Coronavírus (Covid-19) desencadeou políticas de isolamento que interromperam as coletas de dados nas escolas públicas e privadas da zona rural e das escolas particulares da zona urbana, havendo necessidade de reavaliar o cálculo amostral, considerando apenas as escolas públicas municipais e estaduais da zona urbana. O universo passou a ser 12 anos $N= 4036$ e 15 anos $N= 4118$ e amostra estimada caiu para $n = 351$ e 352 respectivamente. Todos os adolescentes com a idade índice foram convidados a participar. Déficit cognitivos que inviabilizassem as entrevistas foram consideradas critério de exclusão². Ressalta-se, portanto, que foram representados 72,86% dos adolescentes de 15 anos e 78,75% dos adolescentes de 12 anos.

Utilizou-se um *software* do Projeto SBMoc 2019/2020, Sistema de Gerenciamento de Pesquisas (SGP), desenvolvido por uma empresa especializada contratada para a coleta de dados. Os pesquisadores dessa investigação, no entanto, mantiveram uma interlocução com essa empresa visando à otimização do *software*. A pesquisa de campo foi realizada por meio de entrevistas, aplicando-se instrumentos que avaliaram questões: sócio econômico e demográfico e LSB.

Foi desenvolvido o instrumento intitulado “Letramento em Saúde Bucal entre Adolescentes” (LSBA). Avaliou-se acesso a informações sobre saúde bucal: quem a prestou, através de qual meio, quais os assuntos mais acessados e a última vez em que estes foram acessados. A compreensão considerou o entendimento em relação às informações acessadas. Quanto a avaliação a qualidade das informações recebidas foi questionada. A aplicação ponderou o comportamento quanto à prática dessas informações. As entrevistas foram conduzidas por acadêmicos dos cursos de Odontologia das instituições parceiras.

Foi realizada análise descritiva para estimar frequência, média e o Desvio Padrão (DP) das variáveis quantitativas e percentual das categóricas, por meio da 25ª versão do software SPSS®.

O presente estudo obedeceu às normas vigentes na Resolução 466/2012, a qual trata das diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos, e foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Unimontes e aprovado sob número de Parecer 2.483.638.

RESULTADOS

A amostra estimada era de 351 escolares de 12 anos e 352 de 15 anos. Todos os adolescentes convidados concordaram em participar do estudo, ou seja, a taxa de resposta foi de 100%. No entanto em função da pandemia do Covid-19, a amostra só foi alcançada entre os escolares de 15 anos, pois participaram 214 de 12 anos e 473 de 15 anos. A média da escolaridade dos pais era de 9,6 anos de estudos com DP=3,98. A média da escolaridade das pais era de 10,6 anos de estudos com DP=3,59. A média da renda percapita era de R\$ 517,84 (DP = 604,35). A maior parte era do sexo e gênero feminino. A maioria era heterossexual, parda, católica (Tabela1).

Tabela 1: Características socioeconômicas e demográficas dos adolescentes de 12 e 15 anos, de Montes Claros, MG, 2019/2020. 12 anos n=214 15 anos n=473 Todos = 687

Variáveis	12 anos		15 anos		Todos	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	106	49,5	209	44,2	315	45,9
Feminino	108	50,5	264	55,8	372	54,1
Gênero *						
Masculino	94	49,2	181	38,3	315	46,1
Feminino	97	50,8	224	47,4	372	53,9
Orientação sexual						
Heterossexual	190	99,0	403	85,2	593	97,5
Homossexual	1	,5	3	,6	4	0,7
Bissexual	1	,5	10	2,1	11	1,8
Etnia Cor da Pele Raça auto declarada*						
Branca	24	11,2	47	9,9	71	10,3
Amarela	00	00	00	00	00	00
Negra	27	12,6	71	15,0	98	14,3
Indígena	4	1,9	4	,8	8	1,2

Parda	152	71,0	340	71,9	492	71,6
Religião						
Adventista	0	0,0	4	,8	4	,6
Afro brasileira	1	,5	3	,6	4	,6
Batista	0	0,0	1	,2	1	,2
Católico(a)	91	47,4	243	51,4	334	52,8
Católico(a)s / Evangélico(a)s	14	7,3	26	5,5	40	6,3
Evangélico(a)	81	42,2	155	32,8	236	37,3
Espírita	1	,5	3	,6	4	,6
Protestante	3	1,6	6	1,3	9	1,4
Testemunha de Jeová	1	,5			1	,2

*Número de respondentes menor que o número de participantes

Na tabela 2 O acesso às informações entre os adolescentes entrevistados por meio de pessoas foi maior quando foram repassadas pelos pais (78,5% entre os de 12 anos e 79,3% entre os de 15 anos), seguida pelos cirurgiões-dentistas (67,3 entre os de 12 anos e 71,5% entre os de 15 anos), havendo outras pessoas ou profissionais que repassaram informações sobre saúde bucal. As informações em saúde bucal foram prestadas, principalmente, por meio da internet: celular/computador/redes sociais/facebook/instagram/twitter (66,8 entre os de 12 anos e 73,6% entre os de 15anos), tendo sido citados outros meios de informação. Os assuntos mais acessados pelos entrevistados foram sobre escovação (92,1 % entre os de 12 anos e 95,8% entre os de 15 anos), uso de fio dental (88,8 entre os de 12 anos a 91,1% entre os de 15 anos) e enxaguante bucal (73,8 entre os de 12 anos e 79,9% entre os de 15 anos), entre vários outros assuntos em saúde bucal citados (TABELA 2).

Tabela 2: Acesso à informação sobre saúde bucal repassadas por distintas pessoas, meios de comunicação sobre distintos assuntos entre adolescentes de 12 e 15 anos, de Montes Claros, MG, 2019/2020. (n=687)

Pessoas Fonte de Informação		12 anos		15 anos		Todos	
		n	%	n	%	n	%
1. Pais	Sim	168	78,5	375	79,3	543	79,0
	Não	46	21,5	98	20,7	144	21,0
2. Outros membros da família	Sim	129	60,3	309	65,3	438	63,8
	Não	85	39,7	164	34,7	249	36,2
3. Professor	Sim	63	29,4	109	23,0	172	25,0
	Não	151	70,6	364	77,0	515	75,0
4. Cirurgião-Dentista	Sim	144	67,3	338	71,5	482	70,2

	Não	70	32,7	135	28,5	205	29,8
5. Técnico de Saúde Bucal	Sim	79	36,9	164	34,7	243	35,4
	Não	135	63,1	309	65,3	444	64,6
6. Médico	Sim	44	20,6	74	15,6	118	17,2
	Não	170	79,4	399	84,4	569	82,8
7. Enfermeiro	Sim	16	7,5	32	6,8	48	7,0
	Não	198	92,5	441	93,2	639	93,0
8. Agente Comunitário de Saúde	Sim	52	24,3	103	21,8	155	22,6
	Não	162	75,7	370	78,2	532	77,4
9. Outros	Sim	6	2,8	12	2,5	18	2,6
	Não	208	97,2	461	97,5	669	97,4
Meios de Comunicação		n	%	n	%	n	%
1. Receitas prescrições odontológicas	Sim	70	32,7	139	29,4	209	30,4
	Não	144	67,3	334	70,6	478	69,6
2. Bulas /Rótulos	Sim	78	36,4	166	35,1	244	35,5
	Não	136	63,6	307	64,9	443	64,5
3. Orientações pré e/ou pós tratamento	Sim	110	51,4	279	59,0	389	56,6
	Não	104	48,6	194	41,0	298	43,4
4. Cartaz	Sim	104	48,6	216	45,7	320	46,5
	Não	110	51,4	257	54,3	367	53,4
5. Jornal	Sim	56	26,2	102	21,6	158	23,0
	Não	158	73,8	371	78,4	529	77,0
6. Revista	Sim	46	21,5	93	19,7	139	20,2
	Não	168	78,5	380	80,3	548	79,8
7. Panfleto/Folder/Cartilha	Sim	103	48,1	233	49,3	336	48,9
	Não	111	51,9	240	50,7	351	51,1
8. Material escolar (como livros)	Sim	125	58,4	291	61,5	416	60,55
	Não	89	41,6	182	38,5	271	39,45
9. Internet	Sim	143	66,8	348	73,6	491	71,5
	Não	71	33,2	125	26,4	196	28,5
10. Vídeo educativo	Sim	118	55,1	308	65,1	426	62,0
	Não	96	44,9	165	34,9	261	38,0
11. Rádio	Sim	21	9,8	41	8,7	62	9,0
	Não	193	90,2	432	91,3	625	91,0
12. Televisão	Sim	82	38,3	174	36,8	256	37,3
	Não	132	61,7	299	63,2	431	62,7
13. Palestra	Sim	104	48,6	234	49,5	338	49,2

	Não	110	51,4	239	50,5	349	50,8
14. Filme/cinema	Sim	30	14,0	48	10,1	78	11,4
	Não	184	86,0	425	89,9	609	88,6
15. Aula	Sim	123	57,5	306	64,7	429	62,4
	Não	91	42,5	167	35,3	258	37,6
16. Outros	Sim	2	,9	6	1,3	8	1,2
	Não	212	99,1	467	98,7	679	98,8
Assuntos		n	%	n	%	n	%
1. Escovação	Sim	197	92,1	453	95,8	650	94,6
	Não	17	7,9	20	4,2	37	5,4
2. Uso de fio dental	Sim	190	88,8	431	91,1	621	90,4
	Não	24	11,2	42	8,9	66	9,6
3. Uso de enxaguante bucal	Sim	158	73,8	378	79,9	536	78,0
	Não	56	26,2	95	20,1	151	22,0
4. Flúor	Sim	120	56,1	307	64,9	427	62,2
	Não	94	43,9	166	35,1	260	37,8
5. Mau hálito	Sim	124	57,9	263	55,6	387	56,3
	Não	90	42,1	210	44,4	300	43,7
6. Cárie	Sim	150	70,1	301	63,6	451	65,6
	Não	64	29,9	172	36,4	236	34,4
7. Alimentação	Sim	166	77,6	346	73,2	512	74,5
	Não	48	22,4	127	26,8	175	25,5
8. Malefícios de roer as unhas	Sim	94	43,9	181	38,3	275	40,0
	Não	120	56,1	292	61,7	412	60,0
9. Malefícios de respirar pela boca	Sim	73	34,1	162	34,2	235	34,2
	Não	141	65,9	311	65,8	452	65,8
10. Dor de dente	Sim	142	66,4	268	56,7	410	59,7
	Não	72	33,6	205	43,3	277	40,3
11. Afta ou ferida na boca	Sim	124	57,9	261	55,2	385	56,0
	Não	90	42,1	212	44,8	302	44,0
12. Problemas gengivais	Sim	91	42,5	158	33,4	249	36,2
	Não	123	57,5	315	66,6	438	63,8
13. Perda óssea em volta do dente	Sim	24	11,2	58	12,3	82	11,9
	Não	190	88,8	415	87,7	605	88,1
14. Lesões cervicais não cariosas	Sim	21	9,8	47	9,9	68	9,9
	Não	193	90,2	426	90,1	619	90,1
15. Trauma dentário	Sim	53	24,8	123	26,0	176	25,6

	Não	161	75,2	350	74,0	511	74,4
16. Bruxismo/apertamento	Sim	36	16,8	99	20,9	135	19,7
	Não	178	83,2	374	79,1	552	80,3
17. Tratamento de canal	Sim	70	32,7	170	35,9	240	34,9
	Não	144	67,3	303	64,1	447	65,1
18. Tratamento ortodôntico	Sim	117	54,7	264	55,8	381	55,5
	Não	97	45,3	209	44,2	306	44,5
19. Prótese dentária (dentadura, coroa)	Sim	64	29,9	135	28,5	199	29,0
	Não	150	70,1	338	71,5	488	71,0
20. Implante dentário	Sim	65	30,4	150	31,7	215	31,3
	Não	149	69,6	323	68,3	472	68,7
21. Clareamento dental	Sim	101	47,2	248	52,4	349	50,8
	Não	113	52,8	225	47,6	338	49,2
22. Lentes de contato /facetas dentárias	Sim	49	22,9	104	22,0	153	22,3
	Não	165	77,1	369	78,0	534	77,7
23. Câncer bucal	Sim	38	17,8	61	12,9	99	14,4
	Não	176	82,2	412	87,1	588	85,6
24. Outros	Sim	1	,5	1	,2	2	,3
	Não	213	99,5	472	99,8	685	99,7

Este acesso às informações em saúde bucal foi realizado pelos adolescentes escolares mensalmente por 40,2% (12 anos) e 44,2% (15 anos) dos entrevistados, e em outros períodos de tempo. Mas, houve uma menor porcentagem de entrevistados que relatou nunca ter tido acesso à tais informações (TABELA 3).

Tabela 3: Distribuição do tempo quando as informações sobre saúde bucal foram acessadas pela última vez pelos adolescentes de 12 e 15 anos, escolares de Montes Claros, MG, 2019/2020.

Tempo	12 anos		15 anos		Todos	
	n	%	n	%	n	%
No último mês	86	40,2	209	44,2	295	42,9
Nos últimos seis meses	66	30,8	140	29,6	206	30,0
No último ano	34	15,9	71	15,0	105	15,3
Nos últimos dois anos	16	7,5	44	9,3	60	8,7
Não teve acesso	12	5,6	9	1,9	21	3,1

Entre os entrevistados que acessaram as informações sobre saúde bucal, por volta de 69% nas duas idades afirmou entender tudo ou quase tudo o que foi acessado, havendo uma porcentagem considerável que só entendeu parcialmente ou muito pouco. Aproximadamente a metade (próximo a 49%) dos adolescentes escolares entrevistados conseguiu avaliar facilmente as informações sobre saúde bucal recebidas. Um terço dos entrevistados (em torno de 27%) está sempre colocando em prática as informações em saúde bucal recebidas (TABELA 4).

Tabela 4: Distribuição da compreensão sobre as informações sobre saúde bucal, da avaliação da qualidade e da prática destas informações, pelos adolescentes de 12 e 15 anos, escolares de Montes Claros, MG, 2019/2020.

	12 anos		15 anos		Todos	
	n	%	n	%	n	%
Compreensão das informações						
Entendeu tudo	88	41,1	193	40,8	281	40,9
Entendeu quase tudo	64	29,9	141	29,8	205	29,8
Entendeu parcialmente	49	22,9	99	20,9	148	21,5
Entendeu muito pouco	7	3,3	34	7,2	41	6,0
Não entendeu	6	2,8	6	1,3	12	1,7
Avaliação da qualidade das informações						
Conseguiu avaliar facilmente	106	49,5	229	48,4	335	48,8
Conseguiu avaliar com pouca dificuldade	58	27,1	163	34,5	221	32,2
Conseguiu avaliar com dificuldade	20	9,3	36	7,6	56	8,2
Conseguiu avaliar com muita dificuldade	10	4,7	20	4,2	30	4,4
Não conseguiu	20	9,3	25	5,3	45	6,6
Prática das informações sobre saúde bucal						
Sempre	67	31,3	121	25,6	188	27,4
Frequentemente	33	15,4	129	27,3	162	23,6
Às vezes	86	40,2	168	35,5	254	37,0
Raramente	21	9,8	42	8,9	63	9,2
Nunca	7	3,3	13	2,7	20	2,9

DISCUSSÃO

A maioria dos adolescentes entrevistados tem os pais e os cirurgiões-dentistas como principais fontes de informação em saúde bucal. Estudos sobre LSB^{19,15} encontraram resultados semelhantes, afirmando que os pais desempenham um papel importante na saúde bucal de seus filhos, e que há uma associação direta entre comportamento de higiene bucal dos pais com hábitos relacionados à saúde bucal de seus filhos. Também destacaram a acuidade dos

procedimentos de higiene bucal serem realizados diariamente, sendo de grande importância esse LSB em idades jovens, para que levem uma vida mais saudável e tranquila quando forem adultos. Outros autores^{20,21} também identificaram o cirurgião dentista como principal fonte de informação em saúde bucal para escolares adolescentes. No que tange aos docentes, observou-se que a maioria (acima de 70%) não relatou ter obtido acesso a informações sobre saúde bucal por meio dos seus professores. A falta de formação em relação ao assunto saúde bucal expõe a necessidade de que os professores, especialmente os da rede pública, sejam orientados quanto às práticas pedagógicas voltadas à prevenção e à promoção da saúde bucal²². Ainda destacando a importante participação dos professores no LSB dos escolares, profissionais capacitados com enfoques específicos para adolescentes foram relacionados às abordagens eficazes para o envolvimento da comunidade no LS²³. Em uma outra pesquisa com adolescentes, os que apresentaram melhor percepção do convívio social e inserção escolar tenderam a apresentar melhor LS²⁴.

A fontes de informação em saúde bucal mais citadas entre os adolescentes de Montes Claros foi a internet (acima de 66,8%), sendo que a internet também foi referida em outras pesquisas^{25,26}. Foi relatado, ainda, que pessoas mais jovens possuem maior facilidade para acessar as redes sociais, sendo o Facebook® e o Youtube® as redes mais acessadas, enquanto as pesquisas de temas sobre saúde bucal ocorreram com frequência entre 19 e 45%, respectivamente. Também foi identificada a necessidade de haver uma parceria entre a educação e a saúde, tanto na busca da formação dos profissionais de educação, quanto na preparação do material que é distribuído nas unidades de saúde²². Alguns pesquisadores afirmaram que a qualidade do material disponibilizado e sua abordagem de acordo com o contexto sociocultural e comportamental são mais importantes que o recurso pedagógico²⁷. Quando comparados a métodos isolados, a associação de métodos utilizados nas intervenções educativas apresenta melhores resultados²⁸. Pesquisadores apontam que, para que haja LS dos profissionais envolvidos e a aprendizagem contínua transforme a prática, as informações devem ser multimodais e envolver equipe multiprofissional; devem conter metodologias ativas, reuniões didáticas, discussões clínicas, simulação realística, material educativo em forma de cartazes, mídias, workshop e avaliações no início e final^{29,30}.

Os assuntos em saúde bucal mais acessados pelos escolares adolescentes de 12 e 15 anos entrevistados foram sobre escovação (acima de 92,1%), uso de fio dental (acima de 88,8%),

enxaguante bucal (acima de 73,8%) e alimentação saudável e não saudável (acima de 73,2%). Resultado semelhante ao encontrado no estudo sobre conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal de adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre, onde a escovação e o uso do fio dental também foram os assuntos mais citados como utilizados nos “cuidados dos dentes”, pelos escolares entrevistados, que queriam evitar o mau hálito e manter uma boa aparência para facilitar a sociabilização. Estes adolescentes também relataram que os assuntos sobre saúde bucal são reforçados nas visitas aos dentistas, e que estes profissionais foram a principal fonte destas informações nesta pesquisa³¹. Quanto ao uso de enxaguante bucal, seu uso foi relatado por um número menor de adolescentes escolares, como no estudo que avaliou percepções, conhecimentos e representações de saúde bucal em adolescentes de escolas públicas e privadas de um município paulista, encontrando somente 50% de referência ao produto³². Em uma outra investigação com adolescentes institucionalizados, observou-se a valorização dos temas uso de fio dental e enxaguante bucal³³. Em uma pesquisa com pacientes atendidos em uma clínica escola, foram encontrados relatos de que pessoas mais jovens, que possuem mais facilidade de acesso a redes sociais, buscam mais assuntos sobre método de higiene bucal (19%), cárie dental (19%) e tratamentos estéticos (17%)²⁶. Com relação à alimentação, uma revisão sistemática sobre letramento alimentar entre adolescentes destacou a falta de intervenções direcionadas aos hábitos alimentares neste grupo demográfico³⁴.

O acesso e a completa compreensão quanto aos assuntos sobre saúde bucal foram realizados mensalmente e referidos por aproximadamente 40% dos entrevistados. Outros autores²⁶ obtiveram melhor resultado, ao avaliarem a utilização das mídias sociais para a educação em saúde de pacientes atendidos em uma clínica escola, relatando que a frequência de busca de assuntos relacionados a saúde bucal foi de pelo ou menos uma vez no mês (47%) e até uma vez na semana (47,5 %), considerando as ferramentas digitais como um importante recurso nos processos de LS, principalmente na população mais jovem. A frequência de reforço é importante e deve ocorrer ao longo da vida, ato apontado em estudo³⁵ que observou que pessoas que raramente/nunca receberam informações sobre higiene bucal perderam maior número de dentes por cárie do que aqueles que sempre/frequentemente receberam tais informações. Há a necessidade de longitudinalidade no ensino de assuntos de higiene bucal³⁶, para manutenção da saúde bucal ao longo da vida.

Menos da metade dos adolescentes escolares entrevistados em Montes Claros, que avaliou os assuntos em saúde bucal, considerou seu conteúdo com alguma facilidade. Quando foram avaliados o conhecimento de escolares sobre saúde bucal, dieta e higiene³⁷, um participante desse estudo respondeu não conhecer a associação entre saúde bucal e uso de escova e fio dental e, aproximadamente 13% dos entrevistados relataram não entender a relação de seu uso com a preservação da saúde. Na literatura avaliada³⁸, foi ressaltado que a informação, embora disponível nas grandes mídias, dificilmente é abrangida de modo a produzir conhecimento e autonomia em relação aos cuidados com a saúde bucal. Outros pesquisadores^{26,39} alegaram que a finalidade do LS digital é oferecer a informação para o usuário da ferramenta digital de forma descomplicada e acessível, e com amplo alcance dessas divulgações. Entretanto, esse meio pode favorecer a disseminação de dados inverídicos, sendo importante avaliar a confiabilidade e linguagem dessas informações. Estes autores consideram, também, a necessidade de mais estudos sobre o LS digital, principalmente para a rede pública de saúde, para que seja possível avaliar e inferir o impacto dos fatores socioeconômicos na democratização das mídias sociais, tornando-as aliadas permanentes em ações de promoção à saúde e prevenção de agravos. Em um estudo realizado no Uzbequistão³⁶, foi evidenciado que o ensino individualizado sobre saúde bucal, dentro de um programa de educação em saúde bucal com base no uso da tecnologia, pode ser útil para melhorar o LSB de adolescentes. Em outra pesquisa, observou-se que as pessoas recebem orientações de como se cuidar, mas, às vezes, pode ocorrer o erro na interpretação das instruções, isso se dá pelo uso de uma linguagem de palavras muitas técnicas utilizadas entre profissionais. Segundo os autores, este problema pode ser resolvido com o uso de palavras e expressões claras e simples para que todos entendam e absorvam as orientações¹⁵.

Uma parte reduzida dos entrevistados afirmou que sempre colocava em prática (31,3 e 25,6%) as orientações repassadas ao considerar os distintos assuntos sobre saúde bucal avaliados, lembrando que no processo de “alfabetização em saúde”, o respeito às características individuais dos escolares⁴⁰, além de outros fatores⁴¹, poderiam impactar não somente no acesso, mas também no estado de saúde dos indivíduos e em mudanças de comportamentos. Ao tentar identificar justificativas para a não adesão a comportamentos saudáveis relacionados à saúde bucal associadas ao LS em uma população de adolescentes, alguns pesquisadores⁴² revelaram que o motivo está relacionado a questões pessoais (falta de interesse, esquecimento, medo, falta

de acompanhamento dos pais), sendo influenciado também pelo nível de “escolaridade da mãe”. Pesquisadores⁴³ que avaliaram fatores psicossociais e a saúde bucal, identificaram que escolares adolescentes com autoestima mais baixa tem hábitos saudáveis relacionados à saúde bucal menos regulares do que os semelhantes com autoestima alta, pela preocupação com a aparência pessoal. Estes pesquisadores observaram que, entre os que estavam com a saúde bucal afetada, muitos estavam com autoestima comprometida. Para o engajamento dos adolescentes às práticas saudáveis relacionadas à saúde bucal, mais estudos são necessários no campo da adolescência, posto que esta fase de muitas transformações requer estudo e atualização constantes dos profissionais de saúde, que devem ter suas práticas baseadas em evidências científicas¹¹.

Este estudo agrega conhecimento para a área da odontologia e saúde, pois apresenta dados de uma região importante do Brasil que merece atenção por parte dos gestores públicos no intuito de valorizar as tendências individuais relacionadas ao LS, o que pode contribuir para a saúde, qualidade de vida e bem estar não somente dos adolescentes bem como em sua família e comunidade local. Pois uma pessoa com alto nível de LS tende a ser um multiplicador de informações e conhecimentos, e um apoiador de práticas saudáveis.

Os limites deste estudo estão relacionados ao delineamento transversal, pois no mesmo a causalidade reversa não pode ser descartada, não sendo possível estabelecer relações de causa e efeito entre o LSBA e seus fatores de risco ou causas. Outra limitação foi a pandemia, que impediu o acesso aos escolares faltantes, durante o processo de coleta de dados. Além disso, a confiança nos dados autorrelatados pode gerar dados imprecisos devido aos efeitos da deterioração da memória. Entretanto, ressalta-se o fato de este trabalho ter sido conduzido em uma amostra representativa de escolares da rede pública da zona urbana, além de ter seguido etapas relevantes exigidas em uma pesquisa transversal, como calibração dos examinadores/ anotadores e análises estatísticas múltiplas.

CONCLUSÃO

A maioria dos adolescentes escolares entrevistados apresentou bons níveis de LSB, pois relatou acesso às informações sobre saúde bucal em período igual ou inferior ao último ano. A compreensão e a avaliação das informações relacionadas à saúde bucal foram relatadas pela

maior parte dos participantes. Já a aplicação sempre ou frequentemente destas informações na prática foi registrada entre a menor parte. Faz-se necessário favorecer a compreensão, a avaliação e, conseqüentemente, as práticas que melhorem a saúde bucal e qualidade de vida dos adolescentes. Os gestores de saúde pública, ao considerarem os níveis de LSB registrados entre os adolescentes escolares, podem desenvolver estratégias que tenham como propósito uma assistência à saúde bucal humanizada, que considerem a necessidade de incrementar tais níveis na comunidade escolar (docente e discente) e familiar desses adolescentes.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos o apoio logístico da Universidade Estadual de Montes Claros, das Faculdades Unidas do Norte de Minas e da Prefeitura Municipal de Montes Claros, o fomento da Fundação de Amparo à Pesquisa Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e do Programa de Pesquisa Para o SUS (PPSUS) sob processo N° CDS-APQ-03861-17

REFERÊNCIAS

1. PINHEIRO, Paulo. Conceptualizations of Health Literacy: Past Developments, Current Trends, and Possible Ways Forward Toward Social Practice. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*. ; v.5, n.2, 2021. <http://doi:10.3928/24748307-20210316-01>
2. MARTINS, Andréa M.E.B.L. et al. História do letramento em saúde: uma revisão narrativa. *Unimontes Científica*, Montes Claros (MG), Brasil, v. 24, n. 2, p. 1-23, jul/dez. 2022. <https://doi.org/10.46551/ruc.v24n2a1>
3. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). World Health Organization (WHO). Closing the gap in a generation. Commission on Social Determinants of Health Final Report, 2008. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf
4. SØRENSEN, Ketrine. et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. v.12, n.80, 2012. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>
5. MARTINS, Andréa M.E.B.L. et al. Alfabetização em saúde bucal: uma revisão da literatura. *REV ASSOC PAUL CIR DENT* ; v.69, n.4, p.328-34. 2015. MARTINS et al 2015.pdf
6. KWAN, Brenda et al. The development and validation of measures of “health literacy” in different populations. UBC Institute of Health Promotion Research and University of Victoria Community Health Promotion Research, 2006. <https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt->

- BR&as_sdt=0%2C5&q=The+development+and+validation+of+measures+of+%E2%80%9Chealth+literacy%E2%80%9D+in+different+populations&btnG=
7. HOROWITZ, Alice M.; KLEINMAN, Dushanka V. Oral health literacy: a pathway to reducing oral health disparities in Maryland. *Journal of public health dentistry*, v. 72, p. S26-S30, 2012.
 8. KAY, EJ; LOCKER, D. A educação em saúde bucal é eficaz? Uma revisão sistemática das evidências atuais. *Odontologia comunitária e epidemiologia bucal*, v. 24, n. 4, pág. 231-235, 1996.
 9. OLIVEIRA, Rodrigo C.N. et al. Acesso a orientações de higiene bucal entre escolares da rede pública de ensino. *Rev Odontol UNESP*. v.43, n.6, p. 414-420, nov/dec 2014. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-2577.1042>
 10. BADO, Fernanda M.R., MIALHE, Fábio L. Letramento em saúde bucal: um campo emergente para a promoção da saúde bucal. *FOL Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep* v.29, n.2, p.45-52, jul./dez. 2019. <https://doi.org/10.15600/2238-1236/fo.v29n2p45-52>
 11. SILVA, João Victor V.; MACHADO, Fabrício C. Saúde bucal na adolescência: importância e fatores modificadores – uma revisão narrativa da literatura. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 13, p.1-8, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i13.35688>
 12. HEDMAN, Eva et al. Adolescents' experiences of a two-year oral health intervention programme in two Swedish secondary schools. *Int J Dent Hyg, Oxford*, v. 11, n. 4, p. 244-252, nov. 2013. <http://DOI:10.1111/idh.12035>
 13. SANTOS, Jéssica CB dos et al. O impacto positivo na promoção de saúde bucal em jovens adolescentes. *SALUSVITA, Bauru*, v. 38, n. 4, p. 1001-1017, 2019. SANTOS et al 2019.pdf
 14. NEVES, Érick Tássio Barbosa et al. Determinantes individuais e do contexto escolar associados à cárie dentária e ao alfabetismo funcional em saúde bucal em adolescentes de 12 anos. 2020. <https://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/tede/4038/2/PDF%20-%20C3%89rick%20T%C3%A1ssio%20Barbosa%20Neves.pdf>
 15. DALAZEN, Daiane et al. A contribuição da alfabetização em saúde bucal associada à qualidade de vida das crianças nas famílias. *ANAIS de Odontologia* ISSN – 2526-9437; v.4, n.1, 2021/2. <https://uceff.edu.br/anais/index.php/odonto/article/view/359>
 16. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Densidade demográfica de Montes Claros em 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/montes-claros.html> Acesso realizado em 2023.
 17. MARTINS, Andréa M.E.B.L et al. Aspectos metodológicos do levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal e qualidade da assistência odontológica entre escolares. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 13, n. 2, p. e6023-e6023, 2021. [file:///D:/user/Downloads/6023-Artigo-62566-3-10-20210208%20\(8\).pdf](file:///D:/user/Downloads/6023-Artigo-62566-3-10-20210208%20(8).pdf)
 18. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Inquéritos de saúde oral: métodos básicos. Organização Mundial da Saúde, 2013.
 19. ADIL, Abdul H. et al. Assessment of Parents' Oral Health Literacy and Its Association with Caries Experience of Their Preschool Children. *Children*, v.7, n.101; 2020. doi:10.3390/children7080101 www.mdpi.com/journal/children

20. MARÍN, Constanza et al. Percepção e informação sobre saúde bucal: Estudo com adolescentes de uma escola pública. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 9, n. 3, p. 499-506, set./dez. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2016v9n3p499-506>
21. MAESTRI, Bárbara H; MARÍN, Constanza; BOLTTAN, Elisabeth R. Estudo com adolescentes sobre percepção e conhecimento em saúde bucal. *International Journal of Science Dentistry*. 1. 10.22409/ijosd.v1i47.352. 2017. MAESTRI, MARÍN e BOLTTAN 2017.pdf
22. FARIA, Lilian C.; SILVEIRA, Víctor I. Letramento funcional em saúde: análise de material educativo em saúde bucal. e-escrita *Revista do Curso de Letras da UNIABEU Nilópolis*, v.6, n.1, jan./abr., 2015. <https://core.ac.uk/reader/268395130>
23. PATTON, George C. et al. Our Future: A Lancet Commission on Adolescent Health and Wellbeing. *The Lancet*, 387, 2423-2478. 2016. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1)
24. ROCHA, Poliana C.; ROCHA, Dálian C.; LEMOS, Stela M.A. Letramento funcional em saúde na adolescência: associação com determinantes sociais e percepção de contextos de violência CoDAS; v.29, n.4. 2017. <http://DOI:10.1590/2317-1782/20172016208>
25. PEREIRA, P.L.; MENDES, Karine L.C.; MIALHE, FÁBIO L. Avaliação do nível de Letramento em Saúde Bucal dos usuários das clínicas da Faculdade de Odontologia de Piracicaba. *Rev. trab. Iniciaç. Cient. UNICAMP*, Campinas, SP, n.26, out. 2018. <http://doi:10.20396/revpibic2620181107>
26. PEREIRA, Carolina S.; MACHADO, Fabrício C.; CARVALHO, Thiago A. Uso das mídias sociais para a educação em saúde bucal de pacientes atendidos em uma clínica escola: estudo transversal. *RECIMA21 -Revista Científica Multidisciplinar*, v.3, n.3, 2022. <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i3.1244>
27. MENEGAZ, Aryane M., SILVA, Alexandre E. R., CASCAES, Andreia M., Intervenções educativas em serviços de saúde e saúde bucal: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, p.52:52. 2018. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000109>
28. GOMES, Suely C.N.; CARVAHO, Fernando L.Q. A importância de ações educativas e do uso das tecnologias na sala de espera para a promoção da saúde bucal de adultos. *Seminário de tecnologias aplicadas em educação e saúde. STAES 2019*. <https://www.revistas.uneb.br/index.php/staes/article/view/8206>
29. COLARES, Karla T.P.; OLIVEIRA, Welington. Metodologias Ativas na formação profissional em saúde: uma revisão. *Revista SUSTINERE*, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.300-320, jul./dez., 2018. <https://doi.org/10.12957/sustinere.2018.36910>
30. ROCHA, Vilma I.P.; SILVA, Antônio M.T.C. ALMEIDA, Rogério J. Avaliação dos níveis de letramento em saúde bucal de uma equipe multiprofissional hospitalar. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 8, e0611830485, 2022. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i8.30485>
31. FLORES, Eliane M.T.L.; DREHMER, Tania M. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.8, n.3, p.743-752, 2003. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000300008>

32. ZAMBONI, Giovana L.P.; et al. Percepções, conhecimentos e representações de saúde bucal em adolescentes de escolas públicas e privadas do município de Atibaia, SP. RFO, Passo Fundo, v. 20, n. 2, p. 179-186, maio/ago. 2015. <http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v20i2.4693>
33. MELO, Marcos D.B. et al. Educação em saúde para promoção do autocuidado para adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. Research, Society and Development, v. 11, n. 14, e561111436682, 2022 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i14.36682>
34. FARIAS, Paula Karoline Soares et al. Letramento alimentar entre adolescentes: revisão sistemática. CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES, v. 16, n. 6, p. 3094-3115, 2023. https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=+Letramento+alimentar+entre+adolescentes%3A+revis%C3%A3o+sistem%C3%A1tica&btnG=
35. HAIKAL, Desirée S. et al. O acesso à informação sobre higiene bucal e as perdas dentárias por cárie entre adultos. Ciência & Saúde Coletiva, v.19, n.1, p.287-300, 2014. HAIKAL et al 2014.pdf
36. KHUDANOV, Bakhtinur et al. Efeito de de um programa de educação em saúde bucal com base no uso de quantitativos induzidos por luz tecnologia de fluorescência em adolescentes do Uzbequistão. Elsevier. n.21, p.379-384. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.pdpdt.2018.01.012>
37. TOKAIRIN, Aldenise S.C.P. et al. Avaliação do conhecimento de escolares sobre saúde bucal, dieta e higiene: ferramenta diagnóstica para direcionamento de atividade educativa. Rev. Ens. Educ. Cienc. Human., v. 21, n. 3, p. 365-369, 2020. DOI: <https://doi.org/10.17921/2447-8733.2020v21n3p365-369>
38. PAULETO, Adriana r.c.; PEREIRA, Maria L.T.; CIRINO, Eliana G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. Ciência & Saúde Coletiva, v.9, n.1, p.121-130, 2004. PAULETO PEREIRA CIRINO 2004.pdf
39. FRANÇA, T.; RABELLO, E. T.; MAGNAGO, C. As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 43, n.Especial 1, p. 106-115, ago. 2019. <http://DOI:10.1590/0103-11042019S109>
40. OLIVEIRA, Rodrigo C.N. et al. Acesso a informações sobre como evitar problemas bucais entre escolares da Rede Pública de Ensino. Ciência & Saúde Coletiva, v.20, n.1, p.85-94, 2015. <http://doi:10.1590/1413-81232014201.00032014>
41. SØRENSEN, Kristine. et al. Building health literacy system capacity: a framework for health literate systems. Health Promot Int. v.13, n.36 (Supplement 1):i13-i23, dec.2021. <http://doi:10.1093/heapro/daab153>
42. SILVA, Breno F. et al. Justificativas da não adesão a saúde bucal associadas ao letramento em saúde em uma população de adolescentes. Rev trab. Iniciaç. Cient. UNICAMP, Campinas, SP, n.26, out. 2018. <http://doi:10.20396/revpibic262018216>
43. PAZOS, Carolina T. C., AUSTREGÉSILO, Sílvia C., GOES, Paulo S. A. d. Autoestima e comportamentos de saúde bucal em adolescentes. Ciência & Saúde Coletiva, v.24, n.11, p.4083–4092. 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.02492018>