

CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS SOBRE SAÚDE ORAL ENTRE ESTUDANTES DO ENSINO TÉCNICO-PROFISSIONAL DA CIDADE DE NAMPULA

Alarquia Aly Saíde¹
Marneva Aiamo Fahamo²
Inocência Silvetre João³
Argentina Barbosa Muanancotexha Nhachengo⁴
Juma Idrisse⁵
Laila Abdul Razak⁶
Syeeda Madiha Abdul Razak⁷
Lurdes Ramos Monteiro Bonifácio Saíde⁸

RESUMO: A saúde oral constitui um pilar essencial da saúde geral e do bem-estar humano, refletindo condições socioeconômicas, educacionais e culturais de uma população. Este estudo analisou o nível de conhecimento, atitudes e práticas (KAP) sobre saúde oral entre estudantes de instituições do ensino técnico-profissional da cidade de Nampula, incluindo escolas de ciências da saúde e de formação de professores. Foi conduzido um estudo transversal, descritivo e analítico, com aplicação de questionário estruturado a 325 estudantes. Os resultados revelaram conhecimento e atitudes globalmente positivos, mas práticas inconsistentes, particularmente no uso de fio dentário e nas visitas regulares ao dentista. Diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) foram observadas entre instituições na frequência de escovagem, uso de fio dentário e comportamento perante dor de dente. Conclui-se que há necessidade de reforço curricular e intervenções de promoção da saúde oral no contexto educativo.

Palavras-chave: Saúde oral. Conhecimento. Atitudes. Práticas. Ensino técnico-profissional. Nampula.

¹Doutor em Ciências Odontológicas Aplicadas pela Faculdade de Odontologia de Bauru da USP. Professor e pesquisador da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Lúrio e do Centro Médico ProDente, Nampula, Moçambique.

²Graduanda em Medicina Dentária pela Universidade Lúrio, Moçambique.

³Graduanda em Medicina Dentária pela Universidade Lúrio, Moçambique.

⁴Graduanda em Medicina Dentária pela Universidade Lúrio, Moçambique.

⁵Graduanda em Medicina Dentária pela Universidade Lúrio, Moçambique.

⁶Graduanda em Medicina Dentária pela Universidade Lúrio, Moçambique.

⁷Graduanda em Medicina Dentária pela Universidade Lúrio, Moçambique.

⁸Doutoranda em Ciências Odontológicas Aplicadas: Periodontia, pela Universidade de São Paulo, Mestre em Medicina Tropical e Saúde Internacional pela Universidade Lúrio, Licenciada em Medicina Dentária pela Universidade Lúrio.

I. INTRODUÇÃO

A saúde oral é um componente indissociável da saúde geral, influenciando o bem-estar físico, emocional e social do indivíduo. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022) reconhece que as doenças orais, como a cárie dentária e a doença periodontal, figuram entre as mais prevalentes globalmente, afetando cerca de 3,5 bilhões de pessoas. A Federação Dentária Internacional (FDI, 2023) destaca a necessidade de integrar estratégias educativas nos sistemas de ensino para promover comportamentos preventivos desde a juventude.

Em Moçambique, os desafios em saúde oral são marcados por desigualdades socioeconómicas, acesso limitado a serviços odontológicos e fraca percepção da importância da prevenção (Ministério da Saúde, 2020). A população jovem, especialmente estudantes do ensino técnico-profissional, representa um grupo estratégico para a implementação de programas educativos sustentáveis.

Assim, este estudo teve como objetivo avaliar o nível de conhecimento, atitudes e práticas (KAP) sobre saúde oral entre estudantes do ensino técnico-profissional da cidade de Nampula, identificando diferenças entre instituições e áreas de formação, com vista a subsidiar políticas educativas e de promoção da saúde.

2. Fundamentação Teórica

A promoção da saúde oral exige a compreensão articulada de factores biológicos, comportamentais e socioculturais, que interagem na formação de hábitos e atitudes preventivas. Conforme Petersen e Ogawa (2021), a educação em saúde constitui um determinante essencial para o desenvolvimento de atitudes positivas e práticas sustentáveis, sendo mais eficaz quando baseada em abordagens participativas e contextualmente relevantes.

Neste estudo, adota-se o modelo CAP (Conhecimento-Atitude-Prática) como estrutura central de análise, segundo o qual o conhecimento adquirido influencia a formação de atitudes, que por sua vez orientam a adoção de comportamentos preventivos (Launiala, 2009). No entanto, a evidência empírica demonstra que essa relação nem sempre é linear: em muitos contextos africanos, níveis adequados de conhecimento não se traduzem em práticas efectivas, devido a factores institucionais, culturais e motivacionais (Dlamini & Petersen, 2020; Nascimento et al., 2023).

Para robustecer o enquadramento teórico, este estudo integra dois modelos clássicos de mudança comportamental: o Modelo de Crenças em Saúde (Health Belief Model – HBM) e a

Teoria do Comportamento Planeado (Theory of Planned Behavior – TPB). Segundo o HBM (Rosenstock, 1974; Champion & Skinner, 2008), a adoção de práticas preventivas depende da percepção individual da susceptibilidade, gravidade e benefício das ações de saúde, bem como da redução de barreiras percebidas. Já a TPB (Ajzen, 1991) enfatiza que o comportamento é determinado pela intenção, influenciada por atitudes pessoais, normas sociais e controlo percebido. Ambas as teorias permitem compreender por que estudantes com bom conhecimento teórico podem manter práticas inconsistentes, especialmente em contextos onde factores institucionais e culturais moldam as percepções e oportunidades de acção.

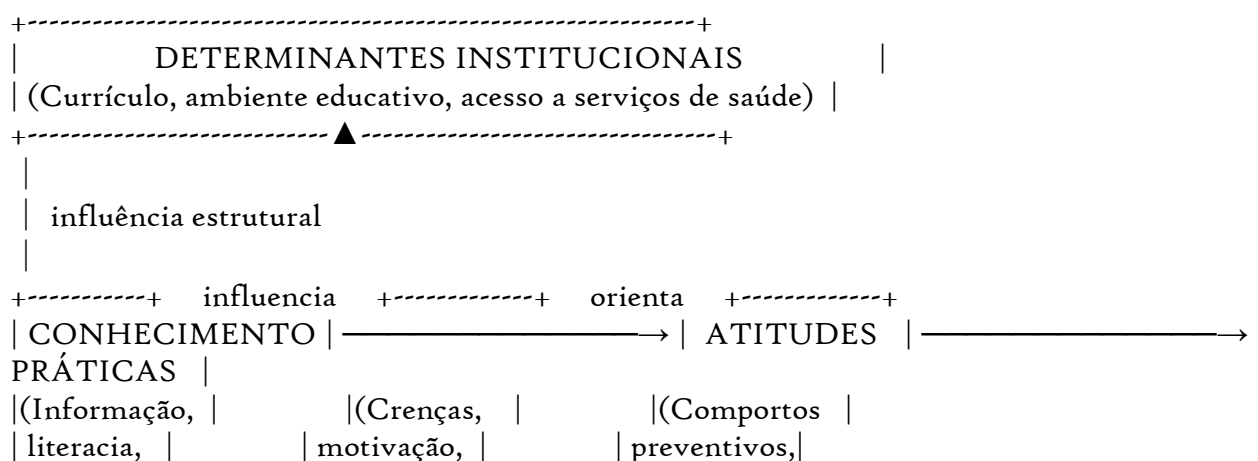
Deste modo, propõe-se um modelo conceptual integrado (Figura 1) que articula os três eixos teóricos:

1. O conhecimento em saúde oral, reforçado por componentes curriculares e acesso à informação, actua como base cognitiva;
2. As atitudes reflectem percepções individuais mediadas por crenças, normas sociais e experiências de aprendizagem;
3. As práticas resultam da intenção e da possibilidade real de acção, condicionadas por determinantes institucionais (estrutura curricular, ambiente educativo e acesso a serviços).

Hipóteses do Estudo

- H1: Maiores níveis de conhecimento sobre saúde oral estão associados a atitudes mais favoráveis à prevenção.
- H2: Atitudes positivas estão associadas a práticas de higiene oral mais consistentes.
- H3: As diferenças interinstitucionais em práticas preventivas são parcialmente explicadas por variáveis institucionais (exposição curricular e ambiente educativo).

Figura 1. Modelo Conceptual Integrado da Relação entre Conhecimento, Atitudes e Práticas em Saúde Oral



ensino)	percepção)	autocuidado)
+-----+	+-----+	+-----+

	feedback (aprendizagem e reforço)	



MUDANÇA COMPORTAMENTAL
(Prevenção sustentada e educação em saúde)

3. Metodologia

3.1. Desenho do Estudo

O presente estudo adotou um delineamento quantitativo, transversal e descritivo-analítico, adequado para avaliar diferenças interinstitucionais nos níveis de conhecimento, atitudes e práticas (CAP) sobre saúde oral. Este tipo de delineamento permite descrever padrões comportamentais e explorar associações entre variáveis sociodemográficas e institucionais, constituindo uma abordagem amplamente utilizada em estudos de saúde pública e educação em saúde (Petersen & Ogawa, 2022; Mlenga et al., 2021).

3.2. População e Amostragem

A população-alvo incluiu todos os estudantes matriculados em quatro instituições do ensino técnico-profissional da cidade de Nampula:

Instituto Politécnico Tenha Esperança (IPTE),
Instituto de Gestão e Ciências de Saúde (IGCS),
Instituto Polivalente de Marrere (IPM), e
Instituto de Formação de Professores de Marrere (IFPM).

A amostragem seguiu um método estratificado por instituição e curso, com seleção aleatória simples dentro de cada estrato, garantindo representatividade proporcional ao tamanho populacional das turmas. Foram incluídos estudantes regularmente matriculados nos anos lectivos de 2024-2025 e presentes no momento da colecta de dados, totalizando 325 participantes (IPTE = 90; IGCS = 75; IPM = 60; IFPM = 100).

Foram excluídos estudantes ausentes no dia da aplicação, menores de 15 anos ou que não consentiram participar.

O tamanho mínimo da amostra foi calculado com base na fórmula para populações finitas, considerando um nível de confiança de 95%, erro máximo de 5% e proporção esperada

de 0,5 ($p=0,5$), resultando em $n \geq 300$, o que assegura poder estatístico adequado ($\beta \geq 0,80$) para as comparações interinstitucionais.

3.3. Instrumento de Coleta de Dados

Foi utilizado um questionário estruturado do tipo CAP (Conhecimento–Atitude–Prática), elaborado com base em instrumentos validados em estudos prévios de saúde oral conduzidos em Moçambique e na África Austral (Mlenga et al., 2021; Mepatia et al., 2024).

O instrumento abrangeu quatro secções principais:

1. Dados sociodemográficos: idade, sexo, residência, instituição e curso;
2. Conhecimento: etiologia da cárie, frequência ideal de escovagem, importância do fio dentário e papel preventivo das consultas;
3. Atitudes: percepção sobre escovagem pós-refeição e conduta perante dor dentária;
4. Práticas: frequência de escovagem, uso de fio, visitas odontológicas, substituição da escova e orientação profissional recebida.

3.4. Validação e Confiabilidade do Instrumento

O questionário foi submetido a validação de conteúdo e aparente por um painel de três especialistas (três docentes de Medicina Dentária, Doutorados em Ciências Odontológicas Aplicadas).

Os especialistas avaliaram a clareza, relevância e coerência semântica dos itens utilizando uma escala de Likert de 4 pontos. O Índice de Validade de Conteúdo (IVC) global foi de 0,91, indicando excelente adequação.

Para verificar a confiabilidade interna, foi conduzido um pré-teste com 30 estudantes de características semelhantes, não incluídos na amostra final. O alfa de Cronbach obtido foi de 0,84 para o bloco de atitudes e 0,87 para o bloco de práticas, valores considerados satisfatórios (Nunnally, 1978).

A confiabilidade temporal (teste–reteste) foi avaliada após duas semanas, apresentando coeficiente de correlação intraclasse (ICC) de 0,89.

3.5. Procedimentos de Colecta de Dados

A colecta de dados decorreu na primeira quinzena de Outubro de 2025, em salas de aula previamente autorizadas pelas direcções das instituições.

Os questionários foram aplicados presencialmente por estudantes de Medicina Dentária previamente treinados, sob supervisão dos investigadores principais, assegurando anonimato, confidencialidade e consentimento informado.

Cada participante recebeu instruções padronizadas e o preenchimento teve duração média de 15 minutos.

3.6. Análise Estatística

Os dados foram processados e analisados utilizando o software **SPSS Statistics versão 26.0** (IBM Corp., Armonk, NY, EUA).

Foram aplicadas:

Estatísticas descritivas: frequências absolutas, percentuais, médias e desvios-padrão;

Testes inferenciais bivariados: *qui-quadrado de Pearson* (χ^2) para associações entre variáveis categóricas e instituições;

Medidas de efeito: *V de Cramér* para quantificação da magnitude das associações (pequeno $\geq 0,10$; médio $\geq 0,30$; grande $\geq 0,50$);

Análise multivariada: *regressão logística binária* para identificar preditores independentes das práticas preventivas (uso regular de fio dentário, visitas periódicas ao dentista), controlando para idade, sexo, área de residência e instituição de ensino.

O nível de significância adotado foi $\alpha = 0,05$ e todos os testes foram bicaudais.

3.7. Considerações Éticas

O estudo foi aprovado pela Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade Lúrio, que credenciou formalmente os inquiridores para a realização da pesquisa. Posteriormente, as instituições receptoras e os participantes, ou seus encarregados de educação, quando aplicável, concederam autorização mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todo o processo observou rigorosamente os princípios éticos estabelecidos na *Declaração de Helsínquia* (OMS, 2013) e as normas nacionais de investigação em saúde. Todos os participantes assinaram o TCLE, garantindo que os dados recolhidos fossem utilizados exclusivamente para fins académicos e científicos.

4. Resultados

4.1. Caracterização dos participantes do estudo

A amostra do estudo foi composta por 325 estudantes provenientes de quatro instituições do ensino técnico-profissional da cidade de Nampula. A distribuição revela diversidade etária e de género, com predomínio do sexo feminino (média de 66%) e faixa etária entre 15 e 25 anos. Observa-se ainda maior concentração de estudantes em áreas periurbanas, reflectindo o perfil socioeducativo local.

Tabela 1: característica amostral

Instituição	N	Feminino (%)	Urbana (%)	15-25 anos (%)
Instituto Politécnico Tenha Esperança	90	80.0	12.2	77.8
Instituto de Gestão e Ciências de Saúde	75	68.0	42.7	46.7
Instituto Polivalente de Marrere	60	20.0	15.0	91.7
Instituto de Formação de Professores de Marrere	100	67.0	77.0	65.0

A composição da amostra demonstra maior presença feminina nos cursos de saúde (IPTE e IGCS) e significativa participação de jovens do sexo masculino em cursos técnicos e de formação docente. O grupo etário predominante (15-25 anos) reflete o ingresso recente no ensino profissional, etapa fundamental para consolidar comportamentos de promoção da

7

4.2 Indicadores-chave por instituição

Os resultados evidenciam elevada frequência de escovagem (≥ 2 vezes/dia) entre as quatro instituições, especialmente no IPTE (96,7%) e IPM (93,3%), com

afirmando comportamentos básicos de higiene oral adequados. No entanto, o uso regular de fio dentário é notoriamente baixo em quase todas as instituições, com destaque para o IPM (45%) e IFPM (16%), contrastando com níveis quase residuais no IPTE e IGCS. Esse padrão coincide com achados de Alzahrani et al. (2022), que atribuem o baixo uso à falta de hábito e percepção de inutilidade.

A primeira atitude perante dor de dente varia significativamente: 37,8% dos estudantes do IPTE procurariam o dentista, face a 100% no IGCS e 87% no IFPM. A diferença ($p < 0,001$) demonstra maior consciência em instituições com formação em saúde. As visitas regulares ao

dentista (≤ 12 meses) são maioritariamente reportadas no IFPM (98%) e no IPM (25%), refletindo possível influência de campanhas educativas locais.

Tabela 2: Indicadores-chave por instituição

Instituição	N	Escovagem $\geq 2x/dia$ (%)	Uso regular de fio dentário (%)	Primeira atitude: procurar dentista (%)	Visita ao dentista ≤ 12 meses (%)
IPTE	90	96.7	1.1	37.8	
IGCS	75	77.3	4.0	100.0	9.3
IPM	60	93.3	45.0	60.0	25.0
IFPM	100	83.0	16.0	87.0	98.0

4.2.1 Comparações entre instituições

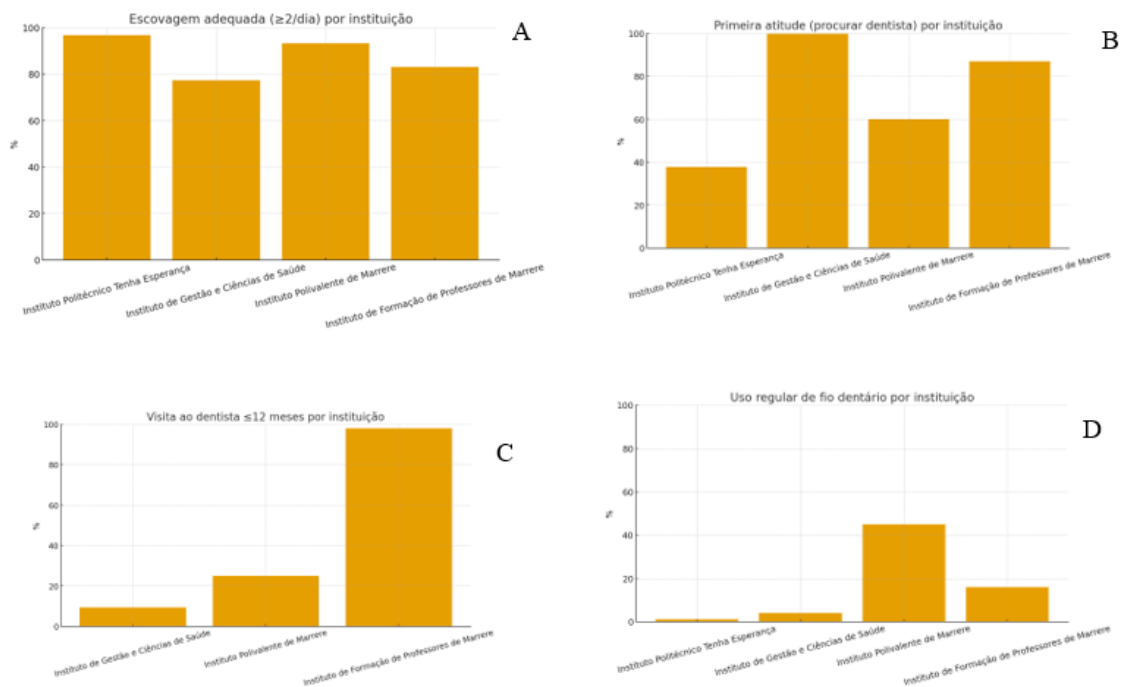


Figura 1. A. Escovagem adequada por instituição; B. Primeira actitude (procura dentista) por instituição; C. Visita ao dentista em periodo igual ou superior a 12 meses por instituição; D. Uso regular dp fio dentário por instituição.

4.3 Perfis por instituição Instituto Politécnico Tenha Esperança

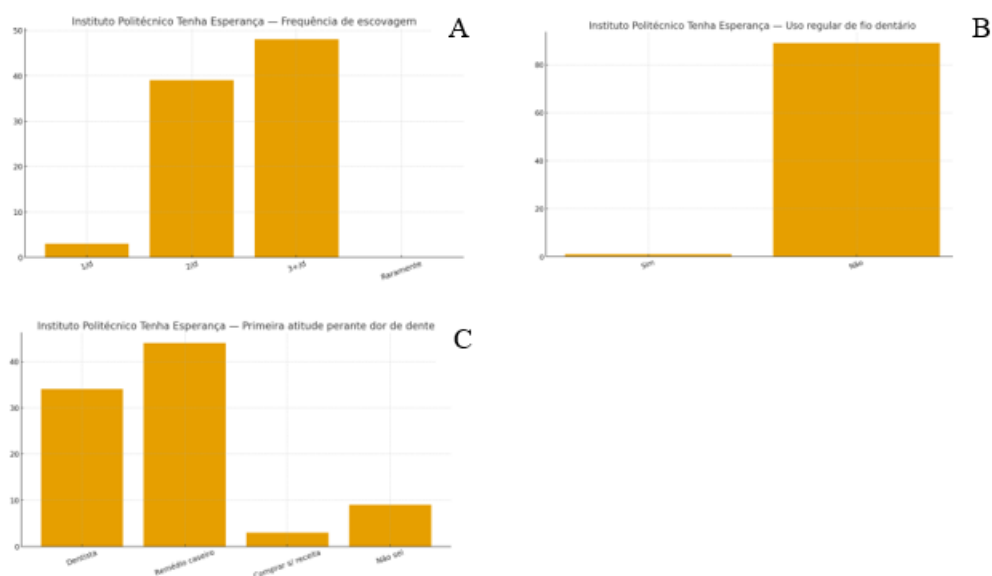


Figura 2. A. Frequência de escovagem; B. Uso regular de fio dentário; C. Primeira actitude perante dor de um dente.

Instituto de Gestão e Ciências de Saúde

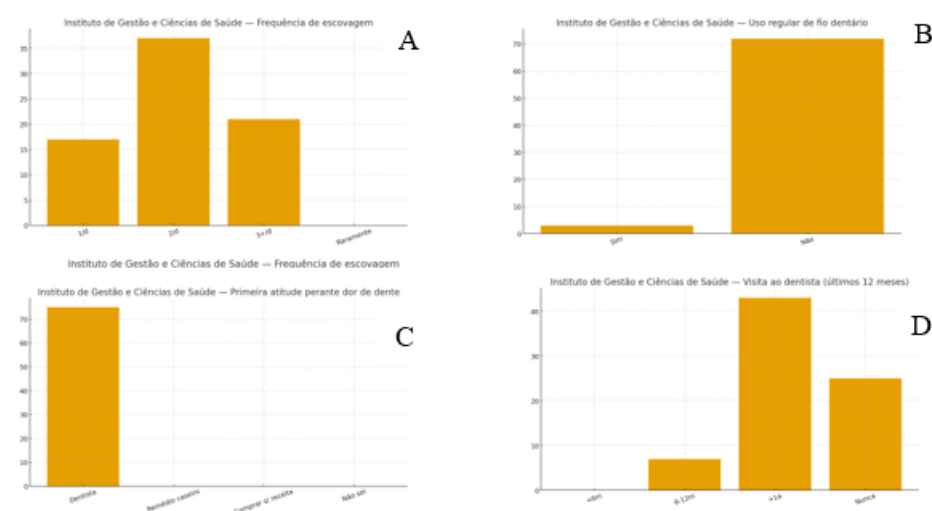


Figura 3. A. Frequência de escovagem; B. Uso regular de fio dentário; C. Primeira actitude perante dor de um dente; D. Visita ao dentista nos últimos 12 meses.
Instituto Polivalente de Marrere

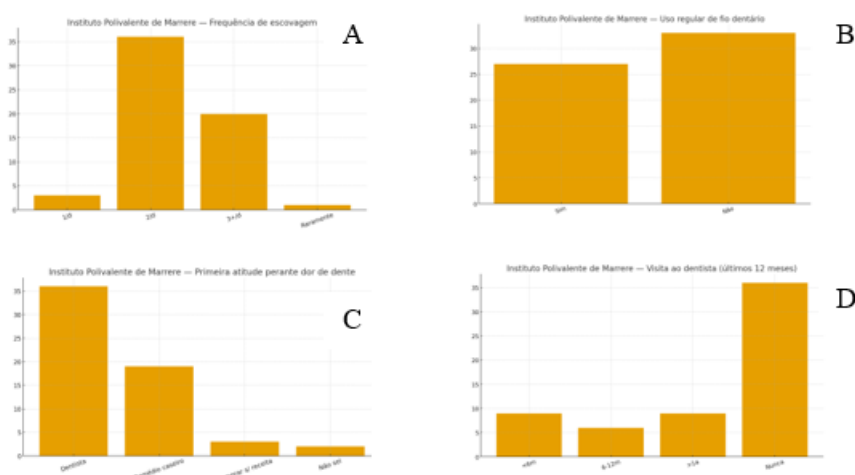


Figura 4. A. Frequência de escovagem; B. Uso regular de fio dentário; C. Primeira actitude perante dor de um dente; D. Visita ao dentista nos últimos 12 meses.

Instituto de Formação de Professores de Marrere

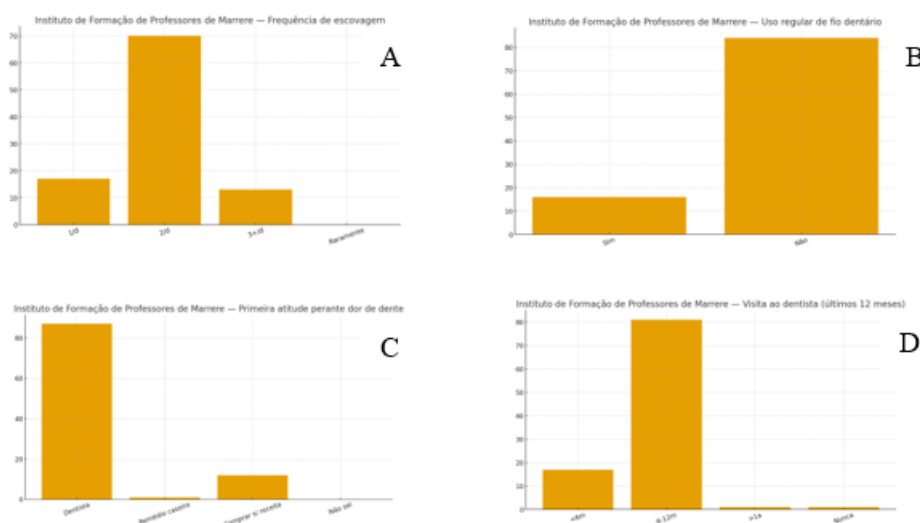


Figura 5. A. Frequência de escovagem; B. Uso regular de fio dentário; C. Primeira actitude perante dor de um dente; D. Visita ao dentista nos últimos 12 meses.

4.3. Análise Inferencial (Qui-quadrado)

$Q_{10_brush_freq}$: p-valor = 0.0000 (gl=9).

Tabela de contingência (observado):

Instituição	1/d	2/d	3+/d	Raramente
IPTE	3	39	48	0
IGCS	17	37	21	0
IPM	3	36	20	1
IFPM	17	70	13	0

$Q_{11_floss_regular}$: p-valor = 0.0000 (gl=3).

Tabela de contingência (observado):

Instituição	Sim	Não
IPTE	1	89
IGCS	3	72
IPM	27	33
IFPM	16	84

Q8_first_action_toothache: p-valor = 0.0000 (gl=9).

Tabela de contingência (observado):

Instituição	Dentista	Remédio caseiro	Comprar s/ receita	Não sei
IPTE	34	44	3	9
IGCS	75	0	0	0
IPM	36	19	3	2
IFPM	87	1	12	0

Q12_visit_dentist: p-valor = 0.0000 (gl=6).

Tabela de contingência (observado):

Instituição	<6m	6-12m	>1a	Nunca
IGCS	0	7	43	25
IPM	9	6	9	36
IFPM	17	81	1	1

Q4_floss_important: p-valor = 0.0000 (gl=6).

Tabela de contingência (observado):

Instituição	Sim	Não	Não sei
IPTE	51	11	28
IGCS	75	0	0
IPM	48	7	5
IFPM	54	3	43

Q5_dentist_prevents: p-valor = 0.0000 (gl=6).

Tabela de contingência (observado):

Instituição	Sim	Não	Não sei
IPTE	81	0	9
IGCS	75	0	0
IPM	55	2	3
IFPM	74	2	24

Q9_more_content_school: p-valor = 0.0006 (gl=3).

Tabela de contingência (observado):

Instituição	Sim	Não
IPTE	89	1
IGCS	75	0
IPM	57	3
IFPM	88	12

5.3.1. Análise Inferencial (Qui-Quadrado)

Os testes de associação de qui-quadrado (χ^2) revelaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) entre instituições nos seguintes domínios:

Frequência de escovagem (Q_{10}): $p = 0.0000$ — diferenças relevantes no número de escovagens diárias, com maior consistência no IPTE e IPM.

Uso de fio dentário (Q_{11}): $p = 0.0000$ — variabilidade marcante entre instituições, refletindo lacunas de prática mesmo entre estudantes de saúde.

Primeira atitude perante dor de dente (Q_8): $p = 0.0000$ — o IGCS e IFPM destacam-se pela adoção imediata de cuidados profissionais.

Visita ao dentista (Q_{12}): $p = 0.0000$ — instituições de saúde apresentam padrões mais preventivos.

Importância atribuída ao fio dentário (Q_4): $p = 0.0000$ — percepção positiva generalizada, ainda que pouco refletida na prática.

Reconhecimento do papel preventivo das consultas odontológicas (Q_5): $p = 0.0000$ — consenso entre estudantes das áreas de saúde.

Necessidade de mais conteúdos escolares sobre saúde oral (Q_9): $p = 0.0006$ — concordância quase unânime, reforçando o papel da educação formal.

6. DISCUSSÃO

A análise integrada dos resultados revela um padrão consistente de conhecimento e atitude favoráveis, mas práticas desiguais entre os grupos estudados. Este fenómeno, amplamente reconhecido na literatura internacional, evidencia que o conhecimento isolado não é suficiente para promover mudanças de comportamento sustentáveis (Petersen & Ogawa, 2021). Entre os estudantes avaliados, a escovagem regular apresenta-se como o comportamento mais consolidado, reflexo das campanhas de sensibilização e da maior acessibilidade a produtos de higiene oral (FDI, 2023). No entanto, a adesão ao uso do fio dentário continua baixa,

corroborando estudos de Alzahrani et al. (2022) e Nascimento et al. (2023), que apontam a ausência de hábito e de reforço educativo como factores determinantes.

A análise inferencial demonstrou diferenças estatisticamente significativas entre instituições, revelando o impacto directo da formação e da exposição a programas de educação em saúde. O IGCS, instituição de referência na área de ciências da saúde, destacou-se com atitudes preventivas mais consolidadas, enquanto o IFPM, ainda que fora da área da saúde, apresentou desempenho superior em comparação a outras instituições técnicas. Tal achado sugere que a integração transversal de conteúdos de saúde oral em cursos de formação de professores tem efeito multiplicador, pois estes profissionais tendem a reproduzir práticas educativas no ambiente escolar e comunitário.

A influência do contexto institucional é igualmente observada nas visitas ao dentista e na adopção de práticas preventivas. Estudantes de instituições próximas a um centro de saúde com serviços de estomatologia funcionais, ou com parcerias comunitárias, como o IPM e o IFPM, demonstraram maior propensão à procura de serviços odontológicos, o que reforça a importância da aprendizagem experiencial e da extensão universitária. Esses resultados estão alinhados com a abordagem da OMS (2022), que defende a integração de práticas de promoção de saúde oral no quotidiano escolar como parte de uma estratégia global de saúde pública.

13

Do ponto de vista comportamental, os resultados ilustram o chamado “paradoxo da prevenção”, em que os indivíduos conhecem as práticas correctas, mas não as incorporam de forma sistemática. A falta de reforço contínuo, o custo dos produtos e o acesso limitado a profissionais de saúde oral são barreiras persistentes (Dlamini & Petersen, 2020). Assim, torna-se imperativo desenvolver programas interactivos, participativos e culturalmente contextualizados, capazes de envolver estudantes, professores e famílias.

Em termos pedagógicos, as instituições técnicas e de formação docente possuem um papel estratégico na consolidação de uma cultura de prevenção em saúde oral. O desenvolvimento de competências de autocuidado e de promoção comunitária deve ser estimulado desde os primeiros níveis de formação profissional. Isso exige o fortalecimento da colaboração entre escolas, universidades e serviços de saúde, promovendo um modelo de ensino-aprendizagem baseado na acção e no compromisso social.

Por fim, a evidência empírica reforça que a promoção da saúde oral em contextos educativos contribui para o desenvolvimento de cidadãos mais conscientes e para a redução das desigualdades em saúde. A integração de práticas educativas no ensino técnico-profissional de

Nampula representa, portanto, um avanço importante para a consolidação de políticas locais de saúde pública sustentáveis.

7. Conclusões e Recomendações

A investigação demonstrou que os estudantes do ensino técnico-profissional de Nampula possuem elevado nível de conhecimento e atitudes favoráveis em relação à saúde oral, mas persistem lacunas significativas nas práticas preventivas. A escovagem regular é amplamente praticada, porém o uso do fio dentário, a substituição periódica da escova e as visitas preventivas ao dentista permanecem insuficientes.

Em síntese, o estudo permitiu concluir que:

As instituições de ensino técnico-profissional são ambientes estratégicos para a promoção da saúde oral e devem integrar, de forma sistemática, conteúdos educativos nessa área.

O nível de conhecimento não garante automaticamente a adopção de práticas saudáveis; são necessárias estratégias comportamentais e reforço motivacional contínuo.

A inclusão de conteúdos de saúde oral na formação de professores demonstrou impacto positivo, confirmando a relevância de abordagens transversais e interdisciplinares.

As diferenças estatísticas observadas entre instituições reflectem desigualdades estruturais e pedagógicas, indicando a necessidade de políticas de harmonização curricular.

A participação activa dos estudantes em actividades de extensão e campanhas de prevenção é determinante para o fortalecimento de competências práticas e sociais.

Com base nestas conclusões, recomendam-se as seguintes acções prioritárias:

Reforço curricular e prático: Inserir módulos opcionais de educação em saúde oral nos cursos técnicos e de formação docente, privilegiando metodologias participativas e aprendizagem por projectos.

Capacitação docente: Desenvolver programas de formação contínua para professores e formadores em educação e promoção da saúde oral.

Campanhas institucionais de prevenção: Estabelecer parcerias entre escolas e centros de saúde locais para a realização de campanhas anuais de rastreio e educação oral.

Integração comunitária: Criar clubes estudantis e grupos de extensão dedicados à promoção da saúde oral nas comunidades periurbanas de Nampula.

Monitorização e investigação: Implementar sistemas de acompanhamento e estudos longitudinais (KAP) para avaliar o impacto das intervenções educativas.

Educação inclusiva e culturalmente adaptada: Produzir materiais pedagógicos em línguas locais e adaptados ao contexto sociocultural, garantindo maior envolvimento e eficácia comunicacional.

Estas medidas reforçam a necessidade de consolidar uma cultura de prevenção, equidade e humanismo em saúde oral, alinhada às metas globais da OMS (2022) e à Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, promovendo bem-estar, inclusão e qualidade de vida para todos os estudantes e comunidades de Nampula.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALZHRANI, A., Almutairi, A., & Alshehri, F. (2023). *Patterns of oral hygiene behavior and awareness among university students in low- and middle-income countries: A multicenter analysis*. Journal of Oral Health and Community Dentistry, 17(1), 22–31. <https://doi.org/10.4103/joahcd.2023.17>

DLAMINI, S., & Petersen, P. E. (2024). *Bridging the oral health gap in Southern Africa: Education, prevention and access challenges*. African Journal of Health Sciences, 31(4), 211–225.

FDI World Dental Federation. (2024). *FDI Vision 2030: Delivering Optimal Oral Health for All – Implementation Progress Report*. Geneva: FDI. <https://www.fdiworlddental.org>

LAUNIALA, A. (2009). *How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices?* Anthropology Matters, 11(1), 1–13.

MINISTÉRIO da Saúde (MISAU). (2023). *Plano Estratégico Nacional de Saúde Oral 2023–2027*. Maputo: Direção Nacional de Saúde Pública.

NASCIMENTO, G., Oliveira, M., & Santos, R. (2023). *Determinants of oral hygiene practices among adolescents: Evidence from Lusophone Africa and Brazil*. Revista Brasileira de Odontologia, 81(2), 55–66.

PETERSEN, P. E., & Ogawa, H. (2022). *Promoting oral health globally: Lessons learned from the WHO global oral health status report 2022*. Community Dentistry and Oral Epidemiology, 50(6), 451–460.

UNESCO. (2024). *Transforming Technical and Vocational Education and Training (TVET) for Sustainable Health and Well-Being*. Paris: UNESCO Publishing.

WORLD Health Organization (WHO). (2022). *Global Oral Health Status Report: Towards Universal Health Coverage for Oral Health by 2030*. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484>

WORLD Health Organization (WHO). (2023). *Integrating Oral Health into Primary Health Care: Global Policy Brief 2023*. Geneva: WHO.