

Associação do nível de escolaridade de pais e responsáveis com os hábitos alimentares e de higiene bucal de crianças

Patrícia Alves Drummond de Oliveira¹, Cristiane Baccin Bendo², Saul Martins Paiva², Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu², Sheyla Márcia Auad²

¹Faculdade de Estudos Administrativos de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

²Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Objetivo: Investigar a associação entre hábitos alimentares e de higiene bucal de crianças de 2 a 14 anos e nível de escolaridade dos pais/responsáveis.

Métodos: Este estudo transversal foi realizado com uma amostra de conveniência de 214 pais/responsáveis por crianças, selecionadas em cinco escolas públicas de Belo Horizonte, sudeste do Brasil. Um formulário preenchido pelos pais/responsáveis forneceu informações sobre seu nível de escolaridade e sobre hábitos dietéticos e de higiene bucal das suas crianças. A amostra foi estratificada em dois grupos: pais/responsáveis de crianças de 2 a 6 anos (n=119; 55,6%) e de 7 a 14 anos (n=95; 44,4%). O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil. A análise dos dados foi realizada pelo teste Qui-quadrado de Pearson e Teste Exato de Fisher ($p < 0,05$).

Resultados: Maior nível educacional dos pais e responsáveis foi associado ao consumo de leite pelas crianças de 7 a 14 anos (OR=6,37; 95% IC: 2,27-17,88; $p < 0,001$) e inversamente relacionada ao consumo de balas na faixa etária de 2 a 6 anos (OR=0,26; 95% IC: 0,11-0,58, $p < 0,001$) e chicletes nos dois grupos (2 a 6 anos, $p < 0,001$ e 7 a 14 anos $p=0,014$). A educação parental mais alta foi associada ao maior uso de pasta de dente infantil pelas crianças de 2 a 6 anos (OR=3,32; 95% IC: 1,52-7,24; $p = 0,002$), a uma frequência maior de escovação nas crianças de 2 a 6 anos (OR=4,26; 95% IC:1,50-12,08; $p = 0,004$) e ao uso de fio dental na faixa etária de 7 a 14 anos (OR=3,10; 95% IC:1,27-7,58; $p = 0,011$).

Conclusões: O maior nível de escolaridade dos pais/responsáveis foi associado a hábitos alimentares mais saudáveis e melhores práticas de higiene bucal de suas crianças.

Descritores: Criança. Dieta. Higiene bucal. Escolaridade. Pais.

Submetido: 18/01/2018

Aceito: 10/05/2018

INTRODUÇÃO

Os determinantes sociais da saúde são as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Estas circunstâncias são influenciadas pela distribuição de recursos e respondem pelas inequidades na saúde de uma população¹. Os fatores sociodemográficos de uma população são determinantes para o estado de saúde da mesma,

destacando a relevância do nível de escolaridade dos pais². O nível de escolaridade mais alta dos pais permite a aquisição de maior conhecimento e informações sobre hábitos saudáveis, refletindo em comportamentos mais saudáveis³.

Os hábitos alimentares saudáveis são importantes para o desenvolvimento e crescimento das crianças, influenciando as condições de saúde futuras. O menor nível educacional dos pais pode influenciar negativamente o entendimento

Autor para correspondência:

Patricia Alves Drummond de Oliveira

Rua Padre Severino, 388 apto 12, São Pedro, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP: 30 330-150.

E-mail: patricia.a.drummond@gmail.com

sobre uma alimentação saudável⁴, assim como a baixa escolaridade materna aumenta o risco das crianças consumirem uma alimentação de baixa qualidade^{2,5}. Intervenções para a redução das disparidades sociais e consequentemente a melhoria nos hábitos alimentares das crianças devem estar focadas na importância do papel de seus pais na construção comportamental⁵. A avaliação dos padrões alimentares de uma população e suas possíveis relações com as variáveis sociais podem constituir uma base útil para o desenvolvimento de políticas públicas⁴.

As práticas de higiene bucal corretas são hábitos que se incorporam ao estilo de vida do indivíduo desde a infância, favorecendo a manutenção de uma boa condição de saúde bucal⁶. O nível educacional mais elevado dos pais apresenta uma associação significativa com a maior frequência de escovação e consequentemente a melhor higiene bucal das suas crianças⁷.

Os padrões alimentares e de higiene bucal das crianças são moldados pelas condições demográficas, econômicas e culturais, sendo o nível de educação dos pais, um dos indicadores sociodemográficos mais relevantes durante a infância^{2,4,5}. A Academia Americana de Odontopediatria reconhece a influência das inequidades sociais na saúde bucal das crianças e encoraja a implementação de políticas públicas que implementem mudanças para melhoria das condições de vida nas famílias mais vulneráveis⁸. Desta forma, o objetivo deste estudo foi investigar os hábitos dietéticos e de higiene bucal de crianças brasileiras e a possível associação com o nível de escolaridade de seus pais/responsáveis.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa se caracteriza como um estudo transversal. A cidade escolhida para a realização do estudo foi Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais, localizada na região sudeste do Brasil. A população de Belo Horizonte era de aproximadamente 2.375.151 habitantes em 2010, residentes em uma área territorial de 331,401 km²⁹. A amostra de conveniência contou com a participação dos pais/responsáveis por 214 escolares de 2 a 14 anos de idade, matriculados em cinco escolas e creches de Belo Horizonte. Os critérios de inclusão dos voluntários foram: crianças e adolescentes saudáveis, na faixa etária de 2 a 14 anos, residentes na região metropolitana de Belo Horizonte, matriculados na rede pública de ensino da cidade. Os critérios de exclusão foram: crianças não pertencentes à faixa etária

estabelecida, crianças não saudáveis e que faziam uso de qualquer tipo de medicamento em qualquer frequência que tenha sido relatado pelos pais. Um estudo piloto foi realizado com 11 crianças de 2 a 16 anos. O estudo avaliou o método de coleta e os instrumentos escolhidos e demonstrou que não havia necessidade de alterações na metodologia proposta para o estudo. As crianças participantes do estudo piloto não foram incluídas no estudo principal. A coleta de dados foi feita por uma pesquisadora (PADO) em 2013. O estudo foi realizado em cinco creches e escolas da rede pública de ensino. O poder da amostra, considerando-se a prevalência de menor frequência de escovação entre expostos e não expostos, foi de 83,45%; e considerando-se a prevalência de maior consumo de chicletes foi de 99,55%. Para a realização da pesquisa, todos os princípios éticos foram seguidos. Previamente ao início da coleta de dados, foram obtidas as autorizações de cada coordenador ou diretor das escolas participantes, assim como o Termo de consentimento livre e esclarecido dos pais/responsáveis. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (ETIC 0117.0.203.000-10).

Para coletar os dados foi utilizado um formulário preenchido pelos pais/responsáveis das crianças, com questões sobre condições sociodemográficas, hábitos alimentares e de higiene bucal. A variável independente foi o nível de escolaridade dos pais/responsáveis. Esta variável foi dicotomizada em: “até o ensino fundamental completo” e “a partir do ensino médio”. As variáveis dependentes foram o consumo alimentar e a higiene bucal. O consumo alimentar foi categorizado em “nunca ou até 4 (quatro) vezes por semana” e “uma vez ao dia ou mais”; a frequência de escovação em “uma vez por dia” e “duas vezes ao dia ou mais”; o uso de fio dental em “nunca” e “pelo menos uma vez por semana” e o tipo de pasta de dentes em “adulto” e “infantil”.

Os dados obtidos foram digitados e organizados em um banco de dados, utilizando-se o *software Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS for Windows, version 22.0; Armonk, NY, USA). Para a análise estatística, a amostra foi estratificada em dois grupos: pais/responsáveis de crianças de 2 a 6 anos (n=119; 55,6%) e de 7 a 14 anos (n=95; 44,4%). A análise estatística incluiu a descrição das frequências absoluta e relativa das variáveis estudadas. Posteriormente, foram verificadas as associações entre as variáveis dependentes e independente utilizando-se os testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, com

nível de significância de 5%. Foram calculados o *Odds ratio* e os intervalos de confiança.

RESULTADOS

A amostra deste estudo contou com 214 pais/responsáveis de crianças de 2 a 14 anos (média=6,04; DP=3,14). A maioria dos questionários foi preenchida pelas mães (n=184, 86%). O nível de escolaridade mais frequente foi a partir do ensino médio (n=130, 60,7%). A maioria das crianças consumia leite uma vez ao dia ou mais (n=172, 80,4%), e um quarto da amostra consumia chicletes uma vez ao dia ou mais (n=54, 25,2%). A maioria escovava os

dentes pelo menos duas vezes ao dia (n=188, 87,9%), enquanto quase a metade da amostra nunca utilizava o fio dental (n=96; 44,9%).

Os resultados da análise da associação entre a escolaridade dos pais/responsáveis e os hábitos alimentares das crianças por grupos etários encontram-se na Tabela 1. O consumo de leite em maior frequência esteve associado com a maior escolaridade dos pais/responsáveis por crianças da faixa etária de 7 a 14 anos (OR=6,37; 95% IC:2,27-17,88; $p < 0,001$). O consumo mais frequente de balas na faixa etária de 2 a 6 anos ($p = 0,001$) e chicletes para os dois grupos etários ($p < 0,001$) apresentou associação estatisticamente significativa com a menor escolaridade dos pais/responsáveis.

Tabela 1. Associação entre nível de escolaridade dos pais/responsáveis e os hábitos alimentares das crianças por grupos etários.

Variáveis	Pais/responsáveis de crianças de 2 a 6 anos				Pais/responsáveis de crianças de 7 a 14 anos			
	Até o ensino fundamental completo n(%)	A partir do ensino médio n(%)	OR/ IC (95%)	Valor de p*	Até o ensino fundamental completo n(%)	A partir do ensino médio n(%)	OR/ IC (95%)	Valor de p*
Suco de frutas								
Nunca ou até 4 vezes por semana	26 (53,1)	34 (48,6)	1,19	0,630	24 (68,6)	33 (55,0)	1,78	0,193
Uma vez ao dia ou mais	23 (46,9)	36 (51,4)	0,57-2,48		11 (31,4)	27 (45,0)	0,74-4,28	
Frutas								
Nunca ou até 4 vezes por semana	15 (30,6)	29 (41,4)	0,62	0,229	17 (48,6)	30 (50,0)	0,94	0,893
Uma vez ao dia ou mais	34 (69,4)	41 (58,6)	0,28-1,34		18 (51,4)	30 (50,0)	0,41-2,17	
Leite								
Nunca ou até 4 vezes por semana	7 (14,3)	12 (17,1)	0,80	0,675	16 (45,7)	7 (11,7)	6,37	<0,001
Uma vez ao dia ou mais	42 (85,7)	58 (82,9)	0,29-2,21		19 (54,3)	53 (88,3)	2,27-17,88	

Nunca ou até 4 vezes por semana	16 (32,7)	34 (48,6)	0,51	0,083	20 (57,1)	37 (61,7)	0,83	0,664
Uma vez ao dia ou mais	33 (67,3)	36 (51,4)	0,24-1,09		15 (42,9)	23 (38,3)	0,35-1,93	
Balas								
Nunca ou até 4 vezes por semana	24 (49,0)	55 (78,6)	0,26	0,001	20 (57,1)	43 (71,7)	0,57	0,149
Uma vez ao dia ou mais	25 (51,0)	15 (21,4)	0,11-0,58		15 (42,9)	17 (28,3)	0,22-1,26	
Chicletes								
Nunca ou até 4 vezes por semana	30 (61,2)	64 (91,4)	0,14	<0,001	19 (54,3)	47 (78,3)	0,32	0,014
Uma vez ao dia ou mais	19 (38,8)	6 (8,6)	0,05-0,41		16 (45,7)	13 (21,7)	0,13-0,81	

*Qui-quadrado de Pearson

Resultados em negrito são estatisticamente significantes ($p < 0,05$).

A Tabela 2 apresenta a associação entre nível de escolaridade dos responsáveis e hábitos de higiene bucal das crianças por grupos etários. O maior nível de escolaridade dos pais/responsáveis esteve associado à maior

frequência de escovação na faixa etária de 2 a 6 anos ($p = 0,004$), ao uso de pasta de dente infantil pelas crianças de 2 a 6 anos ($p = 0,002$) e ao uso de fio dental na faixa etária de 7 a 14 anos ($p = 0,011$).

Tabela 2. Associação entre nível de escolaridade dos pais/responsáveis e os hábitos de higiene bucal das crianças.

Variáveis	Pais/responsáveis de crianças de 2 a 6 anos				Pais/responsáveis de crianças de 7 a 14 anos			
	Até o ensino fundamental completo n(%)	A partir do ensino médio n(%)	OR/ IC (95%)	Valor de p^*	Até o ensino fundamental completo n(%)	A partir do ensino médio n(%)	OR/ IC (95%)	Valor de p^*
Escovação								
1 vez por dia	14 (28,6)	6 (8,6)	4,26	0,004	3 (8,6)	3 (5,0)	1,78	0,666**
2 vezes ao dia ou mais	35 (71,4)	64 (91,4)	1,50-12,08		32 (91,4)	57 (95,0)	0,34-9,34	

Uso de fio dental								
Não	26 (53,1)	39 (55,7)	0,89		17 (48,6)	14 (23,3)	3,10	0,011
Sim	23 (46,9)	31 (44,3)	0,43-1,87	0,775	18 (51,4)	46 (76,7)	1,27-7,58	
Tipo de pasta de dente								
Adulto	32 (68,1)	27 (39,1)	3,32		34 (97,1)	50 (87,7)	4,76	0,121
Infantil	15 (31,9)	42 (60,9)	1,52-7,24	0,002	1 (2,9)	7 (12,3)	0,56-40,46	

*Qui-quadrado de Pearson

**Teste Exato de Fisher

Resultados em negrito são estatisticamente significantes ($p < 0,05$).

DISCUSSÃO

Este estudo encontrou uma associação estatisticamente significativa entre o maior nível educacional dos pais/responsáveis e uma menor frequência no consumo de balas na faixa etária de 2 a 6 anos e chicletes pelas suas crianças nos dois grupos etários. Estes achados corroboram os resultados encontrados em outros estudos como o de Portugal que encontrou um maior consumo de alimentos ricos em açúcares por crianças cujas mães tinham menor nível de escolaridade⁴. Em Vitória, ES, Brasil, a baixa escolaridade materna esteve também relacionada a uma maior chance da criança consumir uma alimentação de baixa qualidade². Em contrapartida, um estudo realizado em Viçosa, MG, Brasil, relatou que crianças cujas mães tinham maior escolaridade apresentaram consumo alimentar mais distante do considerado adequado e maior adesão ao padrão de bebidas adoçadas e lanches. Estes achados estavam associados ao fato das mães com maior escolaridade trabalharem mais fora de casa ($p = 0,001$), expondo suas crianças com maior frequência a alimentos processados e altamente industrializados¹⁰.

Indivíduos com menor escolaridade consideram produtos de baixo valor nutritivo e com elevadas quantidades de açúcar como saudáveis, provavelmente por estarem mais suscetíveis a interpretações errôneas sobre conceitos de alimentação e nutrição^{4,11}. Programas de educação alimentar devem ser voltados para esse público, além de pesquisas que avaliam a influência dos meios de comunicação na concepção sobre alimentação saudável¹¹. Um estudo brasileiro constatou que os comerciais veiculados durante a programação para o público infantil utilizavam estratégias de publicidade para estimular o consumo de alimentos com quantidade elevada de gorduras, açúcares e/

ou sal, além de não fornecerem mensagens promotoras de saúde, que contribuam para o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis¹².

Foi encontrada uma maior frequência no consumo de leite pelas crianças de 7 a 14 anos, cujos pais/responsáveis apresentaram maior escolaridade. O consumo deste grupo de alimentos é importante em todas as fases do curso da vida, particularmente na infância e na adolescência. O “guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2014, recomenda o consumo diário de 3 (três) porções de leite e derivados. Leite e derivados são as principais fontes de cálcio na alimentação e contribuem para a saúde e para o crescimento saudável. A tendência de redução no consumo de leite pela população brasileira é preocupante, pois se observa sua substituição por refrigerantes, afetando a disponibilidade adequada de cálcio nas fases de crescimento e desenvolvimento¹³. Estudo prévio demonstrou que os pais menos escolarizados demonstraram menor conhecimento sobre alimentação saudável¹¹. Sendo os pais os moduladores das experiências nutricionais das crianças que influenciam o desenvolvimento de padrões e comportamentos alimentares, destaca-se a necessidade de uma intervenção de saúde pública em adultos para esclarecimentos sobre uma dieta variada e saudável^{5,14}. Comunidades de famílias com menor nível educacional apresentaram um fator risco para a saúde de suas crianças.¹⁵ As intervenções de saúde pública mais eficazes são as que consideram estratégias de planejamento no contexto comunitário, pois comunidades capacitadas influenciam as iniciativas de mudanças comportamentais para um melhor estilo de vida e uma alimentação mais saudável da população¹⁵.

Neste estudo, a maioria das crianças escovava os dentes “pelo menos duas vezes ao dia”, porém esta faixa etária de 2 a 6 anos a frequência de escovação foi estatisticamente maior em crianças cujos pais/responsáveis apresentaram maior nível educacional. Esta faixa etária depende diretamente dos pais para a escovação dos dentes. Estes dados corroboram os resultados de estudos anteriores que encontraram diferença estatística entre maior nível de escolaridade dos pais e maior frequência de escovação das crianças^{7,16}. Quase a metade das crianças nunca utilizava o fio dental. O uso de fio dental esteve estatisticamente associado à uma maior escolaridade dos pais no grupo de 7 a 14 anos. Nesta faixa etária, os hábitos de higiene já são mais autônomos e a diferença pode estar relacionada aos estímulos e à oferta do produto em casa. Os custos dos produtos de higiene bucal podem servir como uma barreira de acesso ao consumo e a seu uso pela população, especialmente no que se refere ao fio dental⁶. Um estudo longitudinal observou que houve um aumento na incidência do uso de fio dental ao longo de 13 anos, pelas famílias de mães com nível de escolaridade maior¹⁷.

No nosso estudo, o maior uso de pasta de dente infantil estava associado ao grupo de crianças de 2 a 6 anos, sendo este consumo, associado ao maior nível de escolaridade dos pais. Provavelmente estes pais acreditam que produtos específicos para crianças seriam mais indicados, quando na verdade a concentração de flúor adequada da pasta de dente é o fator mais importante.¹⁸ Em um estudo brasileiro prévio, o nível de instrução e a renda familiar foram determinantes para a escolha mais diversificada de produtos de higiene bucal utilizados pela família⁶.

A higiene bucal é essencial para a saúde bucal. A adoção de hábitos de higiene bucal na infância começa com os pais que desempenham um importante papel no estilo de vida relacionado à saúde bucal dos filhos. Características sociodemográficas, como o nível de escolaridade mais baixo, afetam negativamente suas práticas de higiene bucal. A abordagem de fatores que influenciam a saúde bucal das crianças é necessária para o desenvolvimento de ações de saúde pública com foco no comportamento das crianças e seus pais, em um esforço para proporcioná-los uma boa saúde bucal e uma melhor qualidade de vida¹⁹.

Uma possível limitação deste estudo foi o delineamento transversal que impossibilitou a identificação de relações causais entre o nível de escolaridade dos pais e os hábitos das crianças. Além disso, a amostra de conveniência

não permite a generalização dos resultados para a população em geral. Entretanto, os achados deste trabalho forneceram uma análise sobre a possível associação entre a escolaridade dos pais/responsáveis e os padrões alimentares e de higiene das crianças. Nossos achados reforçam a importância de implementar melhorias na qualidade de vida das famílias elevando o nível educacional dos pais/responsáveis como medida de promoção em saúde. Estudos longitudinais e representativos são necessários para avaliarem a causalidade desta associação e aumentar a validade externa do estudo, respectivamente.

CONCLUSÃO

O maior nível de escolaridade dos pais/responsáveis foi associado a hábitos alimentares mais saudáveis e melhores práticas de higiene bucal de suas crianças.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. [homepage na Internet]. Social determinants of health. [acesso em 04 nov 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/>.
2. Molina MCB, Lopéz PM, Faria CP, Cade NV, Zandonade E. Preditores socioeconômicos da qualidade da alimentação de crianças. *Rev Saúde Pública*. 2010;44:785-92.
3. Barufaldi LA, Abreu GA, Oliveira JS, Santos DF, Fujimori E, Vasconcelos SML, et al. ERICA: prevalência de comportamentos alimentares saudáveis em adolescentes brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2016;50:6s.
4. Moreira P, Santos S, Padrão P, Cordeiro T, Bessa M, Valente H, et al. Food patterns according to sociodemographics, physical activity, sleeping and obesity in portuguese children. *Int J Environ Res Public Health*. 2010 Mar;7:1121-38.
5. vanAnsem WJC, Schrijvers CTM, Rodenburg G, van de Mheen D. Maternal educational level and children's healthy eating behaviour: role of the home food environment (cross-sectional results from the INPACT study). *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2014;11:113.
6. Souza LMM, Nóbrega LM, Barbosa KGN, Carneiro FG, Bento PM, D'Ávila S. Avaliação do consumo e custo de produtos de higiene bucal para população de um município no Nordeste brasileiro. *Arq Odontol*. 2014;50:86-91.

7. Shaghaghian S, Zeraatkar M. Factors Affecting oral hygiene and tooth brushing in preschool children, Shiraz/Iran. *J Dent Biomater*. 2017;4:394-402.
8. American Academy of Pediatric Dentistry. Policy on social determinants of children's oral health and health disparities. *Pediatr Dent*. 2017;39:23-6.
9. Instituto Brasileiro de Pesquisa e Estatística. [homepage na Internet] [acesso 03 nov 2017]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>.
10. Villa JKD, Silva AR, Santos TSS, Ribeiro AQ, Pessoa MC, Sant'Ana LFR. Padrões alimentares de crianças e determinantes socioeconômicos, comportamentais e maternos. *Rev Paul Pediatr*. 2015;33:302-9.
11. Moura AF, Masquio DCL. A influência da escolaridade na percepção sobre alimentos considerados saudáveis. *Rev Educ Popular*. 2014;13:82-94.
12. Costa MLG, Oliveira PAD, Auad SM. Publicidade de alimentos para o público infantil na televisão e diretrizes alimentares brasileiras: sintonia ou confronto? *Arq Odontol*. 2011; 47:181-7.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. [Internet]. Guia alimentar para a população brasileira. Série A: normas e manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde Brasil. 2008. [acesso 28 nov 2017]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/Guia-Alimentar-para-a-pop-brasiliera-Miolo-PDF-Internet.pdf>.
14. Savage JS, Fisher JO, Birch LL. Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. *J Law Med Ethics*. 2007;35:22-34.
15. Schüle SA, von Kries R, Fromme H, Bolte G. Neighbourhood socioeconomic context, individual socioeconomic position, and overweight in young children: a multilevel study in a large German city. *BMC Obesity*. 2016;3:25.
16. Ardérius A, Veiga N, Godinho M, Ribeiro C. The influence of parent's educational level in children's oral health behavior. *Public Health Res*. 2015;5:28-31.
17. Kauer B, Schütz J, Colussi PRG, Oppermann RV, Haas NA, Rösing CK. Self-reported use of dental floss over 13 years: relationship with family income, mother's age and educational level. *Oral Health Prev Dent*. 2016;14:33-9.
18. Cury JA, Oliveira MJL, Martins CC, Tenuta LMA, Paiva SM. Available fluoride in toothpastes used by Brazilian children. *Braz Dent J*. 2010;21:396-400.
19. Castilho ARF, Mialhe FL, Barbosa TS, Puppini-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr*. 2013;89:116-23.

Association of parent's/guardian's level of education with the eating and oral hygiene habits of children

Aim: To investigate the association between eating and oral hygiene habits of 2 to 14-year-old children and the parent's/guardian's level of education.

Methods: A cross-sectional study was conducted with a convenience sample of 214 parents/guardians of children, selected from five public schools in Belo Horizonte, in the southeastern region of Brazil. A questionnaire completed by the parents/guardians collected information about their educational level and about their children's eating and oral hygiene habits. The sample was stratified into two groups: parents/guardians of children from 2 to 6 years old (n=119, 55.6%) and from 7 to 14 years old (n=95, 44.44%). The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Minas Gerais, Brazil. Data analysis was performed using the Pearson chi-square test and Fisher's Exact Test ($p < 0.05$).

Results: Higher parental education was associated with children's milk consumption in the 7 to 14-year-old group (OR=6.37; 95% CI: 2.27-17.88; $p < 0.001$) and was inversely related to the consumption of candies from 2 to 6-year-old children (OR=0.26; 95% CI: 0.11-0.58; $p < 0.001$) and chewing gum in both groups (2 to 6 year olds, $p < 0.001$ and 7 to 14 year olds, $p = 0.014$). The highest parental education was associated with the use of children's toothpaste by 2 to 6-year-old children (OR=3.32; 95% CI: 1.52-7.24; $p = 0.002$) and higher tooth brushing frequency (OR=4.26; 95% CI: 1.50-12.08; $p = 0.004$) and dental floss usage in the group of 7 to 14-year-old children.

Conclusions: The higher educational level of the parents/guardians was related to healthier food choices and better oral hygiene habits.

Uniterms: Child. Diet. Oral hygiene. Educational status.