

ARTIGO ORIGINAL

Características infantis, maternas e socioeconômicas influenciam hábitos de higiene bucal em escolares

Children, maternal and socioeconomic characteristics influence oral hygiene habits in schoolchildren

Maiara Paula Malacarne Zambaldi^a, Maria del Camem Bisi Molina^b, Katrini Guidolini Martinelli^c, Edson Theodoro dos Santos-Neto^d



^aPrograma de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Avenida Marechal Campos, 1468, Bonfim, Vitória, Espírito Santo, Brasil;

^bPrograma de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Avenida Marechal Campos, 1468, Bonfim, Vitória, Espírito Santo, Brasil;

^cDepartamento de Medicina Social, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Avenida Marechal Campos, 1468, Bonfim, Vitória, Espírito Santo, Brasil;

^dPrograma de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Avenida Marechal Campos, 1468, Bonfim, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

Autor correspondente
edsontheodoroneto@gmail.com

Manuscrito recebido: maio 2021
Manuscrito aceito: dezembro 2021
Versão online: Junho 2022

Resumo

Introdução: a prevenção da cárie dentária é realizada basicamente pela escovação e uso do fio dental. A adoção desses hábitos, principalmente em crianças, é um processo complexo que depende de fatores relacionados a diferentes aspectos da vida.

Objetivo: determinar a associação entre características infantis, maternas e socioeconômicas com hábitos de higiene bucal em escolares de 7 a 10 anos de Vitória, Espírito Santo, Brasil.

Método: estudo transversal realizado com amostra probabilística em três estágios com população final do estudo de 1.282 alunos. Os dados foram coletados por meio de questionário aplicado às crianças e aos pais para preenchimento e devolução. O desfecho foi a variável resumo denominada; Práticas de Higiene Bucal; com três combinações possíveis: nível menos favorável, nível intermediário e nível mais favorável. As variáveis independentes foram características das crianças, maternas e socioeconômicas. A Análise de Regressão Multinomial foi realizada entre as variáveis independentes que apresentaram significância p-valor<0,10 na Análise Bivariada e a variável resumo. O nível de significância para as variáveis no modelo final foi de p-valor<0,05 e o nível menos favorável foi utilizado como referência.

Resultados: a maioria das crianças era do sexo feminino (58,0%), com idade entre 8 e 9 anos (56,1%) e matriculada em escolas públicas (82,8%). O nível de higiene bucal mais favorável apresentou a maior prevalência (78,0%) entre os escolares. Permaneceram associadas ao nível mais favorável no modelo final as variáveis: morar com pai e mãe no mesmo domicílio (OR=2,88; IC 95%=1,15-7,20), consulta odontológica (OR=3,01; IC 95%=1,32-6,85), experiência em cárie (OR=2,88; IC 95%=1,15-7,20) e possuir escova de dentes (OR=4,72; IC 95%=1,43 -15,66).

Conclusão: os determinantes sociais têm forte influência na adoção de hábitos positivos. É necessário para a saúde pública uma abordagem mais abrangente na perspectiva das desigualdades em saúde para que o contexto familiar e social não seja negligenciado.

Palavras-chave: higiene bucal, hábitos, criança, determinantes sociais da saúde.

Suggested citation: Zambaldi MPM, Bisi Molina MC, Martinelli KG, dos Santos-Neto ET. Children, maternal and socioeconomic characteristics influence oral hygiene habits in schoolchildren. *J Hum Growth Dev.* 2022; 32(2):202-213. DOI: <http://doi.org/10.36311/jhgd.v32.13163>

Síntese dos autores

Por que este estudo foi feito?

É na infância que a criança tem maior facilidade de desenvolver os hábitos de higiene bucal e assimilar sua importância. Logo, é recomendável conhecer os fatores que influenciam a adoção de hábitos de higiene bucal mais favoráveis e o quanto estes fatores contribuem para a aquisição desses hábitos.

O que os pesquisadores fizeram e encontraram?

Foi executado um estudo transversal de base escolar com 1.282 escolares de 7 a 10 anos. O hábito de higiene bucal foi classificado em menos favorável, intermediário e mais favorável, segundo a frequência de escovação e uso de fio dental. Descobriu-se que posse de escova dental própria, a realização prévia de pelo menos uma consulta odontológica na vida, experiência prévia com cárie, peso ao nascer adequado e residir com pai e mãe foram fatores que contribuíram para que as crianças apresentassem hábitos de higiene bucal mais saudáveis.

O que essas descobertas significam?

Ter contato com o serviço odontológico na primeira infância é essencial para a criança adotar hábitos de higiene bucal mais favorável, seja por meio de uma consulta de rotina ou devido a necessidade ocasionada pela experiência de cárie na infância. Assim como fatores socioeconômicos, maternos e infantis devem ser considerados para atuação dos profissionais no âmbito da saúde bucal para a adoção de hábitos de higiene bucal mais favoráveis.

INTRODUÇÃO

A remoção do biofilme das superfícies dentárias ocorre principalmente por meio da escovação e da utilização do fio dental, o que contribui de maneira significativa para a prevenção das doenças bucais¹. Apesar dos métodos de higiene bucal serem amplamente difundidos, a adoção, propriamente dita, dos comportamentos de saúde é um mecanismo bastante complexo². Nesse contexto, os determinantes gerais de saúde relacionados ao ambiente físico, social, político, econômico e cultural em que os indivíduos habitam tornam-se protagonistas na adoção de hábitos referentes aos cuidados em saúde³.

As crianças são particularmente suscetíveis às condições a que são expostas de maneira que seus comportamentos em saúde estão constantemente sendo moldados pelo ambiente, pela história pregressa de vida e por experiências pessoais vivenciadas². Sendo assim, alguns fatores irão contribuir para a adoção efetiva de seus hábitos de higiene bucal tais como: características individuais^{4,5}; socioeconômicas relacionadas a renda familiar^{6,7}, condições de moradia⁸, nível de escolaridade materna⁹⁻¹¹ e características concernentes ao apoio social recebido por seus familiares e amigos^{5,10,12}.

No Brasil, a população jovem é expressiva visto que em 2021 dos 213 milhões de brasileiros, cerca de 30 milhões estavam na faixa etária de 5 a 14 anos¹³ sendo que quase a totalidade destes pode ser encontrada no ambiente escolar. Além disso, a escola possui papel fundamental na formação de atitudes e valores ao reunir crianças em idades que favoreçam a assimilação de medidas preventivas, como hábitos de higiene que são formados na infância¹⁴. O ambiente escolar também influencia no processo de socialização infantil, pois as crianças ao conviverem com professores e amigos assimilam o comportamento dos mesmos e moldam atitudes e comportamentos referentes à sua própria saúde bucal².

O presente estudo possui como cenário de pesquisa o município de Vitória-Espírito Santo (ES), Brasil, que se destaca entre as capitais brasileiras por apresentar características socioeconômicas favoráveis, tais como: o terceiro maior Produto Interno Bruto (PIB)¹⁵ per capita em 2019 e o melhor Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) no ano de 2012¹⁶. Diante dessas considerações, o objetivo deste estudo foi verificar a associação entre os fatores socioeconômicos, as características maternas e infantis e

a realização de práticas de higiene bucal em escolares de 7 a 10 anos.

MÉTODO

Desenho do Estudo, Local e Período

Trata-se de um estudo seccional, com dados coletados entre os meses de maio a dezembro de 2007, como parte do Estudo: “Nutrição e Saúde dos escolares de 7 a 10 anos matriculados em escolas públicas e privadas de Vitória - ES, Brasil (SAÚDES)⁹.”

População do Estudo e Critérios de Elegibilidade

Os participantes do estudo foram selecionados em um processo de amostragem probabilística por conglomerado de triplo estágio⁹ de modo que a cobertura espacial pudesse gerar uma amostra representativa da população da cidade, bem como uma proporção de representatividade dos sexos (feminino e masculino), idades (7, 8, 9 e 10 anos) e redes de ensino (pública e privada). Dessa maneira, a amostra final consistiu em 1.282 escolares.

Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada por meio de dois instrumentos: o primeiro aplicado às crianças por pesquisadores treinados para o esclarecimento de dúvidas e o segundo enviado aos responsáveis para o autopreenchimento. O formulário infantil abordava questões pertinentes a práticas de alimentação e saúde bucal, bem como dados antropométricos da criança. Já o questionário entregue aos responsáveis abrangia informações da mãe da criança, aspectos socioeconômicos e outras variáveis.

No presente estudo foram investigados os hábitos de higiene bucal das crianças e sua relação com características infantis, maternas e socioeconômicas. Desta maneira, as variáveis relacionadas à frequência de escovação diária e ao uso do fio dental foram sintetizadas em uma variável resumo denominada de “práticas de higiene bucal”.

Para a obtenção da variável resumo, cada possibilidade de resposta foi pontuada de acordo com situação “mais favorável” para “menos favorável” de maneira que, a frequência de escovação de três ou mais vezes ao dia, foi classificada igual a +3 pontos, duas vezes ao dia igual a +2 pontos, uma vez ao dia igual a +1

ponto. Quando a escovação não ocorria durante o dia a pontuação considerada foi de -1 ponto. O uso do fio dental foi classificado em: às vezes (+1 ponto), sim (+2 pontos) e não (-1 ponto).

Para cada criança participante do estudo os pontos referentes à frequência de escovação e utilização de fio dental foram somados determinando três situações possíveis concernentes às práticas de higiene bucal: situação menos favorável (pontuação -2 e 0), situação intermediária (pontuação 1, 2 e 3), situação mais favorável (pontuação 4 e 5).

As variáveis independentes utilizadas foram agrupadas em características infantis, características maternas e características socioeconômicas. As características infantis incluíam: experiência de cárie, sexo, idade, tipo de escola, companhia no almoço, companhia no jantar, local do almoço, local do jantar e peso ao nascer. Já as características maternas foram relacionadas ao número de filhos; escolaridade; ocupação das mães das crianças participantes do estudo; e, as características socioeconômicas consideradas foram: residência conjunta pai e mãe, aglomeração humana domiciliar, escolaridade do chefe da residência, classe socioeconômica, consulta odontológica pelo menos uma vez na vida e posse de escova dental própria da criança.

Análise de dados

As análises estatísticas foram realizadas no programa SPSS for Windows 17.0. Inicialmente, investigou-se a existência de associação entre as três situações possíveis da variável de práticas de saúde bucal e os fatores em estudo por meio das análises bivariadas exploratórias com o teste o Qui-quadrado de associação de Yates. A seguir, realizou-se a análise de Regressão Multinomial Multivariada entre a variável desfecho “Práticas de higiene bucal” e as variáveis independentes que demonstraram nível de significância menor ou igual a 0,10 na análise bivariada, de maneira que, para cada variável independente, foi obtido a razão de chances e o intervalo de confiança. A situação menos

favorável foi utilizada como categoria de referência.

As variáveis relacionadas escolaridade do chefe da família e classe socioeconômica não foram incluídas no modelo de análise final por estarem fortemente associadas entre si e com escolaridade materna (p -valor $<0,05$). Porém, a escolaridade materna funcionou como variável de ajuste, assim como local do almoço. A estatística Pseudo- R^2 (Cox & Snell e Nagelkerke) foi usada para escolher o melhor ajuste do modelo, cujo valor estava mais próximo de 1. O nível de significância adotado para as variáveis no modelo final foi de $p<0,05$.

Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa

A pesquisa do qual o presente estudo se originou foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo em 26/10/06, sob número de registro no CEP/UFES 089/06. A realização do estudo nas escolas públicas foi autorizada oficialmente pela Secretaria Municipal de Educação do Município de Vitória e todas as crianças participantes da pesquisa possuíam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos responsáveis.

RESULTADOS

Dos 1.282 alunos participantes do estudo, a maioria era do sexo feminino (58,0%), matriculados em escolas públicas (82,8%) do município de Vitória- ES, com idade predominante de 8 e 9 anos. A maioria das crianças nasceu com peso normal (90,8%) possuía alguém da família como companhia durante a realização tanto do almoço (73,2%) quanto do jantar (81,7%) e almoçavam (59,1%) e jantavam (59,4%) assistindo televisão. Quanto às práticas de higiene bucal, as seguintes frequências foram identificadas: 3,5% das crianças possuíam uma prática de higiene bucal menos favorável, 15,5% uma prática intermediária e 81,0% possuíam uma prática de higiene bucal mais favorável. Além disso, 44,4% dos escolares relataram experiência de cárie (tabela 1).

Tabela 1: Distribuição das variáveis relacionadas às características infantis do Estudo SAÚDES. Vitória/ES, Brasil, 2007

Variáveis	Categorias	Total	%
Prática de higiene bucal* (n=1.250)	Menos favorável	44	3,5
	Intermediária	194	15,5
	Mais favorável	1.012	81,0
Experiência de cárie* (n=1.274)	Sim	566	44,4
	Não	509	40,0
	Não sabe	199	15,6
Sexo	Masculino	538	42,0
	Feminino	744	58,0
Idade (em anos)	Sete	252	19,7
	Oito	359	28,0
	Nove	360	28,1
	Dez	311	24,3
Tipo de escola	Pública	1.061	82,8
	Privada	221	17,2

Continuação - Tabela 1: Distribuição das variáveis relacionadas às características infantis do Estudo SAÚDES. Vitória/ES, Brasil, 2007

Variáveis	Categorias	Total	%
Companhia almoço* (n=1.275)	Sozinha	173	13,6
	Com alguém da família	933	73,2
	Outras pessoas	169	13,3
Companhia no jantar* (n=1.265)	Sozinha	129	10,2
	Com alguém da família	1.033	81,7
	Outras pessoas	103	8,1
Local almoço* (n=1.278)	Mesa	509	39,8
	Vendo TV	755	59,1
	Outra atividade	14	1,1
Local jantar* (n=1.265)	Mesa	492	38,9
	Vendo TV	751	59,4
	Outra atividade	22	1,7
Peso ao nascer* (n=1.193)	Menos 2500g	110	9,2
	2500g ou mais	1.083	90,8

*As variáveis com dados faltantes tiveram o total inserido após a identificação da variável.

Fonte: Estudo SAÚDES, 2007.

Quanto às características das mães das crianças, os resultados apontaram que a maioria das mulheres havia estudado de 9 a 11 anos (41,3%), possuíam dois filhos (40,5%) e trabalhavam fora de casa e/ou eram profissionais liberais (62,4%). Em relação às variáveis socioeconômicas das famílias pesquisadas, houve uma predominância de menores que residiam com ambos os pais na mesma

residência (66,3%), famílias com até cinco habitantes (80,8%), famílias pertencentes à classe socioeconômica D+E (41,6%) e famílias em que a escolaridade do chefe da residência era de 9 a 11 anos (36,0%). Além disso, 85,7% das crianças já haviam ido ao dentista em algum momento da vida e 97,7% possuíam escova dental própria (tabela 2).

Tabela 2: Características maternas e socioeconômicas das crianças do Estudo SAÚDES. Vitória/ES, Brasil, 2007

Variáveis	Categorias	N	%
Nº de filhos* (n=1.261)	Um	271	21,5
	Dois	511	40,5
	Três	276	21,9
	Quatro ou mais	203	16,1
Escolaridade materna* (n=1.255)	1 a 4 anos	132	10,5
	5 a 8 anos	360	28,7
	9 a 11 anos	518	41,3
	12 anos ou mais	245	19,5
Ocupação materna* (n=1.254)	Empregadas/profissional liberal	782	62,4
	Desempregadas	232	18,5
	Dona de casa	240	19,1
Residência Conjunta pai/mãe* (n=1.249)	Sim	842	66,3
	Não	428	33,7
Aglomerização humana domiciliar* (n=1.237)	Até 5 pessoas	1.000	80,8
	Mais de 5 pessoas	237	19,2
Escolaridade do chefe* (n=1.147)	1 a 4 anos	163	14,2
	5 a 8 anos	340	29,6
	9 a 11 anos	413	36,0
	12 anos ou mais	231	20,1
Classe socioeconômica* (n=1.123)	A+B	262	23,3

Continuação - Tabela 2: Características maternas e socioeconômicas das crianças do Estudo SAÚDES. Vitória/ES, Brasil, 2007

Variáveis	Categorias	N	%
Pelo menos uma consulta odontológica na vida* (n=1.275)	C	394	35,1
	D+E	467	41,6
	Sim	1.093	85,7
Posse de escova dental própria	Não	182	14,3
	Sim	1.253	97,7
	Não	29	2,3

* As variáveis com dados faltantes tiveram o total inserido após a identificação da variável.
Fonte: Estudo SAÚDES, 2007.

As tabelas 3 e 4 apresentam os resultados das análises bivariadas relacionadas as características infantis, maternas e socioeconômicas e os três cenários possíveis de desfecho. Nessas análises, as práticas de higiene bucal associaram-se, considerando o nível de significância de

10%, com: pelo menos uma consulta odontológica na vida ($p<0,001$), escova dental própria ($p<0,001$), experiência de cárie ($p<0,001$), sexo ($p=0,036$), idade ($p=0,003$), companhia no jantar ($p=0,084$), local do almoço ($p<0,001$) e peso ao nascer ($p=0,018$).

Tabela 3: Análise bivariada das características infantis com o desfecho prática de higiene bucal das crianças do Estudo SAÚDES. Vitória/ES, Brasil, 2007.

Variáveis	Categorias	Total	Prática de Higiene Bucal			p valor χ^2
			Menos favorável	Intermediária	Mais favorável	
Experiência de Cárie	Sim	553	9 (1,6%)	66 (11,9%)	478 (86,4%)	<0,001
	Não	494	26 (5,3%)	97 (19,6%)	371 (75,1%)	
	Não sabe	195	9 (4,6%)	30 (15,4%)	156 (80,0%)	
Sexo da Criança	Masculino	522	21 (4,0%)	96 (18,4%)	405 (77,6%)	0,036
	Feminino	728	23 (3,2%)	98 (13,5%)	607 (83,4%)	
Idade da Criança	Sete ou Oito	596	31 (5,2%)	98 (16,4%)	467 (78,4%)	0,003
	Nove ou Dez	654	13 (2,0%)	96 (14,7%)	545 (83,3%)	
Tipo de Escola	Pública	1.035	40 (3,9%)	157 (15,2%)	838 (81,0%)	0,285
	Privada	215	4 (1,9%)	37 (17,2%)	174 (80,9%)	
Companhia no Almoço	Sozinha	167	8 (4,8%)	27 (16,2%)	132 (79,0%)	0,815
	Com alguém da família	909	29 (3,2%)	138 (15,2%)	742 (81,6%)	
	Outras pessoas	167	7 (4,2%)	27 (16,2%)	133 (79,6%)	
Companhia no Jantar	Sozinha	125	9 (7,2%)	21 (16,8%)	95 (76,0%)	0,084
	Com alguém da família	1.008	30 (3,0%)	151 (15,0%)	827 (82,0%)	
	Outras pessoas	100	4 (4,0%)	20 (20,0%)	76 (76,0%)	
Local almoço	Mesa	497	7 (1,4%)	61 (12,3%)	429 (86,3%)	<0,001
	Vendo TV	735	36 (4,9%)	129 (17,6%)	570 (77,6%)	
	Outra atividade	14	1 (7,1%)	4 (28,6%)	9 (64,3%)	
Local jantar	Mesa	479	11 (2,3%)	69 (14,4%)	399 (83,3%)	0,338
	Vendo TV	732	31 (4,2%)	120 (16,4%)	581 (79,4%)	
	Outra atividade	22	1 (4,5%)	3 (13,6%)	18 (81,8%)	
Peso ao nascer	Menos 2500g	106	8 (7,5%)	11 (10,4%)	87 (82,1%)	0,018
	2500g ou mais	1059	31 (2,9%)	167 (15,8%)	861 (81,3%)	

Fonte: Estudo SAÚDES, 2007.

Quanto às características maternas e socioeconômicas verificaram-se associação com o desfecho as variáveis: escolaridade materna ($p=0,004$); residência conjunta com pai e mãe ($p<0,001$); escolaridade do chefe ($p=0,012$) e classe socioeconômica ($p=0,061$).

Tendo como referência as práticas de higiene bucal no nível menos favorável, foram associadas ao nível intermediário: peso ao nascer ($OR=3,69$; $IC\ 95\%=1,15-11,88$), residência conjunta pai e mãe ($OR=3,09$; $IC\ 95\%=1,29-7,43$) e pelo menos uma consulta odontológica

na vida ($OR=2,52$; $IC\ 95\%=1,02-6,27$). Contudo, no nível mais favorável, outras duas variáveis apareceram significativamente associadas no modelo final: a experiência de cárie ($OR=2,88$; $IC\ 95\%=1,15-7,20$) e a posse de escova dental própria ($OR=4,72$; $IC\ 95\%=1,43-15,66$), além das variáveis: residência conjunta pai e mãe ($OR=2,87$; $IC\ 95\%=1,26-6,53$) e pelo menos uma consulta odontológica na vida ($OR=3,01$; $IC\ 95\%=1,32-6,85$), conforme tabela 5.

Tabela 4: Análise bivariada das características maternas e socioeconômicas com o resultado da prática de higiene bucal das crianças no Estudo SAÚDES. Vitória/ES, Brasil, 2007

Variáveis	Categorias	Total	Prática de Higiene Bucal			p-valor
			Menos favorável	Intermediário	Mais favorável	
numero de filhos	uma	261	9 (3,4%)	39 (14,9%)	213 (81,6%)	0,335
	duas	501	20 (4,0%)	73 (14,6%)	408 (81,4%)	
	Três	269	4 (1,5%)	47 (17,5%)	218 (81,0%)	
	quatro ou mais	198	11 (5,6%)	31 (15,7%)	156 (78,8%)	
educação da mãe	1 to 4 anos	130	10 (7,7%)	14 (10,8%)	106 (81,5%)	0,004
	5 to 8 anos	352	19 (5,4%)	55 (15,6%)	278 (79,0%)	
	9 to 11 anos	500	8 (1,6%)	78 (15,6%)	414 (82,8%)	
	12 anos ou mais	241	6 (2,5%)	42 (17,4%)	193 (80,1%)	
ocupação da mãe	Empregada/ profissional freelance	757	22 (2,9%)	117 (15,5%)	618 (81,6%)	0,611
	desempregada	229	9 (3,9%)	34 (14,8%)	186 (81,2%)	
	do lar	236	12 (5,1%)	36 (15,3%)	188 (79,7%)	
Residência Conjunta Pai/Mãe	Sim	823	17 (2,1%)	127 (15,4%)	679 (82,5%)	<0,001
	Não	416	27 (6,5%)	63 (15,1%)	326 (78,4%)	
Aglomeracão Humana Doméstica	mais de 5 pessoas	973	31 (3,2%)	148 (15,2%)	794 (81,6%)	0,332
	mais de 5 pessoas	232	12 (5,2%)	36 (15,5%)	184 (79,3%)	
educaçãõ do chefe de familia	1 to 4 anos	161	13 (8,1%)	24 (14,9%)	124 (77,0%)	0,012
	5 to 8 anos	327	17 (5,2%)	49 (15,0%)	261 (79,8%)	
	9 to 11 anos	402	7 (1,7%)	61 (15,2%)	334 (83,1%)	
	12 anos ou mais	226	5 (2,2%)	37 (16,4%)	184 (81,4%)	
Perfil socioeconomico	A+B	258	7 (2,7%)	39 (15,1%)	212 (82,2%)	0,061
	C	383	8 (2,1%)	64 (16,7%)	311 (81,2%)	
	D+E	452	25 (5,5%)	61 (13,5%)	366 (81,0%)	
Pelo menos uma consulta odontológica na vida	Sim	1.063	28 (2,6%)	164 (15,4%)	871 (81,9%)	<0,001
	Não	180	16 (8,9%)	29 (16,1%)	135 (75,0%)	
Possuir uma escova dental	Sim	1222	37 (3,0%)	188 (15,4%)	997 (81,6%)	<0,001
	Não	28	7 (25,0%)	6 (21,4%)	15 (53,6%)	

Tabela 5: Análise multivariada das categorias nível intermediário e mais favorável em relação à prática de higiene bucal menos favorável das crianças do Estudo SAÚDES. Vitória/ES, Brasil, 2007**

Nível Menos Favorável da Práticas de Higiene Bucal - Categoria de Referência		Categorias	OR bruta (IC 95%)	OR ajustada (IC 95%)
Práticas de Higiene Bucal (Nível Intermediário)	Sexo	Feminino	1,00	-
		Masculino	1,07 (0,56-2,07)	-
	Idade	7-8 anos	1,00	-
		9-10 anos	2,34 (1,15-4,73)	-
	Peso ao nascer	Menos de 2500g	1,00	1,00
		2500g ou mais	3,92 (1,46-10,52)	3,69 (1,15-11,88)
	Residência conjunta Pai/Mãe	Não	1,00	1,00
		Sim	3,20 (1,63-6,31)	3,09 (1,29-7,43)
	Experiência de cárie	Não	1,00	1,00
		Sim	1,97 (0,87-4,46)	1,54 (0,59-4,05)
	Pelo menos uma consulta odontológica na vida	Não	1,00	1,00
		Sim	3,23 (1,56-6,71)	2,52 (1,02-6,27)
	Escova dental própria	Não	1,00	1,00
		Sim	5,93 (1,88-18,65)	3,67 (0,84-15,98)
Práticas de Higiene Bucal (Nível Mais Favorável)	Sexo	Feminino	1,00	-
		Masculino	0,73 (0,40-1,34)	-
	Idade	7-8 anos	1,00	-
		9-10 anos	2,78 (1,44-5,38)	-
	Peso ao nascer	Menos de 2500g	1,00	1,00
		2500 g ou mais	2,55 (1,14-5,73)	2,50 (0,92-6,78)
	Residência conjunta Pai/Mãe	Não	1,00	1,00
		Sim	3,31 (1,78-6,16)	2,87 (1,26-6,53)
	Experiência de cárie	Não	1,00	1,00
		Sim	3,72 (1,72-8,03)	2,88 (1,15-7,20)
	Pelo menos uma consulta odontológica na vida	Não	1,00	1,00
		Sim	3,69 (1,94-6,99)	3,01 (1,32-6,85)
	Escova dental própria	Não	1,00	1,00
		Sim	12,58 (4,84-32,69)	4,72 (1,43-15,66)

**Modelo ajustado pelas variáveis que permaneceram no modelo ajustado mais as covariáveis: local do almoço e escolaridade materna.
Fonte: Estudo SAÚDES, 2007.

DISCUSSÃO

A adoção de comportamentos positivos dos indivíduos sobre sua saúde bucal é influenciada por uma série de fatores externos, tais como: nível socioeconômico, renda, educação¹⁷, condições de moradia e habitação¹⁸, e principalmente por suas características individuais¹⁹. A saúde é, portanto, resultado dos diferentes modos de organização social²⁰.

A variável posse de escova dental própria associou-se, com o desfecho no nível mais favorável, visto que as crianças que possuíam escova tinham quase cinco vezes

a chance de terem uma prática de higiene bucal mais favorável, em relação a uma prática menos favorável, do que aquelas crianças que não possuíam escova dental ou compartilhavam em seu domicílio. Deve-se compreender que o acesso ao utensílio escova dental é o pressuposto inicial para a incorporação de hábito de higiene bucal pela criança²¹, porém não o único.

Tendo em vista que na infância, os pais e a família são a influência mais importante no desenvolvimento e formação de hábitos de saúde bucal por parte das crianças^{2,22,23}, esse estudo também investigou aspectos

concernentes ao ambiente familiar em que a criança estava inserida. Quanto aos aspectos familiares, os resultados apontaram uma associação positiva entre o fato de a criança residir na mesma casa com o pai e a mãe e as práticas de higiene bucal em nível intermediário e mais favorável, ao considerarmos a situação menos favorável como referência. Sendo assim, os escolares que residiam com o pai e a mãe na mesma casa apresentavam cerca de três vezes a chance de terem uma prática de higiene bucal intermediária ou mais favorável do que àquelas crianças que não possuem residência conjunta com ambos os pais. Baseado nessa evidência científica contata-se a importância da estrutura familiar nos comportamentos em saúde das crianças e que os pais em conjunto são os principais responsáveis pelos ensinamentos em saúde bucal aos menores^{24,25}.

De maneira similar, outras investigações têm demonstrado resultados semelhantes aos encontrados no presente estudo, ao apontarem associação entre os hábitos e estilo de vida das famílias com a frequência de escovação por parte das crianças. Maes *et al.*²⁶ evidenciaram que em crianças e adolescentes de 11 a 15 anos, que viviam com ambos os pais na mesma residência, possuíam maior probabilidade de escovarem os dentes mais de uma vez ao dia em relação aqueles que residiam com apenas um dos responsáveis.

Em outro estudo, realizado por Levin *et al.*⁵, com crianças na faixa etária de 11 a 15 anos, a chance de escovar os dentes duas vezes ao dia foi menor entre aqueles que viviam com apenas um dos pais em relação àqueles que viviam com ambos. Já em uma pesquisa conduzida em 32 países do mundo, com pais de crianças de 3 e 4 anos observou-se que quando os pais estimulam a escovação das crianças pelo menos duas vezes ao dia, isso é fundamental para que o hábito seja adquirido e perpetuado pelos menores^{26,27}.

Além da influência que os pais possuem na frequência de realização de práticas de higiene bucal de seus filhos, observa-se também que famílias de pais divorciados/separados enfrentam situações que podem influenciar de maneira negativa a saúde física de seus membros²⁸. A diminuição dos recursos econômicos disponíveis para suprir as necessidades familiares, baixos níveis de suporte social e as alterações na rotina proveniente da reestruturação familiar podem enfraquecer a qualidade da saúde física dos menores²⁸, visto que a coesão familiar deficiente está relacionada diretamente a uma maior chance de baixa frequência de escovação diária pelas crianças e adolescentes¹¹. Dessa maneira, pode-se inferir que a adoção de hábitos de higiene bucal mais favoráveis depende do ambiente familiar propício e que os pais influenciam de maneira determinante a saúde bucal de suas crianças.

Em relação às características dos responsáveis pelos menores, a escolaridade materna não se associou significativamente com a prática de higiene bucal nível mais favorável contrariando alguns estudos^{6,29,30}. Porém, esse achado corrobora com o estudo de Casanova-Rosado *et al.*⁴ em que os níveis de escolaridade maternos e paternos não se mostraram diferentes entre os grupos de alta e baixa frequência de escovação. No entanto, para representar variáveis socioeconômicas: escolaridade do chefe e classe

social, a mesma foi inserida como variável de ajuste ao modelo final.

Deve-se considerar que, apesar do conhecimento adquirido por meio da escolaridade possibilitar um maior acesso as informações de saúde, ao permitir que indivíduos tomem decisões mais positivas acerca dos cuidados em saúde e a perpetuem o cuidado em seu âmbito familiar³¹. Além disso, o ensino dos métodos de higiene bucal é bastante difundido na sociedade especialmente no meio escolar, o que pode contribuir para reduzir as desigualdades de informação que os diferentes níveis de escolaridade propiciam. O Programa Saúde na Escola (PSE) do governo brasileiro pode ser citado como exemplo. Ele vem sendo instituído nos municípios desde 2007, com a finalidade de promover a saúde geral e bucal dos alunos das instituições de ensino público. Entre as ações concernentes à saúde bucal estão: educação em saúde bucal, escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor³². No caso específico de Vitória-ES, onde o presente estudo foi conduzido, as ações de saúde nas escolas têm sido realizadas de modo sistemático, mesmo antes do lançamento dessa política.

A associação das práticas de higiene bucal com a utilização dos serviços odontológicos também vem sendo relatado por diferentes pesquisas científicas^{17,33}. Neste estudo, a consulta odontológica realizada pelo menos uma vez na vida associou-se de maneira significativa com a variável “práticas de higiene bucal”, demonstrando que quem realizou consulta odontológica tem aproximadamente três vezes a chance de ter uma prática mais favorável de higiene bucal do que aquelas crianças que nunca foram ao dentista.

Esses achados corroboram com a pesquisa conduzida por Casanova-Rosado *et al.*⁴, cujos resultados apontaram uma maior probabilidade (37%) de escovar os dentes, pelo menos uma vez ao dia, em crianças que já haviam ido ao dentista. De maneira similar, outros estudos^{30,17} vêm relatando uma frequência de escovação diária mais elevada em grupos que utilizam os serviços odontológicos com uma maior frequência. A associação da consulta odontológica com uma prática de higiene bucal mais favorável pode ocorrer devido à orientação de forma mais constante por um profissional treinado, sobre a importância dos hábitos de higiene na manutenção da saúde bucal, estimulando a criança a realizar a escovação e o uso do fio de maneira mais frequente. Além disso, a consulta parece estimular a higiene bucal quando comparada ao nível menos favorável. A literatura científica relata que crianças desenvolvem maior capacidade de incorporar os cuidados ensinados por um profissional habilitado⁴.

O baixo peso ao nascer (<2500g) também se associou de maneira significativa com o nível intermediário de prática de higiene bucal. Crianças com baixo peso ao nascer possuem um risco aumentado de paralisia cerebral, convulsões, retardo mental severo, infecções no trato respiratório, dentre outros riscos³⁴. Na cavidade bucal também podem ocorrer alterações relacionadas a defeitos no esmalte dentário, alteração na cronologia de erupção dentária e predisposição de lesões de cárie dentária na dentição decídua além de disfunções no complexo craniofacial que podem ocasionar desvio do palato³⁵.

Tendo em vista as intercorrências relacionadas, os resultados encontrados podem ser devido a associação entre os aspectos psicossociais e a adoção de hábitos positivos relacionados a saúde bucal. O estudo de Davlogio *et al.*¹⁰ demonstrou que aqueles adolescentes que não se sentiam discriminados e eram aceitos pelo seu grupo de convívio escovavam os dentes com maior frequência. Em outro estudo conduzido por Koerber *et al.*¹² aquelas crianças que não possuíam problemas com sua aparência física também adotavam hábitos de higiene bucal mais favoráveis.

Dentre as doenças bucais, a cárie dentária é a principal enfermidade que acomete a cavidade bucal. Nesse sentido, a remoção do biofilme da superfície dental por meio da escovação por escolares contribui de maneira significativa para sua prevenção¹. Os resultados do presente estudo apontaram uma associação entre a experiência de cárie positiva com o nível mais favorável de prática de higiene bucal contrariando alguns estudos^{4,36,37} que descreveram associação positiva entre maior frequência de escovação e uso do fio dental e menor incidência de cárie. Entretanto, os estudos apresentados^{4,36,37}, considera a frequência de escovação limitada a uma vez ou duas vezes ao dia, sem considerar o uso do fio dental. Neste estudo, a avaliação dos níveis de práticas de higiene bucal foi mais rigorosa, porque a frequência de escovação, no nível mais favorável, por exemplo, considerou a realização da escovação pela criança, de duas ou mais vezes ao dia, vinculada à utilização do fio dental de modo esporádica ou frequente. Isso pode explicar a aparente contradição entre o presente estudo e a literatura científica consultada.

Além disso, a experiência progressiva de cárie pode ter influência positiva ao incentivar a adoção de hábitos de higiene mais frequentes já que as atitudes e comportamentos em saúde são afetados de maneira significativa por experiências de vida e histórias pessoais².

O estudo possui como principal limitação o tempo decorrido desde a coleta de dados até a publicação (15 anos), entretanto por se tratar de um estudo de associação e não de prevalência os achados continuam sendo válidos. Outras limitações dizem respeito ao fato das informações obtidas com as crianças e no questionário dos responsáveis estarem sujeitas a viés de informação e memória. Além disso, as associações encontradas devem ser analisadas com cautela, visto que o estudo não pretende realizar inferências diretas entre causas e efeitos, mas sim avaliar a complexidade de elementos comportamentais e sociais envolvidos na prática da higiene bucal das crianças.

Apesar de se tratar de um estudo de base escolar, a inferência dos resultados para uma população de crianças não-escolares é contundente. Com a inclusão de escolares no delineamento obteve-se a quase totalidade das crianças da faixa etária de 7 a 10 anos visto que mais de 99%³⁸ dos menores de 6 a 14 anos estão matriculados no sistema de ensino.

■ REFERÊNCIAS

1. Herrera MDS, Medina-Solis C.E, Minaya-Sánchez M, Pontigo-Loyola AP, Villalobos-Rodelo JJ, Islas-Granillo H, Rosa-Santillana RL, Maupomé G. Dental plaque, preventive care, and tooth brushing associated with dental caries in primary teeth in schoolchildren ages 6–9 years of Leon, Nicaragua. *Med Sci Monit.* 2013; 19: 1019-1026. DOI: 10.12659/MSM.884025

■ CONCLUSÃO

A adoção de hábitos de higiene bucal em crianças é um comportamento complexo determinado por uma variedade de fatores relacionados a diferentes aspectos de vida. Entre as características infantis estudadas, o peso ao nascer e a experiência de cárie associaram-se com a prática de higiene bucal no nível intermediário e mais favorável, respectivamente. Os resultados deste estudo reforçam que a coesão familiar é importante para frequência de realização de hábitos de higiene bucal, da mesma forma que a utilização dos serviços de saúde por meio da consulta odontológica e a posse de escova dental própria sem compartilhamento.

É evidente a importância dos determinantes sociais na adoção de hábitos positivos para manutenção da adequada saúde bucal reforçando a necessidade de uma abordagem mais abrangente sob a ótica das desigualdades sociais. Além disso, é de fundamental necessidade, uma maior compreensão por parte dos profissionais de saúde de como os comportamentos em saúde evoluem, se desenvolvem e se modificam para que o conhecimento a respeito dos métodos de higiene bucal seja transmitido de maneira individual de acordo com o contexto social e familiar que cada criança está inserida. Além disso, as considerações explicitadas nesse estudo podem ser utilizadas para subsidiarem ações e programas de saúde que se mostrem mais positivas e eficazes em relação à adoção e perpetuação dos hábitos de higiene bucal e manutenção da saúde bucal pelas crianças e dos envolvidos em seu contexto social.

Contribuições dos autores

Concepção, planejamento, análise, interpretação dos resultados e redação do trabalho: MPMZ; Concepção, planejamento, interpretação dos resultados e revisão final do trabalho: MCBM; Análise, interpretação dos resultados e redação do trabalho: KGM; concepção, planejamento, interpretação dos resultados, redação do trabalho e revisão final do trabalho: ETSN. Todos os autores aprovaram a versão final encaminhada.

Financiamento

Este projeto foi financiado pelo Fundo de Apoio à Ciência e Tecnologia de Vitória (FACITEC)

Agradecimentos

Secretaria Municipal de Educação de Vitória-Espírito Santo, Brasil.

Conflitos de Interesses

Os autores declaram não ter conflitos de interesse com relação à autoria e publicação deste artigo.

2. Freeman R. The determinants of dental health attitudes and behaviours. *British Dental Journal*. 1999; 187(1): 15-18.
3. Filho AP, Buss PM, Esperidião MA. Promoção da saúde e seus fundamentos: Determinantes sociais de saúde, ação intersetorial e políticas públicas saudáveis. 2014. In Paim JS; Almeida-Filho N. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro, ed. Medbook 2014; 305-326.
4. Casanova-Rosado AJ, Medina-Solís CE, Casanova-Rosado JF, Vallejos-Sánchez AA, Minaya-Sánchez M, Mendoza-Rodríguez M, Márquez-Rodríguez S, Maupomé G. Tooth brushing frequency in Mexican schoolchildren and associated socio-demographic, socioeconomic, and dental variables. *Med. Sci. Monit*. 2014; 20: 938-44.
5. Levin KA, Currie C. Adolescent toothbrushing and the home environment: sociodemographic factors, family relationships and mealtime routines and disorganisation. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2010; 38:10-18.
6. Lapresa LB, Barbero BS, Arizaleta LH. Prevalencia de hábitos bucodentales saludables en la población infanto-juvenil residente en España. *An Pediatr*. 2012; 76(3): 140-47.
7. Stanev N, Doichinova L, Andreeva-Borisova R. The Role Of Parents Health Literacy For The Development Of Dental Caries In Children. *MedInform*. 2020; 7(2): 1190-1197.
8. Macgregor IDM, Balding JW. Toothbrushing frequency in relation to family size and bedtimes in English schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1987; 15: 181-3.
9. Faria CP, Cade NV, Nascimento LR, Molina MDCB. Prevalência de excesso de peso em crianças de sete a dez anos de Vitória - ES, Brasil: um estudo de base escolar. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. 2011; 13(1): 31-37.
10. Davoglio RS, Aerts DRG, Abegg C, Freddo SL, Monteiro L. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(3): 655-667.
11. Ferreira LL, Brandão GAM, Garcia G, Batista MF, Costa LST, Ambrosano GMB, Possobon RF. Coesão familiar associada à saúde bucal, fatores socioeconômicos e comportamentos em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(8): 2461-73.
12. Koerber A, Graumlich S, Punwani LC, Berbaum ML, Burns JL, Levy SR, Cowell JM, Flay BR. Covariates of Tooth-brushing Frequency in Low-income African Americans From Grades 5 to 8. *Pediatric Dentistry* 2006; 28(6).
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); 2022. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=31451&t=resultados> >.
14. Oliveira Neto AG, Mendes E de O, Thomes CR, Lima S da S, Oliveira R da C, Pinto C de O, Santos JL dos, Bandeira ME, Vieira HF, Carvalho WC, Silva DW dos S, Costa LVD de A, Santana LR, Feitosa ACR. A promotion of oral health in the context of the primary school environment: bibliographic review. *Research Society and Development*. 2021; 10(12): e78101220191.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019. Produto Interno Bruto dos Municípios. Available from: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9088-produto-interno-bruto-dos-municipios.html?=&t=destaques>>.
16. Ministério da Saúde. Brasil, 2012. Índice de Desempenho do SUS (IDSUS). Available from: <<http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/indicadores/idsus1.asp>>.
17. Medina-Solís CE, Villalobos-Rodelo JJ, Márquez-Corona ML, Vallejos-Sánchez AA, Portillo-Núñez CL, Casanova-Rosado AJ. Desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios de salud bucal: estudio en escolares mexicanos de 6 a 12 años de edad. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(12): 2621-31.
18. Braubach M, Fairburn J. Social inequities in environmental risks associated with housing and residential location—a review of evidence. *European Journal of Public Health*. 2009; 20(1): 36–42.
19. Gabardo MCL, Moysés SJ, Moysés ST, Olandoski M, Olinto M. TA, Pattussi MP. Multilevel analysis of self-perception in oral health and associated factors in Southern Brazilian adults: a cross-sectional study. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(1): 49-59.
20. Campos GW, Barros RB, Castro AM. de. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(3): 745-49.
21. Prado JS, Aquino DR, Cortelli JR, Cortelli SC. Condição Dentária e Hábitos de Higiene Bucal em Crianças com Idade Escolar. *Rev. Biociênc* 2001; 7(1): 63-69.
22. Okada M, Kawamura M, Kaihara Y, Matsuzaki Y, Kuwahara S, Ishidori H, Miura K. Influence of parents' oral health behaviour on oral health status of their school children: an exploratory study employing a causal modelling technique. *International Journal of Paediatric Dentistry* 2002; 12: 101-108.

23. Castilho ARF, Mialheb FL, Barbosa TS, Puppim-Rontanid MR. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr* 2013; 89(2): 116–123.
24. Domingues SM, Carvalho ACD, Narvai PC. Saúde bucal e cuidado odontológico: representações sociais de mães usuárias de um serviço público de saúde. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum* 2008; 18(1): 66-78.
25. Freire MCM, Sheiham A, Bino YA. Hábitos de higiene bucal e fatores sociodemográficos em adolescentes. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10(4): 606-14.
26. Maes L, Vereecken C, Vanobbergen J, Honkala S. Tooth brushing and social characteristics of families in 32 countries. *International Dental Journal* 2006; 56: 159-167.
27. Adair PM, Pine CM, Burnside G, Nicoll AD, Gillett A. et al. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. *Community Dent Health*. 2004; 21: 102-11.
28. Roseiro CP, Paula KMP de, Mancini CN. Estresse e enfrentamento infantil no contexto do divórcio parental. *Arq. bras. psicol.* 2020; 72(1): 55-71.
29. Vallejos-Sánchez AA, Medina-Solís CE, Maupomé G, Casanova-Rosado JF, Minaya-Sánchez M, Villalobos-Rodelo JJ, Pontigo-Loyola AP. Sociobehavioral Factors Influencing Toothbrushing Frequency Among Schoolchildren. *J Am Dent Assoc.* 2008; 139: 743-749.
30. Rajab LD, Petersen PE, Bakaeen G, Hamdan MA. Oral health behaviour of schoolchildren and parents in Jordan. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 2002; 12: 168–76.
31. Paredes SO, Almeida DB, Fernandes JMFA, Forte FDS, Sampaio FC. Behavioral and social factors related to dental caries in 3 to 13 year-old children from João Pessoa, Paraíba, Brazil. *Rev. odonto ciênc* 2009; 24(3): 231-35.
32. Ministério da Saúde. Indicadores e Padrões de Avaliação - PSE Ciclo 2021/2022. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, 2021.
33. Solis G, Pesaressi E, Mormontoy W. Tendencia y factores asociados a la frecuencia de cepillado dental en menores de doce años, Perú 2013-2018. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2019; 36(4): 562-72.
34. Diniz MF, Coldebella RC, Zuanon ACC, Cordeiro RCL. Alterações orais em crianças prematuras e de baixo peso ao nascer: a importância da relação entre pediatras e odontopediatras. *Rev Paul Pediatr.* 2011; 29(3): 449-55.
35. Sousa MF, Lobato LS, Pereira Neta MAL, Sousa LF, Farias TC, Pinheiro MWS, Caldas TT da S, Gomes HLP, Aquiles I da SL, Castro LFN, Cruz ES da, Dias A da S e S. Oral alterations in preterm and low birth weight children: the importance of multidisciplinary work. *Research Society and Development.* 2022; 11(3): e24311326528.
36. Guido JA, Mier EAM, Soto A, Eggertsson H, Sanders BJ, Jone JE, Weddell JA, Cruz IV, Concha JLA. Caries prevalence and its association with brushing habits, water availability, and the intake of sugared beverages. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 2011; 21: 432-440.
37. Hernández-Martínez CT, Medina-Solís CE, Robles-Bermeo NL, Mendonza-Rodríguez MM, Veras-Hernández M, Rosa-Santillana R, Escoffié-Ramírez M Márquez-Rodríguez. Uso de auxiliares para la higiene bucal y su distribución por edad y sexo em escolares de seis a 12 años de edad. *Revista de Investigación Clínica.* 2014; 66(2): 157-163.
38. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD-C – Suplemento educação): microdados 2020. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/downloadsestatisticas.html?caminho=Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Anual/Microdados/Trimestre>

Abstract

Background: the prevention of dental caries is basically done by brushing and flossing the teeth. The adoption of these habits, especially in children, is a complex process that depends on factors related to different aspects of life.

Objective: to determine the association between children's, maternal and socioeconomic characteristics with oral hygiene habits in students aged 7 to 10 years in Vitória, Espírito Santo, Brazil.

Methods: cross-sectional study conducted with probabilistic sample of triple stage with final study population of 1,282 students. Data were collected using a questionnaire applied to children and questionnaire sent to parents to fill out and return. The outcome was the variable summary called "Oral Hygiene Practices" with three possible combinations: less favorable level, intermediate level and more favorable level. The independent variables were children's, maternal and socioeconomic characteristics. The Multinomial Regression Analysis was performed between the independent variables that showed significance less or equal to 0.10 in the Bivariate Analysis and the summary variable. The significance level for the variables in the final model was $p < 0.05$ and less favorable level was used as reference.

Results: most were female (58.0%), aged 8 and 9 (56.1%) and enrolled in public schools (82.8%). The most favorable oral hygiene level showed the highest prevalence (78.0%) among schoolchildren. Remained associated to more favorable level in the final model the variables: living with father and mother in the same home (OR=2,88; IC95%=1,15-7,20), dental appointment (OR=3,01; IC95%=1,32-6,85), cavity experience (OR=2,88; IC95%=1,15-7,20) and own a toothbrush (OR=4,72; IC95%=1,43-15,66).

Conclusion: social determinants have a strong influence on the adoption of positive habits. It is necessary for public health a more comprehensive approach to the perspective of health inequalities so that the family and social context should not be overlooked.

Keywords: oral hygiene, habits, child, social determinants of health.

©The authors (2022), this article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.