



LETRAMENTO EM SAÚDE BUCAL E AUTOPERCEPÇÃO PARENTAL DE DENTES PERMANENTES EM CRIANÇAS COM DENTIÇÃO MISTA

Oral health literacy and parental self-perception of permanent teeth in children with mixed dentition

Sara Halles Fracasso Viegas¹

Helen Helene Kuklik²

Bruna Fernanda Alionço Gonçalves³

Yasmin Haimê de Souza⁴

*Luciana Reichert da Silva Assunção⁵

RESUMO

Objetivo: Avaliar a associação entre o letramento em saúde bucal e a autopercepção parental quanto à presença de dentes permanentes em crianças com dentição mista. **Método:** Estudo

1 Cirurgiã-Dentista. Mestranda em Odontologia. Universidade Federal do Paraná (UFPR), Departamento de Estomatologia. Av. Prefeito Lothário Meissner, 623, Curitiba PR- Brasil. E-mail: sara_fracasso@yahoo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6647-8451>

2 Cirurgiã-Dentista. Mestre em Odontologia. Universidade Federal do Paraná (UFPR), Departamento de Estomatologia. Av. Prefeito Lothário Meissner, 623, Curitiba PR- Brasil. E-mail: helenkuklik@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0116-1335>.

3 Cirurgiã-Dentista. Universidade Federal do Paraná (UFPR), Departamento de Estomatologia. Av. Prefeito Lothário Meissner, 623, Curitiba PR- Brasil. E-mail: brualionco@icloud.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6214-593X>.

4 Cirurgiã-Dentista. Universidade Federal do Paraná (UFPR), Departamento de Estomatologia. Av. Prefeito Lothário Meissner, 623, Curitiba PR- Brasil. E-mail: haimeyasmin@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/000-0003-3481-6318>.

5 Professora Universitária. Doutora em Odontopediatria. Universidade Federal do Paraná (UFPR), Departamento de Estomatologia. Av. Prefeito Lothário Meissner, 623, Curitiba PR- Brasil. E-mail: lurassuncao@yahoo.com.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-000207380-8583>.

Recebido em
15-06-2022

Aceito em
27-10-2022

Publicado em
03-11-2022

observacional incluindo 51 pares de pais/cuidadores e crianças entre seis e 11 anos de idade. Foram avaliados a autopercepção parental quanto à presença e o número de dentes permanentes presentes na cavidade bucal da criança, assim como fatores socioeconômicos e demográficos. Letramento em saúde bucal foi mensurado pelo BREALD-30 por duas entrevistadoras calibradas ($K \geq 0,923$). Duas examinadoras treinadas avaliaram o número e a localização dos dentes permanentes presentes na cavidade bucal das crianças. Os dados foram avaliados por estatística descritiva e inferencial ($\alpha < 0,05$). **Resultados:** Dos 51 participantes, 40 (78,4%) apresentaram alto letramento em saúde bucal. Não houve associação entre fatores socioeconômicos e demográficos e a autopercepção parental. Participantes com maiores escores de letramento em saúde bucal apresentaram adequada autopercepção, assim como concordaram com as examinadoras quanto ao número de dentes presentes em boca ($P = 0,043$). Por outro lado, não houve concordância entre as examinadoras e participantes com baixo letramento ($P > 0,05$). **Conclusão:** Letramento em saúde bucal está associado à autopercepção parental quanto à presença de dentes permanentes em crianças em fase de dentição mista.

Palavras-chave: Alfabetização; Conhecimento; Dentição Mista.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the association between oral health literacy and parental self-perception regarding the presence of permanent teeth in children with mixed dentition.

Method: Observational study including 51 pairs of parents/caregivers and children aged between six and 11 years. Self-perception regarding the presence and number of permanent teeth present in the child's mouth, as well as socio-economic and demographic factors were evaluated. Oral health literacy was measured using the BREALD-30 by two calibrated interviewers ($K \geq 0.923$). Two trained examiners assessed the location and the number of permanent teeth present in the child's oral cavity. Data were obtained by descriptive and inferential statistics ($\alpha < 0.05$). **Results:** Of the 51 participants, 40 (78.4%) had high oral health literacy. There was no association between socioeconomic and demographic factors and parental self-perception. Participants with higher oral health literacy presented adequate self-

perception, as well as agreed with the examiners regarding the number of teeth present in child's mouth ($P=0.043$). On the other hand, there was no agreement between the examiners and participants with low health literacy ($P>0.5$). **Conclusion:** Oral health literacy is associated with parental self-perception regarding the presence of permanent teeth in children with mixed dentition

Keywords: Literacy; Knowledge; Mixed Dentition.

INTRODUÇÃO

O letramento em saúde (LS) é um conceito introduzido na década de 70 e tem sido considerado um importante determinante em saúde¹. LS é definido como a capacidade do indivíduo em obter, processar e compreender informações e serviços básicos de saúde, necessários para tomar decisões pertinentes sobre sua própria saúde e sobre cuidados médicos^{1,2}. Indivíduos com menores níveis de LS apresentam menor aderência medicamentosa, maior irregularidade às visitas médicas, menores habilidades de autocuidado, além de maiores taxas de hospitalização e mortalidade quando comparado àqueles com maiores níveis de LS².

Especialmente no que diz respeito às crianças, é importante a identificação dos níveis de LS dos seus responsáveis uma vez que elas dependem de um adulto para a manutenção de sua saúde³. O LS de pais ou cuidadores pode exercer influência no conhecimento, atitudes, comportamentos, bem como nas condições em saúde da criança⁴. Pais com menores níveis de LS tendem a ter filhos com maiores taxas de obesidade, piores condições de doenças crônicas como a asma, além de maior relato de erros durante a administração de medicações⁵.

Quando considerado em contextos odontológicos, o letramento em saúde bucal (LSB) é definido como a capacidade do indivíduo em reconhecer seu estado de saúde bucal, as necessidades de higiene oral, aceitação e compreensão das informações fornecidas pelo cirurgião dentista, capacidade de se comunicar de maneira satisfatória, seguir o tratamento proposto e retornar às consultas de acompanhamento^{2,6}. O baixo LSB pode afetar a comunicação entre o cirurgião dentista e seus pacientes, dificultando, conseqüentemente, em

tomadas de decisões mais assertivas, além da adesão ao tratamento proposto⁷. Estes aspectos demonstram a importância dos profissionais em identificarem indivíduos com piores níveis de LSB procurando, assim, utilizar estratégias educativas que alcancem essa população com consequente melhoras nas condições bucais destes indivíduos^{2,8}.

Dentre os instrumentos desenvolvidos para mensurar o LSB destaca-se o REALD-30- “Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry” que é um instrumento específico para avaliar o nível de letramento funcional de adultos através do reconhecimento de palavras relacionadas à etiologia, anatomia, prevenção e tratamento de doenças bucais. A versão brasileira do REALD-30, denominado BREALD-30- “Brazilian version of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry” demonstrou propriedades psicométricas satisfatórias avaliadas por sua confiabilidade e validade, demonstrando ser um método simples, de rápida aplicação e recomendado para o rastreamento das pessoas com baixos níveis de LSB¹. Esse instrumento pode ser utilizado em associação com outros indicadores para avaliar o nível de LSB de indivíduos, permitindo que os profissionais da Odontologia possam ajustar suas estratégias de comunicação para cada paciente^{1,9}.

Semelhantemente ao observado para o LS, estudos têm demonstrado que o nível de LSB dos pais ou responsáveis tem um impacto multidimensional na saúde bucal de crianças^{10,11}. O baixo LSB dos pais foram associados a piores desfechos não clínicos incluindo menores níveis de conhecimento em relação à saúde bucal de crianças¹¹, comportamentos inadequados como o uso noturno da mamadeira e a ausência de escovação/limpeza diárias¹¹ e maior consumo de açúcar nos primeiros anos de vida¹². Além do conhecimento, comportamentos e atitudes, estudos têm reportado uma relação entre menores níveis de LSB de pais e cuidadores e maior experiência de cárie em crianças, incluindo maior número de lesões de cáries não tratadas^{6,13,14} bem como lesões cariosas mais graves¹⁵.

Fatores socioeconômicos e demográficos parentais também têm sido associados com piores desfechos em saúde bucal de crianças¹⁶. Um estudo conduzido com 455 crianças brasileiras observou que pais com menores rendas eram mais propensos a avaliar a saúde bucal de seus filhos como "ruim", sendo que, neste grupo específico, as crianças também apresentavam maior experiência de cárie¹⁷. Por outro lado, melhores níveis de escolaridade

dos pais, maior renda e maior acesso à educação em saúde têm sido associados a um estado de higiene bucal mais adequado em crianças¹⁸.

Um dos períodos críticos para o início e progressão de lesões cáries é durante a fase eruptiva dos dentes. Nesta fase, a maturação pós-eruptiva ainda não se consolidou, além de existir uma maior dificuldade de higienização, favorecendo assim, o maior acúmulo do biofilme¹⁹. A erupção dos dentes permanentes inicia-se ao redor dos seis anos de vida da criança, com a erupção dos incisivos centrais e primeiros molares^{20, 21}, dando início a fase da dentição mista²². Dados clínicos mostram que os dentes são mais vulneráveis à doença cárie nos primeiros dois a quatro anos após o irrompimento na cavidade bucal²³. É fundamental que os pais tenham conhecimento da presença dos dentes permanentes logo após a sua irrupção, uma vez que são os responsáveis pela supervisão dos hábitos de higiene bucal de seus filhos^{4,2,10,24}.

Ao nosso conhecimento, não existem estudos na literatura que reportaram a associação entre o LSB e fatores socioeconômicos com a percepção parental quanto à presença de dentes permanentes na cavidade bucal de crianças em fase de dentição mista. O conhecimento desses fatores permitirá o aprimoramento de estratégias educativas voltadas aos cuidados preventivos em saúde bucal durante a fase de erupção dos dentes permanentes. O objetivo deste estudo foi avaliar a associação do LSB funcional e de fatores socioeconômicos com a autopercepção de pais ou cuidadores quanto à presença de dentes permanentes na cavidade bucal de crianças em fase de dentição mista.

MÉTODO

Aspectos éticos

Essa pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Paraná (parecer nº 97787018.2.0000.0102). O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado por todos os participantes.

População de estudo

Para a realização deste estudo, foram recrutados, por amostra de conveniência, 51 pares de pais/cuidadores e crianças entre seis e 11 anos incompletos de idade, atendidos na Clínica de Odontopediatria da Universidade Federal do Paraná no período de outubro de 2018 a abril de 2019. Foram incluídas apenas crianças em fase de dentição mista, ou seja, com a presença concomitante de dentes decíduos e permanentes em boca.

Foram incluídos os pais ou cuidadores acima de 18 anos de idade, alfabetizados e fluentes na língua portuguesa do Brasil e que apresentavam tempo de convivência com a criança de, no mínimo, oito horas por dia. Foram excluídos aqueles que apresentaram problemas de visão ou audição relatados ou sinais óbvios de comprometimento cognitivo no momento da entrevista e os que possuíam 80 anos de idade ou mais, de acordo com os critérios propostos para a utilização do instrumento Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry¹⁹.

Avaliação do letramento em saúde bucal

Para a avaliação do nível de letramento em saúde bucal, foi aplicado o instrumento Brazilian Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry (BREALD-30), validado para a Língua Portuguesa do Brasil¹⁹. Este instrumento é composto por uma lista contendo 30 palavras relacionadas a saúde bucal, dispostas em ordem crescente de dificuldade, as quais devem ser lidas em voz alta pelos participantes ao entrevistador. Para cada palavra lida de forma correta, é somado 1 (um) ponto ao escore do participante e para as palavras lidas de forma incorreta, pontuação 0 (zero). Desse modo, o escore dos participantes pode variar de 0 (letramento mais baixo) a 30 (letramento mais alto).

A calibração das entrevistadoras (BFAG e YHS) foi realizada através de vídeos com gravações da aplicação do instrumento BREALD-30 em indivíduos com diferentes níveis de letramento em saúde bucal. Estes vídeos fazem parte do acervo dos pesquisadores que realizaram o estudo de tradução e validação do instrumento para a língua portuguesa do Brasil¹⁹. A fase de treinamento e calibração contou com quatro etapas distintas segundo

critérios estabelecidos por Vilella et al (2016)¹². A confiabilidade do método foi analisada através dos coeficientes Kappa, onde foram considerados os acertos e os erros de cada palavra do instrumento e pelo teste de correlação intraclasse (ICC) que analisou o escore total de cada vídeo. Os valores de Kappa inter e intra-examinador foram, respectivamente, 0,924 e 0,937 e os valores do ICC inter e intra-examinador, respectivamente, 0,986 e 0,923. Todos os valores indicam concordância ótima²⁵.

Estudo piloto

Para o estudo piloto, um questionário foi formulado especificamente para este estudo e aplicado, sob forma de entrevista, a 15 pais ou cuidadores de crianças assistidas na clínica de Odontopediatria da Universidade Federal do Paraná. O objetivo deste estudo foi verificar a aplicabilidade do questionário na obtenção de dados os quais permitem responder aos objetivos do estudo. Os participantes do estudo piloto não participaram da amostra final. O questionário se mostrou adequado, não havendo necessidade de reformulações em sua proposta inicial.

Questionário

Um questionário, testado em estudo piloto, foi aplicado para a avaliação da autopercepção de pais ou cuidadores quanto à presença de dentes permanentes na cavidade bucal. Três questões foram aplicadas: 1) “Seu(ua) filho(a) ou criança que você cuida possui algum dente permanente?”, com as opções de respostas: “sim”, “não” ou “não sei”; 2) “Quantos dentes seu(ua) filho(a) ou criança que você cuida possui na parte da frente da boca?” e 3) “Quantos dentes seu(ua) filho(a) ou criança que você cuida possui na parte de trás da boca?”. A fim de se diferenciar a porção anterior e posterior, os pais foram instruídos, através de um macromodelo dentário, a considerarem como ponto de referência os caninos superiores e inferiores.

Dados socioeconômicos e demográficos também foram coletados e incluíram: a idade da criança, o nível de escolaridade do responsável [fundamental I incompleto (1ª a 4ª

série), fundamental I completo (1^a a 4^a série), fundamental II incompleto (5^a a 8^a série), fundamental II completo (5^a a 8^a série), ensino médio incompleto (1^a a 3^a série), ensino médio completo (1^a a 3^a série), superior incompleto e superior completo], a renda familiar mensal e se o participante exercia ou não atividade remunerada. Além disso, foi coletado o grau de parentesco do cuidador com a criança.

A classificação econômica seguiu os critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa²⁶, que é uma classificação socioeconômica padrão baseada em domicílios e os indivíduos são categorizados em classes de acordo com o poder de compra. Nesta classificação, foram atribuídos pontos em uma lista de verificação que inclui a escolaridade do chefe da família, a posse de itens domésticos (automóvel, máquina de lavar louça, geladeira, freezer, máquina de lavar, DVD player, forno de microondas, motocicleta, secadora de roupas), se a rua em que o indivíduo reside é ou não pavimentada e se há ligação da residência à rede de esgoto. A cada item são atribuídos escores e os indivíduos são categorizados em cinco classes econômicas: A (45 a 100 pontos), B1 (38 a 44 pontos), B2 (29 a 37 pontos), C1 (23 a 28 pontos), C2 (17 a 22 pontos) e D/E (0 a 16 pontos).

Exame clínico

As crianças foram examinadas em cadeiras odontológicas por duas pesquisadoras capacitadas (BFAG e YHS) utilizando espelhos odontológicos clínicos esterilizados sob luz artificial. Os dados incluíram o número e a localização dos dentes permanentes e as informações foram anotadas em ficha específica.

Análise estatística

A autopercepção parental quanto à presença de dentes permanentes foi dicotomizada como “adequada” ou “inadequada”. Respostas dadas como “não sei” também foram classificadas como autopercepção “inadequada”. As variáveis independentes consideradas neste estudo foram: escolaridade (categorizada em: ≤ 8 e > 8 anos de estudos formais), grau de parentesco com a criança (categorizada em “mãe/pai” e “outros”), estado civil (categorizado

em: “casado ou união estável” ou “outros”), classificação econômica (categorizada em: $\geq B$ e $\leq C$). As variáveis: renda per capita e BREALD-30 foram utilizadas como variáveis quantitativas para a associação entre as mesmas e a autopercepção parental. A associação entre a autopercepção e as variáveis qualitativas foi analisada por meio do teste de Qui-quadrado de Pearson. Utilizou-se teste não paramétrico U de Mann-Whitney para a análise da relação entre a autopercepção e as variáveis quantitativas.

Para a avaliação da concordância entre o número de dentes permanentes presentes em boca entre os pais ou cuidadores e examinadoras foi utilizado o teste de coeficiente de correlação intra-classe (ICC). Para esta análise, os participantes foram estratificados de acordo com a pontuação alcançada a partir do valor obtido do menor quintil¹¹ e classificados em: letramento alto (≥ 20 escores) e baixo (<20 escores). A interpretação da magnitude dos estimadores de concordância CCI foi analisada como: 0 (ausência), 0-0,19 (pobre), 0,20-0,39 (fraca), 0,30-0,59 (moderada), 0,60-0,79 (substancial), e $\geq 0,80$ (quase perfeita)²⁵.

Considerou-se como nível de significância de 5% para todas as análises. Os dados foram analisados por meio do programa STATA versão 12.0.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra as características da população de estudo. Do total dos 51 indivíduos entrevistados, a maioria foi composta por mães (74,5%), eram casados ou em união estável (70,6%) e com idade média de 38,98 anos de idade. Quanto à escolaridade, 70,6% dos responsáveis relataram possuir mais do que oito anos de estudos formais e 56,9% exerciam atividade remunerada. Os escores do instrumento BREALD-30 apresentaram valor de mediana 25 (mínimo: 5 e máximo: 30), sendo que 40 (78,4%) apresentaram alto LSB e 11 (21,6%), baixo LSB.

Tabela 1. Características da população do estudo (n=51). Curitiba, Brasil, 2019.

<i>Variáveis</i>	
<i>Idade do cuidador em anos (Média, DP)</i>	38,98 (10,162)
Idade do cuidador (mínimo-máximo)	22-64
<i>Idade da criança em anos (Média, DP)</i>	8,08 (1,683)
Idade da criança (mínimo-máximo)	6-11
<i>Sexo do cuidador (n, %)</i>	
Feminino	43 (84,3)
Masculino	8 (15,5)
<i>Grau de parentesco com a criança (n, %)</i>	
Mãe	38 (74,5)
Pai	7 (11,8)
Outros	6 (13,7)
<i>Estado Civil (n, %)</i>	
Casado ou União Estável	36 (70,6)
Outros	15 (29,4)
<i>Renda mensal per capita (Média, DP)</i>	661,78 (446,28)
<i>Atividade Remunerada (n, %)</i>	
Sim	29 (56,9)
Não	22 (43,1)
<i>Escolaridade em anos (n, %)</i>	
>8 anos	36 (70,6)
≤8 anos	15 (29,4)
<i>Classificação Econômica (n, %)</i>	
≥B	1 (2,0)
≤C	50 (98,0)
<i>Escore BREALD-30</i>	
Mediana (mínimo e máximo)	25 (5-30)

Não houve associação entre os fatores socioeconômicos e demográficos e a autopercepção dos pais ou cuidadores quanto à presença de dentes permanentes na cavidade bucal de crianças. Por outro lado, pais ou cuidadores, com menores escores de LSB, avaliado pelo BREALD-30, apresentavam uma menor frequência de autopercepção adequada quanto a presença dos dentes permanentes totais presentes em boca (Tabela 2).

Tabela 2. Associação entre o conhecimento de pais ou cuidadores quanto à presença de dentes permanentes em boca com variáveis socioeconômicas e letramento em saúde bucal (n=51). Curitiba, Brasil, 2019.

Variáveis	Autopercepção		P
	Adequada n (%)	Inadequada n (%)	
Escolaridade			
≤8 anos	4 (28,6)	10 (71,4)	0,072*
>8 anos	21 (56,8)	16 (43,2)	
Parentesco			
Mãe ou pai	23 (51,1)	22 (48,9)	0,413*
Outros	2 (33,3)	4 (66,7)	
Estado Civil			
Casado ou União Estável	15 (41,7)	21 (58,3)	0,104*
Outros	10 (66,7)	5 (33,3)	
Classe Econômica			
≥B	0 (0,0)	1 (100,0)	0,322*
≤C	25 (50,0)	25 (50)	
Renda mensal per capita			
Mediana (mínimo e máximo)	2.500 (900-8000)	2.450 (500-5.000)	0,072**
BREALD-30			
Mediana (mínimo e máximo)	26 (10-30)	23 (5-29)	0,043**

* Teste de Qui-quadrado ** Teste U de Mann-Whitney

Valor significante destacado em negrito

Houve concordância para o número de dentes permanentes presentes em boca entre as examinadoras e os participantes com alto LSB, incluindo o número de dentes totais e número de dentes anteriores e posteriores (Tabela 3). Para participantes com baixo LSB, não houve concordância entre o número de dentes permanentes totais presentes em boca, ou localizados na região anterior e posterior, entre as examinadoras e o relato dos pais ou cuidadores (Tabela 4).

Tabela 3. Concordância do número de dentes permanentes presentes em boca entre pais ou cuidadores com alto LSB (n=40) e examinadoras. Curitiba, Brasil, 2019.

	Número de dentes Totais (Média - DP)	ICC	P
--	---	-----	---

Examinadoras	12,25 (5,830)	0,780	0,001
Pais/Cuidadores	7,50 (4,989)		
<i>Anteriores (Média - DP)</i>			
Examinadoras	6,60 (2,951)	0,801	<0,001
Pais/Cuidadores	4,80 (2,353)		
<i>Posteriores (Média - DP)</i>			
Examinadoras	5,68 (3,489)	0,569	0,046
Pais/Cuidadores	2,33 (2,787)		

ICC: teste de coeficiente de correlação intra-classe. Valores significantes destacados em negrito.

Tabela 4. Concordância do número de dentes permanentes presentes em boca entre pais ou cuidadores com baixo LSB (n=11) e examinadoras. Curitiba, Brasil, 2019.

	<i>Número de dentes</i>	<i>ICC</i>	<i>P</i>
<i>Totais (Média - DP)</i>			
Examinadoras	10,73 (1,849)	-3.652	0,917
Pais/Cuidadores	4,20 (1,483)		
<i>Anteriores (Média - DP)</i>			
Examinadoras	6,64 (1,748)	0,548	0,202
Pais/Cuidadores	4,33 (2,066)		
<i>Posteriores (Média - DP)</i>			
Examinadoras	4,09 (0,302)	0,000	0,500
Pais/Cuidadores	0,60 (1,342)		

ICC: teste de coeficiente de correlação intra-classe

DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo que avaliou a associação entre o LSB e a autopercepção de pais ou cuidadores quanto à presença de dentes permanentes em crianças em fase de dentição mista. Pais ou cuidadores com menores níveis de LSB desconheciam com maior frequência a presença dos dentes permanentes na criança. Um estudo conduzido com cuidadores de crianças de seis a 12 anos de idade no Brasil observou que o LSB, avaliado pelo instrumento BREALD-30, esteve associado a autopercepção parental em relação à saúde bucal da criança. Assim, pais ou cuidadores com menores níveis de LSB percebiam a saúde bucal da criança como ruim em comparação com pais ou cuidadores de maior LSB que consideravam a saúde bucal de seus filhos como boa²⁷. Semelhantemente, pais com menores níveis de LSB

apresentam comportamentos inadequados quanto aos cuidados em saúde de seus filhos, incluindo, menor eficácia na higiene bucal^{11,12} e maior frequência de alimentação noturna¹¹.

Não houve concordância entre os pais ou cuidadores de crianças com baixo LSB e os examinadores quanto ao número de dentes permanentes presentes na cavidade bucal de crianças em fase de dentição mista. A escassez de estudos na literatura que verificaram a relação entre o LSB e a autopercepção parental quanto à presença de dentes permanentes na cavidade bucal de crianças impossibilita a realização de comparações. No entanto, um estudo com pais e cuidadores de crianças brasileiras entre seis e 11 anos de idade, demonstrou que a maioria (64%) desconheciam o número de dentes decíduos presentes na cavidade bucal de crianças. Além disso, 90,7% responderam que os dentes anteriores são os primeiros dentes permanentes a irromper na cavidade bucal e 51,4% não souberam diferenciar os molares decíduos dos molares permanentes²⁸. Por outro lado, uma pesquisa realizada na Árabia Saudita observou que a maioria das mães de crianças com até doze anos de idade (87,7%) reconheciam o momento da erupção dos dentes decíduos na cavidade bucal de seus filhos. Estes dados evidenciam a importância de se considerar a idade da criança, o tipo de dentição e outros fatores, incluindo aspectos culturais e o próprio LSB, em estudos que avaliam o conhecimento parental quanto ao momento da erupção dentária em crianças²⁹.

Participantes com alto LSB apresentaram concordância com os examinadores quanto à presença de dentes permanentes totais, anteriores e posteriores. Para os dentes totais e anteriores a concordância foi considerada quase perfeita (ICC=0,801), enquanto, para os dentes posteriores, a concordância foi considerada moderada (ICC=0,569)³⁰. Este resultado demonstra que, mesmo entre indivíduos com alto LSB, a percepção quanto à presença dos dentes permanentes posteriores ainda não é satisfatória. No caso de crianças em fase de dentição mista, é importante que os cuidadores tenham conhecimento do momento da erupção dentária, uma vez que ainda não completaram a sua maturação pós eruptiva³¹. A maturação pós-eruptiva do esmalte dentário envolve mudanças químicas e físicas após a sua exposição ao meio bucal, incluindo a incorporação de flúor aos cristais de hidroxiapatita do esmalte, reduzindo substancialmente sua porosidade e permeabilidade³¹. Além disso, dentes parcialmente irrompidos, apresentam uma situação crítica para o desenvolvimento de lesões cáries, uma vez que não possuem contato com os dentes antagonistas, colaborando para o

aumento do biofilme na superfície oclusal^{10,16,32}. Adicionalmente, quando localizados na região posterior da arcada dentária, como os molares permanentes, existe uma dificuldade maior para a higienização adequada e remoção de restos alimentares^{10,16,32,33}.

Não houve associação entre a autopercepção de pais ou cuidadores quanto à presença dos dentes permanentes na cavidade bucal de crianças e as variáveis socioeconômicas e demográficas. Diferentemente dos resultados deste estudo, uma pesquisa realizada com gestantes sul-brasileiras observou que participantes com maior nível socioeconômico apresentaram um melhor conhecimento quanto aos hábitos alimentares e de higiene bucal em crianças de até dois anos de idade²⁴. O fato de não ter sido encontrada uma associação entre a autopercepção parental verificada neste estudo e variáveis socioeconômicas pode ser explicado pelo número reduzido da amostra, que não foi capaz de discriminar essa relação. Baixos níveis de letramento em saúde bucal têm sido associados a um conhecimento inadequado sobre condições relacionadas à saúde bucal¹², o que pode comprometer o autocuidado em saúde desses indivíduos. Além disso, pacientes com baixo letramento em saúde bucal apresentam maior dificuldade em compreender orientações em saúde ou mesmo a importância de procedimentos odontológicos preventivos³⁶. É essencial, assim, que os serviços de saúde priorizem em suas estratégias de atendimento um olhar diferenciado, incluindo práticas de comunicação mais clara, aos indivíduos com menores níveis de letramento. Medidas de educação em saúde que visam o aprimoramento dos níveis de letramento em saúde bucal de indivíduos ou populações devem também ser adotadas para reduzir as iniquidades em saúde considerando também este determinante específico.

Este estudo apresenta limitações no que se refere a sua população de estudo, uma vez que foi utilizada uma amostra de conveniência. Outros estudos utilizando amostras representativas devem ser conduzidos. Outra limitação é que a pesquisa avaliou apenas o LSB em sua dimensão funcional. Uma vez que o conceito do LSB envolve uma natureza mais ampla e multidimensional³⁴, é importante que se inclua outros instrumentos que possam avaliar outras dimensões do LSB como as habilidades individuais interativas e críticas³⁵.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitem concluir que o letramento em saúde bucal está associado à autopercepção dos pais ou cuidadores quanto à presença de dentes permanentes na cavidade bucal de crianças em fase de dentição mista. Pais ou cuidadores com menores níveis de LSB desconheciam com maior frequência a presença dos dentes permanentes em boca, bem como apresentaram menor concordância quanto ao número de dentes presentes na cavidade bucal da criança. Estes dados reforçam a necessidade de se considerar os níveis de LSB durante a abordagem educativa em consultas odontológicas.

REFERÊNCIAS

1. MARTINS, Andrea Maria Eleutério de Barros Lima; et al. Oral health literacy: a literature review. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas*, [S.L.], v. 69, n.4, p.328-334, 2015.
2. FIRMINO, Ramon Targino. Oral health literacy and associated oral conditions: a systematic review. *The Journal of Dental American Association*, [S.L.], v. 148, n.8, p. 1-10, 2017. <https://doi:10.1016/j.adaj.2017.04.012>.
3. BRÖDER, Janine.; et al. Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models. *BMC Public Health*, Londres, v. 17, n. 1, p. 361, abr 2017. <https://doi:10.1186/s12889-017-4267-y>.
4. DEWALT, Daren.; HINK, Ashley. Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. *Pediatrics*, United States, v. 124, n.3, p. S265-274, nov 2009. <https://doi:10.1542/peds.2009-1162B>.
5. MORRISON, Andrea; GLICK, Alexander.; YIN, Shonna. Health Literacy: Implications for Child Health. *Pediatrics in Review*, Evanston, v. 40, n.6, p.263-277, 2019. <https://doi:10.1542/pir.2018-0027>.
6. BRIDGES, Susan; et al. The relationship between caregiver functional oral health literacy and child oral health status. *Patient Education and Counseling*, [S.L.], v.94, n. 3, p. 411-416, 2014. <https://doi:10.1016/j.pec.2013.10.018>.
7. HOROWITZ, Alice; KLEINMAN, Dushanka. Oral health literacy: the new imperative to better oral health. *Dental Clinics of North America*, [S.L.], v. 52, n.2, p. 333-344, 2008. <https://doi:10.1016/j.cden.2007.12.001>.

8. GONG, Debra; et al. Development and testing of the Test of Functional Health Literacy in Dentistry (TOFHLiD). *Journal of Public Health Dentistry*, [S.L.], v. 67, n. 2, p. 105-112, 2007. <https://doi:10.1111/j.1752-7325.2007.00023.x>.
9. LEE, Jessica; et al. Development of a word recognition instrument to test health literacy in dentistry: the REALD-30 – A brief communication. *Journal of Public Health Dentistry*, [S.L.], v.67, n.2, p. 94-98, 2007. <https://doi:10.1111/j.1752-7325.2007.00021.x>.
10. MONTES, Gisele Ristow; et al. Caregiver's oral health literacy is associated with prevalence of untreated dental caries in preschool children. *Ciência e Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 24, n. 7, p. <https://doi:2737-2734>, 2019. 10.1590/1413-81232018247.18752017.
11. VANN JÚNIOR, William; et. Al. Oral health literacy among female caregivers: impact on oral health outcomes in early childhood. *Journal of Dental Research*, [S.L.], v.89, n.12, p. 1395-1400, 2010. <https://doi:10.1177/0022034510379601>.
12. VILELLA, Karina Duarte; et al. The Association of Oral Health Literacy and Oral Health Knowledge with Social Determinants in Pregnant Brazilian Women. *Journal Community Health*, Nova York, v. 41, n. 1, p. 1027-1032, mar. 2016. <https://doi:10.1007/s10900-016-0186-6>.
13. DIENG, Sérigne, et al. Mothers' oral health literacy and children's oral health status in Pikine, Senegal: A pilot study. *PLoS One*, Estados Unidos, v. 15, n. 1, p 110-114, jun. 2020. <https://doi:10.1371/journal.pone.0226876>.
14. BASKARADOSS, Jagan Kumar; et al. Relationship between Caregivers' Oral Health Literacy and their Child's Caries Experience. *Community Dent Health*, Reino Unido, v. 36, n. 2, p 111-117, 2019. https://doi:10.1922/CDH_4444Baskaradoss07.
15. HIU, Fong Lai, et al. Parental Oral Health Literacy of children with severe early childhood caries in Hong Kong. *Eur J Paediatr Dent*, Europa, v. 18, n. 4, p. 326-331, ago. 2017. <https://doi:10.23804/ejpd.2017.18.04.11>.
16. FOLAYAN, Morenike Oluwatoyin; et. al. Association between family structure and oral health of children with mixed dentition in suburban Nigeria. *Journal of Indian*

- Society of Pedodontics and Preventive Dentistry, [S.L.], v. 35, n. 2, p. 134-142, 2017. <https://doi:10.4103/0970-4388.206034>.
17. PIOVESAN, Monalisa Cesarino; et al. Socioeconomic and clinical factors associated with caregivers' perceptions of children's oral health in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol.* [S.L.], v. 39, n.3, p.260-267, jun 2011. <https://doi:10.1111/j.1600-0528.2010.00598.x>.
 18. LEROY, Roos; et al. Oral hygiene and gingival health in Flemish pre-school children. *Community Dent Health.* [S.L.], v.28, n.1, p.75-81, 2011.
 19. JUNKES, Monica; et. al. Validity and Reliability of the Brazilian Version of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry – BREALD-30. *Plos One*, [S.L.], v.10, n. 7, p. 1-11, 2015. <https://doi:10.1371/journal.pone.0131600>.
 20. NABARRETTE, Mariana, et al. Esthetic impact of malocclusions in the anterior segment on children in the mixed dentition. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, [S.L.], v. 159, n. 1, p. 53-58, 2021. <https://doi:10.1016/j.ajodo.2019.11.019>.
 21. GOMES, Fátima Cristina da Silva; MELO, Livia Fernandes de; CHIAPPETTA, Ana Lúcia de Magalhães Leal. Masticatory standard features in deciduous and mixed teething among children from three to nine years old. *Rede de Revistas Científicas da América Latina*, [S.L.], v. 8, n. 3, p. 313-319, 2006.
 22. LYNCH, Richard. The primary and mixed dentition, post-eruptive enamel maturation and dental caries: a review. *Int Dent J.* [S.L.], v.63, n.2, p. 3-13, 2013. <https://doi:10.1111/idj.12076>.
 23. CREETH, Jonathan; BOSMA, Mary Lynn; GOVIER, Katherine. How much is a 'pea-sized amount'? A study of dentifrice dosing by parents in three countries. *International Dental Journal*, [S.L.], v. 63, p. 25-30, dez. 2013. <https://doi:10.1111/idj.12074>.
 24. 24 FAUSTINO-SILVA, Daniel Demétrio, et. al. Oral health care in preschool children: perceptions and knowledge of parents or legally responsible persons in a health care center of Porto Alegre, *Revista Odonto Ciência*, v. 23, n. 4, p. 375-479, 2008.

25. LANDIS, Richard; KOCH, Gary. The Measurement of Observer Agreement for Categorical. *Biometrics*, [S.L.], v. 33, n. 1, 159-174, 1977.
26. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS E PESQUISAS (ABEP) Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil. 2018. Disponível em: <https://www.abep.org/criterio-brasil>
27. BARASUOL, Jéssica Copetti; et al. Caregiver oral health literacy: relationship with socioeconomic factors, oral health behaviors and perceived child dental status. *Community Dent Health*, [S.L.], v.37, n.2, p. 110-114, 2020. https://doi:10.1922/CDH_4550Barasuol05.
28. SOUZA, Juliana Garcia Mugnai Vieira, et al. Conhecimento dos pais/ responsáveis sobre a saúde bucal e cronologia de erupção dentária. *Arqmudi*, [S.L.], v. 26, n.1, p.14-20, 2022.
29. KUMAR, Santhosh, et. al. Knowledge of Teething and Prevalence of Teething Myths in Mothers of Saudi Arabia. *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, v. 40, n. 1, p. 44-48, 2016. <https://doi:10.17796/1053-4628-40.1.44>.
30. MIOT, Hélio Amante. A. Análise de concordância em estudos clínicos e experimentais. *Jornal Vascular Brasileiro*, [S.L.], v. 15, n. 2, p. 89-92, 2016.
31. SILVEIRA, Nívea Lúcia; GARROCHO, Arnaldo de Almeida. Permeability of human dental enamel in relation to post-eruptive maturation. *Rev. CROMG*, [S.L.], v. 4, n.1, p. 22-26, 1998
32. SHAN, Linda. Modern thoughts on fissure sealants. *Dent Update*, [S.L.], v.27, n.8, p.370-374, 2000. <https://doi:10.12968/denu.2000.27.8.370>.
33. ANTONSON, Sibel, et al. Twenty-four-month clinical evaluation of fissure sealants on partially erupted permanent first molars: glass ionomer versus resin-based sealant. *The Journal of American Dental Association*, [S.L.], v.143, n.2, p. 115-122, 2012
34. PARNELL, Terri Ann; et al. A concept analysis of health literacy. *Nurs Forum*, [S.L.], v. 54, n.3, p. 315-327, 2019. <https://doi:10.1111/nuf.12331>.
35. NUTBEAM, Dom.; LLOYD, Jane. Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annu Rev Public Health*. [S.L.], v.1, n. 42, p. 159-173, abr 2021.

36. JONES, Micheala; LEE Jessica; GARY Rozier. Oral Health Literacy Among Adult Patients Seeking Dental Care. *J Am Dent Assoc*, v.138, n.9, p.1199-1208. [https://doi:10.14219/jada.archive.2007.0344](https://doi.org/10.14219/jada.archive.2007.0344).