

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS

Patrícia Bastianello Campagnol

**CAPITAL SOCIALE USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM  
ADULTOS E IDOSOS NO BRASIL**

Santa Maria, RS  
2021

**Patrícia Bastianello Campagnol**

**CAPITAL SOCIALE USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM  
ADULTOS E IDOSOS NO BRASIL**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito para a obtenção do título de **Mestre em Ciências Odontológicas com ênfase em Saúde Coletiva**.

Orientador: Prof. Dr. Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

Santa Maria, RS  
2021

Campagnol, Patrícia Bastianello  
CAPITAL SOCIALE USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM  
ADULTOS E IDOSOS NO BRASIL / Patrícia Bastianello  
Campagnol.- 2021.  
36 p.; 30 cm

Orientador: Jessye Melgarejo do Amaral Giordani  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós  
Graduação em Ciências Odontológicas, RS, 2021

1. Capital Social 2. Saúde Bucal 3. Determinantes  
Sociais em Saúde 4. Envelhecimento I. Melgarejo do  
Amaral Giordani , Jessye II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, PATRÍCIA BASTIANELLO CAMPAGNOL, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

**Patrícia Bastianello Campagnol**

**CAPITAL SOCIALE USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM  
ADULTOS E IDOSOS NO BRASIL**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito para a obtenção do título de **Mestre em Ciências Odontológicas com ênfase em Saúde Coletiva**.

**Aprovado em 28 de julho de 2021:**



---

**Jessye Melgarejo do Amaral Giordani, Dr. (UFSM)**  
(Presidente da Banca/Orientador)



---

**Marília Cunha Maroneze, Dr<sup>a</sup>. (SOBRESP)**



---

**Matheus Neves, Dr. (UFRGS)**

Santa Maria, RS  
2021

## AGRADECIMENTOS

Desafio maior do que escrever esta dissertação, é resumir os agradecimentos a tantas pessoas que fizeram parte desta trajetória. Sem dúvida nenhuma a marco do meu mestrado foram as pessoas que me acompanharam nesta jornada. Família, amigos, colegas e professores, sem o apoio, compreensão, paciência e amparo de vocês eu não conseguiria realizar esse sonho almejado ao longo de tantos anos. Agradeço a Deus por ter me acompanhado e por me permitir viver tantas coisas boas. Aos meus pais Carlos e Vera por me amarem e apoiarem sempre, por batalharem que a educação dos filhos fosse a maior herança. Amo vocês! Ao meu irmão Paulo Cezar, meu orgulho, que sempre me incentivou a retomar os estudos, muito obrigada por todas as vezes que me estendeu a mão! Aos meus filhos, meus maiores tesouros, Ingrid e Cássio, desculpem as ausências pela vida atribulada, mas todo o meu esforço sempre será para vocês! Amo vocês mais que tudo! Ao meu amor Diego Bortoluzzi muito obrigada por todo o apoio e incentivo neste período tão importante da minha vida!

Quando eu decidi encerrar o desafio de voltar a estudar, conciliando as minhas atividades profissionais junto a Política de Saúde Bucal do município de Santa Maria com o Mestrado em Ciências Odontológicas, com ênfase em Saúde Coletiva pela UFSM, sabia que precisaria ter determinação, resiliência, foco e dedicação. O que eu jamais imaginava era que iria enfrentar situações tão complexas na minha vida pessoal e profissional. Então, mais uma vez a minha rede de apoio se fez presente e eu segui.

Segui essa caminhada que será concluída graças ao meu orientador Prof. Dr. Jessye Melgarejo do Amaral Giordani. Ao decidir pelo mestrado não poderia ter escolhido outro orientador, alguém que eu admiro pelo caráter, pelo conhecimento e principalmente pela maneira de ser e ensinar. Ser professor de Saúde Coletiva demanda muito mais que conhecimento sobre epidemiologia, saúde pública, SUS...É preciso conhecer a realidade da população e ter empatia e sensibilidade para contribuir com a melhoria das condições de vida. E isso encontramos no professor Jessye, que sabe encantar e motivar seus alunos a serem profissionais que modificam realidades. Obrigada pela paciência, por compreender minha rotina, pela humildade de partilhar teu conhecimento comigo!

Agradeço os professores da Disciplina de Saúde Coletiva, Luísa Helena, Jessye Giordani e Beatriz Unfer, obrigada pelas conversas, discussões e ensinamentos e pela integração do Ensino com a rede de atenção em Saúde Bucal do município de Santa Maria, seguimos na luta! Um agradecimento especial, cheio de gratidão, para a professora Beatriz Unfer, se hoje sou uma dentista do SUS e feliz por essa escolha, foi porque fui cativada desde a monitoria em Odontologia Preventiva e Social. Obrigada por desde sempre trazer o SUS para dentro da Odontologia da UFSM! Também fez parte dessa caminhada a minha “dupla”, Orlando do Amaral. Um ser humano extraordinário, sempre disposto a ajudar. Obrigada pela parceria, conversas, aprendizado e construção desse projeto, que o teu futuro na Saúde Coletiva seja de muito sucesso e que possamos trabalhar juntos, buscando respostas para melhorar a saúde da população.

Também quero agradecer a Universidade Federal de Santa Maria, por ter me acolhido tão bem durante meus anos de estudo, na graduação e agora no Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas (PPGCO), pela oportunidade e pelos ensinamentos neste período, aos professores e funcionários do PPGCO pela dedicação, esforço e ensinamentos. Sem dúvida a

educação pública de qualidade muda o destino das pessoas e por isso precisamos lutar e defender a Universidade Pública!

Meu agradecimento a minha banca professores Matheus Neves e Marília Maroneze por terem aceitado fazer parte da banca, a escolha dos nomes de vocês não foi por um acaso, mas pela competência profissional inspiradora e pela certeza das importantes contribuições, sugestões que serão feitas com o intuito de melhorar nosso projeto. Por fim, agradeço a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento. Espero retribuir todos os ensinamentos na minha prática profissional, lutando para que os usuários do Sistema Único de Saúde de Santa Maria tenham acesso a uma saúde bucal digna, com universalidade, equidade e integralidade.

## RESUMO

### **CAPITAL SOCIAL E USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM ADULTOS E IDOSOS NO BRASIL**

AUTOR: Patrícia Bastianello Campagnol

ORIENTADOR: Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

Embora existam evidências sobre desigualdades e uso de serviço de saúde geral, ainda é necessário explorar mais as experiências de adultos e idosos no uso de serviço odontológico, principalmente a influência do capital social. A maioria desses estudos refere-se aos países desenvolvidos, acredita-se não ter nenhum estudo com a população do Brasil utilizando uma amostra representativa nacional, especialmente com a população de adultos e idosos. O objetivo deste estudo é avaliar a prevalência do uso de serviços odontológicos e a associação do capital social, entre adultos e idosos brasileiros. Trata-se de um estudo transversal com dados do Estudo longitudinal da saúde dos idosos brasileiros, que é um de base populacional, representativo nacionalmente, de pessoas com 50 anos ou mais, realizada entre 2015 e 2016. A amostra foi composta por 9.323 indivíduos e a coleta de dados foi realizada através de questionários estruturados. O desfecho foi Uso de serviço odontológico no último ano. O preditor principal foi capital social, através de duas dimensões: estrutural e cognitivo. As demais variáveis independentes foram: sexo, cor da pele, idade, escolaridade, riqueza, depressão, satisfação com a vida, necessidade de tratamento odontológico, autopercepção de saúde bucal, perda dentária, tipo de serviço odontológico utilizado, motivo do atendimento odontológico, fumo e álcool. A análise estatística foi realizada através de regressão de Poisson com comando svy para amostras complexas. A prevalência de uso de serviço odontológico no último ano foi 32,6% (IC95%: 30,7-34,5). Não foram encontradas associações entre capital social com uso de serviço odontológico. É possível que inúmeros fatores tenham influenciado os resultados, desde limitações na aferição do capital social, passando por características de processo de trabalho dos serviços de saúde, até questões relativas à população idosa e suas características culturais e biológicas que influenciam a saúde bucal. É preciso que novos estudos sejam realizados, com diferentes delineamentos, variáveis e abordagens.

Palavras-chave: Capital Social; Determinantes Sociais De Saúde; Envelhecimento; Saúde Bucal.

## **ABSTRACT**

### **SHARE CAPITAL AND USE OF DENTAL SERVICES IN ADULTS AND ELDERLY IN BRAZIL**

**AUTHOR:** Patrícia Bastianello Campagnol  
**ADVISOR:** Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

Although there is evidence on inequalities in the use of general health services, it is still necessary to explore the experiences of adults and elderly people in the use of dental services, especially the influence of social capital. Most of these studies refer to developed countries, it is believed that there is no study with the population of Brazil using a national representative sample, especially with the population of adults and elderly. The aim of this study is to assess the prevalence of the use of dental services and the association of social capital among Brazilian adults and elderly people. This is a cross-sectional study with data from the Longitudinal Study of the Health of Brazilian Elderly People, which is a population-based, nationally representative study of people aged 50 or over, carried out between 2015 and 2016. The sample consisted of 9,323 individuals and data collection was carried out through structured questionnaires. The outcome was Use of dental service in the last year. The main predictor was social capital, through two dimensions: structural and cognitive. The other independent variables were: sex, skin color, age, education, wealth, depression, life satisfaction, need for dental treatment, self-perception of oral health, tooth loss, type of dental service, reason for dental care, smoking use and alcohol use. Statistical analysis was performed using Poisson regression with svy command for complex samples. The prevalence of use of dental services in the last year was 32.6% (95%CI: 30.7-34.5). No associations were found between social capital and the use of dental services. It is possible that numerous factors have influenced the results, from limitations in measuring social capital, through characteristics of the work process of health services, to issues related to the elderly population and its cultural and biological characteristics that influence oral health. It is necessary that new studies are carried out, with different designs, variables and approaches.

**Keywords:** Social Capital; Social Determinants of Health; Aging; Oral Health.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>12</b>
<b>3 ARTIGO.....</b>	<b>13</b>
3.1 INTRODUÇÃO.....	14
3.2. MATERIAIS E MÉTODOS.....	14
3.3. RESULTADOS.....	17
3.4. DISCUSSÃO.....	18
3.5. CONCLUSÃO.....	20
3.6. REFERÊNCIAS .....	20
3.7. FIGURAS E TABELAS.....	23
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>26</b>
<b>5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>27</b>
<b>6 ANEXOS.....</b>	<b>31</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que gera desafios para os gestores de saúde devido a elevada carga de doenças crônicas, desigualdades acentuadas no estado de saúde bucal e no acesso à serviços odontológicos nesta população (MENDES, 2010; PATUSSI e col, 2010; MALTA e col, 2017). Desse modo, reduzir as desigualdades em saúde, produzindo políticas públicas que melhorem a qualidade de vida dos idosos incluindo o acesso à serviço odontológico é uma questão de responsabilidade social (LEON e col, 2018), haja vista que essa população experimenta maiores taxas de edentulismo, cárie dentária, doença periodontal, xerostomia e câncer bucal (PATUSSI e col, 2010) e essas doenças impactam principalmente entre os mais pobres, desfavorecidos e socialmente marginalizados (VERAS; OLIVEIRA, 2016). Entre as doenças crônicas que afetam a expectativa de vida, a perda dentária ocupa a 36º posição, impactando na qualidade de vida (KASSEBAUN e col, 2017) e a presença de dentes está associada a busca por serviços odontológicos com maior regularidade entre os idosos (SILVA e col, 2018). A melhoria das condições de saúde bucal em idosos é inerente ao acesso destes ao atendimento odontológico integral (LOCKER,2001).

Grupos mais vulneráveis, como imigrantes, tanto adultos quanto idosos tendem a usar menos o serviço odontológico em comparação a grupos de indivíduos da raça branca (DAVIDSON; ANDERSON, 1997). Assim sendo, para avaliar como a população idosa faz uso do serviço odontológico é importante considerar a influência dos determinantes sociais de saúde (MIKKONEN; RAPHAEL,2010), ou seja, as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem (MARMOT e col, 2008), responsáveis por grande parte das iniquidades em saúde (FDI, 2013), bem como as relações de cooperação e vínculos sociais entre elas (WATT; SHEIHAM, 2012; BHANDARI e col, 2015).

Andrade e colaboradores (2018) observaram numa grande coorte populacional de idosos brasileiros que a baixa condição socioeconômica nos diferentes estágios da vida está associada à saúde geral e ao risco de perda dentária. Considerando a relação entre a saúde bucal deficiente e o menor nível socioeconômico, a falta de acesso à serviços odontológicos neste grupo pode ser considerado uma das causas da desigualdade em saúde bucal (WAMALA e col, 2006). As piores condições socioeconômicas também influenciam negativamente a associação entre autopercepção em saúde bucal com visitas de rotina ao dentista, como demonstrado por Souza e colaboradores (2007).

O uso de serviço odontológico no Brasil já fora avaliado em estudos epidemiológicos de base populacional na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 2003 e 2008, Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2013, ambas conduzidas pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e na Pesquisa SBBrazil 2010. A PNAD 2003 expôs a baixa prevalência de uso de serviços odontológicos entre os idosos, sendo que o maior uso estava entre os que possuíam maior escolaridade e o menor uso entre os idosos com pior saúde bucal e maior necessidade de tratamento, sinalizando assim, as iniquidades no acesso ao serviço odontológico (Martins e col, 2008). Resultados semelhantes foram observados no SBBrazil 2010 (Ferreira e col, 2013), onde idosos com maior nível de escolaridade e renda apresentaram maiores prevalências de uso recente de serviço odontológico e ainda as regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram o menor uso. Embora estudos prévios tenham discutido tendências e disparidades no acesso e uso de serviço de saúde geral pouco se sabe sobre as experiências de adultos e idosos no uso de serviço odontológico (BAKER,2009), bem como a influência do capital social sobre este (BURR; LEE, 201; MURAKAMI e col, 2019).

Pode-se conceituar capital social como uma teia de relações cooperativas entre as pessoas de um determinado lugar, capaz de criar reciprocidade, confiança interpessoal e ajuda recíproca entre os indivíduos, gerando ações que são capazes de criar benefícios mútuos para a população (COLEMAN, 1988; MOORE; KAWACHI, 2017; PATTUSSI e col, 2006). Também pode ser considerado um subproduto das relações sociais resultantes da recíproca troca entre participantes envolvidos em redes ou associações sociais, podendo ser reconhecido como um bem público capaz de gerar cooperação e sentimentos positivos que podem levar ao alcance de objetivos comuns (CARPIANO; FITTERER, 2014).

Frequentemente capital social é mensurado através de indicadores como confiança social ou participação em associações voluntárias (CARPIANO; FITTERER, 2014). Neste trabalho utilizaremos duas dimensões de capital social: a dimensão estrutural, responsável por caracterizar a participação dos indivíduos em atividades sociais, organizações voluntárias com foco no tamanho e intensidade das interações, e a dimensão cognitiva, responsável pelas percepções subjetivas das pessoas relacionadas à qualidade das interações sociais dentro da estrutura das relações (ISLAM e col, 2006). Embora exista uma grande ambiguidade conceitual e metodológica em torno do capital social, vem sendo reconhecido que a captura da natureza multidimensional do capital social não pode ser mensurada somente por medidas simples (HARPHAM, 2002). Apesar dessas limitações, as formas de capital social e seus indicadores, quando considerados em um todo, tornam o conceito capaz de mostrar sua capacidade de influenciar a saúde das pessoas (BUCK-MCFADYEN e col, 2019).

Burr e Lee (2013) avaliando relações sociais e uso de serviço odontológico entre idosos, demonstraram que interação e participação social, coesão do bairro, estado civil, maior escolaridade e renda foram associados a maior uso. Estes estudos, na sua maioria, referem-se à população japonesa ou americana, acredita-se não ter nenhum com a população do Brasil, especialmente com a população idosa (RODGERS e col, 2019).

Dessa maneira o objetivo deste estudo é verificar a associação do impacto dos determinantes sociais, especialmente o capital social, nos desfechos em saúde bucal como o uso de serviço, entre os adultos com 50 anos ou mais brasileiros, a fim de corroborar com o planejamento em saúde e desenvolvimento de políticas públicas que promovam efetivamente a equidade e a integralidade nestes grupos populacionais.

Como potencialidades desse estudo destaca-se o fato de ser o primeiro estudo brasileiro utilizando dados de base populacional, representativa em nível nacional, com ampla amostra, que avalia associação entre as dimensões do capital social (estrutura e cognitivo) com uso de serviço odontológico. Considerando o acelerado envelhecimento populacional e a necessidade de mais estudos com essa população, outra potencialidade do estudo é a população alvo.

## **2 OBJETIVOS**

### 2.1. Objetivo geral

O objetivo do presente estudo é avaliar a prevalência do uso de serviços odontológicos e seus fatores associados, principalmente entre as dimensões do capital social, estrutural e cognitivo, na população de adultos e idosos brasileiros em 2015.

### 2.2. Objetivos específicos

2.2.1. Descrever a prevalência do uso de serviços odontológicos e as características demográficas, socioeconômicas, psicossociais, comportamentais e de capital social entre adultos e idosos brasileiros.

2.2.2. Testar a associação entre as dimensões do capital social estrutural e cognitivo e o uso de serviços odontológicos entre adultos e idosos brasileiros.

### 3 ARTIGO

*Título:*

**ASSOCIAÇÃO ENTRE CAPITAL SOCIAL E USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS ENTRE ADULTOS E IDOSOS BRASILEIROS**

*Autores:*

Patrícia Bastianello Campagnol<sup>1</sup>, Jessye Melgarejo do Amaral Giordani<sup>1</sup>

*Afiliação:*

<sup>1</sup>Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas, UFSM.

*Título resumido:*

Capital social e uso de serviço odontológico

*ORCID:*

Patrícia Bastianello Campagnol:[0000-0003-3227-1457](https://orcid.org/0000-0003-3227-1457)

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani: 0000-0002-3825-9734

*Autor de correspondência:*

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani

Av. Roraima, 1000, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

CEP: 97105-900. Santa Maria – RS - Brasil

Telefone: (55) 9.9988-2433

E-mail: [jessyesm@hotmail.com](mailto:jessyesm@hotmail.com)

*Financiamento:*

Não houve financiamento.

## **INTRODUÇÃO**

Grande parte das iniquidades em saúde podem ser explicadas pelos Determinantes Sociais em Saúde (DSS), ou seja, pelos fatores sociais, físicos, culturais e comportamentais que implicam diretamente na saúde dos indivíduos (1,2). As relações sociais parecem afetar diretamente o comportamento em saúde, seja pelo acesso às informações, aos recursos financeiros ou pelo suporte emocional (3,4). Assim existem evidências sobre o possível efeito do Capital Social na saúde geral e bucal (5).

Estudos prévios sinalizam a influência do capital social nos desfechos de saúde bucal (6,7,8,9). Inclusive, quando as relações sociais e uso de serviço odontológico entre idosos são associados, observa-se que regiões com maiores relações sociais tendem a procurar mais os serviços de saúde (10). Indivíduos que vivem em sociedades com níveis melhores de capital social tendem a apresentar uma maior taxa de natalidade, menores chances de ter morte prematura e são mais exigentes com os níveis de autopercepção em saúde (11).

Embora que existam evidências sobre tendências e disparidades no acesso e uso de serviço de saúde geral (12,13), ainda é necessário explorar mais as experiências de adultos e idosos no uso de serviço odontológico (14), principalmente a influência do capital social (15,16). A maioria desses estudos referem-se à população de países desenvolvidos, acredita-se não ter nenhum estudo com a população do Brasil utilizando uma amostra representativa nacional, especialmente com a população de adultos e idosos (17).

Diante disso, o objetivo deste estudo é avaliar a prevalência do uso de serviços odontológicos e a associação do capital social, entre adultos e idosos brasileiros.

## **MATERIAL E MÉTODO**

Trata-se de um estudo transversal com dados do levantamento de linha de base do Estudo longitudinal da saúde dos idosos brasileiros (ELSI-Brasil). O ELSI é um estudo de base populacional, representativo nacionalmente, de pessoas com 50 anos ou mais. A pesquisa de linha de base foi realizada entre 2015 e 2016. A amostra foi composta por 9.412 indivíduos residentes em 70 municípios de diferentes regiões brasileiras. O procedimento de amostragem combinou estratificação geográfica e agrupamento. As unidades primárias de amostragem foram os municípios, e os setores censitários foram o segundo estágio seguido pelos domicílios. Todos os residentes dos domicílios selecionados com 50 anos ou mais eram elegíveis para entrevista e outros procedimentos. O ELSI-Brasil incorporou um desenho que constitui estágios

de seleção, combinando estratificação de unidades primárias de amostragem (municípios), setores censitários e domicílios. A amostra do quarto estrato, que compreendia os maiores municípios, foi selecionada em dois estágios, com 176 setores censitários selecionados no primeiro estágio e domicílios selecionados no segundo estágio. Todos os moradores dos domicílios selecionados com 50 anos ou mais eram elegíveis para participação. (3) As medidas avaliadas pelo ELSI-Brasil incluíram um questionário domiciliar e um questionário individual, respondido por todos os moradores com 50 anos ou mais. Todas as entrevistas foram realizadas nas residências dos participantes por entrevistadores treinados. (3)

O cálculo do tamanho da amostra para verificar associação de determinantes sociais e a procura de serviço odontológico foi realizado de acordo com os seguintes parâmetros: risco de indivíduos de locais com menor capital social de vizinhança não procurar o serviço odontológico de 1,65 (4), nível de confiança de 95%, proporção de expostos/não expostos 1:1 e poder do teste de 80%. Assim, o tamanho mínimo da amostra requerida, adicionando-se 30% para eventuais perdas, foi 2.941 indivíduos. O tamanho final da amostra do ELSI-BRASIL foi 9.412 indivíduos por tratar-se de um estudo populacional que busca demais desfechos em saúde. Para o desfecho de uso de serviço odontológico a amostra disponível foi 9.323 adultos e idosos respondentes.

Os procedimentos de coleta de dados incluíram: entrevista sobre as características gerais do domicílio e condições socioeconômicas dos demais moradores; entrevista individual sobre condições de saúde física e mental e outros aspectos relevantes; aferição da pressão arterial, medidas antropométricas e medidas da capacidade funcional; coleta de sangue e exames laboratoriais. Um morador adulto foi convidado a responder à entrevista geral e os demais moradores com idade igual ou superior a 50 anos foram convidados a participar dos demais procedimentos, com exceção dos exames laboratoriais, que foi selecionada uma sub amostra entre participantes do estudo. Informações mais detalhadas sobre o ELSI-BRASIL podem ser encontradas no artigo de Lima-Costa e cols. (2018) que descreve a metodologia do estudo (5).

O desfecho do estudo - Uso de serviço odontológico no último ano - foi observado por meio da seguinte questão do questionário individual: “Quando o(a) Sr(a) foi ao dentista pela última vez?”. As opções de resposta foram: Menos de um ano / De 1 a 2 anos / 3 anos ou mais / Nunca foi ao dentista / Não sabe ou não respondeu. As respostas foram dicotomizadas em: Sim na resposta: “menos de 1 ano” e Não nas respostas: “De 1 a 2 anos”, “3 anos ou mais”, “Nunca foi ao dentista.”

Para aferição do capital social adotamos *proxies* que foram utilizadas em pesquisas anteriores (4,5). Para medir o capital social cognitivo consideramos estudos anteriores que

apontam a confiança interpessoal como elemento central (4,6). Incluímos a seguinte pergunta para avaliar a confiança interpessoal do grupo: "Você acha que pode confiar na maioria das pessoas da vizinhança?" (sim / não). Além disso, a percepção dos amigos também foi utilizada como proxy do capital social cognitivo, avaliada por meio da seguinte pergunta: "Você tem amigos?" (sim / não). Para medir o capital social estrutural, incluímos duas variáveis. A primeira variável coletada sobre a questão: "Nos últimos 12 meses você fez algum trabalho voluntário?" (sim / não) e a segunda variável coletada sobre a questão: "Nos últimos 12 meses, você participou de atividades sociais organizadas (clubes, grupos comunitários ou religiosos, centro comunitário, universidade sênior, etc)?".

Para aferição das variáveis socioeconômicas e demográficas, foram incluídas: sexo (masculino / feminino), cor da pele (branca e não branca). (7), idade (50 a 59 anos, 60 a 69 anos e 70 anos ou mais), (8) escolaridade (0 a 8 anos / 9 ou mais anos) (9) e riqueza (categorizada em quintis), esta variável foi coletada por meio de uma análise de componentes principais, que avaliou a posse de bens duráveis carro, geladeira, televisão, recursos habitacionais e acesso a serviços básicos. (10) A riqueza é comumente usada para quantificar as desigualdades socioeconômicas em uma série de resultados de saúde (8) e mostrou-se importante discriminadora das desigualdades em saúde bucal (11).

Depressão foi avaliada pela seguinte questão: "Algum médico já disse que você tem depressão?" (sim / não). Para avaliar a satisfação, o participante foi orientado a pensar sobre o seu nível de satisfação com a vida e apontar uma etapa com números de 1 a 10, sendo que a etapa mais elevada correspondia ao número 10, que representa a máxima satisfação com a vida. vida e o degrau mais baixo é o número 1, que representa o nível mais baixo de satisfação com a vida. Para a análise dessa variável, foi dicotomizada como "Baixa satisfação" para aqueles que responderam as etapas correspondentes de 1 a 5 e "Alta satisfação" para aqueles que apontaram para a etapa 6 ou alguma etapa superior. O hábito de fumar atual foi avaliado pela pergunta: "Atualmente você fuma (considerando fumar cigarros industriais, cigarros de palha ou outros produtos do tabaco como charutos, cigarrilhas, cachimbos, cigarros de cravo, cigarros indianos e narguilés)?" com as seguintes opções de resposta: "sim, diariamente", para quem fuma todos os dias, pelo menos um dos produtos; "Sim, menos que diariamente", para quem fuma, mas não todos os dias; e "não", para quem não fuma, nem mesmo ocasionalmente. Necessidade de tratamento: "O(a) Sr(a) acha que atualmente precisa de tratamento odontológico?", (Sim / Não); Presença de dentes: "Quantos dentes o(a) Sr(a) tem?" (nenhum / de 1 a 9 / de 10 a 19 / 20 ou mais); Local do serviço: "Sua última consulta foi realizada em?" (Serviço Público / Serviço particular / Plano de Saúde ou convênio / outros;) Motivo da

consulta: “Qual o principal motivo da sua última visita ao dentista?” (Revisão ou prevenção / Dor / Extração / Tratamento / Outros) e Auto percepção de saúde bucal: “O (a) senhor (a) acha que a saúde dos seus dentes e gengiva é: (Muito boa / Boa / Regular / Ruim / Muito Ruim).

O modelo teórico conceitual proposto (Figura 1) foi baseado nos estudos de Watt e Sheiham (2012) e Rouxel et al (2015). (6,12). As análises estatísticas das associações entre as variáveis independentes e a ocorrência de uso de serviços odontológicos foram baseadas em estimativas de razões de prevalência calculadas por meio de regressão de Poisson. A análise multivariada final foi realizada, com ajustes mútuos para todas as covariáveis já descritas. Essas variáveis entraram no modelo multivariado final simultaneamente. As análises foram realizadas no pacote estatístico Stata versão 14.0 (Stata Corporation, CollegeStation, TX, EUA). Por meio do módulo survey (svy), que considera os efeitos da amostra complexa. As análises estatísticas envolveram análises descritivas e inferenciais com nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95% (IC95%).

O ELSI-Brasil foi aprovado pelo conselho de ética da Fundação Oswaldo Cruz, Minas Gerais (CAAE 34649814.3.0000.5091). Os participantes assinaram formulários separados de consentimento informado para as entrevistas.

## **RESULTADOS**

Ao todo 9.323 indivíduos (99,5%) apresentaram respostas para o desfecho uso de serviço odontológico no último ano, após eliminação dos missing (não sabe/não respondeu = 89 indivíduos). A amostra foi composta em sua maioria por mulheres (54%), não brancas (57,2%), idosas (53,3%) e com baixa escolaridade (73,1%). Em relação aos aspectos odontológicos a maioria relatou necessidade de tratamento odontológico (55,3%), presença de dentes (70,4%), procura por serviço privado (61,5%), consulta por motivos não preventivos (78,2%) e boa saúde bucal (54,5%). A maioria da amostra não fazia uso de cigarros (84,3%) e bebidas alcoólicas (70,8%) (Tabela 1).

A prevalência geral de uso de serviço odontológico no último ano foi 32,6% (IC95%: 30,7-34,5). As maiores prevalências foram encontradas nos indivíduos do sexo feminino, brancos, com maior nível educacional e entre os mais ricos. Em relação ao capital social, as maiores prevalências foram encontradas entre os indivíduos que realizam trabalho voluntário, não possuem participação social, não confiam na vizinhança e possuem amigos. Em relação às variáveis odontológicas, as maiores prevalências de uso de serviço odontológico no último ano foram encontradas entre os indivíduos que não eram edêntulos, acessaram serviço privado, por motivos preventivos e que relataram saúde bucal ruim. Também foram encontradas as maiores

prevalências entre os indivíduos que não fumavam e que bebiam álcool 1 vez ou mais por mês (Tabela 1).

No modelo de regressão de Poisson final, ou seja, o modelo ajustado é possível perceber que capital social não se associou com o uso de serviço odontológico no último ano, independente da dimensão estrutural ou cognitiva analisada. Os resultados são demonstrados mesmo após o ajuste para as variáveis demográficas, socioeconômicas, de saúde bucal e comportamentais (Tabela 2).

## **DISCUSSÃO**

O principal resultado do presente estudo sugere que não há associação entre capital social e uso de serviço odontológico em adultos e idosos brasileiros. Pelo nosso conhecimento, este é o primeiro estudo de base populacional brasileira, com abrangência e representatividade nacional avaliando a associação do capital social estrutural e cognitivo com uso de serviço odontológico no último ano.

Os mecanismos pelos quais o capital social se relaciona com a saúde ainda não são completamente compreendidos, bem como há uma variação na compreensão dos caminhos pelos quais o capital social se associa com desfechos em saúde (5). Entretanto, há possibilidades de explicação entre capital social e saúde bucal (por exemplo autopercepção) que se alinham à fatores comportamentais, psicossociais e de acesso à serviços odontológicos. Portanto, uma possível associação entre capital social e uso de serviço odontológico parece plausível; entretanto, no presente estudo esta associação não se efetivou (15).

Em relação à dimensão cognitiva do capital social foram utilizadas medidas de confiança interpessoal, por exemplo confiança na vizinhança e amizade (13,14). No entanto, é importante notar que a confiança generalizada pode ser diferente de confiança interpessoal. Embora estudos anteriores tenham relatado associações entre confiança generalizada e interpessoal com resultados de saúde (15), este estudo não avaliou confiança generalizada (16,17).

A dimensão estrutural do capital social, avaliada no presente estudo pelas variáveis participação social e voluntariado, não encontrou associação com uso de serviço odontológico, mesmo frequentemente associadas à desfechos objetivos em saúde (18,19). O termo estrutural é usado para indicar atores individuais, referindo-se à presença ou ausência de estruturas formais ou atividades que podem desenvolver e construir redes sociais (20).

Indivíduos com maior capital econômico, cultural e social tendem a fazer uso mais frequente de serviços de saúde (21), assim entender a influência do Capital Social nos desfechos em saúde bucal, bem como a sua aplicabilidade nas redes de atenção em saúde pode ser um caminho plausível para tentar diminuir as iniquidades em saúde (22). O Capital Social é fruto dos diversos investimentos que os indivíduos fazem para preservar relações estáveis e duráveis, sendo a rede de relações do indivíduo um produto de estratégias conscientes ou inconscientes que transformam relações sociais na vizinhança, no trabalho e na família (22). Sendo assim, a fragilidade dos vínculos apresentando no estudo, como a inexpressiva participação em trabalhos voluntários e em grupos da comunidade, podem ter influenciado os resultados. É inegável que o uso de serviços odontológicos envolve aspectos políticos, econômicos, organizativos, sociais, entre outros.

Um aspecto importante é que a população do estudo é majoritariamente de idosos, ou seja, indivíduos com 60 ou mais. Este fato pode ter influenciado a não associação entre capital social e uso de serviço odontológico, pois aspectos individuais como alta perda dentária, capacidade funcional, crenças pessoais e culturais estão associados ao uso de serviços odontológicos por idosos. Mas, também, aspectos relacionados à organização e planejamento das ações de saúde, ou seja, características dos serviços de saúde como acessibilidade, processo de trabalho, acolhimento e modelo curativo podem influenciar no uso de serviços odontológicos por idosos (23). Talvez o capital social se associe mais com desfechos subjetivos de saúde bucal em idosos.

O estudo apresenta importantes limitações. O desenho transversal limita o escopo de inferências causais. Além disso, as questões utilizadas para medir o capital social podem não ter captado integralmente o seu conceito, uma vez que o debate sobre a sua definição e principalmente sobre sua aferição é substancial e não foi utilizado um instrumento validado. Além disso, devido ao estudo ser baseado em dados secundários, há uma dificuldade em inserir no modelo variáveis importantes como questões relacionadas à dimensão psicossocial, comportamental e biológica por exemplo. Em relação ao desfecho, uso de serviço odontológico no último ano, é bastante comum vermos pesquisas com este desfecho, porém uma possível limitação é na dicotomização, ou seja, as categorias de “Menos de um ano” e “De 1 a 2 anos” não foram coletadas de forma usual e podem apresentar intersecção para uso de serviço no último ano, pois alguns indivíduos que responderiam 1 ano deveriam estar juntos na categoria “sim” do desfecho.

## CONCLUSÃO

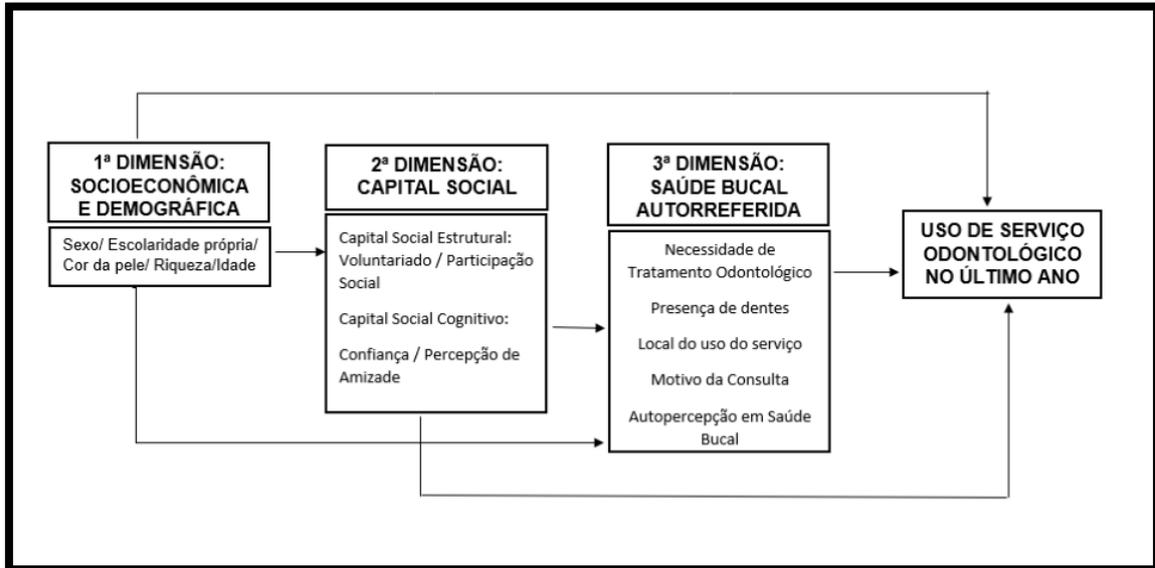
Não foi encontrada associação entre capital social estrutural e cognitivo com uso de serviço odontológico no último ano em adultos e idosos brasileiros. Mais estudos são necessários para elucidar melhor esta relação, principalmente utilizando instrumentos com melhor aferição do capital social e características dos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores IBGE. Cidades; 2018. IBGE 2018.
2. Lima-Costa MF. Aging and public health. *Rev saúde pública*. 24 de janeiro de 2019;52(Suppl 2):2s.
3. Lima-Costa MF, de Andrade FB, Souza PRB de, Neri AL, Duarte YA de O, Castro-Costa E, et al. The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): Objectives and Design. *American Journal of Epidemiology*. 1o de julho de 2018;187(7):1345–53.
4. Moore S, Kawachi I. Twenty years of social capital and health research: a glossary. *J Epidemiol Community Health*. maio de 2017;71(5):513–7.
5. Kawachi I, Berkman LF. Social cohesion, social capital, and health. In: Berkman LF, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000; 174–90.
6. Rouxel PL, Heilmann A, Aida J, Tsakos G, Watt RG. Social capital: theory, evidence, and implications for oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. abril de 2015;43(2):97–105.
7. Baumgarten A, Bastos JL, Toassi RFC, Hilgert JB, Hugo FN, Celeste RK. Discrimination, gender and self-reported aesthetic problems among Brazilian Adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. fevereiro de 2018;46(1):24–9.
8. Andrade FB de, Antunes JLF, Souza Junior PRB de, Lima-Costa MF, Oliveira CD. Life course socioeconomic inequalities and oral health status in later life. *Rev saúde pública*. 24 de janeiro de 2018;52(Suppl 2):7s.
9. Gouvêa GR, Bulgareli JV, David LL, Ambrosano GMB, Cortellazzi KL, Guerra LM, et al. Variables associated with the oral impact on daily performance of adults in the state of São Paulo: A population-based study. Tadakamadla SK, organizador. *PLoS ONE*. 13 de setembro de 2018;13(9):e0203777.
10. Fry K, Firestone R, Chakraborty N. Measuring equity with nationally representative wealth, quintiles. Washington (DC): PSI; 2014. *Wealth-Quintile-Guide*.
11. Amaral Júnior OL, Menegazzo GR, Fagundes MLB, Tomazoni F, Giordan JMA. Impact of adopting different socioeconomic indicators in older adults' oral health research. *Braz. Oral Res*. 2021;35-40
12. Pollack CE, Chideya S, Cubbin C, Williams B, Dekker M, Braveman P. Should Health Studies Measure Wealth? *American Journal of Preventive Medicine*. setembro de 2007;33(3):250–64.

13. Watt RG, Sheiham A. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. *Community Dent Oral Epidemiol.* agosto de 2012;40(4):289–96.
14. Moore S, Kawachi I. Twenty years of social capital and health research: a glossary. *J Epidemiol Community Health.* 2017;71(5):513–7.
15. Rouxel PL, Heilmann A, Aida J, Tsakos G, Watt RG. Social capital: theory, evidence, and implications for oral health. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2015;43(2):97–105.
16. Lindström M. Does social capital include trust? Commentary on Carpiano and Fitterer (2014). *Social Science & Medicine.* 2014;116:235–6.
17. Carpiano RM, Fitterer LM. Questions of trust in health research on social capital: What aspects of personal network social capital do they measure? *Social Science & Medicine.* 2014; 116:225–34.
18. Moore S, Bockenholt U, Daniel M, Frohlich K, Kestens Y, Richard L. Social capital and core network ties: A validation study of individual-level social capital measures and their association with extra- and intra-neighborhood ties, and self-rated health. *Health & Place.* 2011;17(2):536–44.
19. Rouxel P, Tsakos G, Demakakos P, Zaninotto P, Chandola T, Watt RG. Is Social Capital a Determinant of Oral Health among Older Adults? Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. Divaris K, organizador. *PLoS ONE.* 2015;10(5):e0125557.
20. Rouxel P, Tsakos G, Demakakos P, Zaninotto P, Watt RG. Social Capital and Oral Health Among Adults 50 Years and Older: Results From the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychosomatic Medicine.* 2015;77(8):927–37.
21. Reis BPW. Capital social e confiança: questões de teoria e método. *Rev Sociol Polit.* 2003;(21):35–49.
22. Soares, F. F., Chaves, S. C. L., & Cangussu, M. C. T. (2015). Governo local e serviços odontológicos: análise da desigualdade na utilização. *Cadernos de Saúde Pública*, 31, 586-596.
23. Bourdieu, P. Le capital social. Notes provisoires. *Actes de la recherche en sciences sociales*, n. 31, p. 2-3, 1980a
24. Moreira, RS; NSL; TNE, RT. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(6):1665-1675, nov-dez, 2005

Figura 1: Modelo teórico conceitual baseado nos estudos de Watt e Sheiham (2012) e Rouxel et al (2015).



Fonte: Autor.

Tabela 1: Distribuição ponderada da amostra e prevalências de uso de serviço odontológico entre adultos e idosos, no Brasil, em 2015-2016 (n= 9323).

Variáveis	Uso do serviço odontológico no último ano	
	Modelo 1 <sup>a</sup> RP (IC95%)	Modelo 2 <sup>b</sup> RP (IC95%)
<b>Capital Social Estrutural</b>		
Trabalho voluntário		
Sim	1	1
Não	1.02 (0.96 - 1.09)	1.02 (0.95 - 1.09)
Participação Social		
Sim	1	1
Não	1.04 (0.99 - 1.08)	1.04 (0.99 - 1.09)
<b>Capital Social Cognitivo</b>		
Confiança da vizinhança		
Sim	1	1
Não	1.00 (0.97 - 1.03)	0.99 (0.96 - 1.02)
Percepção de amigos		
Sim	1	1
Não	1.01 (0.94 - 1.09)	1.00 (0.93 - 1.08)

Tabela 2: Razões de prevalência ajustadas de uso de serviço odontológico entre adultos e idosos, no Brasil, 2015-2016 (n=9323).

Variáveis	%	Uso de serviços odontológicos % (IC95%)
<b>Sexo</b>		
Feminino	54.0	27,9 (26,3-29,6)
Masculino	46.0	37,6 (35,8-39,5)
<b>Cor da pele</b>		
Branca	42.8	34,2 (32,3-36,1)
Não Branca	57.2	31,1 (29,5-32,6)
<b>Idade</b>		
50-59	47.7	32,7 (30,8-34,5)
60-69	29.7	31,8 (29,9-33,7)
≥70	22.7	32,6 (30,5-34,8)
<b>Educação (Anos)</b>		
0-8	73.1	31,8 (30,7-33,1)
>8	26.9	33,9 (30,5-37,1)
<b>Riqueza</b>		
1° quintil (pobre)	20.1	29,4 (27,2-31,6)
2° quintil	19.9	34,4 (31,7-37,3)
3° quintil	20.0	31,4 (28,8-34,1)
4° quintil	20.1	32,9 (30,6-35,4)
5° quintil (rico)	19.9	33,8 (30,9-36,9)
<b>Capital social estrutural</b>		
Trabalho voluntário		
Sim	18,1	34,9 (31,8-38,1)
Não	81,9	31,9 (30,6-33,1)
Participação social		
Sim	48,7	32,1 (30,1-34,1)
Não	51,3	32,6 (30,9-34,3)
<b>Capital social cognitivo</b>		
Confiança na vizinhança		
Sim	54,6	31,9 (30,5-33,5)
Não	45,4	32,8 (30,9-34,8)
Percepção de amigos		
Sim	89,5	32,5 (31,2-34,1)
Não	10,5	30,9 (28,1-34,1)
<b>Necessidade de tratamento odontológico</b>		
Não	44,6	32,5 (30,9-34,2)
Sim	55,3	32,2 (30,6-33,9)
<b>Número de dentes</b>		
Não Edêntulos	70,4	33,2 (32,6-34,9)
Edêntulos	29,6	30,1 (27,9-32,1)
<b>Local do Serviço</b>		
Público	30,2	32,1 (29,7-34,4)
Privado	61,5	32,8 (31,3-34,5)
Plano de Saúde	0,71	28,7 (24,8-33,1)
<b>Motivo da Consulta</b>		
Consulta não preventiva	78,2	32,3 (30,9-33,7)
Consulta preventiva	21,8	32,5 (29,7-35,4)
<b>Saúde Bucal autorreferida</b>		
Boa	54,5	31,1 (29,3-32,3)
Ruim	45,5	33,9 (32,1-35,9)
<b>Uso de cigarro</b>		
Não	84,3	32,9 (31,5-34,4)
Sim	15,7	29,4 (25,8-33,2)
<b>Uso de bebidas alcoólicas</b>		
Não	70,8	31,3 (29,8-32,8)
Sim	29,1	35,7 (33,1-38,5)

<sup>a</sup> Modelo 1: Variáveis de capital social ajustadas por sexo, cor da pele, idade, escolaridade e riqueza.

<sup>b</sup> Modelo 2: Variáveis de capital social ajustadas pelo Modelo 1 e Necessidades de tratamento odontológico, Número de dentes remanescentes, Local do serviço, Motivo da consulta, Autorrelato de saúde bucal, Uso de cigarro e Uso de bebidas alcoólicas.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O objetivo da presente dissertação foi avaliar a associação entre capital social estrutural e cognitivo com uso de serviço odontológico no último ano. Porém os resultados mostraram que não houve associação entre estes fatores. É possível que inúmeros fatores tenham influenciado os resultados, desde limitações na aferição do capital social, passando por características de processo de trabalho dos serviços de saúde, até questões relativas à população idosa e suas características culturais e biológicas que influenciam a saúde bucal. É preciso que novos estudos sejam realizados, com diferentes delineamentos, variáveis e abordagens.

Pelo nosso conhecimento, este é o primeiro estudo de base populacional brasileira, com abrangência e representatividade nacional avaliando a associação do capital social estrutural e cognitivo com uso de serviço odontológico em adultos e idosos. Ressalta-se o esforço dos pesquisadores do ELSI-BRASIL no levantamento dos dados terem incluído características de saúde bucal nos questionários, bem como a compreensão de que a saúde bucal é parte do ser humano e deve ser compreendida e estudada de forma integrada nas pesquisas em saúde.

## 5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AIDA J, KURIYAMA S, OHMORI-MATSUDA K, HOZAWA A, OSAKA K, TSUJI I. The association between neighborhood social capital and self-reported dentate status in elderly Japanese— The Ohsaki cohort 2006 study. **Community Dent Oral Epidemiol**, 2011;39: 239–249
- ALLIN S, MASSERIA C, SORENSON C, PAPANICOLA I, MOSSIALOS E. Measuring inequalities in access to health care: a review of the indices? **European Commission Brussels**, Belgium; 2007
- ANDERSEN, R.M, DAVIDSON, P.L. Improving access to care in America: individual and contextual indicators. **In: Andersen RMRice THKominski GF, editors. Changing the U.S. health care system.**3rd ed. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 2007.3 – 31
- ANDRADE FB DE, ANTUNES JLF, SOUZA JUNIOR PRB DE, LIMA-COSTA MF, OLIVEIRA CD. Life course socioeconomic inequalities and oral health status in later life. **Rev Saúde Pública**, 2018, 52(Suppl 2):7s.
- ARAÚJO et al., Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Rev Cad. Saúde Pública**, 2009; 25(5):1063-1072
- BAKER, S.R. Applying Andersen’s behavioral model to oral health: what are the contextual factors shaping perceived oral health outcomes? **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, 2009; 37:485–494
- BHANDARI B, NEWTON JT, BERNABÉ E. Income Inequality and Use of Dental Services in 66 Countries. **J Dent Res**, 2015; 94(8):1048-54
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal [Internet]. Brasília, DF: MS; 2011 [acesso em 15 nov. 2016]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto\\_sb2010\\_relatorio\\_final.pdf](http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf)
- BUCK-MCFADYEN, E. et al. Social capital and self-rated health: A cross-sectional study of the general social survey data comparing rural and urban adults in Ontario. **Health & Social Care in the Community**, 2019;27(2):424–436
- BURR, J. A.; LEE, H. J. Social Relationships and Dental Care Service Utilization Among Older Adults. **Journal of Aging and Health**,2013;25(2),191–220
- CARPIANO, R. M.; FITTERER, L. M. Questions of trust in health research on social capital: What aspects of personal network social capital do they measure? **Social Science & Medicine**, 2014;116:225–234
- COLEMAN, J. S. Social Capital in the Creation of Human Capital. **The American Journal of Sociology**,1988; 94:95–120
- DONABEDIAN A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press; 2002
- HARPHAM T, GRANT E, THOMAS E. Measuring social capital within health surveys: key issues. **Health Policy Plan**, 2002; 17:106–111
- ISLAM, M.K; MERLO J, KAWACHI I, LINDSTROM M, GERDTHAM UG. Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review. **International Journal for Equity in Health**, 2006; 5(1):3

- KAWACHI I, KENNEDY B, LOCHNER K, PROTHROW-STITH D: Social Capital, Income Inequality, and Mortality. **American Journal of Public Health** 1997; 87(9):1491-1498
- KAWACHI I, KENNEDY BP, GLASS R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. **Am J Pub Health**. 1999;89(8):1187–92
- KAWACHI I, KIM D, COUTTS A, Subramanian SV. Commentary: reconciling the three accounts of social capital. **Int J Epidemiol** 2004; 33:682–90
- KAWACHI I, SUBRAMANIAN SV, KIM D. Social capital and health: a decade of progress and beyond. In: Kawachi I, Subramanian SV, Kim D, editors. *Social capital and health*. New York: Springer, 2008; 1–26
- KIDA, I.A.; ÅSTRØM, N.A.; STRAND, G.V.; MASALU, J.R. Clinical and socio-behavioral correlates of tooth loss: a study of older adults in Tanzania. **BMC Oral Health**, 2006; 6:5–14
- KRESSIN, NR, ATCHISON, KA, MILLER, DR. Comparing the impact of oral disease in two populations of older adults: application of the Geriatric Oral Health Assessment Index. **J Public Health Dent Fall**, 1997
- LAMARCA, G. A., DO C LEAL, M., SHEIHAM, A., VETTORE, M. V. The association of neighborhood and individual social capital with consistent self-rated health: a longitudinal study in Brazilian pregnant and postpartum women. **BMC Pregnancy Childbirth**, 2013;6:13-1
- LEE KS, KIM EK, KIM JW, et al. **The relationship between metabolic conditions and prevalence of periodontal disease in rural Korean elderly**. *ArchGerontolGeriatr*, 2014; 58(1):125–9
- LEE, J.; SCHRAM, A.; RILEY, E.; HARRIS, P.; BAUM, F.; FISHER, M.; FREEMAN, T.; FRIEL, S. Addressing Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health: A Global Review of Policy Outcome Evaluation Methods. **International Journal of Health Policy and Management**, 2018;7(7):581–592
- LEÓN S, DE MARCHI RJ, TÔRRES LH, HUGO FN, ESPINOZA I, GIACAMAN RA. Oral health of the Latin American elders: What we know and what we should do—Position paper of the Latin American Oral Geriatric Group of the International **Association for Dental Research**. **Gerodontology**, 2018; 00:1–7.
- LIMA-COSTA MF, DE ANDRADE FB, SOUZA PRB, NERI AL, DUARTE YAO, CASTRO-COSTA E, DE OLIVEIRA C. The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): Objectives and Design. **Am J Epidemiol**, 2018;187(7):1345-1353
- LOCKER D. Does dental care improve the oral health of older adults? **Community Dent Health**, 2001;18(1):7-15
- MACINKO, J., DE ANDRADE, F.B., DE SOUZA, P.R.B., LIMA-COSTA, M. F., Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil). **Rev Saude Publica**, 2018;52(2):6
- MARTINS A, BARRETO SM, SILVEIRA MF, SANTAROSA TTA, PEREIRA RD. Self-perceived oral health among Brazilian elderly individuals. **Rev Saúde Pública**, 2010;44(5):912-22

- MARTINS AMEBL, HAIKAL DS, PEREIRA SM, BARRETO SM. Uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros: Projeto SB Brasil. **Cad Saúde Pública**,2008;24(7):1651-66
- MENDES EV. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**,2010; 15(5):2297-2305
- MIKKONEN, J.; RAPHAEL, D. Social Determinants of Health: The Canadian Facts. Toronto: York **University School of Health Policy and Management**; 2010
- MURAKAMI K, AIDA J, HASHIMOTO H. Associations of social relationships with curative and preventive dental care use among young and middle-age adults: Evidence from a population-based study in Japan. **Community Dent Oral Epidemiol**, 2019; 00:1–9
- NEVES M, GIORDANI JMDA, HUGO FN. Assistência odontológica primária no Brasil: o processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Cien Saude Colet**. 2019; 24 (5): 1809-1820
- OLIVEIRA RFR, SOUZA JGS, HAIKAL DS, FERREIRA EF, MARTINS AMEBL. Equity in the use of dental services provided by the Brazilian Unified Health System (SUS) among the elderly: a population-based study. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016; 21:3509-23
- PATTUSSI MP, MOYSÉS SJ, JUNGES JR, SHEIHAM A. Capital social e a agenda de pesquisa em epidemiologia. **Cad. Saúde Pública**,2006; 22(8):1525-1546
- PATTUSSI, MP; PERES, KG; BOING, AF; PERES, MA; DA COSTA, JSD. Self-rated oral health and associated factors in Brazilian elders. **Community Dent Oral Epidemiol**,2010;38:348-359
- RODGERS, J., VALUEV, A. V., HSWEN, Y., & SUBRAMANIAN, S. V. Social capital and physical health: An updated review of the literature for 2007–2018. **Social Science & Medicine**, 2019; 236:1-12
- SILVA I.C.M et al. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. **Rev. Epidemiol. Serv. Saude**, 2018; 27(1):1-12
- SILVA, ZP; RIBEIRO, MCS; BARATA, R; ALMEIDA, MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**,2011;16(9):3807-3816
- SOUZA AG, NADANOVSKY P, CHOR D, FAERSTEIN E, WERNECK GL, LOPES CS. Association between routine visits for dental checkup and self-perceived oral health in an adult population in Rio de Janeiro: the Pró-Saúde Study. **Community Dent Oral Epidemiol**, 2007;35(5):393-400
- TRAVASSOS C., MARTINS M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**, 2004; 20 (2):190-8
- VERAS RP, OLIVEIRA MR. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, 2016;19(6):887-905
- WATT, R. G.; SHEIHAM, A. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, 2012; 40(4):289–296
- WAMALA S, MERLO J, BOSTRON G. Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oral health: The Swedish National Surveys of Public Health 2004-2005. **J Epidemiol Community Health**, 2006; 60(12):1027-1033



## 6.ANEXOS

### ANEXO A: INSTRUÇÃO PARA AUTORES: CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA (CSP)

#### 1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTESE SEÇÕES:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras).

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva. Sua publicação é acompanhada por comentários críticos assinados por renomados pesquisadores, convidados a critérios das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações).

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras.

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações). São priorizadas as revisões sistemáticas, que devem ser submetidas em inglês. São aceitos, entretanto, outros tipos de revisões, como narrativas e integrativas. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como, por exemplo, o PROSPERO. O Editorial 32(9) discute sobre as revisões sistemáticas (Leia mais).

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada (máximo 8.000 palavras e 5 ilustrações) (Leia mais). O Editorial 29(6) aborda a qualidade das informações dos ensaios clínicos.

1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados, métodos qualitativos ou instrumentos de aferição epidemiológicos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações) (Leia mais).

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica com abordagens e enfoques diversos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa. Para informações adicionais sobre diagramas causais, ler o Editorial 32(8).

1.8 – Comunicação Breve: relato de resultados de pesquisa que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações).

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

1.10 – Resenhas: crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As Resenhas devem conter título e referências

bibliográficas. As informações sobre o livro resenhado devem ser apresentadas no arquivo de texto.

## 2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 6 (Passo a passo).

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

## 3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados com base em orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- Clinical Trials
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

## 4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

## 5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

## 6. COLABORADORES E ORCID

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Todos os autores deverão informar o número de registro do ORCID no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.

6.4 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública o direito de primeira publicação.

## 7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

## 8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (por exemplo: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (por exemplo: End Note), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## 9. NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## 10. ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 e 2013), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

10.4 – CSP é filiado ao COPE (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia o Editorial 34(1).

Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/submissao/instrucao-para-autores>

## ANEXO B:RELATÓRIO DE APROVAÇÃO DO ELSI-BRASIL (PLATAFORMA BRASIL)

Você está em: Público > Buscar Pesquisas Aprovadas > Detalhar Projeto de Pesquisa

### DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

#### - DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título Público: Estudo longitudinal da saúde e bem-estar de idosos brasileiros (ELSI-BRASIL)  
 Pesquisador Responsável: Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa  
 Contato Público: Maria Fernanda Furtado de Lima e Costa  
 Condições de saúde ou problemas estudados:  
 Descritores CID - Gerais:  
 Descritores CID - Específicos:  
 Descritores CID - da Intervenção:  
 Data de Aprovação Ética do CEP/CONEP: 09/06/2017



#### - DADOS DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

Nome da Instituição: Centro de Pesquisas René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz/ CPqRR/ FIOCRUZ  
 Cidade: BELO HORIZONTE

#### - DADOS DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Comitê de Ética Responsável: 5091 - Centro de Pesquisas René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz/ CPqRR/ FIOCRUZ  
 Endereço: Avenida Augusto de Lima, 1715  
 Telefone: (31)3349-7825  
 E-mail: cepsh-cprrr@cpqrr.fiocruz.br

#### - CENTRO(S) PARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA

---

#### - CENTRO(S) COPARTICIPANTE(S) DO PROJETO DE PESQUISA

---

**ANEXO C: Mapa do Brasil dos municípios participantes da amostra ELSI-Brasil por Unidades da Federação e Distrito Federal.**

