

Capital social e qualidade de vida relacionada à saúde bucal de adultos do Sistema Único de Saúde

Social capital and oral health related quality of life in adults of Unified Health System

Rafaela Gonçalves Rossi¹

Bruna Zemruski Gomes²

Rhayssa Kuhn Peixoto³

Thiago Machado Ardenghi⁴

Jovito Adiel Skupien⁵

Camila Silveira Sfreddo⁶

Resumo

Objetivo: avaliar a influência do capital social individual na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) de adultos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Métodos:** este estudo transversal incluiu adultos adscritos às Estratégias da Saúde da Família (ESFs) de Santa Maria, RS. A coleta de dados foi realizada de novembro de 2019 a março de 2020 em quatro ESFs por examinadores calibrados e treinados. O capital social individual, avaliado pela participação em atividades voluntárias e a confiança em vizinhos e amigos, foi considerado o preditor do estudo. Características sociodemográficas, comportamentais e de saúde periodontal também foram coletadas. A QVRSB, considerada o desfecho, foi mensurada pelo questionário OHIP-14. Modelos de regressão de Poisson avaliaram a associação entre variáveis independentes e QVRSB. **Resultados:** ao total, 80 adultos foram incluídos. Indivíduos do sexo feminino, da cor da pele não branca, com menor renda familiar mensal, fumantes, que visitaram o serviço odontológico a menos de um ano e que possuíam sangramento gengival apresentaram altos scores totais de OHIP-14 ($P < 0,05$). A não participação em atividades voluntárias [razão de média (RR): 1,24; intervalo de confiança (IC) 95%: 1,03-1,50] e a ausência de confiança em vizinhos e amigos (RR: 1,24; IC 95%: 1,08-1,43) foram associadas a uma pior QVRSB dos adultos. **Conclusão:** a ausência de um capital social individual influenciou negativamente a QVRSB de adultos usuários do SUS.

Palavras-chave: Capital social; determinantes sociais da saúde; saúde bucal; qualidade de vida; estudo observacional.

<http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v26i2.13905>

1 Cirurgiã-dentista graduada na Universidade Franciscana, Santa Maria, RS, Brasil.

2 Graduanda em Odontologia na Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

3 Mestranda no Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

4 Doutor em Odontopediatria. Professor associado do Curso de Odontologia, Departamento de Estomatologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

5 Doutor em Odontologia. Professor adjunto do Curso de Odontologia, Universidade Franciscana, Santa Maria, RS, Brasil.

6 Doutora em Ciências Odontológicas. Professora adjunta, Departamento de Semiologia e Clínica, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

Introdução

A saúde bucal é determinada por fatores biológicos, psicológicos, comportamentais, sociais, ambientais e políticos¹. Dentre esses fatores, destaca-se o conceito de capital social e suas aplicações na saúde pública². O capital social pode ser definido como as características da organização social, tais como, participação cívica, locais de trabalho, normas de reciprocidade e confiança nos outros, que facilitam a cooperação para benefício mútuo^{2, 3}. Teoricamente, o capital social pode ser dividido em duas dimensões: a cognitiva e a estrutural⁴. A dimensão cognitiva refere-se a normas, valores, percepções, atitudes e crenças⁴. A dimensão estrutural engloba as formas de organização social, como contatos de trabalho, participação cívica, funcionamento de instituições, regras e políticas da sociedade⁵. Assim, o capital social pode ser mensurado tanto como um atributo individual quanto contextual^{1, 2}, atuando como um importante determinante de saúde na população.

Embora haja controvérsias sobre o conceito e formas de mensuração do capital social, a literatura tem demonstrado consistentemente que este determinante é capaz de promover benefícios a saúde⁶⁻⁹. Níveis mais elevados de capital social foram associados a melhor autopercepção de saúde geral⁶, melhor saúde mental⁶, menores taxas de gravidez na adolescência, menor quantidade de problemas emocionais e comportamentais e uso adequado de serviços de saúde¹⁰. Além disso, o capital social pode amortecer os efeitos negativos na saúde provenientes de pior condição socioeconômica¹¹. Em contraste, o aumento das iniquidades em uma sociedade deteriora o capital social e induz o aumento das taxas de mortalidade, morbidade e violência^{10, 12}.

Estudos prévios também avaliaram a associação entre o capital social e desfechos clínicos e subjetivos de saúde bucal^{5, 12-19}. Achados de um levantamento epidemiológico demonstraram que o baixo capital social religioso dos pais foi associado a uma maior média de sangramento gengival em escolares brasileiros¹⁷. Similarmente, o suporte social, um aspecto do capital social, foi associado a uma menor prevalência de doença periodontal moderada a grave entre adultos hispânicos e latinos nascidos nos Estados Unidos¹⁴. O capital social também tem sido associado com fatores subjetivos, como a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) e autopercepção de saúde bucal^{5, 15, 16}. Um estudo longitudinal demonstrou que o baixo capital social ao longo da adolescência foi associado a uma pior QVRSB¹⁵. Do mesmo modo, adultos que relataram falta de confiança na vizinhança e não ter amigos apresentaram maior prevalência de pior saúde bucal autorrelatada em relação à suas contrapartes¹⁹.

O capital social destaca-se, portanto, como um importante determinante de saúde através de diferentes vias como acesso ao apoio social, aumento do sentimento de confiança, integração social e maior procura ao serviço de saúde. Entretanto, poucos estudos avaliaram a influência do capital social individual na QVRSB de adultos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, o objetivo deste estudo transversal foi avaliar a influência do capital social individual na QVRSB de adultos usuários do SUS. A hipótese conceitual foi de que a ausência do capital social influenciaria negativamente a QVRSB.

Materiais e método

Delineamento e amostra

Um estudo transversal foi realizado em adultos adscritos às Estratégias de Saúde da Família (ESF) da zona urbana de Santa Maria no período de junho de 2019 a março de 2020. Santa Maria dispõe 282.123 habitantes, compreendendo 24 ESFs, com uma cobertura populacional de aproximadamente 29%, correspondendo a 82.800 indivíduos²⁰.

O cálculo do tamanho amostral levou em consideração os seguintes parâmetros: tamanho de efeito de 0,5 (médio), poder do teste de 80%, intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%. O tamanho amostral mínimo para satisfazer esses requisitos foi estimado em 128 adultos.

A seleção das ESFs foi realizada por conveniência conforme aceite dos gestores de cada unidade em participar do estudo. Todos os adultos maiores de 18 anos que estavam agendados para qualquer tipo de atendimento na ESF foram considerados elegíveis para o estudo. Os critérios de exclusão foram: adultos portadores de alguma síndrome ou alteração craniofacial congênita, que não falassem português fluentemente, com necessidade de profilaxia antimicrobiana prévia aos exames orais, que fizessem uso de medicamentos associados ao aumento de volume gengival (nifedipina, ciclosporina e fenitoína) e gestantes.

Este estudo foi desenvolvido de acordo com a Declaração de Helsinque e com as Diretrizes e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Franciscana (CAAE número 13208819.5.0000.5306).

Coleta de dados

Dados sociodemográficos, de capital social e comportamentais foram coletados através de um questionário semiestruturado aplicado 'face a face' por entrevistadores treinados. A confiabilidade do questionário foi previamente avaliada em 20 adultos que não participaram da amostra do estudo.

A idade foi coletada em anos. A cor da pele foi coletada através dos critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística²¹ e, posteriormente, foi dicotomizada em branca e não branca. A renda equivalente foi obtida pela razão entre renda familiar mensal, coletada em reais, e a raiz quadrada do número de pessoas da casa¹⁸.

O capital social individual foi mensurado a partir das redes sociais e do suporte social, usando as seguintes perguntas, respectivamente: "Nos últimos 12 meses, você foi membro de algum grupo voluntário ou algo do tipo?" e "Seus vizinhos e amigos podem ser confiáveis?" com as opções de resposta "sim" e "não". Essas questões são comumente usadas como indicadores do capital social na população brasileira^{9,16,18}.

Participantes foram classificados quanto a exposição ao fumo como fumantes (> 5 cigarros/ dia por no mínimo 1 ano) e nunca fumantes¹⁶. O uso de serviço odontológico foi coletado através da pergunta: "Você buscou atendimento odontológico nos últimos doze meses?" com as opções de resposta "sim" e "não" conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)²².

A condição periodontal foi coletada a partir de exames bucais realizados nas ESF, sob iluminação natural, espelho bucal plano e sonda periodontal (sonda CPI), segundo critério para levantamentos de saúde bucal²². Dois examinadores previamente calibrados realizaram os exames clínicos. Sangramento gengival, profundidade de sondagem do sulco/bolsa periodontal (PS) e perda de inserção (PI) periodontal foram avaliados pelo do Índice Periodontal Comunitário (IPC)²². Sangramento gengival e PS foram coletados em seis sítios por dente, excluindo-se os terceiros molares. O sangramento gengival foi categorizado como < 15% dos sítios e > 15% dos sítios¹⁶. PS e PI foram categorizados como percentual de indivíduos com 0-3 mm e > 4 mm, considerando 0-3 mm ausência da condição a caso leve de doença. Os dentes utilizados para o exame de PI foram os dentes-índices já determinados pelo IPC (17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46 e 47)²². Os sextantes foram examinados quando dois ou mais dentes estavam presentes e estes não tinham indicação para exodontia. Caso um dos molares não estivesse presente, ele não foi substituído. Além disso, se os dois dentes índices não estivessem presentes, outros dentes do mesmo sextante foram examinados e foi registrado o maior valor (código) encontrado²².

Treinamento e calibração

O processo de treinamento e calibração da equipe para a avaliação das variáveis clínicas foi realizado de acordo com os critérios da OMS para levantamentos epidemiológicos²². Em um primeiro momento, um pesquisador conceituado na área ministrou uma aula teórica com duração de 4 horas sobre as condições clínicas avaliadas no estudo. Posteriormente, um exercício clínico-epidemiológico foi conduzido para avaliação e discussão do critério diagnóstico para todas as condições clínicas avaliadas em 10 adultos não incluídos na amostra final. Para o sangramento gengival e PS, houve apenas o treinamento. Para PI, dois examinadores foram treinados e calibrados em 20 adultos não incluídos na amostra. A concordância intra e inter-examinador para a PI foi > 0,70 e 0,60, respectivamente (estatística Kappa).

Desfecho

A QVRSB foi mensurada a partir do questionário validado OHIP-14²³. O OHIP-14 é composto por 14 questões agrupadas em 7 domínios (2 questões por domínio): limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social. Uma escala do tipo likert é usada com as seguintes opções de resposta: 0 (nunca), 1 (raramente), 2 (às vezes), 3 (repetidamente) ou 4 (sempre). A pontuação é computada através da soma de todos os itens. O questionário foi respondido pelo adulto através de entrevista 'face a face'. O escore total do questionário pode variar de 0 até 56 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior é o impacto das condições de saúde bucal sobre a qualidade de vida do adulto²³.

Análise estatística

Análises descritivas dos dados foram conduzidas pelo programa Stata (StataCorp. 2014. Stata Statistical Software: Release 14.1. College Station, TX: StataCorp LP). O desfecho do estudo foi considerado o escore total do OHIP-14. Os modelos foram construídos por meio de regressão de Poisson para avaliar a associação entre capital social e QVRSB. Os resultados foram apresentados como razão de média (RR) e seu respectivo intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Variáveis com $P < 0,20$ na análise não-ajustada foram consideradas para os modelos multivariados. As variáveis foram mantidas na análise se apresentaram valor de $P < 0,05$ depois do ajuste.

Resultados

Ao total, 80 adultos adscritos a quatro ESFs foram incluídos no estudo. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas, de capital social, comportamentais e de saúde bucal dos participantes. A média de idade da amostra foi de 46,1 anos [desvio padrão (DP): 15,1]. Os resultados mostraram que 67,5% dos participantes do estudo eram autodeclarados com a cor da pele branca e 73,8% eram do sexo feminino e 26,2% do sexo masculino. A média de renda familiar mensal em reais, dos participantes do estudo, era equivalente a R\$ 1.219,10 (DP: 806,3). Em relação ao capital social individual, 80% dos entrevistados afirmaram não participar de atividades voluntárias e 48,7% responderam que não confiavam em vizinhos e amigos. De acordo com as variáveis comportamentais, 66,1% dos adultos afirmaram que nunca haviam fumado e 33,9% eram fumantes. Em relação à frequência em que visitavam o serviço odontológico, 47,5% frequentaram o serviço odontológico a menos de um ano e 52,5% a mais de um ano. Em relação às variáveis clínicas, 73,1% da amostra apresentava sangramento gengival em menos de 15% dos sítios, 63,7% possuíam profundidade de sondagem igual ou superior à 4mm e 56,2% apresentaram perda de inserção periodontal igual ou superior à 4mm. O escore total de OHIP-14 variou de 0 a 44 [média: 14,3 (DP: 11,8)].

Tabela 1 – Características sociodemográficas, de capital social, comportamentais e de saúde bucal dos participantes (n=80)

Variáveis	
Variáveis sociodemográficas	
Idade [média (DP) ^a]	46,1 (15,1)
Sexo [n (%)]	
Feminino	59 (73,8)
Masculino	21 (26,2)
Cor da pele [n (%)]	
Branca	54 (67,5)
Não branca	26 (32,5)
Renda familiar equivalente mensal em R\$ ^b [média (DP)]	1219,1 (806,3)
Capital social individual	
Membro de grupos voluntários [n (%)]	

Sim	16 (20,0)
Não	64 (80,0)
Suporte social – confiança em vizinhos e amigos [n (%)]	
Sim	41 (51,3)
Não	39 (48,7)
Variáveis comportamentais	
Fumo [n (%)]	
Nunca fumante	41 (66,1)
Fumante	21 (33,9)
Visita ao serviço odontológico [n (%)]	
≤ 12 meses	
> 12 meses	38 (47,5)
Variáveis de saúde bucal	42 (52,5)
Sangramento gengival [n (%)]	
< 15% dos sítios	57 (73,1)
≥ 15% dos sítios	21 (26,9)
Profundidade de sondagem [n (%)]	
0-3mm	29 (36,2)
≥ 4mm	51 (63,7)
Perda de inserção periodontal	
0-3mm	35 (43,8)
≥ 4mm	45 (56,2)
Escore total de OHIP-14 [média (DP)]	14,3 (11,8)

^aDP, Desvio-padrão. ^bR\$, Real.

Fonte: elaboração dos autores.

A Tabela 2 apresenta a análise não-ajustada entre variáveis sociodemográficas, de capital social, comportamentais e de saúde bucal e escore total de OHIP-14, determinadas usando regressão de Poisson. O escore total de OHIP-14 foi associado com sexo, cor da pele e renda familiar ($P < 0,01$). A não participação de atividades voluntárias e a ausência de confiança em vizinhos e amigos foram associadas a um maior escore total de OHIP-14 ($P < 0,05$) quando comparada àqueles que participavam de atividades voluntárias e confiavam em vizinhos e amigos. O escore total de OHIP-14 também foi associado ao fumo, visita ao serviço odontológico há um ano ou menos e pior condição periodontal ($P < 0,05$).

Tabela 2 – Análise não-ajustada entre variáveis sociodemográficas, de capital social, comportamentais e de saúde bucal e escore total de OHIP-14, determinadas usando regressão de Poisson

Variáveis	Escore Total de OHIP-14	
	RR ^b (IC 95%) ^c	Valor de P
Variáveis sociodemográficas		
Idade	0,99 (0,98-0,99)	< 0,01
Sexo		<0,01
Feminino	1	
Masculino	0,54 (0,46-0,63)	

Cor da pele		<0,01
Branca	1	
Não branca	1,43 (1,27-1,61)	
Renda familiar equivalente mensal em R\$ ^a	0,99 (0,98-0,99)	<0,01
Capital social individual		
Membro de grupos voluntários		0,04
Sim	1	
Não	1,17 (1,01-1,36)	
Suporte social – confiança em vizinhos e amigos		<0,01
Sim	1	
Não	1,28 (1,14-1,44)	
Variáveis comportamentais		
Fumo		0,01
Nunca fumante	1	
Fumante	1,25 (1,09-1,42)	
Visita ao serviço odontológico		<0,01
≤ 12 meses	1	
> 12 meses	0,79 (0,70-0,88)	
Variáveis de saúde bucal		
Sangramento gengival		<0,01
< 15% dos sítios	1	
≥ 15% dos sítios	1,80 (1,60-2,03)	
Profundidade de sondagem		0,02
0-3mm	1	
≥ 4mm	1,15 (1,02-1,30)	
Perda de inserção periodontal		0,65
0-3mm	1	
≥ 4mm	1,03 (0,91-1,15)	

^aR\$, Real. ^bRR, Razão de média. ^cIC 95%, Intervalo de confiança de 95%.

Fonte: elaboração dos autores.

Modelos de regressão ajustados são apresentados na Tabela 3. A não participação em atividades voluntárias (RR: 1,24; IC95%:1,03-1,50) e a ausência de confiança em vizinhos e amigos (RR: 1,24; IC95%: 1,08-1,43) foram associadas a maiores escores totais de OHIP-14. Além disso, indivíduos do sexo feminino, da cor da pele não branca, com menor renda familiar, fumantes, que visitaram o serviço odontológico há um ano ou menos e que possuíam sangramento gengival em 15% ou mais dos sítios também apresentaram altos escores totais de OHIP-14 (P<0,05).

Tabela 3 – Análise ajustada entre variáveis sociodemográficas, de capital social, comportamentais e de saúde bucal e escore total de OHIP-14, determinadas usando regressão de Poisson

Variáveis	Escore Total de OHIP-14 RR ^b (IC 95%) ^c
Variáveis sociodemográficas	
Idade	-

Sexo	
Feminino	1
Masculino	0,71 (0,57-0,87)
Cor da pele	
Branca	1
Não branca	1,38 (1,20-1,60)
Renda familiar equivalente mensal em R\$ ^a	0,99 (0,99-0,99)
Capital social individual	
Membro de grupos voluntários	
Sim	1
Não	1,24 (1,03-1,50)
Suporte social – confiança em vizinhos e amigos	
Sim	1
Não	1,24 (1,08-1,43)
Variáveis comportamentais	
Fumo	
Nunca fumante	1
Fumante	1,28 (1,11-1,49)
Visita ao serviço odontológico	
≤ 12 meses	1
> 12 meses	0,83 (0,72-0,96)
Variáveis de saúde bucal	
Sangramento gengival	
< 15% dos sítios	1
≥ 15% dos sítios	1,81 (1,56-2,09)
Profundidade de sondagem	
0-3mm	-
≥ 4mm	
Perda de inserção periodontal	
0-3mm	-
≥ 4mm	

^aR\$, Real. ^bRR, Razão de média. ^cIC 95%, Intervalo de confiança de 95%.

Fonte: elaboração dos autores.

Discussão

Este estudo avaliou a influência do capital social na QVRSB de adultos usuários do SUS. Os achados confirmam a hipótese de que a ausência do capital social influencia negativamente a QVRSB desses. Ademais, os achados revelaram que indivíduos do sexo feminino, da cor da pele não branca, com menor renda familiar, fumantes, que visitaram o serviço odontológico há um ano ou menos e que possuíam sangramento gengival em 15% ou mais dos sítios também apresentaram uma pior QVRSB.

Os achados do presente estudo demonstraram que a não participação em atividades voluntárias e a ausência de confiança em vizinhos e amigos foram associados a uma pior QVRSB. Alguns estudos prévios encontraram achados semelhantes entre capital social e desfechos subjetivos de

saúde bucal em crianças, adolescentes e adultos^{5, 15, 19, 24}. Recentemente, o capital social cognitivo foi associado à saúde bucal autoreportada de adultos brasileiros¹⁹. Os autores mostraram que a falta de confiança na vizinhança e a ausência de amigos foram associadas com uma pior saúde bucal autoreportada de adultos com 50 anos ou mais¹⁹. Similarmente, outro estudo mostrou que ter visitado um vizinho menos de uma vez por mês foi associado a um impacto negativo na QVRSB de crianças²⁴. Além disso, um estudo longitudinal revelou que crianças que possuíam melhores redes sociais e que viviam em áreas com associações de classe social no início do estudo relataram melhor QVRSB no acompanhamento de 7 anos⁵. Esses achados revelam que o capital social e a QVRSB estão interligados.

Algumas teorias ligam o capital social a relação de saúde: via comportamental, psicossocial e acesso a serviços de saúde^{1, 2}. A teoria comportamental refere-se à influência de hábitos, normas sociais e controle social informal (pressão dos pares), que por meio da difusão de práticas e hábitos podem interferir no modelo de saúde¹⁸. A via psicossocial por sua vez demonstra que uma melhora no enfrentamento de problemas e adversidades através de um maior apoio estrutural familiar ou de vizinhança é capaz de proporcionar melhores condições de saúde, incluindo a saúde bucal^{1, 5}. A influência do capital social via o acesso a serviços de saúde determina que em comunidades mais coesas são estabelecidos padrões igualitários de engajamento político, resultando no desenvolvimento de novas políticas sociais e estabelecimento na promoção da saúde^{1, 2, 18}. Assim, essas vias podem atuar no nível comunitário e/ou individual, repercutindo na saúde a partir de diferentes aspectos do capital social².

Os achados deste estudo também revelaram que indivíduos do sexo feminino, que possuíam menor renda familiar mensal e que possuíam a cor da pele não branca apresentaram uma pior QVRSB. Em relação ao sexo, as mulheres tendem a reportar um maior impacto das condições bucais na QVRSB devido ao fato de demonstrarem maior preocupação com sua saúde geral, o que inclui também, sua saúde bucal, quando comparadas aos indivíduos do sexo masculino^{16, 26}. A respeito de uma pior condição socioeconômica, diferentes vias teóricas ilustram seus efeitos na QVRSB¹⁸. Indivíduos com menor nível socioeconômico possuem menor acesso a recursos materiais, e, conseqüentemente, são mais expostos a fatores de risco, o que facilita que estes indivíduos apresentem piores condições bucais¹⁸. A cor da pele por sua vez pode ser um *proxy* para avaliar a condição socioeconômica e, portanto, indivíduos da cor de pele não branca tendem a apresentar uma pior condição socioeconômica e, conseqüentemente, piores níveis de saúde²⁷.

Indivíduos fumantes, que visitaram o serviço odontológico há um ano ou menos, e que possuíam níveis mais extensos de sangramento gengival também apresentaram altos escores totais de OHIP-14. O fumo pode mascarar alguns importantes sinais clínicos da gengivite e periodontite, como a inflamação gengival²⁸. Embora o fumo possa mascarar uma gengivite subjacente, ele afeta a taxa de progressão da periodontite e, conseqüentemente, pode aumentar a conversão de um estágio de periodontite para outro mais grave²⁹. Assim, o fumo é considerado um importante fator de risco para periodontite e perda dentária³⁰ e pode conseqüentemente impactar de forma negativa a QVRSB dos adultos. Além disso, indivíduos que apresentam menor suporte social tendem a apresentar menor

estabilidade emocional, o que pode gerar comportamentos prejudiciais à saúde, como o hábito de fumar². Em relação a procura ao serviço de saúde, participantes que visitaram o serviço odontológico das ESFs há um ano ou menos apresentaram altos escores totais de OHIP-14. Esses achados estão de acordo com um estudo prévio que demonstrou que idosos com pior QVRSB procuraram mais o serviço odontológico no último ano³¹. Dentre as razões para este fato, destaca-se que a maior procura ao serviço odontológico no último ano costuma estar associada a episódios de dor e de extração, os quais podem impactar de forma negativa a QVRSB³¹.

Além disso, a literatura destaca que as doenças bucais, como cárie e doença periodontal, podem afetar o bem-estar emocional e social de adolescentes, o que, conseqüentemente, afeta sua QVRSB¹⁵⁻¹⁷. Assim, níveis extensos de gengivite podem contribuir para a ocorrência de sangramento durante procedimentos de higiene bucal rotineiros, o que pode influenciar em uma pior percepção de saúde bucal e, portanto, um relato de pior QVRSB^{16, 17}.

Este estudo apresenta algumas limitações. O número amostral não foi atingido devido aos impactos da pandemia do COVID-19 que impossibilitou a continuação da coleta de dados nas ESFs do município. Contudo, nosso estudo apresentou poder suficiente para detectar diferenças na associação entre capital social individual e QVRSB e nossos achados são semelhantes aos resultados de outro estudo que avaliou a influência da ESF na QVRSB em outra população³². Além disso, o capital social foi mensurado através de indicadores indiretos das redes sociais, coesão e suporte social, os quais podem não promover uma visão global do conceito de capital social. Entretanto, a literatura reporta diferentes definições e medidas para avaliar o capital social e indicadores semelhantes aos usados em nosso estudo foram descritos em estudos prévios^{5, 15}.

As forças deste estudo consistem no fato de que esta é um dos primeiros trabalhos que avaliou a influência do capital social individual na QVRSB de adultos usuários do SUS. Além disso, a investigação do efeito do capital social em medidas subjetivas, como a QVRSB, é importante para o complemento da avaliação de medidas clínicas tradicionais e para o planejamento de medidas de saúde pública que visem qualificar o serviço de saúde.

Conclusão

Os achados do presente estudo demonstraram que a não participação em atividades voluntárias e a ausência de confiança em vizinhos e amigos foram associadas a altos escores totais de OHIP-14, demonstrando uma pior QVRSB de adultos usuários do SUS. Além disso, indivíduos do sexo feminino, da cor da pele não branca, com menor renda familiar mensal, fumantes, que visitaram o serviço odontológico há um ano ou menos e que possuíam sangramento gengival em 15% ou mais dos sítios também uma pior QVRSB. Estes achados podem proporcionar subsídios para o desenvolvimento de tecnologias que aumentem o capital social individual e, assim, reduzam as iniquidades em saúde.

Abstract

Objective: To evaluate the influence of individual social assets on oral health-related quality of life (OHRQoL) of adult users of the Brazilian Unified Health System (UHS). Methods: This cross-sectional study included adults of the Family Health Strategy (FHS) of Santa Maria, RS. Data collection was performed from November 2019 to March 2020 in four FHSs by calibrated and trained examiners. Individual social capital, assessed by participation in volunteer activities and trust in neighbors and friends, was considered the predictor of the study. Sociodemographic, behavioral, and periodontal health characteristics were also collected. The OHRQoL, considered the outcome, was measured using the OHIP-14 questionnaire. Poisson regression models assessed the association between independent variables and OHRQoL. Results: In total, 80 adults were included. Female subjects, of non-white skin color, with lower monthly family income, smokers, who visited the dental service less than one year ago and who had gingival bleeding had high total OHIP-14 scores ($P < 0.05$). Non-participation in voluntary activities [rate ratio (RR): 1.24; confidence interval (CI) 95%: 1.03-1.50] and the lack of trust in neighbors and friends (RR: 1.24; 95% CI: 1.08-1.43) were associated with a worse OHRQoL of adults. Conclusion: The absence of individual social assets negatively influenced the OHRQoL of adult UHS users.

Keywords: social capital; social determinants of health; oral health; quality of life; observational study.

Referências

1. World Health Organization. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization [online]; 2010. [citado 2022 Mai 31]. Disponível em URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489>.
2. 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.
3. Putnam RD, Leonardi R, Nanetti RY. Making democracy work: civic traditions in modern Italy. In: Putnam RD, Leonardi R, Nanetti RY, editors. *Making democracy work*. 1. ed. Princeton: Princeton University Press, 1993. p. 1-280.
4. Islam MK, Merlo J, Kawachi I, Lindström M, Gerdtham UG. Social capital and health: does egalitarianism matter? A literature review. *Int J Equity Health* 2006; 5(3): 1-28.
5. Knorst JK, Menegazzo GR, Emmanuelli B, Mendes FM, Ardenghi TM. Effect of neighborhood and individual social capital in early childhood on oral health-related quality of life: a 7-year cohort study. *Qual Life Res* 2019; 28(7): 1773-1782.
6. Gilbert KL, Quinn SC, Goodman RM, Butler J, Wallace J. A meta-analysis of social capital and health: a case for needed research. *J Health Psychol* 2013;18(11):1385-1399.
7. 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*. 1. ed. New York: Springer; 2008. p. 01-26.
8. Kim D. Blues from the neighborhood? Neighborhood characteristics and depression. *Epidemiol Rev* 2008; 30(1):101-117.
9. Kripper CE, Sapag JC. Social capital and health in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *Rev Panam Salud Publica* 2009; 25(2):162-170.
10. Patussi MP, Moysés SJ, Junges JR., Sheiham A. Capital social e a agenda de pesquisa em epidemiologia. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(8): 1525-1546.
11. Uphoff EP, Pickett KE, Cabieses B, Small N, Wright J. A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities. *Int J Equity Health* 2013; 12(54): 1-12.

12. Patussi MP, Marcenes W, Croucher R, Sheiham A. Social deprivation, income inequality, social cohesion and dental caries in Brazilian school children. *Soc Sci Med* 2001; 53(7): 915-925.
13. 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(3): 239-249.
14. Laniado N, Badner VM, Sanders AE, Singer RH, Finlayson TL, Hua S, et. al.. Social capital and periodontal disease in Hispanic/Latino adults in the United States: results from the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos. *J Clin Periodontol* 2020; 47(5): 542-551.
15. Meira GF, Knorst JK, Maroneze MC, Ortiz FR, Ardenghi TM. Effect of dental caries and socioeconomic status on social capital throughout adolescence: a 6-year follow-up. *Braz Ora Res* 2020; 34(8): 1-104.
16. Sfreddo CS, Moreira CHC, Nicolau B, Ortiz FR, Ardenghi TM. Socioeconomic inequalities in oral health-related quality of life in adolescents: a cohort study. *Qual Life Res* 2019; 28(9): 2491-2500.
17. Tomazoni F, Vettore MV, Zanatta FB, Tuchtenhagen S, Moreira CH, Ardenghi TM. The associations of socioeconomic status and social capital with gingival bleeding among schoolchildren. *J Public Health Dent* 2017; 77(1): 21-29.
18. Sfreddo CS, Moreira CHC, Celeste RK, Nicolau B, Ardenghi TM. Pathways of socioeconomic inequalities in gingival bleeding among adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol* 2018; 47(2): 177-184.
19. do Amaral Júnior OL, Menegazzo GR, Fagundes MLB, Campagnol PB, Giordani JM DA. Social capital and self-reported oral health at baseline of the Brazilian longitudinal study of aging. *Community Dent Oral Epidemiol* 2021; 49(3): 249-255.
20. Ministério da Saúde (Brasil). Histórico de cobertura: cobertura de saúde bucal. Brasília, DF: Informação e Gestão da Atenção Básica [online]; 2021. [citado 2022 Mai 31]. Disponível em URL: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>.
21. Instituto Brasileiro Geografia e Estatística. Resultados da Amostra - Trabalho e Rendimento Rio de Janeiro, RJ: Estatísticas [online]; 2010. [citado 2022 Mai 31]. Disponível em URL: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=1382&o=7&i=p>.
22. World Health Organization. Oral health surveys: basic Methods. 5. ed. Geneva: World Health Organization; 2013.
23. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(4): 307-14.
24. Guedes RS, Piovesan C, Antunes JL, Mendes FM, Ardenghi TM. Assessing individual and neighborhood social factors in child oral health-related quality of life: a multilevel analysis. *Qual Life Res* 2014; 23(9): 2521-2530.
25. Ferreira DM, Knorst JK, Menegazzo GR, Bolsson GB, Ardenghi TM. Effect of individual and neighborhood social capital on gingival bleeding in children: A 7-year cohort study. *J Periodontol* 2021; 92(10): 1430-1440.
26. Tomazoni F, Zanatta FB, Tuchtenhagen S, da Rosa GN, Del Fabro JP, Ardenghi TM. Association of Gingivitis With Children Oral Health Related Quality of Life (COHRQoL). *J Periodontol* 2014; 85(11): 1557-65.
27. Braveman PA, Kumanyika S, Fielding J, Laveist T, Borrell LN, Manderscheid R, et al. Health disparities and health equity: the issue is justice. *Am J Public Health* 2011;101(1): 149-155.
28. Murakami S, Mealey BL, Mariotti A, Chapple ILC. Dental plaque-induced gingival conditions. *J Periodontol* 2018; 89(1): S17-S27.
29. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *J Periodontol* 2018; 89(1): S159-S172.
30. Souto MLS, Rovari ES, Villar CC, Braga MM, Pannuti CM. Effect of smoking cessation on tooth loss: a systematic review with meta-analysis. *BMC Oral Health* 2019; 19(1): 245.
31. Soares GH, Ortiz E, Alves CP, Paz D, An KS, Pereira AC, Michel E. Factors associated with utilization of dental services by the elders from São Paulo, Brazil. *Gerodontology* 2021; 38(2): 216-227.
32. Moraes RB, Sfreddo CS, Ardenghi TM. Impact of the Brazilian Family Health Strategy on child oral health-related quality of life: a cohort study. *Braz Oral Res* 2021; 35:e093.

Endereço para correspondência:

Camila Silveira Sfreddo
Rua Gonçalves Chaves, 457, Centro
CEP 96015-560 – Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil
Telefone: (53) 3260-2801
E-mail: camilassfreddo@gmail.com

Recebido em: 15/07/2021. Aceito: 15/09/2021.