

Associação entre capital social, condições e comportamentos de saúde bucal

Association between social capital
and oral health conditions and behavior

Isabella Azevedo Bezerra¹
Paulo Sávio Angeiras de Goes¹

Abstract *The theory of social capital seeks to explain social inequality in health through the interaction of social, economic and environmental factors and has been associated with many health problems, though there is still little research in the area of oral health. The scope of this study was to evaluate the association between social capital and socio-demographic and behavioral factors related to oral health among schoolchildren aged from 15 to 19. A random sample of 1,417 adolescents filled out a self-administered survey and the data were descriptively analyzed (simple frequencies, central tendency and variability measurement) and inferential statistics (Pearson's chi-square test). The results showed that the social capital which is more prevalent among adolescents was intermediate level, as well as between each of its dimensions, except for social action where the majority were classified as lower-leveled. Among the variables analyzed, social capital was statistically associated only with sex, with women being more likely to be classified under the 'low social capital' label. This area still needs considerable research to increase theoretical-conceptual and methodological maturity in order to better understand the social contexts that are essential for formulating effective public health policies.*

Key words *Social organization, Dentistry, Adolescent, Epidemiology*

Resumo *O capital social, cuja teoria busca explicar as desigualdades sociais em saúde por meio das interações dos fatores sociais, econômicos e ambientais, tem sido associado a diversos agravos em saúde, mas há ainda poucas pesquisas na área da saúde bucal. O objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre capital social e fatores sociodemográficos e comportamentais relacionados à saúde bucal em escolares de 15 a 19 anos. Uma amostra aleatória de 1.417 adolescentes respondeu a um questionário autoaplicado, cujos dados foram analisados de forma descritiva (frequências simples, medidas de tendência central e medidas de variabilidade) e inferencial (Qui Quadrado de Pearson). Os resultados mostraram que o capital social mais prevalente entre os adolescentes foi o de nível intermediário, bem como entre cada uma das suas dimensões, com exceção da ação social onde a maioria foi classificada como de baixo nível. Entre as variáveis analisadas, o capital social foi associado estatisticamente apenas ao sexo, com as mulheres apresentando maior chance de ser classificada com baixo capital social. Esta área carece ainda de muitas pesquisas para amadurecimento teórico-conceitual e metodológico a fim de melhor se compreender contextos sociais essenciais para a formulação de políticas de saúde públicas eficazes.*

Palavras-chave *Organização social, Odontologia, Adolescente, Epidemiologia*

¹ Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade de Pernambuco.

² Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva, Universidade Federal de Pernambuco. Av. Prof. Moraes Rego, Cidade Universitária. 50.670-901 Recife PE Brasil. paulosaviogoes@gmail.com

Introdução

Embora tenham ocorrido melhoras significativas na saúde de diversos povos, estas melhorias não ocorreram da mesma forma para todos os países e para todos os grupos dentro do mesmo país, sendo persistente o quadro de desigualdades sociais em saúde. A saúde não é mais tida como um estado estático biologicamente definido, mas dinâmico socialmente produzido. Os ambientes sociais e físicos atuam com diversos fatores afetando a saúde da população, sendo necessário intervir além dos efeitos das más condições de vida e saúde, transformando suas causas econômicas, sociais e físicas. Para tal, a saúde pública tem papel no enfrentamento das causas mais amplas e gerais dos problemas de saúde¹.

O conhecimento das relações entre a saúde e o capital social (CS) é de fundamental importância para que a intervenção da promoção de saúde se volte para o desenvolvimento de programas e políticas que aumentem os níveis de CS nas comunidades², sendo função do Estado induzir e mobilizar o capital social³.

O CS distingue-se de outras formas de capital como o físico e o humano, mas ainda é imaturo como conceito, sendo definido de diferentes formas por diferentes autores^{4,5}. É entendido como as organizações, as redes de relações entre os organismos e os grupos formais e informais de pessoas se permitem agir para alcançar uma meta comum, sendo um bem inalienável da comunidade que favorece e fortalece a cidadania e a participação política, é um bem coletivo, o qual está presente nas estruturas e nos processos de bairros e vizinhanças⁶.

Para se incrementar os laços sociais, é preciso investir na construção e no desenvolvimento de relações de confiança, a qual é mais facilmente destruída do que construída, requerendo na sua produção e manutenção investimento em tempo, esforço, e também financeiro⁷. Além disso, o CS somente gera confiança generalizada quando se orienta para a comunidade como um todo, o que não é o caso de grupos deletérios que produzem capital social personalizado, mas não produzem CS público, e uma constatação disso é que os mesmos laços que ligam membros de grupos poderiam causar exclusão de outros grupos, podendo aumentar o risco de alguns desfechos negativos, e ainda favorecer a criação de grupos indesejáveis e perigosos para a sociedade³.

Apesar da discussão em torno do potencial efeito prejudicial do CS, pesquisas têm mostrado uma série de benefícios individuais e coletivos

deste em diversas áreas. O CS foi, por exemplo, associado positivamente com desempenho escolar, cuidado parental, desenvolvimento de vínculos seguros⁸, interação cooperativa e competências cognitivas nas crianças⁹, e negativamente com a violência na vizinhança⁶. Além disso, o CS pode explicar o efeito contextual da desigualdade de renda na saúde⁵, tendo ganhado o interesse da comunidade científica de saúde pública internacional nos últimos anos¹⁰.

Além de ser apontado como fator protetor, quando em níveis elevados, para indicadores de saúde geral como a esperança de vida ao nascer¹¹, enfrentamento do sofrimento psíquico¹², excesso de peso¹³, qualidade de vida¹⁴, e condições de saúde geral¹⁵, o capital social e as dimensões que o compõem também se mostraram associados positivamente com condições de saúde bucal e comportamento de saúde oral¹⁶, procura por dentista^{17,18}, higiene bucal¹⁹, e negativamente associado a severidade²⁰, índices¹⁸ e prevalência²¹ de cárie.

Da mesma forma que há diversidade de definições do CS, há heterogeneidade nas formas propostas para sua mensuração⁴. De um modo geral, a literatura sugere que os temas ou construtos mais comuns que têm sido utilizados na aferição do capital social são: participação social, nível de empoderamento, percepção da comunidade, rede e apoio sociais, e confiança social³.

Há limitações presentes nas pesquisas sobre CS, que englobam dificuldades teórico-metodológicas^{5,15,22} e no desenho de estudo, sendo a maioria dos estudos transversais com possibilidade de causalidade reversa^{13,15,20,21,23}. Também, ainda não há uma forma resolvida de como se mede CS⁴, e a utilização de questionários auto-preenchidos assume a capacidade de leitura e compreensão dos participantes²³, podendo influenciar o viés de não resposta¹⁴. Os estudos são realizados sem maiores considerações críticas de suas limitações, e aparecendo desfocado do campo da política³. Além disso, muitas vezes faltam outros estudos na área para comparações²⁴, tanto pela escassez quanto pela variedade metodológica que dificulta tais comparações.

Até o momento, poucos estudos brasileiros fizeram uso sistemático do conceito de CS como modelo explicativo para padrões de saúde-doença. Particularmente na epidemiologia, em relação a lesões dentárias²¹ e em países em desenvolvimento¹¹ tais estudos são raros. A avaliação das desigualdades em saúde bucal é particularmente relevante para os adolescentes²⁵, sendo um campo de pesquisa interessante ainda pouco ex-

plorado na identificação de sua relação com o capital social. Pesquisas nessa área podem fornecer importantes informações para a saúde pública e ajudar a melhor direcionar ações para campos de maior impacto na saúde.

O objetivo deste estudo foi analisar a associação entre capital social e diversos fatores socio-demográficos e comportamentais em adolescentes de 15 a 19 anos, escolares da rede pública de ensino (municipal e estadual) do município de São Lourenço da Mata (PE).

Metodologia

Este se trata de um estudo observacional de corte transversal com fonte de dados primários, realizado com escolares de ambos os sexos de 15 a 19 anos matriculados na rede pública (municipais e estaduais) de ensino do município de São Lourenço da Mata (PE), sendo excluídos aqueles portadores de doenças sistêmicas que comprometeriam sua participação na pesquisa.

A amostra foi calculada utilizando-se a fórmula de comparação de duas proporções, relação de 1:1 nos grupos de comparação, com um poder de 80% para detectar diferenças quando uma Odds Ratio de 1.5 for observada, com um erro aleatório de 2,5% e um Intervalo de Confiança de 95%. Por fazer parte de um levantamento em saúde bucal, a prevalência de dor de dente de 20% em não expostos, observada em estudo anterior²⁶, foi utilizada como parâmetro para o cálculo amostral. Foram utilizados o programa de cálculo do *Epi Info 6* e a base bibliográfica Fleiss²⁷. Desta forma, foi obtida uma amostra mínima de 1.380 adolescentes, sendo acrescida de 20% para compensar possíveis perdas e potencializar o efeito do estudo, resultando numa amostra total de 1.656 escolares.

Participaram da pesquisa as sete escolas estaduais (uma foi excluída por estar em reforma), e quatro escolas municipais que possuíam alunos na faixa etária de interesse e forneceram a lista de estudantes. A lista de alunos matriculados de 15 a 19 anos das 11 escolas totalizou 3.604 alunos, a partir da qual foi realizado o sorteio dos alunos com um intervalo de seleção de 2,17, obtendo-se assim a amostra proposta de 1.656 adolescentes, da qual se obteve uma taxa de resposta de 85,62%.

A coleta de dados foi realizada por cinco pesquisadoras treinadas, com grupos de alunos nas escolas nos meses de setembro e outubro de 2012, por meio de dados não clínicos constantes em

um questionário autoaplicável, após prévia explicação dos objetivos e métodos do estudo, sendo retiradas todas as dúvidas que surgissem no momento da pesquisa.

A variável dependente “capital social”, foi mensurada a partir da análise dos seus componentes: “confiança social”, “apoio social”, “controle social”, “eficácia política”, e “ação social”²⁶, sendo ao final classificado como de nível alto, médio ou baixo. As variáveis independentes englobaram: dados sociodemográficos – sexo, idade, cor/raça, ordem de nascimento, histórico de reprovação, cobertura da residência por USF, estrutura familiar, número de habitantes por domicílio, tempo de residência; e comportamentais – hábitos de higiene, e padrões de acesso/utilização de serviços odontológicos²⁸⁻³¹.

No Programa SPSS 17.0, foram realizadas análises estatísticas descritivas para as variáveis categóricas através de frequências simples e, para as variáveis contínuas, por meio de medidas de tendência central e de variabilidade. Foram, também, realizadas análises estatísticas inferenciais (testes de associação e correlação – Qui quadrado de Pearson e testes de correlação). Para todas as análises foi tomado em consideração o nível de significância de 5%.

O projeto de pesquisa respeitou os princípios éticos, em consonância com a Resolução nº 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)³², e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco. Os escolares participaram da pesquisa mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (no caso dos adolescentes menores de 18 anos, os responsáveis legais assinaram).

Resultados

A taxa de resposta da presente pesquisa foi de 85,5%, representando 1.417 adolescentes pesquisados.

Entre os pesquisados 56,2% eram do sexo feminino; 66% tinham idade igual ou inferior a 16 anos. Quanto à cor, foram predominantes os que se autorreferiam pardos (50%); 49,4% já haviam sido reprovados; 53% faziam parte de família tradicional, enquanto 32% relataram viver em família uniparental; cerca de 58% moravam com no máximo 4 pessoas na casa; 42% relataram ser o primeiro filho e 11% eram o quarto filho ou adiante; metade morava no endereço há no máximo 13 anos; e 74,1% moravam em área de cobertura de USF. A quase totalidade dos

adolescentes relatou realizar escovação regular (95%), e metade era alto consumidora de açúcar. A maioria (85%) já teve acesso a serviço odontológico, sendo 54,5% destes há menos de um ano, 44% em serviço particular, e 72% disseram que a última consulta no dentista foi resultante de algum problema bucal.

Os resultados mostraram que o capital social mais prevalente entre os adolescentes foi o de nível intermediário (52,4%), bem como entre cada uma das suas dimensões (confiança social – 47%; apoio social – 46,1%; controle social – 52,4%; e percepção política – 52,9%), com exceção da ação social, onde a maioria foi classificada como de baixo nível (39,5%) (Tabela 1).

O CS não foi estatisticamente associado a nenhum dos comportamentos analisados em relação à saúde bucal (Tabela 2).

Com relação às variáveis sociodemográficas, o capital social foi estatisticamente associado

apenas ao sexo, com mulheres tendo mais chance de serem classificadas como de mais baixo capital social (Tabela 3).

Discussão

Este estudo representou uma oportunidade de aprofundamento da análise do papel de fatores psicossociais na determinação das condições de saúde bucal da população, em especial de áreas de desvantagens social, com fins a ampliar a compreensão desses processos de modo a consolidar e aperfeiçoar políticas públicas de promoção de saúde, sendo ainda escassos os estudos que abordam a saúde bucal.

Há escassez de estudos em determinação do nível de capital social de populações, e não há padronização dos instrumentos utilizados, dificultando a adequada comparação entre os re-

Tabela 1. Distribuição de frequência de nível do capital social e das suas diferentes dimensões em adolescentes de 15–19 anos.

Variáveis	Baixo		Médio		Alto	
	N	(% válido)	N	(% válido)	N	(% válido)
Capital social	423	(33,0)	672	(52,4)	188	(14,7)
Confiança na vizinhança	479	(35,4)	637	(47,0)	239	(17,6)
Apoio social	449	(33,2)	624	(46,1)	280	(20,7)
Controle social	385	(27,7)	728	(52,4)	275	(19,8)
Percepção política	342	(24,6)	737	(52,9)	314	(22,5)
Ação social	552	(39,5)	526	(37,7)	318	(22,8)

Tabela 2. Associação entre capital social e as variáveis comportamentais de adolescentes de 14-15 anos.

Variáveis	Capital Social								Valor de χ^2	Valor de P
	Baixo		Médio		Alto		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Escovação regular										
Sim	406	33,0	644	52,4	180	14,6	1.230	100,0	,022	,881
Não	17	32,1	28	52,8	8	15,1	53	100,0		
Total	423	33,0	672	52,4	188	14,7	1.283	100,0		
Foi ao dentista										
Sim	363	32,7	584	52,6	164	14,8	1.111	100,0	,161	,688
Não	58	34,3	87	51,5	24	14,2	169	100,0		
Total	421	32,9	671	52,4	188	14,7	1.280	100,0		
Última visita ao dentista										
Menos de 1 ano	189	31,0	325	53,4	95	15,6	609	100,0	2,512	,113
De 1 a 2 anos	43	29,5	81	55,5	22	15,1	146	100,0		
3 anos ou mais	45	34,4	72	55,0	14	10,7	131	100,0		
Não sei /não lembro	86	38,7	102	45,9	34	15,3	222	100,0		
Total	363	32,8	580	52,3	165	14,9	1.108	100,0		

Tabela 3. Associação entre capital social e variáveis sociodemográficas de adolescentes de 15-19 anos.

Variáveis	Capital Social								Valor de χ^2	Valor de P
	Baixo		Médio		Alto		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Sexo										
Masculino	158	28,9	301	55,0	88	16,1	547	100,0	6,557	,010
Feminino	265	36,0	371	50,4	100	13,6	736	100,0		
Total	423	33,0	672	52,4	188	14,7	1.283	100,0		
Idade										
≤ 16 anos	273	32,4	459	54,4	111	13,2	843	100,0	,450	,502
> 16 anos	150	34,1	213	48,4	77	17,5	440	100,0		
Total	423	33,0	672	52,4	188	14,7	1.283	100,0		
Raça/Cor										
Branca	134	35,9	186	49,9	53	14,2	373	100,0	,000	,982
Preta	44	26,8	97	59,1	23	14,0	164	100,0		
Parda	204	32,3	329	52,1	98	15,5	631	100,0		
Amarela	14	45,2	12	38,7	5	16,1	31	100,0		
Indígena	22	37,9	30	51,7	6	10,3	58	100,0		
Total	418	33,3	654	52,0	185	14,7	1.257	100,0		
Ordem de nascimento										
1º Filho	193	34,6	283	50,7	82	14,7	558	100,0	,392	,531
2º Filho	127	33,4	201	52,9	52	13,7	380	100,0		
3º Filho	48	29,1	92	55,8	25	15,2	165	100,0		
4º Filho ou +	40	30,1	70	52,6	23	17,3	133	100,0		
Não sei/não lembro	14	31,8	25	56,8	5	11,4	44	100,0		
Total	422	33,0	671	52,4	187	14,6	1.280	100,0		
Reprovação										
Sim	198	32,5	313	51,3	99	16,2	610	100,0	,004	,949
Não	212	33,2	345	54,0	82	12,8	639	100,0		
Não sei/ Não lembro	10	33,3	14	46,7	6	20,0	30	100,0		
Total	420	32,8	672	52,5	187	14,6	1.279	100,0		
USF										
Sim	282	33,1	435	51,1	135	15,8	852	100,0	1,415	,234
Não	92	35,1	138	52,7	32	12,2	262	100,0		
Total	374	33,6	573	51,4	167	15,0	1.114	100,0		
Estrutura familiar										
Tradicional [*]	207	31,8	347	53,3	97	14,9	651	100,0	,553	,457
Uniparental ^{**}	130	33,7	203	52,6	53	13,7	386	100,0		
Outros Parentes ^{***}	29	36,3	40	50,0	11	13,8	80	100,0		
Outras Pessoas	31	33,7	48	52,2	13	14,1	92	100,0		
Total	397	32,8	638	52,8	174	14,4	1.209	100,0		
Nº de habitantes										
≤ 4	242	33,5	380	52,6	101	14,0	723	100,0	,689	,407
> 4	163	32,0	266	52,3	80	15,7	509	100,0		
Total	405	32,9	646	52,4	181	14,7	1.232	100,0		
Tempo de residência										
≤ 13	183	35,5	261	50,7	71	13,8	515	100,0	1,703	,192
> 13	164	32,5	259	51,3	82	16,2	505	100,0		
Total	347	34,0	520	51,0	153	15,0	1.020	100,0		

^{*} Tradicional: ambos pais, com ou sem outros parentes e pessoas. ^{**} Uniparental: um dos pais, com ou sem outros parentes e pessoas. ^{***} Outros parentes: com ou sem outras pessoas.

sultados. Na presente pesquisa, o nível médio de capital social foi o mais prevalente entre os escolares, seguido do nível baixo e do alto, sucessivamente. Na pesquisa de Pattussi et al.²³, verificou-

se entre os adolescentes, nos quais foram analisadas associações entre suporte social e autopercepção em saúde bucal, um nível de suporte social alto para a maioria deles. A maior prevalência

de capital social médio na população do presente estudo, quando comparado com o citado²³, também em população escolar no Brasil, pode dever-se à ação de fatores socioeconômicos¹⁰, uma vez que a população da região Sul, onde se desenvolveu, apresenta um rendimento médio mensal 60% maior que o da região Nordeste³³.

O capital social foi estatisticamente associado ao sexo, com mulheres o tendo mais baixo. Historicamente, as mulheres têm ocupado uma posição de desvantagem em relação aos homens no que tange condições mentais³⁴, psicológicas³⁵ e físicas³⁶, e em dificuldades no acesso a serviços de saúde³⁷, inclusive em relação a rendimentos³³. As desvantagens das mulheres em relação aos homens parecem também se refletir no nível de capital social.

Embora no presente estudo o CS não tenha sido associado aos comportamentos analisados, algumas pesquisas verificaram associações interessantes. Participantes ativos de redes sociais, por exemplo, tiveram maior chance de visitar um dentista em Burkina Faso, na África¹⁷, e com tempo e razão para a última visita ao dentista, sendo os idosos que moram sozinhos os mais propensos a afirmar que a razão foi por causa da dor¹⁶. E ainda, em uma pesquisa qualitativa, comportamentos em saúde bucal foram relacionados à vida social por adolescentes, tendo a família papel no desenvolvimento dos comportamentos de higiene¹⁹.

A falta de uma associação entre CS e fatores relacionados à saúde bucal pode dever-se a fatores de confusão não abordados na pesquisa, como, por exemplo, a própria postura típica da adolescência de inconformismo pela necessidade de mudança¹⁹, temor que essa faixa etária sente com relação ao dentista¹⁸, fatores econômicos, bem como a fragilidade do indicador de CS. O uso de capital social não deve ser visto como a única solução para todos os problemas de saúde, e não deve ser aplicado de forma acrítica, mas os contextos sociais são essenciais para a formulação de políticas de saúde pública²¹.

Os resultados deste estudo devem ser analisados à luz das suas limitações, e entre elas está o seu desenho transversal, limitando-se a identificar associações ao invés de relações causais. Fala-se em capital social como causa de desfechos, mas há possibilidade de que ambos sejam determinados por causas externas comuns²¹.

Os riscos referentes à capacidade de leitura e compreensão quando se utilizam questionários autoaplicados foi nesta pesquisa minimizado pelo nível de educação formal dos participantes, e pelo esclarecimento das dúvidas levantadas durante o preenchimento presencial do questionário. Em-

bora a pesquisa em população escolar exclua os jovens que estão fora da escola, estudos nesse campo permitem que os resultados sejam utilizados na indução de políticas públicas sociais e de promoção à saúde e prevenção no ambiente escolar.

Há dificuldade de comparação de resultados com outras pesquisas, devido tanto à escassez de estudos de determinação do CS em grupos populacionais e suas relações com as variáveis pesquisadas, como pela variedade conceitual e metodológica presente na literatura. A qual envolve a ausência de um padrão conceitual, a variedade de instrumentos de mensuração, e a diversidade de populações e variáveis estudadas.

Por outro lado, o presente estudo apresenta importantes pontos que lhe conferem credibilidade, entre eles está sua realização em base populacional com amostra aleatória calculada de forma a ser representativa dessa população. Além disso, os pesquisadores responsáveis foram treinados para garantir a padronização na produção dos questionários e os instrumentos de coleta utilizados foram selecionados a partir de pesquisas nacionais^{30,31,38} e de base populacionais, inclusive com adolescentes e escolares⁶, os quais se mostraram adequados para os fins. O instrumento de aferição do CS foi escolhido por oferecer medidas compreensivas, que capturam empiricamente os desenvolvimentos teóricos recentes no campo, por ter medidas no nível ecológico, não só no nível individual, e por ter validade e confiabilidade⁶. Além disso, este estudo teve boa validade externa dada a alta taxa de resposta (85%).

São necessárias ainda pesquisas para identificar dimensões do capital social que afetem a saúde³⁹, e de que forma isso ocorre, para fornecer embasamento ao desenvolvimento de ações de promoção de saúde bucal adequadas ao contexto social local, em uma abordagem populacional, que possam promover mudanças ambientais e de comportamento, favorecendo a saúde⁴⁰. É importante priorizar políticas públicas que promovam o capital social voltado ao bem comum⁶.

Conclusão

O nível de capital social mais prevalente na população estudada foi o médio, bem como o foi em cada uma das suas dimensões, com exceção da ação social, na qual predominou a classificação de nível baixo.

Entre as variáveis estudadas, o capital social foi estatisticamente associado apenas ao sexo, com mulheres apresentando um nível mais baixo.

Colaboradores

IA Bezerra e PSA Goes participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Buss PM. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Cien Saude Colet* 2000; 5(1):163-177.
2. Campbell C. Social capital and health: contextualizing health promotion within local community networks. In: Baron S, Field J, Schuller T, editors. *Social Capital: Critical Perspectives*. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 182-196.
3. Pattussi MP, Moysés SJ, Junges JR, Sheiham A. Capital social e a agenda de pesquisa em epidemiologia. *Cad Saude Publica* 2006; 22(8):1525-1546.
4. Shuller T, Baron S, Field J. Social Capital: A review and critique. In: Baron S, Field J, Schuller T, editors. *Social Capital: Critical Perspectives*. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 1-38.
5. Celeste RK, Nadanovsky P. Aspectos relacionados aos efeitos da desigualdade de renda na saúde: mecanismos contextuais. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2507-2519.
6. Vial EA, Junges JR, Olinto MTA, Machado OS, Pattussi MP. Violência urbana e capital social em uma cidade no Sul do Brasil: um estudo quantitativo e qualitativo. *Rev Panam Salud Publica* 2010; 28(4): 289-297.
7. Costa R. Por um novo conceito de comunidade: redes sociais, comunidades pessoais, inteligência coletiva. *Interface (Botucatu)* 2005; 9(17):235-248.
8. Lauglo J. Social capital trumping class and cultural capital? Engagement with school among immigrant youth. In: Baron S, Field J, Schuller T, editors. *Social Capital: Critical Perspectives*. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 142-167.
9. Martins GDF, Macarini SM, Vieira ML, Sachetti VAR, Seidl-de-Moura ML, Bussab VSR. Cuidado parental e apoio social em mães residentes na capital e interior de Santa Catarina. *Interação* 2009; 13(1):25-35.
10. Watt RG. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30(4):241-247.
11. Idrovo AJ, Ruiz-Rodríguez M, Manzano-Patiño AP. Beyond the income inequality hypothesis and human health: a world wide exploration. *Rev Saude Publica* 2010; 44(4):695-702.
12. Vered Y, Soskolne V, Zini A, Livny A, Sgan-Cohen HD. Psychological distress and social support are determinants of changing oral health status among an immigrant population from Ethiopia. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39(2):145-153.
13. Backes V, Olinto MTA, Henn RL, Cremonese C, Pattussi MP. Associação entre aspectos psicossociais e excesso de peso referido em adultos de um município de médio porte do Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 27(3):573-580.
14. Heydecke G, Tedesco LA, Kowalski C, Inglehart MR. Complete dentures and oral health-related quality of life – do coping styles matter? *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32(4):297-306.
15. Luz TCB, Loyola Filho AI, Lima-Costa MF. Perceptions of social capital and cost-related non-adherence to medication among the elderly. *Cad Saude Publica* 2011; 27(2):269-276.

16. McGrath C, Bedi R. Influences of social support on the oral health of older people in Britain. *J oral rehabil* 2002; 29(10):918-922.
17. Varenne B, Petersen PE, Fournet F, Msellati P, Gary J, Ouattara S, Harang M, Salem G. Illness-related behaviour and utilization of oral health services among adult city-dwellers in Burkina Faso: evidence from a household survey. *BMC health serv res* 2006; 6:164.
18. Skaret E, Weinstein P, Milgrom P, Kaakko T, Getz T. Factors related to severe untreated tooth decay in rural adolescents: a case-control study for public health planning. *Int j paediatr dent* 2004; 14(1):17-26.
19. Flores EMTL, Drehmer TM. Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre. *Cien Saude Colet* 2003; 8(3):743-752.
20. Tellez M, Sohn W, Burt BA, Ismail AI. Assessment of the Relationship between Neighborhood Characteristics and Dental Caries Severity among Low-Income African-Americans: A Multilevel Approach. *J Public Health Dent* 2006; 66(1):30-36.
21. Pattussi MP, Hardy R, Sheiham A. Neighborhood Social Capital and Dental Injuries in Brazilian Adolescents. *Am j public health* 2006; 96(8):1462-1468.
22. Zioni F. Exclusão Social: noção ou conceito? *Saúde e Sociedade* 2006; 15(3):15-29.
23. Pattussi MP, Olinto MT, Hardy R, Sheiham A. Clinical, social and psychosocial factors associated with self-rated oral health in Brazilian adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35(5):377-386.
24. Reisine S, Ajrouch KJ, Sohn W, Lim S, Ismail A. Characteristics of African-American male caregivers in a study of oral health in Detroit - a brief communication. *J Public Health Dent* 2009; 69(3):197-200.
25. Bastos JL, Antunes JLF, Frias AC, Souza MLR, Peres KG, Peres MA. Color/race inequalities in oral health among Brazilian adolescents. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(3):313-324.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. *SB Brasil 2010 - Resultados Principais*. Brasília: MS; 2011.
27. Fleiss JL. *Statistical Methods for rates and proportions*. 2ª ed. New York: Wiley; 1981.
28. Silva AN, Mendonça MH, Vettore MV. The association between low-socioeconomic status mother's Sense of Coherence and their child's utilization of dental care. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39(2):115-126.
29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009*. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2003. Acesso e utilização de serviços de saúde, 2003*. Rio de Janeiro: IBGE. [acessado 2012 mar 19]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/questpnad2003.pdf>.
31. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *SB Brasil 2010-Manual da Equipe de Campo*. Brasília: MS; 2009.
32. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 16 out.
33. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2011*. Rio de Janeiro: IBGE. [acessado 2013 mar 31] Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2222&id_pagina=1.
34. Jansen K, Mondin TC, Ores LC, Souza LDM, Konradt CE, Pinheiro RT, Silva RA. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 27(3):440-448.
35. Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. *Rev Saude Publica* 2012; 46(4):617-623.
36. Lino MZR, Muniz PT, Siqueira KS. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. *Cad Saude Publica* 2011; 27(4):797-810.
37. Peres MA, Iser BPM, Boing AF, Yokota RTV, Malta DC, Peres KG. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). *Cad Saude Publica* 2012; 28(Supl.):90-100.
38. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2010 - Características da população e dos domicílios - Resultados do universo*. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
39. Murayama H, Fujiwara Y, Kawachi I. Social Capital and Health: A Review of Prospective Multilevel Studies. *J Epidemiol* 2012; 22(3):179-187.
40. Carvalho JC, Rebelo MAB, Vettore MV. Dor dental nos últimos 3 meses em adolescentes e Estratégia Saúde da Família: a comparação entre duas áreas com abordagens diferentes de atenção em saúde bucal. *Cien Saude Colet* 2011; 16(10):4107-4114.

Artigo apresentado em 06/05/2013

Aprovado em 10/07/2013

Versão final apresentada em 15/07/2013