

ANA CRISTINA VIDAL ALLEGRETTI

**CAPITAL SOCIAL E SUA RELAÇÃO
COM A SAÚDE BUCAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Odontologia.

CURITIBA 2007

ANA CRISTINA VIDAL ALLEGRETTI

**CAPITAL SOCIAL E SUA RELAÇÃO
COM A SAÚDE BUCAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Odontologia.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Beatriz Helena Sottile França

CURITIBA 2007

TERMO DE APROVAÇÃO

ANA CRISTINA VIDAL ALLEGRETTI

CAPITAL SOCIAL E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL

Dissertação aprovada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre pelo Programa de Pós Graduação em Odontologia, área de concentração em Saúde Coletiva da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: Prof. ^a Dr. ^a Beatriz Helena Sottile França
Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Prof. ^o Dr. ^o Marcos Pascoal Pattussi
Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Prof. ^o Dr. ^o Samuel Jorge Moysés
Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Curitiba, _____ de _____ de 2007.

DEDICATÓRIA

À minha mãe e ao meu marido.

À primeira, por me “suportar” (nos dois sentidos), desde que nasci.
Ao segundo, porque vai ter de me “suportar” (idem), até o resto das nossas vidas!

AGRADECIMENTOS

Mesmo após ler e reler a respeito de capital social, observar e estudar o relato de duzentas e vinte e nove pessoas desta pesquisa, o tema ainda me provocava dúvidas e angústias.

Ao me deparar com a página de agradecimentos, ainda em branco, a primeira imagem que me veio à mente foi a de uma rede. Uma rede formada por pessoas, cada uma com sua particularidade, mas em comum, todas elas tinham tido alguma relação (não necessariamente estatística) com alguma etapa desta emocionante lucubração, ora denominada “mestrado”.

E nesse momento, o capital social fez total sentido para mim!

Aos colegas das Unidades de Saúde Lotiguaçu e Camargo pelo apoio desde o início...

A todos os meus “chefes” e “ex-chefes”: Bia, Nicolau, Cleide, Tânia, Izabel, Deisy, Cíntia, Kiyoko, que tanto me ensinam a trabalhar com a Saúde Pública...

Aos meus amigos: Nádia, Maristela, Marcelo, Simone e Mônica, que esperam, pacientemente, que eu volte a ter vida social normal...

Aos meus enteados Yasmin e Guilherme, que nunca reclamaram por eu não levá-los à praia, por estar estudando...

A todos os professores do mestrado, em especial a Professora Márcia Olandoski, pela simpatia e disposição...

Aos professores-amigos Léo Kriger, Simone e Samuel pela eterna solicitude, exemplo e coragem...

Aos colegas do mestrado, pela cumplicidade coletiva!

A minha orientadora Beatriz, que tive o enorme prazer em conhecer...

A minha família: mãe, Lênio, Regina, Carla, Felipe, Sophia e Kauai por me apoiarem sempre, não importa o rumo que eu tome...

Ao meu marido Nilson pelo incentivo, paciência e bom humor...

...toda a minha reciprocidade!

“Compartilhamento de informações nunca vistas, interação e reconhecimento são requeridos para conduzir à mudança de atitude. A comunicação horizontal é necessária para estimular um envolvimento e comprometimento generalizados”.

Tom Peters

SUMÁRIO

LISTA DE GRÁFICOS.....	vii
LISTA DE TABELAS.....	viii
LISTA DE QUADROS.....	ix
RESUMO	x
ABSTRACT	xi
INTRODUÇÃO.....	1
ARTIGO UM EM PORTUGUÊS.....	8
ARTIGO DOIS EM PORTUGUÊS.....	29
ARTIGO DOIS EM INGLÊS.....	46
CONCLUSÃO.....	63
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICES.....	68
Apêndice 1: Método detalhado.....	69
Apêndice 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	73
ANEXOS.....	74
Anexo 1: Questionário adaptado.....	75
Anexo 2: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	84
Anexo 3: Mapa das comunidades.....	85
Anexo 4: Normas para submissão de artigos.....	86

LISTA DE GRÁFICOS

ARTIGO UM

GRÁFICO 1 – Distribuição de frequência de capital social cognitivo: solidariedade frente a situações que requerem ajuda, estratificadas por comunidade.....22

GRÁFICO 2 – Distribuição de frequência de capital social cognitivo: confiança em alguém para cuidar da casa e dos filhos, estratificada por comunidade.....22

GRÁFICO 3 – Distribuição de frequência dos desfechos dor de dente e/ou gengivas e visitas de manutenção odontológica, estratificados por comunidade.....23

GRÁFICO 4 – Classificação da saúde bucal e aparência dos dentes e gengiva, estratificados por comunidade.....23

ARTIGO DOIS

GRÁFICO 1 – Distribuição da frequência de dor de dente no domicílio nos últimos seis meses.....40

LISTA DE TABELAS

ARTIGO UM

TABELA 1 – Perfil das comunidades estudadas quanto às variáveis sócio-demográficas.....22

TABELA 2 – Reciprocidade e cooperação: frequência de concordância entre as comunidades.....25

ARTIGO DOIS

TABELA 1 – Análise bivariada com o conjunto de variáveis com resultados significativos, estratificados pelo desfecho “dor”.....41

TABELA 2 – Resultado da regressão logística.....42

LISTA DE QUADROS

ARTIGO UM

QUADRO 1 – Variáveis da entrevista domiciliar, ordenadas segundo as dimensões e subgrupos da pesquisa.....	21
--	----

ARTIGO DOIS

QUADRO 1 – Questões utilizadas na pesquisa, classificadas de acordo com o tipo de variável.....	39
---	----

RESUMO

Capital social, definido como “redes sociais, confiança mútua e normas de reciprocidade que facilitam a coordenação e cooperação para benefício mútuo”, é considerado um tema em ascensão, com relatos na literatura de significativas associações com a saúde bucal. A dor de dente é consequência de doenças bucais e apresenta fatores associados como: componentes sócio-demográficos, condição socioeconômica e fatores psicológicos. O objetivo deste trabalho foi identificar a relação entre capital social e saúde bucal, verificando o estoque de capital social (individual), aspectos sócio-demográficos e desfechos em saúde bucal, com ênfase na dor de dente e correlacionando as dimensões do capital social, dados sócio-demográficos e saúde bucal. O estudo foi transversal e de natureza quantitativa. A amostra (nível de confiança de 95% e margem de erro de 0,06) foi de 229 domicílios onde foram conduzidas entrevistas semi-estruturadas em duas comunidades de Curitiba-Paraná. Os dados foram analisados de forma uni e bivariada, estratificada pela variável comunidade e dor, seguida de regressão múltipla. Na comparação das comunidades, de maneira geral, houve diferença significativa nos aspectos sócio-demográficos, dimensões do capital social e desfechos em saúde bucal, com dados mais positivos para a Comunidade Marumbi. A dor de dente ocorreu em 66,4% dos domicílios, sendo 53,9% no próprio entrevistado. Houve associação estatística de dor com autopercepção em saúde bucal, alguns dados sócio-demográficos e variáveis do capital social. Os resultados da regressão logística sugerem que a chance de se ter dor aumenta quase seis vezes quando a autopercepção em saúde bucal é negativa (OR=5,7; IC 95%=1,8 - 18,2), seis vezes por morar na mesma residência há cinco anos ou menos (OR=6,3; IC 95%=2,0 - 19,7) e sete vezes se concordar com a declaração: “As pessoas são sempre interessadas em seu próprio bem estar” (OR=7,1; IC 95%=2,1 - 24,7), comparada com a autopercepção negativa, morar há mais de cinco anos na comunidade e discordar da declaração referida, respectivamente. Conclusão: os resultados evidenciam uma possível relação entre capital social e desfechos em saúde bucal sem, entretanto, deixar de considerar a influência expressiva da infra-estrutura urbana. O estudo chama a atenção para novos indicadores, que podem ser incluídos nas agendas de pesquisa em Promoção de Saúde, contribuindo no impacto em saúde bucal.

ABSTRACT

Social capital, defined as “features of social organization such as networks, norms and social trust that facilitate coordination and cooperation for mutual benefit” is a rising subject, with significant associations in the literature between social capital and oral health. Dental pain is defined as a pain originated by oral illnesses, amongst factors associated to dental pain, one can quote: social demographic and social economic conditions and psychological factors. Aims: to identify a relationship between social capital and oral health, verifying the stock of social capital, social demographic characteristics and oral health-illness outcomes, emphasizing the dental pain and correlate social capital, social demographic characteristics and oral health. Methodology: cross-sectional and quantitative study. With 95% of Confidence Interval at 6% level, the sample resulted in 229 interviews, which happened in households in two communities in the city of Curitiba, Paraná. Data were analyzed uni and bivariate forms, aggregated by community and dental pain and multiple regression. Results: comparing the communities statistical differences occurred in the social demographic and social capital elements and oral health indicators, with more positive results for the Marumbi Community. Dental pain occurred in 66,4% of the households, 53,9% to the interviewee herself. Statistic association with self-perception in oral health was found, social demographic data and variable of social capital. The logistic regression outcomes suggest that the chance of having pain increases in nearly 6 times with negative oral health self perception (OR=5,7; IC 95%=1,8 - 18,2), six times for living in the same house for five years or less (OR=6,3; IC 95%=2,0 - 19,7) and seven times if agreeing with the statement: “People are always interested in their own well-being”. (OR=7,1; IC 95%=2,1 - 24,7), comparing to positive oral health selfperception, living in the same house for more than five years and not agreeing with the statement. According to these results it is possible to suggest that there is relationship between social capital and oral health, nevertheless considering strong urban infrastructure. This study warns to new indicators, which can be included in the research agenda of Health Promotion, contributing to the oral health impact.

INTRODUÇÃO

O capital social vem sendo considerado, para muitos autores, como um novo caminho para o entendimento da dinâmica dos indivíduos, contextualizados no seu ambiente. Também vem sendo questionado, se não seria apenas uma moda passageira (NIELSEN, 2000; PUTNAM, 2004). Apesar da existência de um número considerável de trabalhos publicados a seu respeito, não existe consenso geral e definitivo sobre conceito, utilização, relação com a saúde e aferição de capital social (LOCHNER;KAWACHI *et al.*, 1999; PILKINGTON, 2002). Para outros autores, até o presente momento, estes atributos são sombrios (PONTHIEUX, 2004) ou permanecem em estágios iniciais (KAWACHI;KENNEDY *et al.*, 1997).

Ainda assim, o tema parece não desestimular os cientistas; o estudo do capital social está em plena ascensão pela relevância que tem sido dada à sociedade e seu contexto ambiental (MUNTANER;LYNCH *et al.*, 2000). Talvez pela sua amplitude: existem estudos nas mais diversas áreas tais como geografia, economia, saúde pública (KAWACHI;KENNEDY *et al.*, 1997), sociologia e enfermagem (CARLSON;CHAMBERLAIN, 2003).

A padronização ou aceitação geral de um conceito único sobre capital social, por um lado facilitaria sua utilização, mas, por outro, poderia limitar seus potenciais. Dentre as definições mais relevantes estão as de Putnam, Bordieu e Coleman. Putnam foi quem popularizou o capital social (SMITH;LYNCH, 2004) e é bastante conhecido por suas pesquisas na Itália, comparando as regiões norte e sul e justificando o maior desenvolvimento na região norte pelo rico estoque de capital social. Esse pesquisador verificou que existia maior participação por parte da população em associações, vínculos horizontais que propiciaram níveis de desempenho econômico e institucional muito mais elevados do que no sul, onde as relações políticas e sociais estruturaram-se verticalmente (PUTNAM, 2002). Além disso, havia um grande interesse político, revelado pela leitura de jornais e participação em votações (já que na Itália o voto não é obrigatório). Assim, a justificativa para a qualidade da democracia e o nível de desenvolvimento italianos foram explicados pelas dinâmicas originadas na sociedade (PONTHIEUX, 2004). A definição clássica para capital social é de Putnam: “elementos da organização social tais como redes sociais, confiança mútua e normas de reciprocidade, que facilitam a coordenação e cooperação para benefício mútuo”. Suas

conclusões apontam uma sociedade civil forte e um Estado pequeno e suas pesquisas são, na maioria das vezes, ecológicas (PUTNAM, 2002; BAUM; ZIERSCH, 2003).

Bourdieu (1986) sugere que o capital social é um agregado de recursos potenciais ou reais que são ligados a posse de uma rede estável de relações mais ou menos institucionalizadas de reconhecimento e identificação mútuas. É uma característica individual, resultado de ser membro de redes sociais. Sugere que o capital social está intrinsecamente ligado ao capital econômico, porém não pode ser simplesmente reduzido a uma forma econômica (BAUM; ZIERSCH, 2003). Nesta outra definição, o Estado é visto como central para o caminho no qual a sociedade civil tem acesso ao capital social.

Coleman (1988), por sua vez, aponta para a relevância da função. Capital social não é uma entidade única, mas uma variedade de entidades diferentes, tendo duas características em comum: todas consistem de aspectos da estrutura social e facilitam certas ações dos indivíduos que estão dentro das estruturas. Como outras formas de capital, o capital social é produtivo, tornando possível o alcance de certos fins que poderiam não ser atingidos na sua ausência. Portes (1998) lembra que a aquisição de capital social requer grandes investimentos de recursos econômicos e culturais.

Cada uma destas denominações revela potenciais distintos, com implicações diretas na sociedade. Em uma recente análise sobre o papel do capital social, os autores mostram a mudança (ou evolução?) no conceito formulado por Putnam que, em 1993, relacionava saúde com dieta e estilo de vida, destacando-a do controle do governo. Sete anos mais tarde, Putnam afirmava que dentre as consequências do capital social, nenhuma era tão estabelecida como o caso de saúde e bem estar (SMITH; LYNCH, 2004).

“Capital social é um conceito que tenta capturar a essência da vida comunitária” (MIGNONE, 2003). Pode-se classificá-lo em: elementos estruturais, englobando as redes e associações e elementos cognitivos, incluindo confiança e padrões de reciprocidade. Os componentes estruturais referem-se às organizações horizontais que remetem a um processo decisório coletivo e transparente, com consequências na construção da cidadania. Já os componentes cognitivos estão relacionados aos valores, crenças, atitudes, comportamentos e normas sociais. Por meio de valores como confiança, solidariedade e reciprocidade é que as pessoas de uma comunidade podem interagir para um bem comum (KRISHNA; SHRADER, 1999).

Considerações são feitas sobre as redes sociais. Um estudo conduzido na Austrália com objetivo de determinar os níveis de participação social e cívica revelou que os níveis de

participação foram maiores nas atividades sociais informais e menores nas atividades cívicas de natureza coletiva. Os autores concluíram também que a participação é influenciada pelo status econômico individual, saúde e outras características demográficas (BAUM; BUSH *et al.*, 2000).

Coleman (1988) compara três tipos de capital: físico, humano e social. O capital físico se forma a partir das transformações nos materiais para formar instrumentos que facilitam a produção, sendo totalmente tangível. O capital humano se forma pela transformação das pessoas, que usam seus talentos e habilidades, tornando-as aptas para agir de diferentes maneiras. Esta forma de capital é menos tangível, sendo visível nas capacidades e conhecimento adquiridos pelo indivíduo. O capital social, por sua vez, é formado pela transformação das relações entre pessoas, que facilitam a ação. É menos tangível ainda, pois existe nas relações e conexões entre pessoas. Talvez esta característica justifique o fato do capital social ser considerado individual, porém influenciado pelo coletivo, e muitas vezes ser atribuído ao coletivo.

Além dessas conceituações, atualmente são estudados os tipos de capital social: *bonding*, *bridging* e *linking*. Capital social do tipo *bonding* é o capital social de “ligação”: refere-se às relações de confiança e cooperação entre pessoas que se vêem parecidas em termos de identidade social. Capital social do tipo *bridging* é o capital social de “ponte”: compreende as relações entre pessoas que sabem que não são iguais em termos de elementos sociodemográficos, identidade social, idade, grupo étnico, classe social, etc. O capital social do tipo *linking* – capital social de “conexão” – surge pelo refinamento do conceito e envolve pessoas que interagem por meio do poder institucionalizado ou formal ou autoridades (SZRETER; WOOLCOCK, 2004).

O problema da falta de uma definição única e palpável deste conceito teórico é sua aplicação na comunidade, com ferramentas que possibilitem, por exemplo, aferição de capital social (CARLSON; CHAMBERLAIN, 2003). As definições iniciais foram extremamente amplas e isso, segundo Putnam, gera um problema de superficialidade do tema, tornando-o largamente aceito, mas aberto a diversas interpretações, apresentando poucos meios de intervenções efetivas (PEARCE; SMITH, 2003). Do conceito teórico à prática de aferições em capital social existem muitas pesquisas e avaliações. Essas análises comparativas (LOCHNER; KAWACHI *et al.*, 1999; KAWACHI; KIM *et al.*, 2004; PATTUSSI; MOYSÉS *et al.*, 2006) sobre estudos epidemiológicos de aferição em capital social são muito importantes para se ter uma idéia geral da compreensão de capital social e das diferentes maneiras em se

fazer a sua aferição. Existem estudos ecológicos, multiníveis e capital social individual (por exemplo, participação na sociedade). Os estudos ecológicos têm apresentado, na maioria das vezes, associação entre capital social e resultados em saúde (KAWACHI;KIM *et al.*, 2004), contudo os autores propõem que os melhores estudos são os de multiníveis. Estes têm permitido conhecer além dos aspectos positivos também os negativos do capital social. Os indicadores usados para aferição refletem o conceito adotado, daí a relevância de um conceito único.

E por que medir capital social? O modelo biomédico tem-se mostrado limitado e requer novas estratégias para conseguir efetividade das ações em saúde (WATT, 2002; CARVALHO, 2004). A promoção de saúde traz novas perspectivas a esse tema, tendo em conta não apenas causas de origem bacteriana ou bioquímica, nem somente propostas de mudanças baseadas no estilo de vida, mas sim, ponderando sobre o indivíduo, seu contexto familiar, ambiental, socioeconômico e político. Considerando que esses aspectos também sejam comuns ao capital social, julga-se pertinente aprofundar os conhecimentos sobre a dinâmica dos indivíduos influenciando e sendo influenciados pelo meio.

Comportamento de procura por saúde é um instrumento de investigação da interação individual ou populacional com o sistema de saúde. São exploradas duas estruturas teóricas que servem para conduzir melhor os seus estudos: comunidades reflexivas e capital social. A primeira está mais relacionada à informação, porém não está dissociada das dimensões morais, afetivas, estéticas, narrativas e significativas. O capital social também pode complementar essa dinâmica, pois trata do contexto social e político dos indivíduos relacionados no seu meio (MACKIAN;BEDRI *et al.*, 2004). Em outro estudo, o objetivo era saber a quem os pacientes envolvidos em vários tratamentos se dirigiam quando tinham algum problema de saúde. A maioria das respostas foi centrada nas pessoas (família, amigos, clínico) ao invés da informação (WELLMAN, 2002).

Mackian, Bedri *et al.* (2004) sugerem que, teoricamente, o capital social é uma estrutura que nos permite localizar os instrumentos da coletividade e as dinâmicas do sistema de saúde. Putnam (2004) apresentou um mecanismo de interação entre os diversos elementos da sociedade, no intuito de explicar a influência da mesma na saúde. Ocorrem efeitos diretos do Estado, por exemplo, por meio do fornecimento de água potável, como também efeito direto das desigualdades sociais. Ocorrem relações recíprocas entre o Estado (ou políticas públicas), capital social (que as pessoas possuem) e desigualdades. E, finalmente, ocorre influência direta dos mecanismos micro e macro, agrupados no capital social, na saúde das

pessoas. Em outro artigo, os autores lembram que formulações teóricas sobre desigualdade e capital social não devem ser consideradas concorrentes, mas sim complementares, tanto nas pesquisas como na definição das políticas públicas na área da saúde (PATTUSSI;MOYSÉS *et al.*, 2006).

Em um guia para aferição de capital social são apresentados fatores que influenciam, individual ou coletivamente, a saúde: biologia e genética, ambientes físicos, educação, renda, sexo e ambientes sociais (MIGNONE, 2003). É ressaltada a importância em se distinguir determinantes individuais tais como educação, renda e gênero, de determinantes ecológicos. Os determinantes individuais, sozinhos, não determinam a saúde das pessoas. É preciso considerar também as características do ambiente, tais como poluição do ar, taxa de criminalidade na vizinhança ou presença de áreas de lazer, sendo que essas características podem ser favoráveis ou não à saúde.

Lochner *et al.* (1999) explicam outro mecanismo: “os processos que determinam as causas e conseqüências do capital social podem ser totalmente diferentes nos diversos níveis de agregação. Por exemplo, no nível da comunidade local, o capital social depende mais das interações do dia a dia entre vizinhos do que das políticas sociais distais. Em contrapartida, no nível do estado ou país, o capital social parece refletir mais a influência da cultura, políticas sociais e econômicas e outras forças macro sociais”.

No contexto brasileiro ressalta-se a importância dos conselhos de saúde, pois podem representar o engajamento cívico da população. Os conselhos de saúde tiveram início com a Reforma Sanitária Brasileira. A sucessão de episódios, VIII Conferência de Saúde e Constituição de 1988, garantiu a participação do cidadão na discussão permanente a respeito de saúde, por meio do controle social.

A participação nos conselhos, assim como a implementação do Sistema Único de Saúde de forma homogênea, ainda é um desafio. Apesar da estrutura do Conselho respeitar a paridade e propiciar a discussão democrática, muitos gestores atuam de forma autoritária ao não acatar as resoluções de seus conselheiros, recorrendo a outros meios como manipulação, coerção ou omissão (LABRA, 2002). O texto da Constituição Federal, que coloca a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, foi resultado de uma reivindicação autêntica da sociedade civil e que requer acompanhamento constante para sua continuidade.

Em um artigo recente, os autores revisaram diversos trabalhos com o objetivo de visualizar a interação entre capital social e saúde. “De um lado, o impacto demonstrado por alguns estudos é digno de registro. Por outro lado, quando se enxerga a totalidade de fatores

que podem influenciar a saúde, e as diferenças conceituais reinantes, capital social parece ter, na melhor das hipóteses, um impacto apenas moderado” (PATTUSSI;MOYSÉS *et al.*, 2006). Os autores explicam que o impacto moderado se deve à teoria e aos instrumentos de medição, que estão em desenvolvimento. Ainda assim, chegaram a cinco indicadores para medir capital social, relatados a seguir: participação social, nível de *empoderamento*, percepção da comunidade, redes e apoios sociais e confiança social.

Há também trabalhos relacionando capital social, desigualdade de renda e mortalidade (KAWACHI;KENNEDY *et al.*, 1997). Neste estudo os autores sugerem que o crescente aumento da desigualdade entre ricos e pobres afeta a organização social das comunidades e o dano causado ao sistema pode ter implicações na saúde pública.

Em relação à saúde bucal, há várias pesquisas relacionando desigualdades sociais (MOYSÉS, 2000; HJERN;GRINDENFJORD *et al.*, 2001) ou fatores socioeconômicos (PATTUSSI, 2000; BALDANI;VASCONCELOS *et al.*, 2004).

Em um estudo realizado em Brasília com escolares de 12 anos, verificou-se que nas regiões com maior renda familiar foi encontrado o maior índice de examinados livres de cárie (52%) e com relação à severidade da doença (que foi medida pelo índice de dentes cariados, perdidos e obturados - CPO-D) foi encontrado o valor mais baixo: 1,5. O autor conclui que a cárie dentária está distribuída de forma desigual em Brasília para a faixa etária de 12 anos, beneficiando as regiões socioeconômicas mais altas, tanto em prevalência quanto severidade (PATTUSSI, 2000). Em outro estudo ecológico, no Paraná, a intenção era investigar associações entre cárie dentária, indicadores socioeconômicos e de oferta de serviços odontológicos no estado. Novamente foi usado o índice CPO-D. Os resultados confirmaram esta relação, demonstrando que as piores condições de saúde bucal não podem ser dissociadas das disparidades de renda. Os autores julgam pertinente também considerar que intervenções coletivas, melhorias na infra-estrutura e serviços de atenção primária melhoram as condições de saúde (BALDANI;VASCONCELOS *et al.*, 2004).

Moysés (2000) analisa o conceito de classe social, utilizado em modelos de determinação social das doenças. O autor relata que existem diferenças de entendimento do termo “classe social” nos diversos países, sendo que no Brasil este termo quer dizer “classe econômica”, pois é estimado a partir do poder de compra dos consumidores. Aponta para um conceito mais amplo: “Desenvolvimento humano sustentável”, utilizando o índice IDH (índice de desenvolvimento humano) como referencial no estudo, além do CPO-D. Os dados relatam correlação significativa, concluindo que a cárie dental é influenciada pelas

desigualdades. Outro trabalho, na Suécia, tem como objetivo descrever saúde bucal e uso de cuidados bucais em relação aos determinantes socioeconômicos. O estudo mostra que existem desigualdades sociais em saúde relacionados a cuidados bucais mesmo após duas décadas de um esquema nacional de seguro dental (HJERN;GRINDENFJORD *et al.*, 2001).

A essa vasta literatura científica que aponta caminhos, cada vez mais amadurecidos, a respeito das interações entre capital social e saúde, há também espaço para críticas. Muntaner *et al.* (2000) afirmam que a evidência de que capital social melhora a saúde é ambígua. Eles compartilham a idéia de que a maneira como os indivíduos e grupos se conectam para formar redes de amizade, vizinhança e comunidades pode ser importante para a saúde pública, porém não da maneira como se apresenta hoje. Citam um trecho do diálogo entre *Humpty Dumpty* e Alice (Alice atrás do espelho – *Lewis Carroll*): “Quando eu uso uma palavra”, diz *Humpty Dumpty* em um tom desdenhoso, “ela significa exatamente o que eu quero que ela signifique – nada mais e nada menos”. “O problema”, diz Alice, “é saber se podes dar às palavras significados tão diferentes”. “O problema”, diz *Humpty Dumpty* “é saber quem é o mestre”.

Nadas (2004) explica: “Há muitas definições ligadas ao conceito de Capital Social, que levam a uma confusão justificável sobre o que constitui. Isto é exacerbado pelas diferentes palavras usadas, tais como, energia social, espírito comunitário, ligações sociais, virtude cívica, redes da comunidade, extensão da amizade, vida da comunidade, recursos sociais, redes informais e formais, bons limites de vizinhança e “cola” social. O Capital Social é uma idéia atrativa e seus resultados positivos são, freqüentemente, intuitivos.”

Outra crítica, na forma de advertência, traz a preocupação pertinente aos países de baixa renda. “A utilização do capital social exige cautela, a fim de que o seu uso não seja um pretexto para esconder ideologias indesejáveis ou perpetuar o “status quo” de indivíduos ou grupos com interesses políticos ou econômicos específicos” (SOUZA;GRUNDY, 2004).

Tendo em vista a relevância do tema e sua pertinência no campo da saúde o objetivo geral deste trabalho foi verificar o aspecto sócio-demográfico e o estoque de capital social (individual), dentro das dimensões estruturais e cognitivas, em duas comunidades de um bairro periférico de Curitiba-PR, considerando diferenças locais, e correlacionar as dimensões com desfechos em saúde-doença bucal, enfatizando-se a dor de dente nos últimos seis meses.

ARTIGO UM EM PORTUGUÊS

**A INFLUÊNCIA DA INFRA-ESTRUTURA COMUNITÁRIA NO
ACESSO AO CAPITAL SOCIAL**

AUTORES:

Ana Cristina Vidal Allegretti

Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Curitiba-Paraná-Brasil

Beatriz Helena Sottile França

Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Curitiba-Paraná-Brasil

Autor correspondente: Ana Cristina Vidal Allegretti

Rua Conselheiro Laurindo, 778 – 602 – Centro – Curitiba-PR-Brasil

email: crisallegre@hotmail.com

Palavras chaves: capital social, comunidades, saúde bucal

RESUMO

Objetivos: verificar o estoque de capital social (individual), dentro das dimensões estruturais e cognitivas, em duas comunidades de Curitiba-PR, considerando diferenças sócio-demográficas locais e correlacionar as dimensões com desfechos em saúde-doença bucal. Método: estudo transversal, de natureza quantitativa. A amostra (nível de confiança de 95% e margem de erro de 0,06) foi de 229 domicílios em duas comunidades da periferia de Curitiba-Paraná, onde foram conduzidas entrevistas, preferencialmente com a mãe. Os dados foram analisados inicialmente de forma univariada e em seguida foi realizada a análise bivariada, estratificada por comunidade. Os valores de p considerados estatisticamente significativos ficaram abaixo de 0,05. Resultados: na comparação das comunidades, das doze questões sócio-demográficas, onze apresentaram diferença significativa, com dados mais positivos para a Comunidade Marumbi (CM). Também ocorreu, de uma maneira geral, maior aproximação da CM às dimensões estruturais (participação comunitária e votações) e cognitivas (percepção da comunidade, solidariedade, confiança e reciprocidade) do capital social. Quanto aos desfechos em saúde, três das quatro variáveis tiveram melhores resultados na CM. Conclusão: os resultados evidenciam uma possível relação entre capital social e desfechos em saúde bucal sem, entretanto, deixar de considerar a influência expressiva da infra-estrutura urbana. Os dados reforçam o conceito de Bordieu a respeito de capital social, no qual o papel do Estado é considerado importante para a garantia de acesso ao capital social.

ABSTRACT

Objectives: to verify the stock of social capital (individual), within the structural and cognitive dimensions, in two communities in the city of Curitiba-PR, taking in consideration local social-demographic differences and relating the dimensions with oral health-illness outcomes. Method: cross-sectional study, quantitative nature. The 95% of Confidence Interval and at 6% level sample resulted in 229 interviews with the mother, which happened in two boundary communities in the city of Curitiba, Paraná. Data were analysed uni and bivariate forms, aggregated by community. Statistic values of “p” considered significant were under 0,05. Results: comparing the communities, amongst twelve social demographic questions, in eleven of them occurred significant difference, with more positive variables in the Marumbi Community (CM). There was also close estimate between CM and structural dimensions (communitarian participation and elections) and cognitive dimensions (community perception, solidarity, confidence e reciprocity) of social capital. Relating to health outcomes, three among for variables had significant better issues at CM. Conclusion: according to these results it is possible to suggest that there is a relationship between social capital and oral health outcomes. Nevertheless, this study consider the important influence of urban infrastructure that confirms Bordieu’s social capital concept, which sees the state as central to the way in which civil society mediates access to social capital.

INTRODUÇÃO

Capital social vem sendo considerado, nos últimos anos, um novo conceito para o entendimento da dinâmica relacional dos indivíduos, contextualizados em seu ambiente social. Mesmo que ainda existam questionamentos a respeito da falta de uma conceituação mais homogênea, inúmeras pesquisas têm sido realizadas, nas mais diferentes áreas (PUTNAM, 2004; REIS; MARCELO, 2006) com o intuito de buscar evidências do seu impacto na sociedade. Três autores destacam-se neste tema: Putnam, Bordieu e Coleman (MARTELETO; SILVA, 2004).

Uma definição clássica de capital social, muito utilizada na literatura, é de Putnam: “elementos da organização social tais como redes sociais, confiança mútua e normas de reciprocidade, que facilitam a coordenação e cooperação para benefício mútuo” (PUTNAM, 2002; BAUM; ZIERSCH, 2003). Em seu conhecido estudo sobre níveis de bem estar social e econômico na Itália, o autor verificou que existia maior participação da população em associações, com o estabelecimento de vínculos horizontais, que propiciariam níveis de desempenho econômico e institucional muito mais elevados no norte do que no sul, onde as relações políticas e sociais estruturavam-se verticalmente (PUTNAM, 2002). Além disso, populações do norte demonstravam grande interesse político, revelado pela leitura de jornais e participação em votações. Assim, sua justificativa para a qualidade da democracia e o nível de desenvolvimento das distintas regiões italianas foram explicados pelas dinâmicas originadas na sociedade. Suas conclusões apontam para as virtudes de uma sociedade civil forte e um Estado pequeno (PONTHIEUX, 2004).

Contrapondo-se a esta abordagem, Bordieu (1986) propõe o Estado como central ao acesso do capital social. Sugere que o mesmo está intrinsecamente ligado ao capital econômico, porém sem ser simplesmente reduzido a uma forma econômica.

Coleman (1988) explica que o capital social surge da transformação das relações entre pessoas, que facilitam a ação, sendo pouco tangível, pois existe somente nas conexões entre indivíduos. Talvez esta característica justifique o fato deste autor considerar capital social como um atributo preponderantemente individual, porém influenciado pelo coletivo, e muitas vezes atribuído ao coletivo.

Capital social pode ser classificado por seus elementos estruturais, tais como redes e associações, e por elementos cognitivos, tais como confiança e padrões de reciprocidade (BAUM; ZIERSCH, 2003). Os componentes estruturais referem-se às organizações horizontais que remetem a um processo decisório coletivo e transparente, com conseqüências

na construção da cidadania. Já os componentes cognitivos estão relacionados aos valores, crenças, atitudes, comportamentos e normas sociais. Por meio de valores como confiança, solidariedade e reciprocidade, as pessoas de uma comunidade podem interagir visando o bem comum (KRISHNA;SHRADER, 1999).

As pesquisas na área da saúde têm investigado o capital social. Já existem relatos na literatura de significativas associações entre o capital social e saúde (BAUM;BUSH *et al.*, 2000; KAWACHI;KIM *et al.*, 2004), e saúde bucal (PATTUSSI;HARDY *et al.*, 2006). A importância da pesquisa nesta área é procurar alternativas para o modelo biomédico de atenção à saúde que, com suas variáveis explicativas marcadamente biológicas sobre fatores de risco, tem-se mostrado limitado e requer novas estratégias para conseguir efetividade das ações em saúde (WATT, 2002; CARVALHO, 2004).

O objetivo deste trabalho foi identificar a relação entre capital social e saúde bucal, verificando o estoque de capital social (individual), aspectos sócio-demográficos e desfechos em saúde bucal e correlacionando as dimensões do capital social com os dados sócio-demográficos e saúde bucal.

MÉTODOS

O estudo foi transversal e de natureza quantitativa. A pesquisa foi conduzida em duas comunidades de um bairro periférico, região Leste da cidade de Curitiba-PR. A seleção das mesmas foi baseada nas diferenças em termos de área habitacional legalizada e acesso à infraestrutura. Embora distintas nestes aspectos, as duas comunidades utilizam serviços e equipamentos públicos locais em comum nas áreas de saúde, educação, transporte e lazer. As unidades observacionais foram domicílios de quadras sorteadas nas duas comunidades selecionadas. Considerando o total de moradores nas duas comunidades (6.985), dividido pela média de habitantes por domicílio (3,5) (IPPUC, 2005), a amostra (nível de confiança de 95% e margem de erro de 0,06) resultou em 229 domicílios, sendo 128 na Comunidade Marumbi (CM) e 101 na Comunidade Icaray (CI). Entrevistas foram realizadas com a mãe ou, na sua ausência, com o responsável pela família residente no domicílio, após assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A justificativa do direcionamento da entrevista para a mãe veio de um trabalho onde foi encontrado que a mãe, sozinha, foi responsável em 85,3% das vezes, por levar o filho ao serviço odontológico (KINIRONS;MCCABE, 1995).

O questionário utilizado faz parte de um Instrumento para Avaliação do Capital Social (IACS), desenvolvido para a Conferência sobre o Capital Social e a Redução da Pobreza promovido pelo Banco Mundial (KRISHNA;SHRADER, 1999). O questionário foi adaptado

para a realidade local e o contexto temático da presente pesquisa, totalizando sessenta e três questões abordando indicadores sócio-demográficos, capital social estrutural, capital social cognitivo e saúde bucal. As entrevistas foram conduzidas de novembro de 2005 a março de 2006, sempre pelo mesmo pesquisador.

Variáveis independentes foram construídas a partir de indicadores de capital social estrutural e cognitivo e questões sócio-demográficas. As variáveis dependentes foram: autopercepção em saúde bucal, aparência dos dentes e gengivas, busca por manutenção ao serviço de saúde bucal e dor de dente nos últimos seis meses em alguém da casa (Quadro 1).

Os dados foram tabulados e analisados no programa SPSS 10.0, inicialmente de forma univariada e exploratória, a fim de verificar a consistência das variáveis e o padrão de distribuição das respostas. Em seguida foi realizada a análise bivariada, estratificada por comunidade, utilizando testes estatísticos de acordo com o tipo de variável (Quadro 1). Para as variáveis nominais e dicotômicas foram utilizados os testes Qui-quadrado e exato de Fisher, respectivamente. Já para as variáveis ordinais foi utilizado o teste U de Mann Whitney e para as variáveis numéricas utilizou-se o teste t de Student. Os valores de p considerados estatisticamente significativos ficaram abaixo de 0,05.

RESULTADOS

Do total de entrevistados, 97,3% da população eram mulheres, com idade variando de 15 a 81 anos (média = 37,7, desvio-padrão = 14,2), sendo a maioria (68,5%) com ensino fundamental. Em relação ao estado civil, 75,1% eram casados, 16% separados ou viúvos e 9% solteiros.

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

A comparação entre o perfil sócio-demográfico das comunidades estudadas é apresentada na Tabela 1. Das doze questões trabalhadas na pesquisa nesta dimensão, onze obtiveram diferença significativa. As pessoas entrevistadas na CM tiveram média de idade superior, maior nível de escolaridade e maior renda *per capita* (renda familiar dividida pelo número de pessoas na casa). Das características domiciliares, apenas a quantidade de pessoas por domicílio foi equivalente nas duas comunidades. A CM apresentou maior número de residências de alvenaria, presença da rede pública de água, esgoto e coleta de lixo em quase 100% das residências, média superior de número de cômodos e relação do número de cômodos pelo número de pessoas da casa. Além disso, o tempo de residência e disponibilidade de meios de comunicação também foram maiores na CM.

CAPITAL SOCIAL ESTRUTURAL

Em relação ao capital social estrutural, houve maior participação da CM em grupos comunitários ($p=0,03$). Nas duas questões onde foi inquirido quem participaria de ações para *pleitear um professor para a comunidade* encontraram-se valores de $p<0,01$, onde a resposta *ninguém* foi maior na CI (cerca de 11%, sendo 1% na CM). Mesmo com uma atitude mais negativa da CI, houve a formação de redes nas duas comunidades com *lideranças locais* (associação de bairro, pais de alunos e o bairro inteiro) acima de 75%. Quando as questões pediam para citar quem ajudaria no combate à violência, a comparação das comunidades não apresentou diferença estatística. Neste caso, a resposta *ninguém* aumentou para cerca de um terço do total, nas duas comunidades. A conexão mais expressiva para essa situação continuou sendo com as *lideranças locais*, entretanto a adesão foi no máximo 55%.

Do subgrupo exclusão os serviços percebidos como excludentes, de maneira semelhante pelas duas comunidades, foram: *saúde* ($p=0,22$), *saúde bucal* ($p=0,15$) e *empregos* ($p=0,32$). Os outros serviços tiveram diferença significativa com menor percepção de excluídos na CM. No subgrupo ação coletiva houve apenas dois valores significativos: no item *votou* ($p=0,00$), com 86,5% das pessoas da CM que votaram e 64,3% da CI e *fez doação* ($p=0,00$), também com maior participação da CM (CM – 76,5%; CI – 47,5%). O item *participou de associação* resultou em uma tendência ($p=0,06$) com maior adesão da CM. Os demais itens do subgrupo ação coletiva: *fez contato direto com pessoa influente*, ou *deputado/vereador*, *chamou a atenção de jornais, rádio ou TV*, *avisou a polícia sobre algum problema*, *participou de campanha de eleição* ou *de um protesto*, não resultaram significativos na comparação entre as comunidades, entretanto a CI obteve maior porcentagem de respostas positivas do que a CM.

CAPITAL SOCIAL COGNITIVO

A dimensão cognitiva do capital social, medida pela percepção da comunidade sobre as *relações do bairro* (se eram harmoniosas ou conflitantes), não apresentou diferença significativa entre as duas áreas ($p=0,18$). Entretanto, quando se *comparou a própria comunidade com outros bairros*, no entendimento do entrevistado, foi verificada diferença estatística ($p=0,00$), na qual a CM foi mais positiva. Para verificar solidariedade, o questionário simulava três situações específicas: *morte repentina de um pai de família*, *vizinho perdeu o emprego e disputa entre vizinhos*, onde se desejava saber quem ajudaria essas pessoas. A primeira situação explicitou diferença significativa entre as comunidades ($p=0,00$): a CM identificou mais ajuda da família, vizinhos e amigos (CM – 78,7%; CI – 55,4%), enquanto que a CI identificou maior ajuda de grupos de apoio e organizações de assistência (CM – 7,9%; CI – 19,8%). As outras duas situações tiveram respostas semelhantes

e sem diferenças significativas entre as duas comunidades. Na situação: *vizinho perdeu o emprego*, a resposta *ninguém* foi cerca de 15% e a maior ajuda (cerca de 60%) viria da *família, vizinhos e amigos* (Gráfico 1). Na situação *disputa entre vizinhos* cerca de 40%, nas duas comunidades, responderam que ninguém ajudaria. As outras três respostas foram: família/vizinhos, líderes locais e combinações de respostas, cada item com, aproximadamente, 20%.

Em relação à confiança, medida pela *possibilidade de empréstimos*, a resposta afirmativa não ultrapassou os 12% em ambas comunidades, além de não ocorrer diferença significativa entre elas ($p=1,00$).

Quando foi inquirido a respeito da *confiança em alguém para cuidar da casa* ($p=0,04$) e *dos filhos na ausência do entrevistado* ($p=0,04$), houve diferença significativa entre as duas comunidades (Gráfico 2). As opções de resposta eram: somente outro membro da família, somente vizinho ou pessoa da comunidade, ninguém e combinações de família e comunidade. No item *cuidar da casa* a proporção de escolhas por apenas família e apenas comunidade foi de 25% na CM e CI cada uma. As diferenças ocorreram na opção *ninguém* (CM – 7,9% ; CI – 18,8%) e *combinação de família e comunidade* (CM – 43,7% ; CI – 30,7%). No item relacionado a cuidar do filho, o resultado se modificou: a opção *apenas família* aumentou para cerca de 55% e *apenas comunidade* diminuiu para cerca de 13% nas duas áreas. A CM, neste caso, apresentou mais opções *ninguém* (CM – 22,8% e CI – 14,9%) e menor porcentagem de *família e comunidade* (CM – 0,8% e CI – 6,9%).

As declarações relacionadas à reciprocidade e cooperação são apresentadas na Tabela 2. As declarações: um, três, cinco, sete, oito e nove, considerando as duas comunidades como uma só, obtiveram concordância maior do que 50%, o que é positivo para o capital social, sendo que apenas a declaração oito foi estatisticamente diferente entre as duas comunidades, com maior concordância da CM. Apesar da declaração nove: *sentir-se aceito na comunidade* não ser estatisticamente significativa, mostrou valor de concordância maior para a CI, opondo-se à tendência das demais frases. Quando foi feito o cruzamento desta variável com *participação em grupos*, obteve-se relação estatística ($p=0,02$) pelo teste de Fisher. As declarações: dois, quatro e seis também apresentaram concordância maior do que 50% quando as duas comunidades foram consideradas como uma comunidade única, entretanto esse resultado sugere, em relação ao capital social, menor percepção de reciprocidade na comunidade. Outra observação foi que estas frases (dois, quatro e seis) tiveram percepções diferentes entre as comunidades, com valores de $p=0,06$, $p=0,00$ e $p=0,00$, respectivamente e com percepção

mais otimista da CM. A última declaração (número dez) mostrou uma diferença mais definida (e significativa) entre as comunidades, na qual a CM foi mais positiva.

VARIÁVEIS DEPENDENTES

Quanto aos desfechos em saúde bucal, em 66,4% do total dos domicílios alguém teve dor de dentes nos últimos seis meses, sendo que destes, a dor era do próprio entrevistado em 53,9% dos casos. A busca por manutenção em serviços de saúde bucal foi relatada em 51,9% dos domicílios, sendo 37,8% das vezes, feita pelo entrevistado (Gráfico 3). A frequência de quem teve dor nos últimos seis meses não mostrou diferença entre as comunidades, entretanto apresentou maior porcentagem de dor em mães/pais (adultos) e mais visitas de manutenção odontológica em filhos/enteados (crianças). Comparando-se as comunidades, não houve diferença estatística em relação à dor ($p=0,32$), porém ocorreu na visita de manutenção odontológica ($p=0,00$), na qual a CM realizou mais visitas (CM 64% ; CI 36,6%).

A classificação da saúde bucal (autopercepção) e aparência dos dentes e gengivas são apresentadas no gráfico 4. Verificou-se que mais de 50% dos entrevistados da CM consideraram sua saúde bucal e aparência dos dentes e gengivas *ótima e boa*, enquanto que a CI não chegou a 30% nas mesmas opções. Houve diferença estatística entre as comunidades, com valores de $p<0,01$.

Em síntese, a CM, de maneira geral, teve respostas mais favoráveis em relação às condições sócio-demográficas, às dimensões do capital social e também obteve os melhores desfechos em saúde bucal.

DISCUSSÃO

As diferenças sócio-demográficas encontradas entre as duas comunidades reafirmam os critérios de seleção definidos com a intenção de pesquisar duas comunidades diferentes em relação à infra-estrutura disponível. O fato de uma comunidade ter obtido os melhores indicadores sócio-demográficos e maior aproximação aos indicadores do capital social também foi encontrada em uma pesquisa realizada na Austrália, onde os autores sugerem que a estrutura física pode influenciar as interações sociais e, conseqüentemente, os resultados em saúde (BAUM;PALMER, 2002). Outra pesquisa envolvendo o tema capital social, demonstrou que confiança social e participação em grupos estão fortemente relacionadas a características sócio-econômicas (KAWACHI;KENNEDY *et al.*, 1997).

A participação comunitária (capital social estrutural) foi menos observada na população de menor renda e escolaridade (CI), confirmando os achados de Baum *et al.* (BAUM;BUSH *et al.*, 2000). Mesmo assim, deve-se observar que as redes se formaram invariavelmente, com

diferentes atores ou recursos da comunidade expressivos ou não, de acordo com a situação. Por exemplo, a CM foi mais participativa que a CI quando o problema era a falta de um professor. Porém, não houve diferença no desafio de combater a violência. Em relação à participação em ação coletiva os indicadores com maior adesão da CI sugerem ser um indício de formação de redes, independente do acesso à infra-estrutura, ainda pouco expressivo na CI. Em um trabalho a respeito de redes e capital social, os autores afirmam que muitas redes podem ter início a partir da tomada de consciência sobre algum problema vivenciado (MARTELETO;SILVA, 2004). A participação em votações, outra variável da “ação coletiva” e muito utilizada como indicador de participação cívica nas pesquisas de Putnam, na Itália (PUTNAM, 2002), teve maior expressão na CM. Contudo, deve-se considerar os motivos que levam uma pessoa a votar, quando o mesmo é facultativo, que é o caso italiano, e os motivos que levam uma pessoa a não participar de votações, mesmo sendo obrigatório, como é a realidade brasileira.

Em relação ao capital social cognitivo, a solidariedade, demonstrada pela situação da morte de um pai de família, foi diferente nos níveis de compreensão. Sugere-se que a CM, por estar mais organizada e com melhor infra-estrutura, consegue oferecer maior auxílio local com família, vizinhos e amigos. A CI parece ter necessidade de uma estrutura de suporte externa como grupos de apoio e lideranças externas, enfatizando o papel maior do Estado. De qualquer maneira, ressalta-se que o capital social não é um substituto de políticas públicas; muito pelo contrário, estão reciprocamente relacionados (PUTNAM, 2004). Nas questões referentes a problemas financeiros (pai de família perdeu emprego, confiança em empréstimos) e conflitos (disputa entre vizinhos), os resultados foram semelhantes nas comunidades. Isso pode refletir a realidade destas comunidades que, apesar de evidentes diferenças sócio-demográficas, a média da renda familiar, considerando as duas comunidades como uma só, foi pouco mais de dois salários mínimos. Além disso, o impacto ou o estigma da violência de uma comunidade pode ser refletido na outra e vice-versa, pois estão próximas geograficamente.

A confiança em relação a empréstimos não foi expressiva em nenhuma das comunidades e esse achado parece confirmar uma tendência brasileira segundo Inglehart *apud* (PATTUSSI;MOYSÉS *et al.*, 2006). Nas questões referentes à confiança em alguém para cuidar da casa, os achados sugerem que a CM parece ter percepção mais otimista, tanto no sentido de não possuir ninguém como opção de ajuda, como a possibilidade de ter mais de uma alternativa. Quanto ao cuidado do filho, os itens que diferem as comunidades são os

mesmos, só que de maneira invertida à questão anterior, ou seja, a CI mostrou-se mais positiva. A menor confiança demonstrada na CI quanto ao cuidado da casa, pode ser reflexo do problema habitacional em comunidades não legalizadas, ou do fato de que essas pessoas residem há menos tempo na comunidade, com menos oportunidades de negociações entre os moradores. A literatura relata maior confiança quando associada a melhores indicadores de saúde (KAWACHI;KENNEDY *et al.*, 1997), confirmada em parte neste trabalho.

Das dez declarações a respeito da própria comunidade (Tabela 2), sete mostraram haver reciprocidade entre as pessoas, considerando uma comunidade única. Quando consideradas separadamente, a CM foi mais positiva em relação à sua área, exceto pela declaração de se sentir aceito na comunidade. Achados de outro estudo sugerem que o sentimento de pertencer a uma comunidade está relacionado com a participação em grupos comunitários (BAUM;PALMER, 2002). Visto que a declaração de “se sentir aceito na comunidade” e “participação em grupos” tem relação estatística, significa dizer que a participação em grupos está associada a sentir-se mais aceito na comunidade, independente de qual seja. Vale ressaltar que o tipo de pesquisa não possibilita avaliações de causa e efeito, portanto não se pode determinar qual das ações aconteceu primeiro (PILKINGTON, 2002).

Quanto aos desfechos em saúde, as variáveis: manutenção odontológica, autopercepção em saúde bucal e aparência dos dentes e gengivas tiveram melhores resultados na CM. Esta comunidade realizou mais visitas de manutenção ao serviço de saúde bucal, confirmando outro trabalho onde foi verificado que a proporção de indivíduos que procuraram os serviços de saúde por motivo de rotina e prevenção foi mais elevada com indivíduos de melhor poder aquisitivo (NERI;SOARES, 2002). A autopercepção e aparência dos dentes e gengivas foram percebidas de forma mais positiva na CM. Em uma revisão recente a respeito de capital social e saúde, os autores encontraram alguns trabalhos com associação positiva ao desfecho autopercepção, porém fizeram considerações nas limitações de alguns estudos quanto a fatores amplos de saúde, diferenças conceituais e instrumentos de aferição (PATTUSSI;MOYSÉS *et al.*, 2006).

De acordo com os resultados, é possível sugerir que exista uma relação entre capital social, aspectos sócio-demográficos e desfechos em saúde bucal. Ainda assim, devido ao método escolhido para esta pesquisa, não é possível precisar qual o determinante causal, ou seja, apesar da idéia de que desigualdades de renda possam romper redes sociais, normas e confiança, mesmo sendo um apelo intuitivo, pode-se pensar também que as relações sociais

pobres seriam o resultado (em vez de serem a causa) de saúde e desigualdades (MACINKO;STARFIELD, 2001).

Mesmo que seja possível separar os indicadores de capital social de determinantes sócio-demográficos é importante considerar que estão relacionados e sofrem influência recíproca. Como exemplo, pode-se citar o tempo de residência, que favorece as interações e fortalecimento das relações na comunidade ou acesso aos meios de comunicação, que permitem ampliar a rede estrutural para além da comunidade geográfica. Os dados sugerem proximidade ao conceito de Bordieu a respeito de capital social, no qual o papel do Estado é considerado importante para a garantia do acesso ao capital social.

A intenção desta pesquisa foi comparar duas comunidades para identificar influências, positivas ou não, no desenvolvimento de uma comunidade e seu reflexo na saúde. A CI, apesar de ter sido menos expressiva nas dimensões do capital social do que a CM sugere ter alguns movimentos estruturais que podem ser melhorados e fortalecidos por influência da infra-estrutura ou tempo de residência. Reforça-se, assim, a perspectiva de que a infra-estrutura urbana influencia os níveis de participação comunitária e uma estratégia mais ampla de promoção de saúde tende a ser mais efetiva (BAUM;PALMER, 2002).

Outros estudos devem ser realizados no intuito de melhorar os instrumentos de pesquisa e aferição de capital social, além do aprofundamento dos fatores que determinam saúde-doença nestas comunidades.

Quadro 1 – Variáveis da entrevista domiciliar, ordenadas segundo as dimensões e subgrupos da pesquisa.

VARIÁVEIS		
DEPENDENTES (4)	INDEPENDENTES	
DOR – se houve, nos últimos seis meses, dor de dentes e/ou gengiva em alguém da família (D)	Características sócio-demográficas (13)	comunidade (D), idade (Nu), escolaridade (O), renda per capita (Nu), tipo de residência (N), presença de rede pública de água (D), esgoto (D) e lixo (D), quantidade de moradores (Nu), quantidade de cômodos no domicílio (Nu), relação do número de cômodos/número de pessoas (Nu), tempo de residência (O), meios de comunicação (O)
	E s t r u t u r a l C a p i t a l s o c i a l	REDES SOCIAIS (5): participação em grupos comunitários (N) ou em ações para pleitear um professor para a comunidade (N) e combater a violência (N)
EXCLUSÃO (11): percepção do entrevistado(a) se existem membros da comunidade excluídos dos seguintes serviços: educação (D), saúde (D), saúde bucal (D), assistência à moradia (D), distribuição de água (D), saneamento (D), empregos (D), crédito (D), justiça (D), transporte (D) e segurança (D)		
AÇÃO COLETIVA (12): se o entrevistado(a) realizou as seguintes ações nos últimos três anos: votou em eleições (D), participou de associação (D), fez contato direto com pessoa influente (D), deputado ou vereador (D), conversou na vizinhança (D), chamou a atenção de jornais, rádio ou TV (D) ou avisou a polícia sobre algum problema (D), participou de campanha de informação (D), eleição (D), protesto (D), fez doação (D) e foi voluntário (D)		
MANUTENÇÃO – se houve visita ao cirurgião dentista para revisão em alguém da família (D)	C o g n i t i v o	PERCEPÇÃO DA COMUNIDADE E SOLIDARIEDADE (5): relação das pessoas no bairro (D), comparação com outras comunidades (O), disputa entre vizinhos (N), solidariedade frente à morte (N) e perda de emprego (N)
		CONFIANÇA (3): possibilidade de empréstimo (D), alguém para cuidar da casa (N) ou filhos na ausência do entrevistado(a) (N)
		RECIPROCIDADE E COOPERAÇÃO (10): declarações a respeito do bairro, das pessoas e dos sentimentos envolvidos, nas quais o entrevistado(a) concorda ou discorda (D)
AUTOPERCEPÇÃO – classificação da saúde bucal (O)		
APARÊNCIA – classificação da aparência dos dentes e gengiva(D)		

Entre parênteses os números representam o total de variáveis de cada subgrupo e as letras, o tipo de variável segundo a legenda abaixo.

Legenda:

N – variável categórica nominal

D – variável categórica nominal dicotômica

O – variável categórica ordinal

Nu – variável numérica

Gráfico 1 – Distribuição de freqüência de capital social cognitivo: solidariedade frente a situações que requerem ajuda, estratificadas por comunidade.

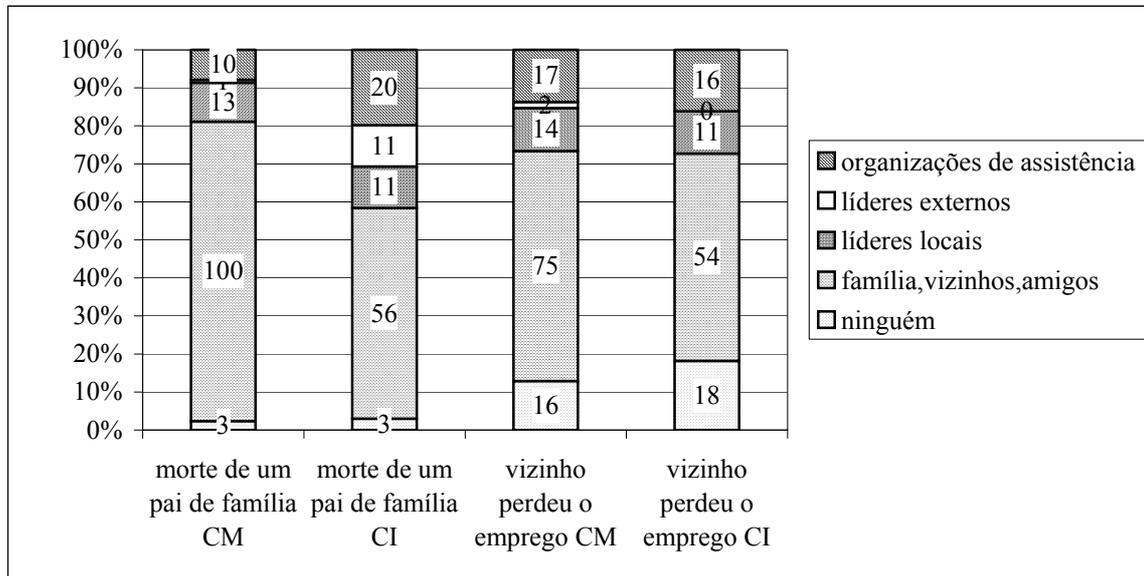


Gráfico 2 – Distribuição de freqüência de capital social cognitivo: confiança em alguém para cuidar da casa e dos filhos, estratificada por comunidade.

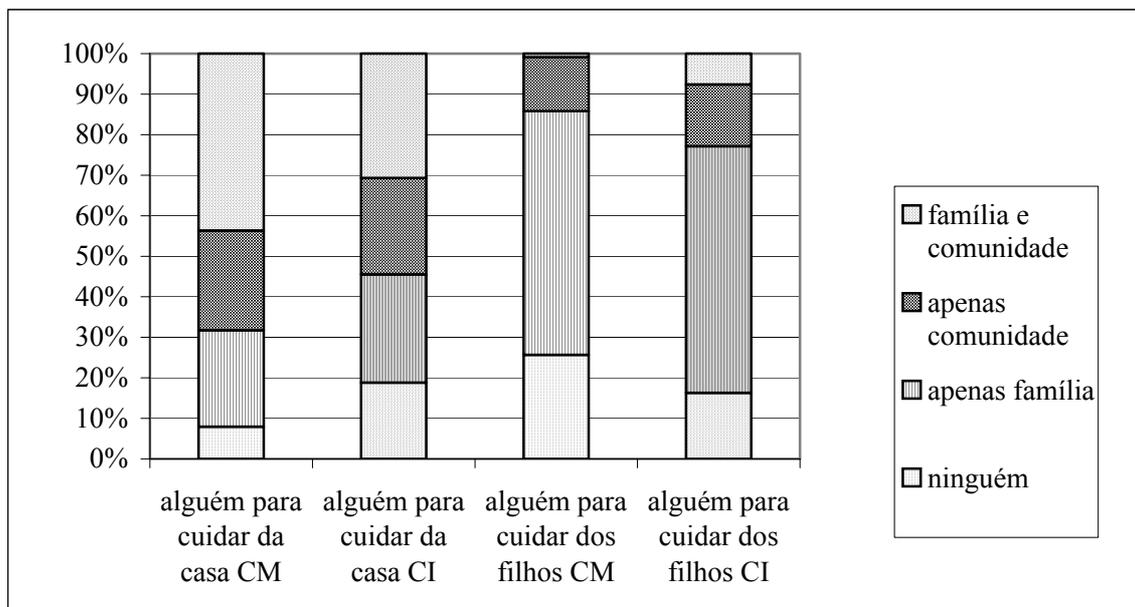


Gráfico 3 – Distribuição de freqüência dos desfechos dor de dente e/ou gengivas e visitas de manutenção odontológica, estratificados por comunidade.

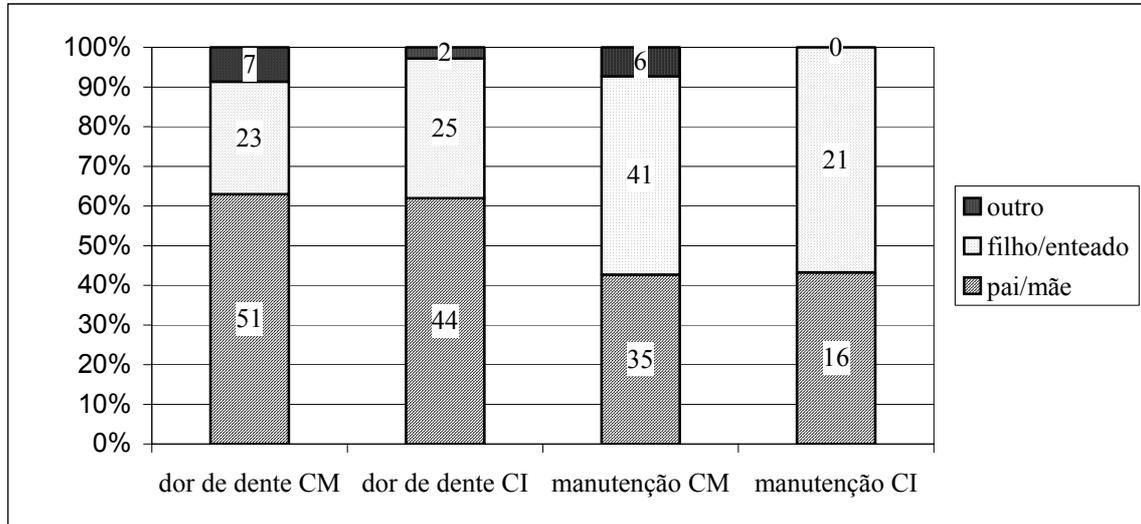


Gráfico 4 – Classificação da saúde bucal e aparência dos dentes e gengiva, estratificados por comunidade.

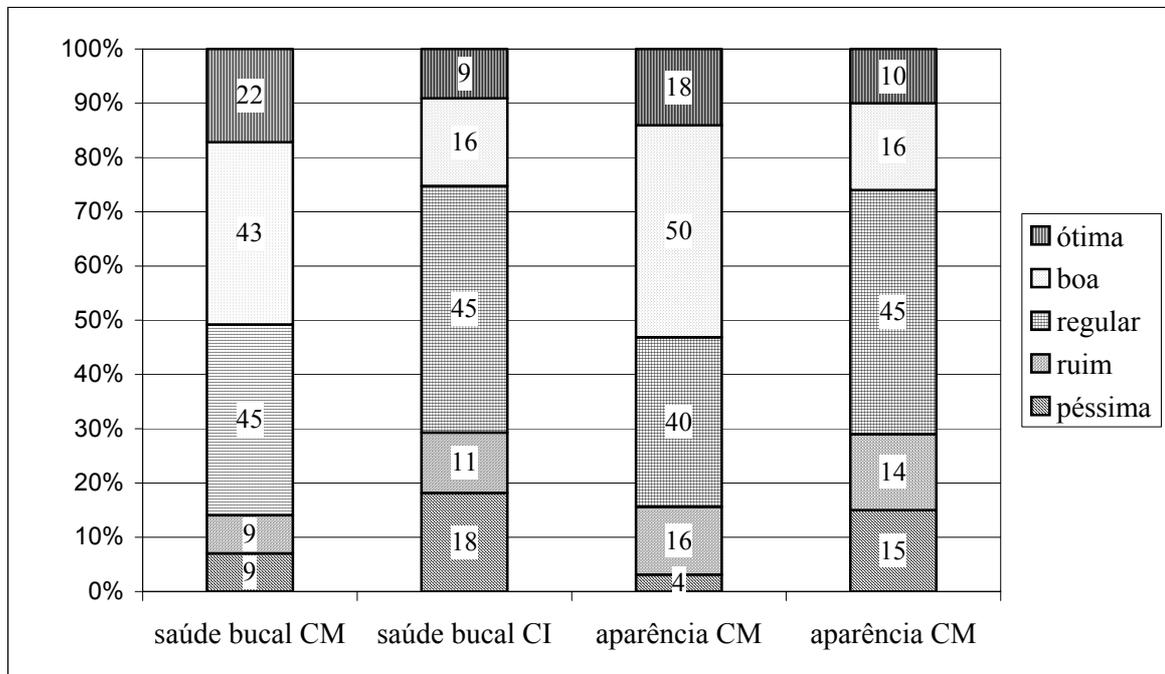


Tabela 1 – Perfil das comunidades estudadas quanto às variáveis sócio-demográficas

Variáveis		CM		CI		Valor de p
		n	%	n	%	
Rede pública de água	Sim	128	100,0	3	2,9	0,00*
	Não	0	0,0	98	97,0	
Sistema de esgoto	Sim	125	97,6	0	0,0	0,00*
	Não	3	2,3	101	100,0	
Coleta de lixo	Sim	128	100,0	3	2,9	0,00*
	Não	0	0,0	98	97,0	
Meios de comunicação	Não possui	0	0,0	4	3,9	0,00**
	Possui 1 meio	2	1,5	22	21,7	
	Possui 2 meios	23	17,9	36	35,6	
	Possui 3 meios	103	80,4	41	40,5	
Tempo de residência	Menos de 1 ano	20	15,6	26	25,7	0,00**
	De 1 a 5 anos	27	21,1	48	47,5	
	De 6 a 10 anos	23	18,0	26	25,7	
	Mais de 10 anos	58	45,3	1	1,0	
Tipo de habitação	100% alvenaria	100	78,1	14	13,9	0,00****
	100% madeira	7	5,5	36	35,6	
	Alvenaria e madeira	21	16,4	51	50,5	
Escolaridade do entrevistado	Sem escola	11	8,6	11	10,9	0,00**
	Ensino fundamental	75	58,6	82	81,2	
	Ensino médio e superior	42	32,8	8	7,9	
Renda <i>per capita</i>	Média	R\$ 235,40		R\$ 166,60		0,00***
Número de cômodos na casa	Média	5,19		4,17		0,00***
Número de pessoas na casa	Média	3,94		3,98		0,88***
Relação nº de cômodos/ nº de pessoas na casa	Média	1,62		1,33		0,04***
Idade	Média	39,9		34,7		0,00***

* Teste de Fisher

** Teste U de Mann Whitney

*** Teste T student

**** Teste Qui-quadrado

Tabela 2 – Reciprocidade e cooperação: frequência de concordância entre as comunidades.

Declaração	%		p
1. A maioria das pessoas neste bairro é honesta e confiável.	63,3 concordam*		0,67
	CM - 64,8	CI - 61,3	
2. As pessoas são sempre interessadas em seu próprio bem estar.	84,7 concordam*		0,06
	CM - 80,5	CI - 90,1	
3. As pessoas desta comunidade são sempre mais confiáveis do que os membros de outras comunidades.	61,6 concordam*		0,21
	CM - 65,3	CI - 57,0	
4. Neste bairro você tem que ser alerta, senão alguém vai lhe enganar.	86,9 concordam*		0,00
	CM - 77,3	CI - 99,0	
5. Quando se tem um problema, sempre há alguém para ajudar.	75,5 concordam*		0,21
	CM - 78,9	CI - 71,3	
6. Eu não ligo para a opinião dos outros neste bairro.	79,3 concordam*		0,00
	CM - 72,2	CI - 88,1	
7. A maioria das pessoas neste bairro é disposta a lhe ajudar quando você precisa.	55,4 concordam*		0,58
	CM - 57,1	CI - 53,1	
8. Esse bairro prosperou nos últimos cinco anos.	78,6 concordam*		0,01
	CM - 85,0	CI - 70,5	
9. Eu me sinto aceito como membro desta comunidade.	88,6 concordam*		0,15
	CM - 85,8	CI - 92,1	
10. Se você perdesse sua bolsa ou carteira no bairro, alguém a devolveria a você.	42,8 concordam*		0,00
	CM - 53,9	CI - 28,7	

* Resposta considerando uma comunidade única

REFERÊNCIAS

BAUM, F. e C. PALMER. "Opportunity structures": urban landscape, social capital and health promotion in Australia. Health Promotion International, v.17, n.4, p.351-361. 2002.

BAUM, F. E., R. A. BUSH, *et al.* Epidemiology of participation: an Australian community study. Journal of Epidemiology and Community Health, v.54, n.6, p.414-423. 2000.

BAUM, F. E. e A. M. ZIERSCH. Social capital. Journal of Epidemiology and Community Health, v.57, n.5, p.320. 2003.

BORDIEU, P. The forms of capital. In: J. Richardson (Ed.). Handbook of theory and research for the sociology of education. New York: Greenwood Press, 1986. The forms of capital, p.241-58

CARVALHO, S. R. Health promotion contradictions regarding the issues of the subject and the social change. Ciência & Saúde Coletiva, v.9, n.3, p.669-678. 2004.

COLEMAN, J. Social capital in the creation of human capital. American Journal of Sociology, v.94, p.95-120. 1988.

KAWACHI, I., B. P. KENNEDY, *et al.* Social capital, income inequality and mortality. American Journal of Public Health, v.87, n.9, p.1491-1498. 1997.

KAWACHI, I., D. KIM, *et al.* Commentary: Reconciling the three accounts of social capital. International Journal of Epidemiology, v.33, n.4, Aug, p.682-690. 2004.

KRISHNA, A. e E. SHRADER. Instrumento para avaliação de capital social. Conferência sobre o Capital Social e a Redução da Pobreza. Washington DC, p.2-21. 1999

MACINKO, J. e B. STARFIELD. The utility of social capital in research on health determinants. The Milbank Quarterly, v.79, n.3, p.387-427. 2001.

MARTELETO, R. M. e A. B. D. O. E. SILVA. Networks and social capital: the role of information in local development. Ci. Inf., Brasília, v.33, n.3, set./dez., p.41-49. 2004.

NERI, M. e W. SOARES. Social inequality and health in Brazil. Cadernos de Saúde Pública, v.18, n.suplemento, p.77-87. 2002.

PATTUSSI, M. P., R. HARDY, *et al.* Neighborhood social capital and dental injuries in Brazilian adolescents. American Journal of Public Health, v.96, n.8, August, p.1462-68. 2006.

PATTUSSI, M. P., S. J. MOYSÉS, *et al.* Capital social e a agenda de pesquisa em epidemiologia. Cadernos de Saúde Pública, v.22, n.8, 1546, p.1525. 2006.

PILKINGTON, P. Social capital and health: measuring and understanding social capital at a local level could help to tackle health inequalities more effectively. Journal of Public Health Medicine, v.24, n.3, sep, p.156-159. 2002.

PONTHIEUX, S. The concept of social capital : a critical review. 10th ACN Conference. Paris. 21-23 January, 2004. p.

PUTNAM, R. D. Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2002. 260 p.

_____. Commentary: "Health by association": some comments. International Journal of Epidemiology, v.33, n.4, jul, p.667-671. 2004.

REIS, S. C. G. B. e V. C. MARCELO. Saúde Bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. Ciência & Saúde Coletiva, v.11, n.1, 199, p.191. 2006.

WATT, R. G. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. Community Dentistry and Oral Epidemiology, v.30, p.241-7. 2002.

ARTIGO DOIS EM PORTUGUÊS

A DOR DE DENTE E O CAPITAL SOCIAL

AUTORES:

Ana Cristina Vidal Allegretti

Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Curitiba-Paraná-Brasil

Beatriz Helena Sottile França

Pontifícia Universidade Católica do Paraná – Curitiba-Paraná-Brasil

Autor correspondente: Ana Cristina Vidal Allegretti

Rua Conselheiro Laurindo, 778 – 602 – Centro – Curitiba-PR-Brasil

email: crisallegre@hotmail.com

Palavras chaves: dor de dente, capital social, comunidades, saúde bucal

RESUMO

Objetivos: verificar o estoque de capital social, dentro das dimensões estruturais e cognitivas, em duas comunidades, considerando diferenças sócio-demográficas locais, e correlacionar as dimensões com desfechos em saúde-doença bucal, com ênfase na dor de dente. Método: estudo transversal, de natureza quantitativa. Com nível de confiança de 95% e margem de erro de 0,06, a amostra resultou em 229 entrevistas, que foram conduzidas em domicílios de quadras sorteadas em duas comunidades em Curitiba-PR. Os dados foram analisados de forma uni e bivariada, de regressão logística múltipla não condicional. Resultados: perfil do entrevistado: “mulher” (97,3%), sendo 87,3% “mães” e 75,1% eram casadas. A média de idade foi 37,7 anos e 54,5% tinham o ensino fundamental incompleto. A dor de dente ocorreu em 66,4% dos domicílios, sendo 53,9% no próprio entrevistado. Houve associação estatística com autopercepção em saúde bucal, dados sócio-demográficos (tempo de residência, idade, renda *per capita*, escolaridade, número de pessoas na casa e relação número de cômodos/número de pessoas) e variáveis do capital social (participação comunitária, percepção de exclusão, ação coletiva, relações no bairro, comparação com outras comunidades e reciprocidade). Os resultados da regressão logística sugerem que existe relação entre alguns indicadores do capital social com o desfecho dor. A chance de ter dor aumenta quase seis vezes quando a autopercepção em saúde bucal é negativa (OR=5,7; IC 95%=1,8 - 18,2), seis vezes por morar na mesma residência há cinco anos ou menos (OR=6,3; IC 95%=2,0 - 19,7) e sete vezes se concordar com a declaração: “As pessoas são sempre interessadas em seu próprio bem estar” (OR=7,1; IC 95%=2,1 - 24,7) em comparação à autopercepção positiva, morar na mesma residência há mais de cinco anos e discordar da declaração, respectivamente. Sem a intenção de negar a influência dos aspectos sócio-demográficos, este estudo chama a atenção para novos indicadores, que podem ser incluídos nas agendas de pesquisa em Promoção de Saúde, contribuindo no impacto em saúde bucal.

INTRODUÇÃO

Muitos estudos a respeito da dor caracterizada por alta prevalência e impacto significativo nos indivíduos ou comunidades, referem-se à ocorrência de disfunções orofaciais (LOCKER;GRUSHKA, 1987; MACFARLANE;BLINKHORN *et al.*, 2002). Estas disfunções são frequentemente conceituadas como condições dolorosas associadas a tecidos duros e moles da cabeça, face e pescoço e todas as estruturas intra-bucais (GÓES;KOSMINSKY *et al.*, 2006).

Dentre os tipos de dor orofacial a dor de dente, que será o foco deste artigo, é relatada como a mais prevalente e mais incapacitante. A odontalgia ou dor de dente é definida como aquela originária dos dentes e estruturas de suporte, resultando de doenças bucais como cárie, doença periodontal e trauma. Dentre os fatores associados à dor de dente pode-se citar: componentes biológicos, sócio-demográficos, condição socioeconômica e fatores psicológicos (GÓES;KOSMINSKY *et al.*, 2006) Em relação à idade Locker et al (1987) encontraram maior prevalência de dor nas faixas etárias mais jovens.

Alguns estudos referem a prevalência de dor de origem dental como motivo importante de consulta odontológica (LACERDA;SIMIONATO *et al.*, 2004) ou como um impedimento à realização de tarefas habituais (ALEXANDRE;NADANOVSKY *et al.*, 2006). Outros trabalhos relatam que as populações com as piores condições de vida e sem o hábito de visitar o dentista parecem ter suas chances aumentadas para a dor de dente (ALEXANDRE;NADANOVSKY *et al.*, 2006; FERREIRA;PIUVEZAM *et al.*, 2006). Uma pesquisa em 2004 concluiu que alto ataque de cárie dentária, baixa escolaridade materna e baixa renda familiar foram associados à dor de dente em uma população de escolares (NOMURA;BASTOS *et al.*, 2004). Há, ainda, estudos em que tal dor possui um componente subjetivo, influenciada por fatores psicossociais e de comportamento (LACERDA;SIMIONATO *et al.*, 2004; GÓES;KOSMINSKY *et al.*, 2006).

Nesta linha, estudar a ocorrência de dor de dente implica em considerar a percepção das pessoas em relação ao seu próprio corpo, podendo ser um bom indicador da situação de saúde bucal e de qualidade de vida das pessoas.

Por outro lado, um tema objeto de grande interesse atualmente refere-se ao conceito de capital social (MUNTANER;LYNCH *et al.*, 2000). Apesar de bastante recente na área de saúde bucal, já existe evidência na literatura da relação, por exemplo, entre capital social e trauma dental (PATTUSSI;HARDY *et al.*, 2006).

Três autores destacam-se na discussão sobre capital social: Putnam, Bordieu e Coleman (MARTELETO;SILVA, 2004). Apesar de não existir consenso geral e definitivo sobre o conceito de capital social (LOCHNER;KAWACHI *et al.*, 1999; PILKINGTON, 2002), a definição clássica é de Putnam: “elementos da organização social tais como redes sociais, confiança mútua e normas de reciprocidade, que facilitam a coordenação e cooperação para benefício mútuo” (PUTNAM, 2002; BAUM;ZIERSCH, 2003). Bordieu propõe o Estado como central ao acesso do capital social. Sugere que o mesmo está intrinsecamente ligado ao capital econômico, porém sem ser simplesmente reduzido a uma forma econômica (BORDIEU, 1986). Coleman compara três tipos de capital: físico, humano e social. O capital físico se forma a partir das transformações nos materiais para formar instrumentos que facilitam a produção, sendo totalmente tangível. O capital humano se forma pela transformação das pessoas, que usam seus talentos e habilidades, tornando-as aptas para agir de diferentes maneiras. Esta forma de capital é menos tangível, sendo visível nas capacidades e conhecimento adquiridos pelo indivíduo. O capital social, por sua vez, é formado pela transformação das relações entre pessoas, que facilitam a ação. É menos tangível ainda, pois existe nas relações e conexões entre pessoas. Talvez esta característica justifique o fato do capital social ser considerado individual, porém influenciado pelo coletivo e, muitas vezes, ser atribuído ao coletivo (COLEMAN, 1988).

Capital social pode ser classificado por seus elementos estruturais, tais como redes e associações, e por elementos cognitivos, tais como confiança e padrões de reciprocidade (BAUM;ZIERSCH, 2003). Os componentes estruturais referem-se às organizações horizontais que remetem a um processo decisório coletivo e transparente, com conseqüências na construção da cidadania. Já os componentes cognitivos estão relacionados aos valores, crenças, atitudes, comportamentos e normas sociais. Por meio de valores como confiança, solidariedade e reciprocidade é que as pessoas de uma comunidade podem interagir visando o bem comum (KRISHNA;SHRADER, 1999).

O objetivo deste trabalho foi verificar o estoque de capital social (individual), dentro das dimensões estruturais e cognitivas, em duas comunidades do bairro Uberaba, Curitiba PR, considerando diferenças sócio-demográficas locais, e correlacionar tais dimensões com desfechos em saúde-doença bucal. Neste trabalho será enfatizada a dor de dente nos últimos seis meses. A opção teórica por investigar tais correlações justifica-se pela busca de ampliação de modelos conceituais explicativos do processo saúde-doença bucal (WATT, 2007). O modelo biomédico, com suas variáveis explicativas marcadamente biológicas sobre

fatores de risco, tem-se mostrado limitado e requer novas estratégias investigativas para conseguir efetividade das ações em saúde (WATT, 2002; CARVALHO, 2004).

MÉTODO

O estudo foi transversal e de natureza quantitativa. As unidades observacionais foram domicílios de quadras sorteadas, em duas comunidades do bairro Uberaba, Curitiba, PR: (i) Comunidade Marumbi e (ii) Comunidade Icaray. Este bairro é limítrofe e situa-se na região Leste da cidade. Apresenta densidade demográfica de 42,84 e taxa de crescimento anual de 7,21 enquanto que os valores da cidade são, respectivamente, 36,73 e 1,82. A renda média é de 6,31 e a mediana é de 3,44 salários mínimos (IPPUC, 2005).

Entrevistas semi-estruturadas foram realizadas com a mãe ou, na sua ausência, com o responsável pela família, após assinar o Termo de consentimento livre e esclarecido.

Levando em consideração um nível de confiança de 95% e margem de erro de 0,06, a amostra resultou em 229 domicílios a serem pesquisados. Estes domicílios localizam-se em duas comunidades próximas, geograficamente, mas não limítrofes. Mesmo distintas, as duas comunidades utilizam serviços e equipamentos públicos em comum como saúde, educação, transporte e lazer. Do total de entrevistas, 128 foram conduzidas na Comunidade Marumbi e 101 na Comunidade Icaray.

O questionário utilizado já havia sido testado em trabalho de campo, fazendo parte de um “Instrumento para Avaliação do Capital Social” (IACS), desenvolvido para a Conferência sobre o Capital Social e a Redução da Pobreza (Banco Mundial) (KRISHNA;SHRADER, 1999). O questionário foi adaptado de acordo com a realidade local e o contexto temático da presente pesquisa, totalizando sessenta e três questões, assim distribuídas: quatro envolvendo a saúde bucal, doze sócio-demográficas, vinte e oito de capital social estrutural e dezoito de capital social cognitivo (Quadro 1). As entrevistas foram conduzidas de novembro de 2005 a março de 2006, sempre pelo mesmo pesquisador.

Os dados foram tabulados e analisados, inicialmente de forma univariada e exploratória, a fim de verificar a consistência das variáveis e o padrão de distribuição das respostas. As variáveis categóricas e numéricas (Quadro 1) foram então dicotomizadas para a análise bivariada, efetuando-se o cruzamento com a variável “dor”, utilizando o teste de Fisher. As variáveis numéricas foram dicotomizadas utilizando a mediana, pois o teste de Kolmogorov-Sminov não apresentou distribuição normal ($p < 0,05$). Adotou-se como linha de corte para prosseguir à análise multivariada valores de P menores de 0,10 (segundo o teste de Fisher), sendo este o critério de seleção das variáveis que compuseram o modelo para rodar a regressão logística no

programa SPSS 10.0, utilizando o método não condicional. A variável “comunidade” (se o entrevistado residia na Comunidade Marumbi ou Icaray) sempre foi incluída na regressão logística, independentemente do resultado da análise bivariada, por se tratar de dois territórios distintos que constituem o foco da pesquisa.

RESULTADOS

O perfil do entrevistado demonstrou que 97,3% eram mulheres, sendo 87,3% mães, com idade variando de 15 a 81 anos (média = 37,7 desvio-padrão = 14,2); 54,5% tinham o ensino fundamental incompleto. As casadas somaram 75,1%, sendo 45,3% com registro de casamento e 54,6% sem.

Em uma primeira análise, observou-se que em 66,4% dos domicílios pesquisados algum morador teve dor de dentes e/ou gengiva, nos últimos seis meses; destes, a dor era do próprio entrevistado em 53,9% dos casos. A distribuição de quem teve dor nos últimos seis meses não mostrou diferença entre as comunidades ($p=0,32$), evidenciando maior porcentagem de presença de dor no grupo de “pais/mães” (Gráfico 1).

A Tabela 1 mostra os resultados da análise bivariada, com o conjunto de dados que apresentaram valores significativos, segundo o critério para inclusão na análise multivariada ($p<0,10$), após o cruzamento das variáveis independentes com a variável dependente “dor”.

Dentre as variáveis ligadas à dimensão da saúde bucal, “dor” teve relação significativa com a autopercepção em saúde bucal ($p=0,00$) e aparência dos dentes e gengiva ($p=0,02$), mas não com a visita de manutenção odontológica ($p=0,88$).

Dentre as variáveis sócio-demográficas, cinco delas foram significativas e uma apresentou uma tendência, embora não significativa estatisticamente. As pessoas que relataram ter tido dor nos últimos seis meses moravam há menos de seis anos na comunidade ($p=0,00$), com idade inferior a 36 anos ($p=0,00$), renda *per capita* inferior a R\$ 166,70 ($p=0,06$) e escolaridade a partir de ensino médio incompleto ($p=0,05$). Além disso, moravam em domicílios com cinco ou mais pessoas ($p=0,00$) e a relação entre o número de cômodos pelo número de pessoas na casa era menor do que 1,25 ($p=0,00$).

Em relação à dimensão estrutural do capital social, ocorreu associação significativa nos três subgrupos. No subgrupo (i) “redes sociais e organizações de apoio mútuo”, a única variável que obteve significância foi “participação em grupos comunitários” ($p=0,02$), porém com associação invertida em relação à teoria do capital social. Quanto ao subgrupo (ii) “exclusão”, ocorreu associação da variável “dor” com a percepção de “excluídos da justiça” ($p=0,00$). No subgrupo (iii) “ação coletiva”, ocorreu associação com as variáveis: “chamou a atenção de

rádio, jornais ou TV sobre algum problema” ($p=0,00$) e “fez contato com deputado ou vereador” ($p=0,06$) nos últimos três anos. Essas duas últimas também apresentaram resultado invertido, de acordo com a teoria de capital social. Em resumo, as pessoas que relataram dor participavam mais de associações, chamaram a atenção da mídia em relação a algum problema, tiveram mais contatos com políticos e perceberam mais excluídos em relação à justiça na sua comunidade.

A dimensão cognitiva do capital social foi significativa em três variáveis: As duas primeiras, “relações entre as pessoas no bairro” ($p=0,00$) e “comparação com outras comunidades” ($p=0,03$), fazem parte do subgrupo “percepção da comunidade”. Quanto à terceira variável significativa “As pessoas são sempre interessadas em seu próprio bem estar” ($p=0,05$), ela pertence ao subgrupo “reciprocidade e cooperação”. Ou seja, as pessoas que relataram dor perceberam relações mais conflitantes na sua comunidade, relações tão ou menos harmoniosas na comparação com outras comunidades e concordavam com a frase “As pessoas são sempre interessadas em seu próprio bem estar”.

Em uma última etapa analítica, buscando o aprofundamento das observações de estudo em ambiente multivariado, procedeu-se à regressão logística, conforme explicitado em Método.

Segundo os resultados da regressão logística (Tabela 2), alguns aspectos sócio-demográficos e/ou decorrentes do estoque de capital social, estrutural ou cognitivo, vivenciados pelos indivíduos em suas comunidades revelam significância preditiva quanto ao desfecho dor. Por exemplo, a chance de se ter dor aumenta quase seis vezes quando a autopercepção em saúde bucal é negativa ($OR=5,7$; $IC\ 95\%=1,8 - 18,2$), comparada com a autopercepção positiva, pouco mais de seis vezes por morar na mesma residência há cinco anos ou menos ($OR=6,3$; $IC\ 95\%=2,0 - 19,7$), comparada com morar há mais de cinco anos na mesma residência e aproximadamente sete vezes se concordar com a declaração: “As pessoas são sempre interessadas em seu próprio bem estar” ($OR=7,1$; $IC\ 95\%=2,1 - 24,7$), comparada com a não concordância da mesma.

As outras duas variáveis com significância estatística, porém com sinal negativo, foram: “participação em grupos comunitários” ($OR=0,1$; $IC\ 95\%=0,0 - 0,3$) e “comunidade” ($OR=0,1$; $IC\ 95\%=0,0 - 0,8$). A “participação” já apresentava resultado invertido na análise bivariada e foi mantido após a regressão. Significa dizer que maior participação comunitária teve relação com o desfecho “dor”. A outra variável que obteve sinal negativo foi “comunidade”. Na análise bivariada não houve significância estatística, entretanto a variável foi incluída na análise multivariada por se tratar de duas comunidades com diferenças de

acesso à infra-estrutura urbana, escolaridade e renda. O sinal negativo quer dizer que a comunidade Marumbi (com maior acesso à infra-estrutura) foi mais relacionada ao desfecho dor.

DISCUSSÃO

O fato da maioria dos entrevistados serem mães era previsível, já que, de acordo com uma pesquisa a respeito dos fatores que afetam a saúde bucal, observou-se que a mãe, sozinha, foi responsável em 85,3% das vezes, por levar seu filho ao serviço odontológico (KINIRONS;MCCABE, 1995).

A prevalência de dor informada pelos entrevistados (53,9%) foi maior que a média brasileira, observada no levantamento nacional de Saúde Bucal Brasil (BRASIL, 2001), que registrou 34,8% para a faixa etária de adultos.

A associação encontrada entre o relato de dor e autopercepção de saúde bucal vai ao encontro de um trabalho a respeito da percepção da saúde bucal dos idosos, onde os autores verificaram associação entre percepção da saúde bucal e ausência/presença de dor (REIS;MARCELO, 2006). ‘

Em relação à manutenção de cuidados odontológicos, o resultado do presente estudo, onde não foi encontrada relação com dor, difere do estudo de Alexandre, Nadanovsky *et al.* (ALEXANDRE;NADANOVSKY *et al.*, 2006) onde a dor aumentou significativamente de 2,9 para 13,3% naqueles que nunca haviam ido ao dentista.

A associação de fatores socioeconômicos e dor de dente, observada neste estudo pela utilização do indicador de renda per capita, foi também relatada em uma pesquisa com escolares (NOMURA;BASTOS *et al.*, 2004).

A relação significativa entre dor e pessoas com menos idade, também foi encontrada em outros estudos (LOCKER;GRUSHKA, 1987; MACFARLANE;BLINKHORN *et al.*, 2002).

Em relação ao grau de instrução, os resultados encontrados diferem de outros da literatura, onde a escolaridade, seja aquela do próprio indivíduo pesquisado (LACERDA;SIMIONATO *et al.*, 2004) ou a escolaridade da mãe (NOMURA;BASTOS *et al.*, 2004), parece ser um fator protetor em relação à dor. A correlação invertida encontrada no presente estudo pode ser devido a não se ter uma faixa etária precisamente delimitada, já que a idade pode gerar uma interação com escolaridade, potencialmente influenciando o desfecho. Ao se cruzar a variável escolaridade com a idade observou-se associação significativa ($p=0,04$). Os indivíduos com mais idade apresentaram, proporcionalmente, menos escolaridade.

O objetivo de incluir os componentes sócio-demográficos na análise estatística era verificar o seu comportamento frente aos indicadores do capital social, já que há relatos de que a estrutura física pode influenciar as interações sociais e, conseqüentemente, os resultados em saúde (BAUM;PALMER, 2002). Pesquisadores na Austrália encontraram associação entre maior participação comunitária e melhor estado de saúde, sendo a correlação com saúde mental mais forte do que com saúde física (BAUM;BUSH *et al.*, 2000).

As três variáveis do capital social estrutural, desta pesquisa, que obtiveram valores significativos e invertidos quando relacionadas com “dor” (“participação comunitária”; “chamou a atenção de rádio, jornais ou TV sobre algum problema”; e “fez contato com deputado ou vereador”) suscitam algumas considerações. Tendo em vista que este estudo não permite determinar relações de causa e efeito, a dor pode ter sido tanto conseqüência quanto causa da maior participação ativa na comunidade. Em uma pesquisa qualitativa a respeito de cidadania e participação popular na saúde um dos relatos encontrados foi que: "para mudar a situação, a população teria que reivindicar as coisas, né?" (BOSI, 1994). Em outro trabalho a respeito de redes e capital social os autores afirmam que muitas redes podem ter início a partir da tomada de consciência sobre algum problema vivenciado (MARTELETO;SILVA, 2004). Sendo assim, a maior participação em grupos comunitários ou em atividades de ação coletiva associada ao maior relato de dor pode ser um indício de formação de redes para solucionar um problema.

Não houve correlação entre dor e percepção de exclusão do serviço de saúde e/ou saúde bucal, como sugerido por Ferreira *et al.* (PILKINGTON, 2002; FERREIRA;PIUVEZAM *et al.*, 2006), na qual a experiência de dor de dente foi justificada pela falta de acesso aos serviços odontológicos. Houve associação significativa apenas entre dor e percepção de excluídos do serviço “justiça”. Embora essa relação não tenha sido relatada na literatura, o sentimento de exclusão da justiça pode ser considerado como um dos elementos da exclusão social mais geral, relacionada à privação material e pobreza em seus múltiplos aspectos (BAUM;ZIERSCH, 2003).

Os achados a respeito da associação entre indicadores cognitivos do capital social e desfechos em saúde geral já foram relatados na literatura (KAWACHI;KENNEDY *et al.*, 1997). As três variáveis do capital social cognitivo que resultaram significativas na análise de regressão logística sugerem que pode existir relação também com saúde bucal, particularmente com o desfecho “dor”. Além disso, apesar da variável “tempo de residência” fazer parte do grupo

sócio-demográfico, sua influência é importante na formação de redes e valoração de uma comunidade e, conseqüentemente, afeta diretamente o capital social.

A participação comunitária, que se manteve em uma relação invertida, deve ser mais bem explorada em outros estudos, talvez investigando melhor os diferentes tipos de participação na comunidade. Havia a expectativa neste estudo de que, ao incluir a variável “comunidade” na regressão logística, os resultados mostrassem influência positiva da comunidade Marumbi (que obteve melhores indicadores sócio-demográficos) em relação à dor, pois o impacto da infra-estrutura local tem demonstrado permitir maior acesso por parte da população aos recursos comunitários (BAUM;PALMER, 2002). A partir do resultado invertido encontrado, sugere-se que as variáveis sócio-demográficas podem ter influência limitada, o que reforça a necessidade de pesquisas envolvendo um conjunto mais amplo de determinantes sociais.

Mais estudos devem ser realizados para o aprofundamento desse tema, relativamente recente à Odontologia, porém com grande potencial de fortalecer as idéias da Promoção de Saúde.

Conclui-se enfatizando que a contribuição do estudo do capital social não reside na transferência de responsabilidades, hoje consideradas pertinentes ao Estado, para a sociedade civil, mas sim, na agregação de esforços dos vários setores da sociedade no sentido de otimizar os recursos já existentes e construir outros novos. Julga-se importante ressaltar que as políticas públicas devem contribuir para o desenvolvimento de todos os tipos de capital: físico, humano e social, a fim de se alcançar ações resolutivas em saúde, incluindo a saúde bucal e, neste caso, a redução da dor de dente de indivíduos e comunidades.

Quadro 1 – Questões utilizadas na pesquisa, classificadas de acordo com o tipo de variável

Questões de saúde bucal		AUTOPERCEPÇÃO (O) – classificação da saúde bucal APARÊNCIA (O) – classificação da aparência dos dentes e gengiva MANUTENÇÃO (D) – se houve visita ao cirurgião dentista para revisão em alguém da família DOR (D) – se houve, nos últimos seis meses, presença de dor de dentes e/ou gengiva em alguém da família
Características sócio-demográficas		DO ENTREVISTADO (3): idade (Nu), escolaridade (O), renda per capita (Nu) DA UNIDADE DOMICILIAR (9): comunidade (D), rede pública de água (D), sistema de esgoto (D), coleta de lixo (D), quantidade de pessoas na casa (Nu), quantidade de cômodos (Nu), relação do número de cômodos pelo número de pessoas (Nu), tempo de residência (O), meios de comunicação (O)
C a r a c t e r í s t i c a s	E s t r u t u r a l	REDES SOCIAIS (5): participação em grupos comunitários(N) ou em ações para pleitear um professor para a comunidade(N) e combater a violência (N)
		EXCLUSÃO (11): percepção do entrevistado(a) se existem membros da comunidade excluídos dos seguintes serviços: educação(D), saúde(D), saúde bucal(D), assistência à moradia(D), distribuição de água(D), saneamento(D), empregos(D), crédito(D), justiça(D), transporte(D) e segurança(D)
		AÇÃO COLETIVA (12): se o entrevistado(a) realizou as seguintes ações nos últimos três anos: votou em eleições(D), participou de associação(D), fez contato direto com pessoa influente(D), deputado ou vereador(D), conversou na vizinhança(D), chamou a atenção de jornais, rádio ou TV(D), avisou a polícia sobre algum problema(D), participou de campanha de informação(D), eleição(D), protesto(D), fez doação(D) e foi voluntário (D)
	C o n s i d e r a v o	PERCEPÇÃO DA COMUNIDADE E SOLIDARIEDADE (5): relação das pessoas no bairro (D), comparação com outras comunidades (O), disputa entre vizinhos (N), solidariedade frente à morte (N) e perda de emprego (N)
		CONFIANÇA (3): possibilidade de empréstimo(D), alguém para cuidar da casa (N) ou filhos na ausência do entrevistado(N)
		RECIPROCIDADE E COOPERAÇÃO (10): declarações a respeito do bairro, das pessoas e dos sentimentos envolvidos, onde o entrevistado(a) concorda ou discorda (D)

Legenda:

N – variável categórica nominal

D – variável categórica nominal dicotômica

O – variável categórica ordinal

Nu – variável numérica

Gráfico 1 – Distribuição de quem teve dor de dente no domicílio nos últimos seis meses

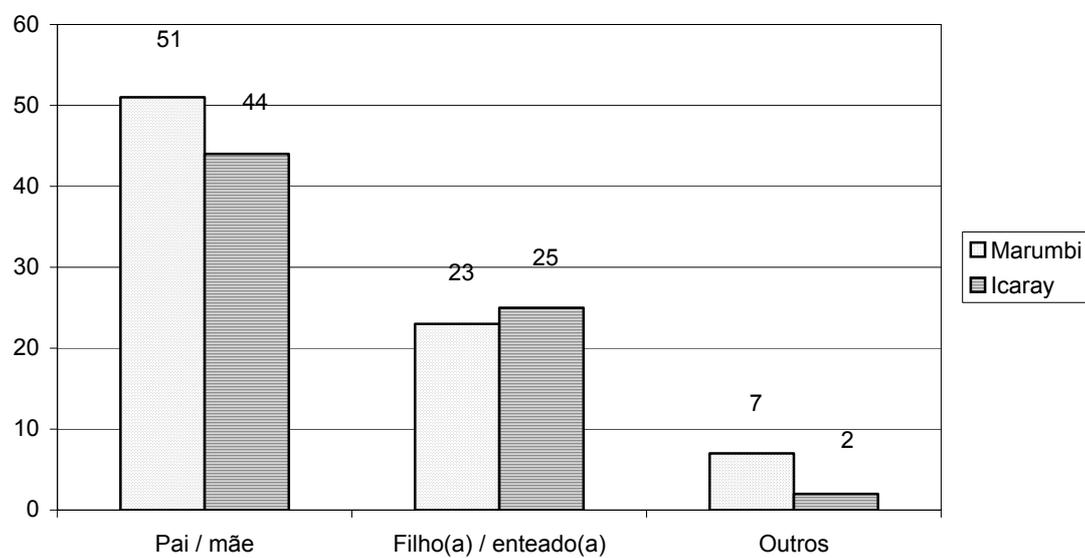


Tabela 1 – Análise bivariada com o conjunto de variáveis com resultados significativos (P<0,10) após o cruzamento com o desfecho dor

Variáveis	Classificação	Dor				p*	
		Não		Sim			
		N	%	N	%		
Autopercepção da saúde bucal	Positiva	42	54,5	48	32,0	0,00	
	Negativa	35	45,4	102	68,0		
Classificação da aparência dos dentes e gengiva	Positiva	40	51,9	54	35,7	0,02	
	Negativa	37	48,0	97	64,2		
SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	Tempo de residência	6 anos ou mais	48	62,3	60	39,4	0,00
		Até 5 anos	29	37,6	92	60,5	
	Número de pessoas na casa	Até 4 pessoas	58	75,3	86	56,5	0,00
		Mais de 5 pessoas	19	24,6	66	43,4	
	Relação nº de cômodos/ nº de pessoas na casa	Maior ou igual 1,25	44	57,1	56	36,8	0,00
		Menor que 1,5	33	42,8	96	63,1	
	Idade	Maior ou igual a 36	50	64,9	61	40,1	0,00
		Menor que 36	27	35,0	91	59,8	
	Renda <i>per capita</i>	Mais de R\$166,67	44	57,8	63	43,7	0,06
		Menos ou igual R\$166,67	32	42,1	78	54,1	
Escolaridade	A partir de ensino fundamental completo	21	27,2	61	40,1	0,05	
	Até ensino fundamental incompleto	56	72,7	91	59,8		
ESTRUTURAIS	Participação em grupos comunitários	Sim	32	41,5	87	57,2	0,02
		Não	45	58,4	65	42,7	
	Percepção de excluídos da justiça	Sim	38	39,6	51	61,0	0,00
		Não	25	60,3	80	38,9	
Chamou jornais, radio ou TV sobre um problema	Sim	1	1,30	20	13,1	0,00	
	Não	76	98,7	132	86,8		
Contato com deputado ou vereador	Sim	12	15,5	41	26,9	0,06	
	Não	65	84,4	111	73,0		
Relações no bairro	Harmoniosas	53	80,3	82	57,7	0,00	
	Conflitantes	13	19,7	60	42,2		
COGNITIVAS	Comparação com outras comunidades	Mais harmoniosas	22	31,4	26	18,1	0,03
		Tão ou menos harmoniosas	48	68,5	117	81,8	
“As pessoas estão sempre interessadas no seu próprio bem estar”	Discordo	17	22,0	18	11,8	0,05	
	Concordo	60	77,9	134	88,1		

* Teste exato de Fisher

Tabela 2 – Resultado da regressão logística

	OR	95,0% C.I.		p
		Inferior	Superior	
Autopercepção em saúde bucal	5,682	1,770	18,244	0,004
Aparência dentes e gengiva	2,027	0,644	6,383	0,227
Tempo de residência	6,312	2,022	19,706	0,002
Nº pessoas na casa	2,481	0,781	7,881	0,123
Relação nº com/nº pessoas	1,140	0,357	3,647	0,825
Idade	2,454	0,865	6,965	0,092
Renda <i>per capita</i>	1,634	0,445	6,006	0,460
Escolaridade	0,457	0,132	1,580	0,216
Participação em grupos comunitários	0,131	0,044	0,388	0,000
Percepção de excluídos da justiça	1,560	0,557	4,366	0,397
Chamou jornais, rádio, TV sobre um problema	0,121	0,011	1,303	0,082
Contato com deputado ou vereador	0,957	0,283	3,234	0,944
Relações no bairro	1,008	0,356	2,857	0,988
Comparação com outras comunidades	1,486	0,437	5,045	0,526
"As pessoas são interessadas no seu próprio bem estar"	7,151	2,069	24,717	0,002
Comunidade	0,180	0,040	0,809	0,025
Constant	0,661			0,791

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, G. C., P. NADANOVSKI, *et al.* Prevalência e fatores associados à ocorrência de dor de dente que impediu a realização de tarefas habituais em uma população de funcionários públicos no Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v.22, n.5, 1078, p.1073. 2006.

Baum, F. e C. Palmer. "Opportunity structures": urban landscape, social capital and health promotion in Australia. Health Promotion International, v.17, n.4, p.351-361. 2002.

Baum, F. E., R. A. Bush, *et al.* Epidemiology of participation: an Australian community study. Journal of Epidemiology and Community Health, v.54, n.6, p.414-423. 2000.

Baum, F. E. e A. M. Ziersch. Social capital. Journal of Epidemiology and Community Health, v.57, n.5, p.320. 2003.

Bourdieu, P. The forms of capital. In: J. Richardson (Ed.). Handbook of theory and research for the sociology of education. New York: Greenwood Press, 1986. The forms of capital, p.241-58

Bosi, M. L. M. Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços. Cadernos de Saúde Pública, v.10, n.4. 1994.

Brasil, M. D. S. Projeto SB200: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador. Brasília, p.49. 2001

Carvalho, S. R. Health promotion contradictions regarding the issues of the subject and the social change. Ciência & Saúde Coletiva, v.9, n.3, p.669-678. 2004.

Coleman, J. Social capital in the creation of human capital. American Journal of Sociology, v.94, p.95-120. 1988.

Ferreira, A. A. A., G. Piuvezam, *et al.* A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. Ciência & Saúde Coletiva, v.11, n.1, 218, p.211. 2006.

Góes, P. S. A. D., M. Kosminsky, *et al.* Dor orofacial. In: G. Koogan (Ed.). Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro, 2006. Dor orofacial, p.102-14

IPPUC, I. D. P. E. P. U. D. C.-. Curitiba em bairros. Curitiba 2005.

Kawachi, I., B. P. Kennedy, *et al.* Social capital, income inequality and mortality. American Journal of Public Health, v.87, n.9, p.1491-1498. 1997.

Kinirons, M. e M. McCabe. Familial and maternal factors affecting the dental health and dental attendance of preschool children. Community Dental Health, v.12, p.226-229. 1995.

Krishna, A. e E. Shrader. Instrumento para avaliação de capital social. Conferência sobre o Capital Social e a Redução da Pobreza. Washington DC, p.2-21. 1999

Lacerda, J. T. D., E. M. Simionato, *et al.* Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. Revista de Saúde Pública, v.38, n.3, p.453-8. 2004.

Lochner, K., I. Kawachi, *et al.* Social capital: a guide to its measurement. Health & Place, v.5, p.259-270. 1999.

Locker, D. e M. Grushka. Prevalence of oral and facial pain and discomfort: preliminary results of a mail survey. Community Dentistry and Oral Epidemiology, v.15, n.3, p.169-72. 1987.

Macfarlane, T. V., A. S. Blinkhorn, *et al.* Oro-facial pain in the community: prevalence and associated impact. Community Dentistry and Oral Epidemiology, v.30, n.1, p.52. 2002.

Marteletto, R. M. e A. B. D. O. E. Silva. Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. Ci. Inf., Brasília, v.33, n.3, set./dez., p.41-49. 2004.

Muntaner, C., J. Lynch, *et al.* Social capital and the third way in public health. Critical Public Health, v.10, n.2. 2000.

Nomura, L. H., J. L. D. Bastos, *et al.* Dental pain prevalence and association with dental caries and socioeconomic status in schoolchildren, Southern Brazil, 2002. Brazilian Oral Research, v.18, n.2, p.134-40. 2004.

Patussi, M. P., R. Hardy, *et al.* Neighborhood social capital and dental injuries in Brazilian adolescents. American Journal of Public Health, v.96, n.8, August, p.1462-68. 2006.

Ponthieux, S. The concept of social capital : a critical review. 10th ACN Conference. Paris. 21-23 January, 2004. 23p.

Putnam, R. D. Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2002. 260 p.

Reis, S. C. G. B. e V. C. Marcelo. Saúde Bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. Ciência & Saúde Coletiva, v.11, n.1, 199, p.191. 2006.

WATT, R. G. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. Community Dentistry and Oral Epidemiology, v.30, p.241-7. 2002.

_____. From victim blaming to upstream action: tackling social determinants of oral health inequalities. Community Dentistry and Oral Epidemiology, v.35, n.1, p.1-11. 2007.

ARTIGO DOIS EM INGLÊS

DENTAL PAIN AND SOCIAL CAPITAL

AUTHORS:

Ana Cristina Vidal Allegretti

Pontifical Catholic University of Parana – Curitiba-Parana-Brasil

Beatriz Helena Sottile França

Pontifical Catholic University of Parana – Curitiba-Paraná-Brasil

Author's address: Ana Cristina Vidal Allegretti

Rua Conselheiro Laurindo, 778 – 602 – Centro – Curitiba-PR-Brasil

email: crisallegre@hotmail.com

Keywords: dental pain, social capital , communities, oral health

ABSTRACT

Aims: to verify the supply of social capital, amongst structural and cognitive dimensions, in two communities, taking in consideration the local social demographic differences, and relate the dimensions with oral health-illness outcomes, emphasizing, in this work, the dental pain. Methodology: transversal study of quantitative nature. With 95% of Confidence Interval and at 6% level, the sample resulted in 229 interviews, which happened in households of squares picked out at random in two communities in the city of Curitiba, Paraná. Data were analyzed uni and bivariate forms, and from the results of the data, a logistic regression was taken, with a non conditional methodology. Results: interviewee profile: women (97,3%), 87,3% were mothers and 75,1% were married. The average age was 37,7 and 54,5% had not finished basic education. Pain occurred in 66,4% of the households, 53,9% to the interviewee herself. Statistic association with self-perception in oral health was found, social demographic data (time of residence, age, per capita income, schooling, number of people living in the house in relation to the number of rooms/number of people) and variable of social capital (communitarian participation, exclusion perception, communal action, relationships in the neighborhood, comparison with other communities and reciprocity). The results of the logistic regression suggest that a relation between some indicators of social capital and pain exists. The chance of having pain increases in nearly 6 times when the auto perception in oral health is negative (OR=5,7; IC 95%=1,8 - 18,2), six times for living in the same house for five years or less (OR=6,3; IC 95%=2,0 - 19,7) and seven times if agreeing with the statement: “people are always interested in their own well-being”. (OR=7,1; IC 95%=2,1 - 24,7). With no intention of denying the influence of social demographic influences, this study calls attention to new indicators, which can be included in the research agenda of Health Promotion, contributing to the oral health impact.

INTRODUCTION

Many studies relating to pain characterized by the high prevalence and significant impact in individuals and communities, refer to the occurrence of orofacial dysfunctions (LOCKER;GRUSHKA, 1987; MACFARLANE;BLINKHORN *et al.*, 2002). These dysfunctions are usually considered as painful conditions associated to hard and soft tissues in the head, face and neck and all intra oral structures (GÓES;KOSMINSKY *et al.*, 2006).

Amongst orofacial pains, the dental pain, which is the focus of this article, is said to be the most prevalent and most incapacitating one. Odontalgia, or dental pain, is defined as a pain originated in the teeth and structures of support, resulting in oral illnesses such as caries, periodontal disease and trauma. Amongst factors associated to dental pain, one can quote: biological components, social demographic and social economic conditions and psychological factors (GÓES;KOSMINSKY *et al.*, 2006). Relating to age Locker *et al* (1987) had found higher prevalence of pain at young age group.

Some studies refer to the prevalence of pain originated from dental problems as an important reason for dental visit (LACERDA;SIMIONATO *et al.*, 2004) or as an impediment to the realization to habitual tasks (ALEXANDRE;NADANOVSKY *et al.*, 2006). Other ones say that the populations with worse lifestyle who do not have the visit to the dentist as a habit seem to have more chances of getting dental pain (ALEXANDRE;NADANOVSKY *et al.*, 2006; FERREIRA;PIUVEZAM *et al.*, 2006). A research done in 2004 concluded that high levels of dental caries, mother with low education and low family income were associated to dental pain in a population of students (NOMURA;BASTOS *et al.*, 2004). There are also studies in what such pain contains a subjective component, influenced by psycho social issues and behavior issues (LACERDA;SIMIONATO *et al.*, 2004; GÓES;KOSMINSKY *et al.*, 2006).

Looking from this point of view, studying the occurrence of dental pain implicates in considering the perception of people relating to their own body, being also a good indicator of health oral situation and people's quality of life.

On the other hand, a theme that is object of interest nowadays refers to the concept of social capital (MUNTANER;LYNCH *et al.*, 2000). Even if very recent in the theme of oral health, the relation between, for example, social capital and dental trauma is already found in the literature (PATTUSSI;MOYSÉS *et al.*, 2006).

Three authors are distinguished in the discussion of social capital; Putnam, Bordieu e Coleman (MARTELETO;SILVA, 2004). Even if there is no definitive or general agreement

about the concept of social capital (LOCHNER;KAWACHI *et al.*, 1999; PILKINGTON, 2002), the classical definition is given by Putnam: “elements of social organization such as social network, mutual trust and reciprocity rules which make cooperation and coordination easier for mutual benefice” (PUTNAM, 2002; BAUM;ZIERSCH, 2003).

Bordieu proposes the State as the main access of social capital. He suggests that it is intrinsically related to economical capital, however it is not just reduced to an economical form (BORDIEU, 1986). Coleman compares the three types of capital: Physical, human and social. The physical capital forms itself from the transformation in materials to form instruments that will make production easier, being totally tangible.

Human capital is formed by people’s transformation, which use their talents and capacities, becoming capable of acting in different ways. This form of capital is less tangible, being visible through the capacity and knowledge acquired by the person. Social capital, on the other hand, is formed by the relationship amongst people, who facilitate the action. It is even less tangible, as relationship and connection amongst people is part of it. This characteristic might justify the fact that social capital, even if considered individual, can be influenced by the collective, and, for many times, it is attributed to the collective (COLEMAN, 1988).

Social capital can be classified by its structural elements, such as network and associations, or by its cognitive elements, such as trust and reciprocity standards (BAUM;ZIERSCH, 2003). Structural components refer to horizontal organizations that remit to a collective and transparent process of decision, with consequences in the citizenship process. Cognitive components are related to values, beliefs, attitudes, behavior and social rules (KRISHNA;SHRADER, 1999). People from communities can interact amongst themselves, aiming at a general well-being, through values such as trust, solidarity and reciprocity (KRISHNA;SHRADER, 1999).

The objective of this work was to verify the social capital supply (individual), inside the structural and cognitive dimensions, in two communities in the neighborhood of Uberaba, in Curitiba, Paraná, taking in consideration the local social economical differences, and correlate such dimensions with outcomes in oral health-illnesses. In this work, we will look at dental pain that happened in the last six months. The theoretical option to investigate such correlations is justified by the search of the increase of clarifying conceptual models in the process of oral health-illnesses (WATT, 2007). The biomedical model, with its variable elucidations distinctively biological about risk factors, has showed to be limited, and it asks

for new investigative strategies to achieve effectiveness in health actions (WATT, 2002; CARVALHO, 2004).

METHODOLOGY

A cross-sectional and quantitative nature study. The observation units were households in squares picked at random, in two communities in the neighborhood of Uberaba, in Curitiba, Paraná: (i) Marumbi Community and (ii) Icaray Community. This neighborhood marks the boundary in the East side of the city. It has a demographic density of 42,84 and an annual growth rate of 7,21 while the city rates are, respectively, 36,73 and 1,82. The average income is 6,31 and the median is 3,44 minimum wages (IPPUC, 2005).

Semi-structured interviews happened with the mother, or, when she was absent, with the responsible for the family, after signing a free and clarified Term of Assent. Taking in consideration a level of trust of 95% and a margin of mistake of 0.06 the sample resulted in 229 analyzed households. These households were localized in two communities close to each other, geographically speaking, but not on the border of each other. Even if distinct, the two communities use similar services and public equipments such as health, education, transport and leisure. From the total of interviews, 128 took place in the Marumbi Community, and 101 happened in Icaray Community.

The questionnaire utilized had already been tested on field work, being part of “Tools for Evaluation of Social Capital” “*Instrumento para Avaliação do Capital Social*” (IACS), developed for the Conference on Social Capital and Reduction of Poverty (Banco Mundial) (KRISHNA;SHRADER, 1999). The questionnaire was adapted according to the local reality and the thematic context of the present research, totalizing a total of sixty-three questions, distributed as follows: four involving oral health, thirteen social-demographic, twenty-eight structural social and eighteen of cognitive social capital (table 1). The interviews were conducted from November 2005 to May 2006, by the principal author of this article.

Data was tabulated and analyzed, initially in an unvaried and explanatory form, to verify the consistence of the variable and the standard distribution of answers. The categorical and numeric variables (table 1) were dichotomized for a bivariable analysis making a crossing with the variable “pain”, using the Fisher test. The numeric variables were dichotomized using a median, because the Kolmogorov-Sminov test did not present a normal distribution ($P < 0,05$). As a cut line to a multivariate analysis, values of P less than 0,10 (according to the Fisher’s test) were adopted, and this was the criterion of the selection of the variables which composed the model to make the logistic regression of the program SPSS 10.0, using the non conditional

method. The variable “community” (if the interviewee lived in the Marumbi Community or Icaray) was always included in the logistic regression, independently of the results of the bivariate analysis, as they were two distinct territories that constituted the focus of the research.

RESULTS

The average time spent for each interview was 28 minutes. The profile of the interviewee was “woman” (97,3%), 87,3% “mothers”, with age varying from 15 to 81 years old (median = 37,7 standard-deviation = 14,2); 54,5% had not finished basic education. Married ones were 75,1%, from them 45,3% had marriage certificates and 54,6% did not have one.

On a first analysis, we observed that in 66,4% of the researched households at least one of the residents had dental pain or pain on the gums on the last six months. Amongst them, in 53,9% the interviewee herself was the one that suffered from it. The distribution of who had dental pain on the last six months did not show any differences in both communities ($p=0,32$), evidencing higher percentage of pain presence in the group “fathers/mothers” (graphic 1).

Table one shows the results of bivariate analysis with a set of data which presented meaningful values, according to criteria for the inclusion on the multivariate analysis ($p<0,10$), after crossing independent variables with the variable “pain”.

Amongst the independent variables, related to the dimension of oral health, pain had meaningful relation with self-perception in oral health ($p=0,00$), and the appearance of teeth and gums ($p=0,02$), but not with the dentist maintenance visit.

Amongst social demographic variables, five of them were significant, one of them showed a tendency, even if not statistically important. People who said that have had pain in the last six months have been living in the community for less than six years, ($p=0,00$), they were less than 36 years-old ($p=0,00$), per capita income of less than R\$166,70 ($p=0,06$) and incomplete schooling ($p=0,05$). On the top of that, they lived in households with five people or more ($p=0,00$), and the relationship between the number of rooms and the number of people was less than 1,25 ($p=0,00$).

In relation to the structural dimension of the social capital, a significant association occurred in the three subgroups. In the subgroup (i) “social network and organizations of mutual support”, the only variable that obtained significance was “participation in communitarian groups” ($p=0,02$), however with association inverted in relation to the social capital theory. In the subgroup (ii) “exclusion”, occurred an association between variable “pain” with the perception of “excluded of justice” ($p=0,00$). In the subgroup (iii) “collective action”,

occurred associations between the variable: “called attention of the radio, newspapers or TV about a problem” ($p=0,00$) and “made contact with a deputy or councilman” ($p=0,06$) in the last three years. These last two also offer an inverted result, according to the theory of social capital. In short, people who complained about pain participated of associations, called the attention of the media in relation to a problem, had more contact with politicians and found themselves more excluded in relation to justice in their communities.

The cognitive dimension of social capital was of significance in three variables: the first two, “relationship amongst people in the neighborhood” ($P=0,00$) and “comparison with other communities” ($P=0,03$), were part of the subgroup “perception of the community”. As for the third variable of significance “people are always interested in their own well-being” ($P=0,05$), it is part of the subgroup “reciprocity and cooperation”. That is, people who said they have had pain were aware of more conflicting relationships in their community, relationships as or more harmonious in comparison to other communities and agreed with the sentence “people are always interested in their own well-being”.

On a last analytical stage, looking for a deepening in the observations of study in multivariate environment, logistic regression proceeded, as explicated in Method.

According to the results of logistic regression (table 2), some social demographic aspects and /or deriving of social capital supply, structural or cognitive, experienced by individuals in their communities revealed predict significance in relation to the outcome “pain”. For example, the chances of having pain increases in nearly six times when the self perception in oral health is negative ($OR=5,7$; $IC\ 95\%=1,8 - 18,2$), a bit more when living in the same household for five years or less ($OR=6,3$; $IC\ 95\%=2,0 - 19,7$) and nearly seven times when agreeing to the statement “people are always interested in their own well-being” ($OR=7,1$; $IC\ 95\%=2,1 - 24,7$).

The other two variables with statistic significance, however with negative signals, were: “participation in communitarian groups” ($OR=0,1$; $IC\ 95\%=0,0 - 0,3$) and “community” ($OR=0,1$; $IC\ 95\%=0,0 - 0,8$). “Participation” already presented inverted results in the bivariate analysis and it maintained it after the regression. It means that higher communitarian participation had a relation with the outcome “pain”. The other variable that obtained negative signal was “community”. In the bivariate analysis there was no statistic significance, however the variable was included in the multivariate analysis because they are two communities with different access to urban infrastructure, education and income. The

negative signal means that the Marumbi Community (which has more access to infrastructure) was more related to the outcome “pain”.

DISCUSSION

The fact of most interviewees being “mothers” was predictable, as according to research made relating to factors which affect oral health, it has been observed that mothers alone were responsible for 85,3% of the occasions of taking a child to deontological service (KINIRONS;MCCABE, 1995).

The prevalence of pain informed by interviewees (53,9%) was higher than the Brazilian median, observed in the national survey of Oral Health Brazil (BRASIL, 2001), which registered 34,8% for adults.

The association found between the report of pain and self perception on oral health goes towards a work about the perception of oral health in aged people, when authors verified an association between perception of oral health and the absence/presence of pain (REIS;MARCELO, 2006).

In relation to the maintenance of dental care, the result of the present study, when no relation to pain was found, is different than the studies made by Alexandre, Nadanovsky *et al* (ALEXANDRE;NADANOVSKY *et al.*, 2006) when pain increased drastically from 2,9 to 13,3% on the ones who had never been to the dentist. The association between social economic factors and dental pain, observed in this study by the utilization of the indicator of per capita income, was also reported in a research with students (NOMURA;BASTOS *et al.*, 2004).

The significant relationship between pain and young people was also found in other studies (LOCKER;GRUSHKA, 1987; MACFARLANE;BLINKHORN *et al.*, 2002).

In relation to level of instruction, the results found are different than others found in literature, where schooling, being it about the one who was interviewed (LACERDA;SIMIONATO *et al.*, 2004) or the mother’s schooling (NOMURA;BASTOS *et al.*, 2004), seems to be a factor of protection in relation to the pain. The inverted correlation found in the present study might be caused for the lack of a precise determination of age, as age might create an interaction with schooling potentially influenced by the outcome. When crossing the variable schooling with age, significant association was observed (P=0,04). The individuals with more age presented, proportionally, less schooling.

The objective of including social demographics components in the statistic analysis was of verifying their behavior facing indicatives of social capital, as there are accounts that the

physical structure can influence the social interactions and, consequently, the results in health (BAUM;PALMER, 2002). Australian researchers found associations between more communitarian participation and better health, being the correlation with mental health stronger than the physical one (BAUM;BUSH *et al.*, 2000).

The three variables of the structural social capital of this research, obtained significant and inverted values when related to “pain” (“communitarian participation” “called the attention of radio, newspaper or TV about a problem”, and “made contact with a deputy or councilman”), and they brought up some considerations. Bearing in mind that this study does not allow one to determine relations of cause and effect, pain can be a consequence or a cause of bigger active participation in the community. In a qualitative research made in relation to citizenship and the popular participation in health, one of the accounts was : “to change the situation, the population would have to demand things, wouldn’t they?” (BOSI, 1994). In another work with relation to network and social capital, the authors affirm that many networks may have started since the conscience awareness about a problem they might have had (MARTELETO;SILVA, 2004). Thus, bigger participation in communitarian groups or in activities in collective action, associated to complain about pain, may be a start to the formation of a network to solve problems.

There was no correlation between pain and the perception of “exclusion” from the health service and/or oral health as suggested by Ferreira *et al.* (FERREIRA;PIUVEZAM *et al.*, 2006), in what the experience of pain was justified by the lack of access to deontological service. There was a significant association just between dental pain and the perception of excluded from the service “justice”. Even if this relation have not been told in literature, the feeling of exclusion of the justice can be considered one of the elements of social exclusion in general, related to material privation and poverty in its multiple aspects (BAUM;ZIERSCH, 2003).

Discoveries about the association between cognitive indicators of social capital and outcomes in general health were already mentioned in literature (KAWACHI;KENNEDY *et al.*, 1997). The three variables of cognitive social capital that resulted significantly in the analysis of logistic regression suggest that a relation with oral health can also exist, particularly with the outcome “pain”. On the top of that, although the variable “time of residence” is part of the social demographic group, its influence is important for the formation of network and valorization of a community, and consequently, it affects directly the social capital. The communitarian participation, which maintained itself in an inverted relation, should be more

explored in other studies, maybe investigating better the different types of participation in the community. In this study, there was an expectative that including the variable “community” in the logistic regression, the results would show positive influence in the Marumbi Community, (which obtained better social demographic indicators) in relation to pain, as the impact of the local infra structure has showed to allow more access to the population of the communitarian resources (BAUM;PALMER, 2002). From the inverted results achieved, the suggestion made is that the social demographic variables can have limited influence, which reinforces the necessity of further research involving a more ample set of social determinants.

Therefore, more studies should be done to deepen this theme, quite recent in deontology, however with huge potential to strengthen the ideas on Health Promotion.

To finalize, emphasizing that the contribution of the social capital study does not live in the transference of responsibilities, nowadays it is considered governmental pertinence, to the civil society, but one should aggregate efforts from the various sectors of society towards an optimization of resources already existent and construct other new ones. It is important to emphasize that public politics should contribute to the development of all types of physical capital, human and social, so that we could achieve determinative actions in health, including oral health and, in this case, the reduction of dental pain in individuals and communities.

Table 1 – Questions used in the research, classified according to variable sort

Oral health questions	SELF-PERCEPTION (O) – oral health classification APPEARANCE (O) – dental and gum appearance classification MAINTENANCE (D) – if someone in the house has gone to a dentist maintenance visit DENTAL PAIN (D) – if someone in the house had dental pain in the last six months	
Social demographic characteristics	OF THE INTERVIEWEE (3): age (Nu), schooling (O), <i>per capita</i> income (Nu) OF THE HOUSE (9): community (D), water supply (D), sewerage system (D), garbage (D), number of people in the house (Nu), number of rooms (Nu), relationship between number of rooms and number of people (Nu), residence time (O), communication (O)	
S o c i a l C o m m u n i t y p e r c e p t i o n a l C o m m u n i t y p e r c e p t i o n a l	S t r u c t u r a l	NETWORKS (5): participation in communitarian groups (N) or in actions to get a teacher to the community (N) and to fight against violence (N) EXCLUSION (11): interview perception if there were excluded community members of the following services: education(D), health(D), oral health(D), habitation attendance(D), water supply(D), sanitation(D), jobs(D), credit(D), justice(D), transport(D) and security(D) COLLECTIVE ACTIONS (12): if the interviewee had done the following actions in the last three years: election participation(D), association participation(D), contact with an influent person(D), deputy or councilman(D), neighborhood speech(D), called attention of the radio, newspapers or TV about a problem (D), called the police about a problem(D), information participation campaign(D), election campaign(D), protest(D), donation(D) and volunteer (D)
	C o n t e n t	PERCEPTION OF COMMUNITY E SOLIDARITY (5): relationship among people in the neighborhood(D), comparison with other communities (O), conflict with neighbors(N), solidarity for the death(N) and lost a job(N) CONFIDENCE (3): lending(D), someone to take care of the house(N) or the children in the absence of the interviewee (N) RECIPROCITY E COOPERATION (10): sentences about the neighborhood and people where the interviewee agree or not(D)

Legend:

N – nominal categorical variable

D – dichotomy categorical variable

O – ordinal categorical variable

Nu – numeric variable

Graphic 1 – Division who had dental pain in the house in the last six months

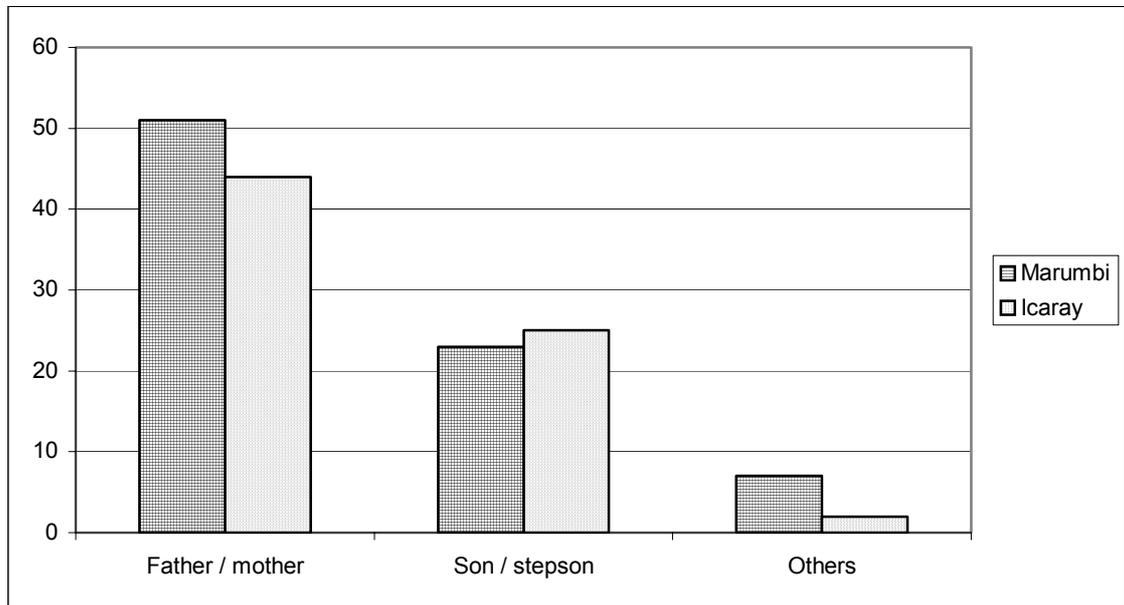


Table 1 – Results of bivariate analysis with the set of variables with significant results (p<0,10), after crossing with dental pain

Variables	Classification	Dental Pain				p*	
		No		Yes			
		n	%	n	%		
SOCIAL DEMOGRAPHICS	Oral health self-perception	Positive	42	54,5	48	32,0	0,00
		Negative	35	45,4	102	68,0	
	Teeth and gum appearance classification	Positive	40	51,9	54	35,7	0,02
		Negative	37	48,0	97	64,2	
	Residence time	6 years or more	48	62,3	60	39,4	0,00
		Until 5 years	29	37,6	92	60,5	
	Number of people in the house	Until 4 people	58	75,3	86	56,5	0,00
		More than 5 people	19	24,6	66	43,4	
	Relation between n. of rooms/ n. of people in the house	Equal or more than 1,25	44	57,1	56	36,8	0,00
		Less than 1,5	33	42,8	96	63,1	
SOCIAL DEMOGRAPHICS	Age	Equal or more than 36	50	64,9	61	40,1	0,00
		Less than 36	27	35,0	91	59,8	
	<i>Per capita</i> income	More than R\$166,67	44	57,8	63	43,7	0,06
		Equal or less than R\$166,67	32	42,1	78	54,1	
SOCIAL DEMOGRAPHICS	Schooling	Complete basic education or more	21	27,2	61	40,1	0,05
		Until incomplete basic education	56	72,7	91	59,8	
STRUCTURAL	Communitarian groups participation	Yes	32	41,5	87	57,2	0,02
		No	45	58,4	65	42,7	
	Justice excluded perception	Yes	38	39,6	51	61,0	0,00
		No	25	60,3	80	38,9	
STRUCTURAL	Chamou jornais, radio ou TV sobre um problema	Yes	1	1,30	20	13,1	0,00
		No	76	98,7	132	86,8	
STRUCTURAL	Contact with deputy or councilman	Yes	12	15,5	41	26,9	0,06
		No	65	84,4	111	73,0	
COGNITIVE	Neighborhood relationships	Harmonious	53	80,3	82	57,7	0,00
		Conflict	13	19,7	60	42,2	
	Comparison with other communities	More harmonious	22	31,4	26	18,1	0,03
		Equal or less harmonious	48	68,5	117	81,8	
COGNITIVE	“People are mostly looking out for themselves”	I don’t agree	17	22,0	18	11,8	0,05
		I agree	60	77,9	134	88,1	

* Fisher’s exact test

Table 2 – Logistic regression results

	OR	95,0% C.I.		p
		Inferior	Superior	
Oral health self-perception	5,682	1,770	18,244	0,004
Teeth and gingiva appearance	2,027	0,644	6,383	0,227
Residence time	6,312	2,022	19,706	0,002
Number of people at home	2,481	0,781	7,881	0,123
Relationship between n. rooms /n. people	1,140	0,357	3,647	0,825
Age	2,454	0,865	6,965	0,092
<i>Per capita</i> income	1,634	0,445	6,006	0,460
Schooling	0,457	0,132	1,580	0,216
Communitarian groups participation	0,131	0,044	0,388	0,000
Perception of Justice exclusion	1,560	0,557	4,366	0,397
Call attention in newspapers, radio, TV about a problem	0,121	0,011	1,303	0,082
Contact with deputy or concilman	0,957	0,283	3,234	0,944
Neighborhood relationships	1,008	0,356	2,857	0,988
Comparison with other communities	1,486	0,437	5,045	0,526
"People are always interested in their own well-being"	7,151	2,069	24,717	0,002
Community	0,180	0,040	0,809	0,025
Constant	0,661			0,791

REFERENCES

ALEXANDRE, G. C., P. NADANOVSKI, *et al.* Prevalência e fatores associados à ocorrência de dor de dente que impediu a realização de tarefas habituais em uma população de funcionários públicos no Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v.22, n.5, 1078, p.1073. 2006.

Baum, F. e C. Palmer. "Opportunity structures": urban landscape, social capital and health promotion in Australia. Health Promotion International, v.17, n.4, p.351-361. 2002.

Baum, F. E., R. A. Bush, *et al.* Epidemiology of participation: an Australian community study. Journal of Epidemiology and Community Health, v.54, n.6, p.414-423. 2000.

Baum, F. E. e A. M. Ziersch. Social capital. Journal of Epidemiology and Community Health, v.57, n.5, p.320. 2003.

Bourdieu, P. The forms of capital. In: J. Richardson (Ed.). Handbook of theory and research for the sociology of education. New York: Greenwood Press, 1986. The forms of capital, p.241-58

Bosi, M. L. M. Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços. Cadernos de Saúde Pública, v.10, n.4. 1994.

Brasil, M. D. S. Projeto SB200: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador. Brasília, p.49. 2001

Carvalho, S. R. Health promotion contradictions regarding the issues of the subject and the social change. Ciência & Saúde Coletiva, v.9, n.3, p.669-678. 2004.

Coleman, J. Social capital in the creation of human capital. American Journal of Sociology, v.94, p.95-120. 1988.

Ferreira, A. A. A., G. Piuvezam, *et al.* A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. Ciência & Saúde Coletiva, v.11, n.1, 218, p.211. 2006.

Góes, P. S. A. D., M. Kosminsky, *et al.* Dor orofacial. In: G. Koogan (Ed.). Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro, 2006. Dor orofacial, p.102-14

IPPUC, I. D. P. E. P. U. D. C.-. Curitiba em bairros. Curitiba 2005.

Kawachi, I., B. P. Kennedy, *et al.* Social capital, income inequality and mortality. American Journal of Public Health, v.87, n.9, p.1491-1498. 1997.

Kinirons, M. e M. McCabe. Familial and maternal factors affecting the dental health and dental attendance of preschool children. Community Dental Health, v.12, p.226-229. 1995.

Krishna, A. e E. Shrader. Instrumento para avaliação de capital social. Conferência sobre o Capital Social e a Redução da Pobreza. Washington DC, p.2-21. 1999

Lacerda, J. T. D., E. M. Simionato, *et al.* Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. Revista de Saúde Pública, v.38, n.3, p.453-8. 2004.

Lochner, K., I. Kawachi, *et al.* Social capital: a guide to its measurement. Health & Place, v.5, p.259-270. 1999.

Locker, D. e M. Grushka. Prevalence of oral and facial pain and discomfort: preliminary results of a mail survey. Community Dentistry and Oral Epidemiology, v.15, n.3, p.169-72. 1987.

Macfarlane, T. V., A. S. Blinkhorn, *et al.* Oro-facial pain in the community: prevalence and associated impact. Community Dentistry and Oral Epidemiology, v.30, n.1, p.52. 2002.

Marteleteo, R. M. e A. B. D. O. E. Silva. Redes e capital social: o enfoque da informação para o desenvolvimento local. Ci. Inf., Brasília, v.33, n.3, set./dez., p.41-49. 2004.

Muntaner, C., J. Lynch, *et al.* Social capital and the third way in public health. Critical Public Health, v.10, n.2. 2000.

Nomura, L. H., J. L. D. Bastos, *et al.* Dental pain prevalence and association with dental caries and socioeconomic status in schoolchildren, Southern Brazil, 2002. Brazilian Oral Research, v.18, n.2, p.134-40. 2004.

Patussi, M. P., R. Hardy, *et al.* Neighborhood social capital and dental injuries in Brazilian adolescents. American Journal of Public Health, v.96, n.8, August, p.1462-68. 2006.

Ponthieux, S. The concept of social capital : a critical review. 10th ACN Conference. Paris. 21-23 January, 2004. 23p.

Putnam, R. D. Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2002. 260 p.

Reis, S. C. G. B. e V. C. Marcelo. Saúde Bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. Ciência & Saúde Coletiva, v.11, n.1, 199, p.191. 2006.

WATT, R. G. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. Community Dentistry and Oral Epidemiology, v.30, p.241-7. 2002.

_____. From victim blaming to upstream action: tackling social determinants of oral health inequalities. Community Dentistry and Oral Epidemiology, v.35, n.1, p.1-11. 2007.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, G. C.;NADANOVSKY, P., *et al.* Prevalência e fatores associados à ocorrência de dor de dente que impediu a realização de tarefas habituais em uma população de funcionários públicos no Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v.22, n.5, 1078, p.1073. 2006.

BALDANI, M. H.;VASCONCELOS, A. G. G., *et al.* Associações do índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 20: 143-152 p. 2004.

BAUM, F. ;PALMER, C. "Opportunity structures": urban landscape, social capital and health promotion in Australia. Health Promotion International, v.17, n.4, p.351-361. 2002.

BAUM, F. E.;BUSH, R. A., *et al.* Epidemiology of participation: an Australian community study. Journal of Epidemiology and Community Health, v.54, n.6, p.414-423. 2000.

BAUM, F. E. ;ZIERSCH, A. M. Social capital. Journal of Epidemiology and Community Health, v.57, n.5, p.320. 2003.

BORDIEU, P. The forms of capital. In: RICHARDSON, J. (Ed.). Handbook of theory and research for the sociology of education. New York: Greenwood Press, 1986. The forms of capital, p.241-58

BOSI, M. L. M. Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços. Cadernos de Saúde Pública, v.10, n.4. 1994.

BRASIL, M. D. S. Projeto SB200: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador. Brasília, p.49. 2001

CARLSON, E. D. ;CHAMBERLAIN, R. M. Social Capital, Health, and Health Disparities. Journal of Nursing Scholarship, v.34, n.4, Fourth Quarter, p.325. 2003.

CARVALHO, S. R. Health promotion contradictions regarding the issues of the subject and the social change. Ciência & Saúde Coletiva, v.9, n.3, p.669-678. 2004.

COLEMAN, J. Social capital in the creation of human capital. American Journal of Sociology, v.94, p.95-120. 1988.

FERREIRA, A. A. A.;PIUVEZAM, G., *et al.* A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. Ciência & Saúde Coletiva, v.11, n.1, 218, p.211. 2006.

GÓES, P. S. A. D.;KOSMINSKY, M., *et al.* Dor orofacial. In: KOOGAN, G. (Ed.). Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro, 2006. Dor orofacial, p.102-14

HJERN, A.;GRINDENFJORD, M., *et al.* Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden. Community Dentistry and Oral Epidemiology, v.29, p.167-74. 2001.

IPPUC, I. D. P. E. P. U. D. C.-. Curitiba em bairros. Curitiba 2005.

KAWACHI, I.;KENNEDY, B. P., *et al.* Social capital, income inequality and mortality. American Journal of Public Health, v.87, n.9, p.1491-1498. 1997.

KAWACHI, I.;KIM, D., *et al.* Commentary: Reconciling the three accounts of social capital. International Journal of Epidemiology, v.33, n.4, Aug, p.682-690. 2004.

KINIRONS, M. ;MCCABE, M. Familial and maternal factors affecting the dental health and dental attendance of preschool children. Community Dental Health, v.12, p.226-229. 1995.

KRISHNA, A. ;SHRADER, E. Instrumento para avaliação de capital social. Conferência sobre o Capital Social e a Redução da Pobreza. Washington DC, p.2-21. 1999

LABRA, M. E. Capital social y consejos de salud en Brasil. Un círculo virtuoso? Cadernos de Saúde Pública, v.18, p.47-55. 2002.

LABURTHE-TOLRA, P. ;WARNIER, J.-P. Etnologia - antropologia. Petrópolis. 1997

LACERDA, J. T. D.;SIMIONATO, E. M., *et al.* Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. Revista de Saúde Pública, v.38, n.3, p.453-8. 2004.

LOCHNER, K.;KAWACHI, I., *et al.* Social capital: a guide to its measurement. Health & Place, v.5, p.259-270. 1999.

LOCKER, D. ;GRUSHKA, M. Prevalence of oral and facial pain and discomfort: preliminary results of a mail survey. Community Dentistry and Oral Epidemiology, v.15, n.3, p.169-72. 1987.

MACFARLANE, T. V.;BLINKHORN, A. S., *et al.* Oro-facial pain in the community: prevalence and associated impact. Community Dentistry and Oral Epidemiology, v.30, n.1, p.52. 2002.

MACINKO, J. ;STARFIELD, B. The utility of social capital in research on health determinants. The Milbank Quarterly, v.79, n.3, p.387-427. 2001.

MACKIAN, S.;BEDRI, N., *et al.* Up the garden path and over the edge: where might health-seeking behaviour take us? Health Policy and Planning, v.19, n.3, may, p.137. 2004.

MARTELETO, R. M. ;SILVA, A. B. D. O. E. Networks and social capital: the role of information in local development. Ci. Inf., Brasília, v.33, n.3, set./dez., p.41-49. 2004.

MENDES, E. V.;TEIXEIRA, C. F., *et al.* Distritos Sanitários: conceito-chave. In: ABRASCO, H.-. (Ed.). Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde. São Paulo - Rio de Janeiro, 1995. Distritos Sanitários: conceito-chave, p.159-185

MIGNONE, J. Measuring social capital: a guide for first nations communities. Ottawa. 2003. 13 p.

MOYSÉS, S. J. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: Um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva, v.I, n.1, jan-jun, p.7-17. 2000.

MUNTANER, C.;LYNCH, J., *et al.* Social capital and the third way in public health. Critical Public Health, v.10, n.2. 2000.

NADAS, B. B. Avaliação do capital social. Centro de Teologia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba PR, 2004. 35 p.

NERI, M. ;SOARES, W. Social inequality and health in Brazil
Desigualdade social e saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v.18, n.suplemento, p.77-87. 2002.

NIELSEN, A. C. Social capital stories. source: Social Capital Stories, v.13, p.116. 2000.

NOMURA, L. H.;BASTOS, J. L. D., *et al.* Dental pain prevalence and association with dental caries and socioeconomic status in schoolchildren, Southern Brazil, 2002. Brazilian Oral Research, v.18, n.2, p.134-40. 2004.

PATTUSSI, M. P. As desigualdades na distribuição da cárie dentária em escolares de 12 anos residentes em diferentes regiões socioeconômicas do Distrito Federal, Brasil - 1997. Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva, v.I, n.1, jan-jun, p.19-28. 2000.

PATTUSSI, M. P.;HARDY, R., *et al.* Neighborhood social capital and dental injuries in Brazilian adolescents. American Journal of Public Health, v.96, n.8, August, p.1462-68. 2006.

PATTUSSI, M. P.;MOYSÉS, S. J., *et al.* Capital social e a agenda de pesquisa em epidemiologia. Cadernos de Saúde Pública, v.22, n.8, 1546, p.1525. 2006.

PEARCE, N. ;SMITH, G. D. Is social capital the key to inequalities in health? American Journal of Public Health, v.93, n.1, jan, p.122. 2003.

PILKINGTON, P. Social capital and health: measuring and understanding social capital at a local level could help to tackle health inequalities more effectively. Journal of Public Health Medicine, v.24, n.3, sep, p.156-159. 2002.

PONTHIEUX, S. The concept of social capital : a critical review. 10th ACN Conference. Paris. 21-23 January, 2004. 23 p.

PORTES, A. Social capital: its origin and applications in modern sociology. Annual Reviews Sociology, v.21, p.1-24. 1998.

PUTNAM, R. D. Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro: Editora FGV. 2002. 260 p.

_____. Commentary: "Health by association": some comments. International Journal of Epidemiology, v.33, n.4, jul, p.667-671. 2004.

REIS, S. C. G. B. ;MARCELO, V. C. Saúde Bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. Ciência & Saúde Coletiva, v.11, n.1, 199, p.191. 2006.

SMITH, G. D. ;LYNCH, J. Commentary: Social capital, social epidemiology and disease aetiology. International Journal of Epidemiology, v.33, n.4, aug, p.691. 2004.

SOUZA, E. M. D. ;GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. Cadernos de Saúde Pública, v.20, n.5, set-out, p.1354-1360. 2004.

SZRETER, S. ;WOOLCOCK, M. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. International Journal of Epidemiology, v.33, n.4, p.650. 2004.

WATT, R. G. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. Community Dentistry and Oral Epidemiology, v.30, p.241-7. 2002.

_____. From victim blaming to upstream action: tackling social determinants of oral health inequalities. Community Dentistry and Oral Epidemiology, v.35, n.1, p.1-11. 2007.

WELLMAN, B. Social networks, social capital and health information. 2002.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos nas análises bi e multivariadas, pode-se sugerir que exista relação entre capital social, aspectos sócio-demográficos e desfechos em saúde bucal. Mesmo assim, devido ao método escolhido para esta pesquisa, não se consegue precisar qual

o determinante causal. É importante considerar os elementos de uma sociedade estão relacionados e sofrem influência recíproca. Como exemplo, cita-se o tempo de residência, que favorece as interações e fortalecimento das relações na comunidade ou acesso aos meios de comunicação, que permitem ampliar a rede estrutural para além da comunidade geográfica. Os dados sugerem proximidade ao conceito de Bordieu a respeito de capital social, no qual o papel do Estado é considerado importante para a garantia do acesso ao capital social.

A intenção desta pesquisa foi comparar duas comunidades para identificar influências, positivas ou não, no desenvolvimento de uma comunidade e seu reflexo na saúde. A CI, apesar de ter sido menos expressiva nas dimensões do capital social do que a CM sugere ter alguns movimentos estruturais que podem ser melhorados e fortalecidos por influência da infra-estrutura ou tempo de residência. Reforça-se, assim, a perspectiva de que a infra-estrutura urbana influencia os níveis de participação comunitária e uma estratégia mais ampla de promoção de saúde tende a ser mais efetiva (BAUM;PALMER, 2002).

Sem a intenção de negar a influência dos aspectos sócio-demográficos, este estudo chama a atenção para novos indicadores, que podem ser incluídos nas agendas de pesquisa em Promoção de Saúde, contribuindo no impacto em saúde bucal.

Mais estudos devem ser realizados para o aprofundamento desse tema, relativamente recente à Odontologia, porém com grande potencial de fortalecer as idéias da Promoção de Saúde.

Conclui-se enfatizando que a contribuição do estudo do capital social não reside na transferência de responsabilidades, hoje consideradas pertinentes ao Estado, para a sociedade civil, mas sim, na agregação de esforços dos vários setores da sociedade no sentido de otimizar os recursos já existentes e construir outros novos. Julga-se importante ressaltar que as políticas públicas devem contribuir para o desenvolvimento de todos os tipos de capital: físico, humano e social, a fim de se alcançar ações resolutivas em saúde, incluindo a saúde bucal e, neste caso, a redução da dor de dente de indivíduos e comunidades.

APÊNDICE

Apêndice 1 – Método

Este estudo foi de natureza quantitativa e transversal. Os dados primários foram obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas, utilizando um questionário contendo perguntas sobre indicadores de capital social cognitivo e estrutural, questões sócio-demográficas, autopercepção em saúde bucal, ocorrência de dor de origem bucal (dentária ou gengival) e manutenção em saúde bucal profissional. A unidade observacional foi o domicílio com apenas uma família, segundo o conceito: “No sentido estrito da palavra, é um grupo de pessoas ligadas pelo sangue, pelo casamento ou pela adoção e habitualmente residindo junto, tendo por objetivo a sobrevivência econômica, a identificação individual e coletiva, e a criação de eventuais rebentos” (LABURTHE-TOLRA;WARNIER, 1997). Foram excluídos os domicílios contendo duas ou mais famílias (critério de exclusão) pela dificuldade em se separar as relações familiares com as da comunidade.

As unidades de saúde da cidade de Curitiba possuem território definido, chamado “território-área”, o qual é subdividido em “território micro-área”, segundo a lógica da homogeneidade socioeconômico-sanitária, isto é, a identificação de espaços onde se concentram grupos populacionais mais ou menos homogêneos de acordo com as suas condições objetivas de existência (MENDES;TEIXEIRA *et al.*, 1995). Os participantes deste estudo foram moradores de quadras sorteadas, em duas micro-áreas do território da Unidade de Saúde Lotiguaçu, no bairro do Uberaba de Cima, na cidade de Curitiba, Paraná. A partir do mapa das micro-áreas Marumbi e Icaray, todas as quadras foram numeradas. Sorteou-se um número de quadras, conforme a necessidade da amostra, e as visitas foram realizadas iniciando em um domicílio, aleatoriamente, e percorrendo a quadra no sentido horário até se retornar ao primeiro domicílio (BRASIL, 2001). As duas comunidades são próximas geograficamente, mas não limítrofes. A escolha das mesmas se deu na intenção de observar duas comunidades diferentes em termos de acesso à infra-estrutura. Segundo informações da unidade de saúde de referência, a Comunidade Marumbi é legalizada há mais de 10 anos, com saneamento básico, presença de serviços dentro do próprio território e também de duas associações de moradores, enquanto que a Comunidade Icaray é uma área de ocupação irregular, com população não estabilizada, sem saneamento básico e com poucos serviços dentro do seu território. Há uma associação de moradores, porém sua existência não é continuada. Mesmo assim as duas comunidades utilizam serviços em comum como saúde, educação, lazer, transporte, etc.

CÁLCULO DA AMOSTRA

Segundo os dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (em 23 de agosto de 2005) o número total de moradores das micro-áreas Marumbi e Icaray, era de 3.926 e 3.059 usuários, respectivamente, fazendo um total de 6.985 moradores. De acordo com os indicadores de bairro da cidade de Curitiba (IPPUC, 2005) o número médio de habitantes por domicílio é de 3,52. Relacionando os dois dados (número total de moradores dividido pela média de habitantes por domicílio), tem-se um número aproximado: 1996 domicílios. Outra informação, fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, utilizada no cálculo da amostra foi que 41% da população no Distrito Sanitário Cajuru já teve pouca, média ou muita dor, nos últimos seis meses. Levando em consideração um nível de confiança de 95% e margem de erro de 0,06 o tamanho da amostra resultou em 229 domicílios, sendo 128 na micro área Marumbi e 101 na micro área Icaray.

A entrevista foi realizada com a mãe ou, na sua ausência, com o responsável pela família, após assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. A justificativa do direcionamento da entrevista para a mãe veio de um trabalho a respeito dos aspectos familiares que afetam a saúde bucal e atendimento odontológico em pré-escolares. Foi encontrado que a mãe, sozinha, foi responsável em 85,3% das vezes, por levar o filho ao serviço odontológico (KINIRONS;MCCABE, 1995). As entrevistas foram conduzidas durante a semana e/ou fim de semana, para assegurar que as pessoas fossem encontradas em seus domicílios. O questionário aplicado veio de um Instrumento para Avaliação do Capital Social (IACS), desenvolvido para a Conferência sobre o Capital Social e a Redução da Pobreza (Banco Mundial) (KRISHNA;SHRADER, 1999). O IACS é um conjunto de indicadores e metodologias, já testadas em trabalhos de campo. Neste estudo foi utilizado um dos componentes do instrumento: a pesquisa domiciliar. Este questionário possui 39 itens sobre o capital social estrutural e 21 itens sobre o capital social cognitivo. De acordo com os autores do IACS, a pesquisa domiciliar pode ser utilizada separadamente. Concentra-se no micro nível e utiliza perguntas simples, com exemplos concretos, de acordo com o arcabouço teórico que quer verificar. O questionário (Anexo 1) foi adaptado segundo a realidade local e às condições da pesquisa. Em uma primeira adaptação algumas questões foram eliminadas, porém mantendo os construtos teóricos do original.

Sendo assim, a pesquisa ficou estruturada da seguinte maneira:

- Características sócio-demográficas:

- da família: idade, gênero, estado civil, nível de escolaridade, ocupação, renda familiar;
- da unidade domiciliar: tipo de residência, quantidade de moradores, tempo de residência;
- Questionário para aferir capital social com dezesseis questões sobre capital social estrutural e seis questões sobre capital social cognitivo;
- Questões de saúde bucal:
 - se houve, nos últimos seis meses, presença de dor de dentes e/ou gengiva (situação de urgência odontológica) em alguém da família;
 - se houve visita ao cirurgião dentista para revisão (manutenção em saúde bucal) em alguém da família;
 - duas questões sobre autopercepção em saúde bucal.

A inserção de tais questões é justificada pelo fato do tema capital social possuir relação com percepção da comunidade. Nesse caso seria oportuno verificar a possibilidade de cruzar as percepções indivíduo/ comunidade.

Os itens “tempo de residência” e “renda familiar” não faziam parte do questionário original, porém foram inseridos pela relevância frente ao tema e as possibilidades de cruzamento de dados.

As entrevistas foram conduzidas de novembro de 2005 a março de 2006, sempre pela mesma pesquisadora.

Os dados foram tabulados e analisados. Inicialmente de forma exploratória, univariada, a fim de verificar a consistência das variáveis e o padrão de distribuição das respostas. Após esta fase descritiva foi realizada a fase analítica. Foram feitas análises bi e multivariadas para investigar possíveis correlações ou associações, dentro do modelo de teste da hipótese em que o capital social seria um preditor de melhores desfechos.

As variáveis categóricas e numéricas foram dicotomizadas para fazer o cruzamento dos dados. As variáveis preparadas para a regressão logística ficaram assim distribuídas:

Dados sócio-demográficos – 11 questões

Rede de água, esgoto, lixo, meios de comunicação, número de cômodos, número de pessoas por domicílio, relação do número de cômodos pelo número de pessoas na casa, tempo de residência, idade e escolaridade do entrevistado(a) e renda per capita.

Indicadores de capital social estrutural – 29 questões

Redes sociais e organizações de apoio mútuo – participação em grupos comunitários, participação em ações para pleitear um professor para a comunidade e para combater a violência – 6 questões;

Exclusão – percepção do entrevistado(a) se existem membros da comunidade excluídos dos seguintes serviços: educação, saúde, saúde bucal, assistência à moradia, distribuição de água, saneamento, empregos, crédito, justiça, transporte e segurança – 11 questões;

Ação coletiva – se o entrevistado(a) realizou as seguintes ações nos últimos três anos: votou em eleições, participou de associação, fez contato direto com pessoa influente, deputado ou vereador, conversou na vizinhança, chamou a atenção de jornais, rádio o TV ou avisou a polícia sobre algum problema, participou de campanha de informação, eleição, protesto, fez doação e foi voluntário – 12 questões;

Indicadores de capital social cognitivo – 16 questões

Percepção da comunidade e solidariedade – relação das pessoas no bairro, comparação com outras comunidades, disputa entre vizinhos – 3 questões;

Confiança – possibilidade de empréstimo, confiança em alguém para cuidar da casa e dos filhos na ausência do entrevistado(a) – 3 questões;

Reciprocidade e cooperação – declarações a respeito do bairro, das pessoas e dos sentimentos envolvidos, onde o entrevistado(a) concorda ou discorda – 10 questões;

Primeiramente cruzou-se a variável “comunidade” com as demais para se observar se havia diferenças de respostas entre as comunidades. Em uma segunda etapa o cruzamento foi feito com a variável dor, considerando uma comunidade única. O objetivo foi localizar quais variáveis tiveram significância estatística na ocorrência de dor. As variáveis com valores de $p < 0,10$ foram então selecionadas para rodar a regressão logística, utilizando o método não condicional. Foram utilizados os recursos dos programas de computador Excel e SPSS 10.0.

Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado: **Capital social e sua relação com a saúde bucal**. Capital social são os aspectos da sociedade, tipos de relacionamentos, confiança mútua, que ajudam algumas ações das pessoas. As informações existentes neste documento são para que você entenda perfeitamente os objetivos da pesquisa e saiba que a sua participação é **espontânea**. Se durante a leitura deste documento houver alguma dúvida, você deve fazer perguntas para que possa entender perfeitamente do que se trata. Sua participação é importante para os avanços dos conhecimentos na área da saúde. O **objetivo** da pesquisa é avaliar a relação entre capital social e saúde bucal, relacionando uma situação de urgência (dor) e revisão no dentista. Além disso, verificar a quantidade de capital social, por meio de um questionário.

Para tanto, é necessário que você responda uma entrevista, contendo perguntas sobre você e sua família. Não haverá qualquer risco envolvendo a sua participação na pesquisa e não haverá identificação pessoal (seu nome não será colocado na entrevista). Você tem o compromisso dos pesquisadores de que a sua **imagem, identidade e informações que você prestar** serão mantidas em **absoluto sigilo**. Você poderá se recusar a participar da pesquisa, em qualquer momento, sem que isso implique em qualquer prejuízo. Você não terá nenhum gasto com a pesquisa, porque elas serão pagas pelo pesquisador. E não receberá nada para participar dela.

Todos os participantes da pesquisa serão entrevistados pela pesquisadora **Ana Cristina Allegretti**, cirurgiã dentista, formada pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná, CRO 8044, Rua Conselheiro Laurindo, 778 ap. 602 Curitiba PR, telefone **91059177**. Durante o decorrer da pesquisa, caso você tenha alguma dúvida, ou precise de alguma orientação a mais, use o telefone acima.

Os resultados da pesquisa poderão ser publicados e/ou utilizados para apresentação em congressos, etc.

Eu..... li e/ou fui informado(a) sobre o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado(a) a participar. Fui devidamente informado e esclarecido(a) pela pesquisadora Ana Cristina Allegretti sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Entendi que sou livre para participar ou não,

bem como interromper minha participação no estudo a qualquer momento, sem justificar minha decisão.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba,..... de de 200...

assinatura do sujeito ou responsável

RG:

assinatura do pesquisador ou
responsável

RG:

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário adaptado para avaliar capital social

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO CAPITAL SOCIAL QUESTIONÁRIO PARA DOMICÍLIOS

Duração da entrevista

Hora do início: _____

Hora do término: _____

I. Características da comunidade

Para identificação do domicílio selecionado:

Endereço do domicílio selecionado:

Comunidade.....

Rua.....

Número da casa.....

Outros detalhes.....

Entrevistador: _____

II. Características do domicílio

ÁGUA

tratamento do domicílio

() filtração

() fervura

() cloração

() mineral ou bica

() sem tratamento

abastecimento

() rede pública

() poço artesiano

() outros

meios de transporte

() ônibus

() caminhão

() carro

() carroça

() outros

em caso de doença

() hospital

() unidade de saúde

() benzedeira

() farmácia

() outros

HABITAÇÃO

- tijolo / alvenaria
- madeira
- material aproveitado
- outro

fezes / urina

- sistema de esgoto
- fossa
- céu aberto

destino do lixo

- coletado
- queimado
- enterrado
- céu aberto
- caçamba

meios de comunicação

- rádio
- televisão
- outros

grupos comunitários

- cooperativa
- grupo religioso
- associação
- não participa
- outros

energia elétrica sim não

n ° de cômodos.....

tempo de residência

2.13 Lista de pessoal no Domicílio

- Listar todas as pessoas primeiro para depois fazer as perguntas 2 a 9.

n ú m e r o	1. listar nomes de todos os indivíduos no domicílio (começar com o chefe do domicílio, usar apenas os primeiros nomes)	2. qual é a relação de "___" com o chefe do domicílio?	3. gênero masc .. 1 fem 2	4. de que idade é "___" ? "___" ? anos	5. qual é o estado civil de "___" ? "___" ?	6. ocupaã o	7. atualmente empregado? sim...1 não...2 (0 –14 anos) está na escola? sim...3 não...4	8. completou que nível escolar ?	9. qual é a renda familiar ?

códigos questão 2

chefe ..01
 esposa/marido..02
 filho/filha..03
 pai/mãe..04
 irmã/irmão..05
 enteado/enteada ..06
 padrasto/madrasta ..07
 neto ..08
 avô/avó ..09

sogro/sogra ..10
 genro/nora ..11
 cunhada/cunhado ..12
 sobrinho/sobrinha ..13
 tio/tia ..14
 primo/prima ..15
 outro parente ..16
 filho de outra família ..17
 outro parente ..18
 inquilino ..19

códigos questão 5

casado no papel..1
 casado sem papel..2
 separado/
 divorciado..3
 viúvo..4
 nunca foi casado..5

códigos questão 9

analfabeto, s/ escola..1
 alfabetizado, s/ escola..2
 ensino fundam. incomp. ...3
 ensino fundam. comp. ...4
 ensino médio incomp. ...5
 ensino médio comp. ...6
 curso profissional..7
 universidade..8
 outro..9

III. Genograma

(Utilizando os símbolos a seguir, registrar a composição da família, do domicílio, da afiliação organizacional e do nível de engajamento.)

Símbolos para o genograma

□ masculino	◻ informante masculino	⊠ falecido
○ feminino	◐ informante feminina	⊗ falecida

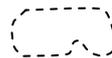
= casamento legal ou assumido

divórcio }
dissolução }
da união }

b. ____ data de nascimento

d. ____ data de falecimento

Pessoas da família que residem na mesma casa.



IV. Capital social estrutural

Ler: Agora eu quero fazer algumas perguntas sobre o trabalho que você ou membros da residência possam fazer neste bairro.

Densidade características organizacionais

4.1 Você ou alguém do domicílio é membro de algum grupo, organização ou associação?

[Se “Não”, pular para 4.6]

Membro do domicílio (código)	Nome da organização	Tipo de organização (código)	Respostas 4.2

código membro do domicílio

- 1 mãe
- 2 mãe e filho(s)
- 3 mãe e pai
- 4 família
- 5 outro

código respostas 4.2

- 1 líder
- 2 membro ativo
- 3 membro não ativo

- | | |
|--|----------------------------------|
| [1] Grupo de carrinheiros | [11] Grupo de mães/pais |
| [2] Associação de empreiteiros/grupo de negócios | [12] Comitê escolar |
| [3] Cooperativa | [13] Comitê de saúde |
| [4] Grupo de mulheres | [14] Água/lixo |
| [5] Grupo de crédito/ finanças (formal) | [15] Grupo esportista |
| [6] Grupo político | [16] Grupo cívico (i.e. Rotary) |
| [7] Grupo de jovens | [17] ONG |
| [8] Grupo religioso | [18] Associação de profissionais |
| [9] Associação cultural | [19] Sindicato |
| [10] Associação de bairro | [98] Outro |

4.2 Você ou membro do domicílio é líder do grupo? Você ou membro do domicílio está ativo no grupo, assistindo às reuniões ou como voluntário, ou está relativamente inativo?

4.3. Na hora de tomar decisões no grupo, qual é o procedimento normal?

Código:

[1] O líder decide e avisa aos outros membros do grupo.

Grupo 1 []

- [2] O líder pede as opiniões dos membros do grupo e depois decide. Grupo 2
- [3] Os membros do grupo realizam uma discussão e decidem em conjunto. Grupo 3
- [4] Outro
- [8] Não sei/não tenho certeza
- [9] Não aplicável

4.4. Você, ou alguém da sua família, acha que ao pertencer a este grupo adquiriu novas habilidades ou aprendeu algo valioso?

Código:

- [1] Sim
- [2] Não Grupo 1
- [8] Não sei/não tenho certeza Grupo 2
- [9] Não aplicável Grupo 3

Redes sociais e organizações de apoio mútuo

LER: *Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu bairro. Com a palavra 'bairro', quero dizer micro área Icarai ou Marumbi .*

4.5. Se a escola primária deste bairro passou muito tempo sem um professor, digamos seis meses ou mais, quais são as pessoas neste bairro que se juntariam para tomar uma ação?

(Codificar tudo que se aplicar.)

- Ninguém no bairro se juntaria [1]
- Governo local/ municipal [2]
- Associação de bairro [3]
- Pais de alunos [4]
- O bairro inteiro [5]
- Outro (descrever): [6]
- Não sei / não tenho certeza [8]
- Sem resposta [9]

4.6 Quem tomaria a iniciativa (atuar como líder)?

(Codificar, utilizando códigos das categorias do item anterior.)

4.7. Se houvesse um problema que afetasse o bairro inteiro, como por exemplo “violência”, quem você acha que trabalharia junto para lidar com a situação?

(Codificar tudo que se aplica.)

- Cada pessoa/ domicílio lidaria com o problema individualmente [1][Pular para 4.9]
- Vizinhos entre si [2]

- [] Governo local/municipal, líderes políticos [3]
- [] Todos os líderes comunitários atuando em conjunto [4]
- [] O bairro inteiro [5]
- [] Outro (descrever): [6]
- [] Não sei / não tenho certeza [8]
- [] Sem resposta [9]

4.8. Quem tomaria a iniciativa (atuar como líder)? []
 (Codificar, utilizando códigos das categorias do item anterior.)

Exclusão

4.9. Na sua opinião, existem membros no seu bairro que são excluídos ou que não têm acesso a nenhum destes serviços? Quantos não têm acesso a estes serviços?

	Membros excluídos?	Sim = 1 Não = 2 Não sei = 3
Educação/ escolas		
Serviços de saúde/ clínicas		
Serviço de Odontologia		
Assistência à moradia/ COHAB		
Distribuição de água		
Serviços de saneamento		
Treinamento ocupacional/ empregos		
Crédito/ finanças		
Justiça/ resolução de conflitos		
Transporte		
Segurança		

Ação coletiva

4.12. Nos últimos três anos, você fez as seguintes coisas?

	Sim	não	não sei
(a) Votou nas eleições	1	2	8
(b) Participou ativamente de uma associação	1	2	8
(c) Fez contato direto com uma pessoa influente	1	2	8
(d) Chamou a atenção de jornais, rádio e TV sobre um problema	1	2	8
(e) Participou ativamente em campanha de informação	1	2	8
(f) Participou ativamente em campanha de eleição	1	2	8
(g) Participou de um protesto ou demonstração	1	2	8
(h) Contatou seu deputado/ vereador	1	2	8
(i) Invadiu um prédio para interromper reuniões de governo	1	2	8

(j) Conversou com outras pessoas na sua área sobre um problema	1	2	8
(k) Avisou a polícia ou a justiça de um problema	1	2	8
(l) Fez alguma doação	1	2	8
(m) Trabalhou como voluntário para uma caridade	1	2	8

V. Capital social cognitivo

4.14. As relações entre as pessoas neste bairro são geralmente harmoniosas ou conflitantes?

- Harmoniosas [1]
 Conflitantes [2]
 Não sei/não tenho certeza [8]
 Sem resposta [9]

4.15. Em comparação a outras comunidades, as relações entre as pessoas neste bairro são mais ou menos harmoniosas?

- Mais harmoniosas [1]
 Tão harmoniosas quanto [2]
 Menos harmoniosas [3]
 Não sei/não tenho certeza [8]
 Sem resposta [9]

4.16. Suponha que duas pessoas neste bairro tiveram uma disputa bastante grave entre si. Na sua opinião, quem ajudaria a resolver a disputa?

- Ninguém; as pessoas resolveriam entre si [01]
 Família/membros do domicílio [02]
 Vizinhos [03]
 Líderes comunitários [04]
 Líderes religiosos [05]
 Líderes judiciais [06]
 Outro: [07]
 Não sei/não tenho certeza [98]
 Sem resposta [99]

Solidariedade

5.1. Suponha que algum trauma acontecesse a alguém neste bairro, como por exemplo, a morte repentina do pai. Na sua opinião, em quem essa pessoa poderia contar para ajuda nessa situação? (*Registrar os primeiros três citados.*)

[01] Ninguém ajudaria (*Ir para 5.2*)

/ _ / _ /

[02] Família

- [03] Vizinhos / _ / _ /
- [04] Amigos
- [05] Líder ou grupo religioso / _ / _ /
- [06] Líder comunitário
- [07] Líder do comércio
- [08] Polícia
- [09] Juiz do tribunal para a família
- [10] Patrão/empregador/benfeitor
- [11] Líder político
- [12] Grupo de apoio o qual a pessoa pertence
- [13] Organização de assistência a qual a pessoa pertence
- [97] Outro
- [98] Não sei/não tenho certeza
- [99] Sem resposta

5.2. Suponha que o seu vizinho sofresse uma perda econômica, digamos “perdeu o emprego”. Na sua opinião, quem ajudaria essa pessoa financeiramente nessa situação? (*Registrar os primeiros três citados.*)

- [01] Ninguém ajudaria (*Ir para 5.3*) / _ / _ /
- [02] Família
- [03] Vizinhos / _ / _ /
- [04] Amigos
- [05] Líder ou grupo religioso / _ / _ /
- [06] Líder comunitário
- [07] Líder do comércio
- [08] Polícia
- [09] Juiz do tribunal para a família
- [10] Patrão/empregador/benfeitor
- [11] Líder político
- [12] Grupo de apoio o qual a pessoa pertence
- [13] Organização de assistência a qual a pessoa pertence
- [97] Outro
- [98] Não sei/não tenho certeza
- [99] Sem resposta

Confiança

5.3. Na sua opinião, as pessoas neste bairro geralmente confiam umas nas outras em questões de empréstimos?

- [] Confiam [1]

- Não confiam [2]
- Não sei/não tenho certeza [8]
- Sem resposta [9]

5.4. Suponha que alguém do bairro precisasse sair da comunidade junto com a família por um determinado tempo. Quem assumiria a responsabilidade de cuidar da casa até que voltasse? (*Codificar todos que se aplicam.*)

- Outro membro da família [1]
- Vizinho [2]
- Uma pessoa da comunidade para este propósito [3]
- Outro (descrever): [4]
- Ninguém [5]
- Não sei/não tenho certeza [8]
- Sem resposta [9]

5.5. Se você tivesse que sair da comunidade por alguns dias, em quem você poderia contar para cuidar dos seus filhos? (*Codificar todos que se aplicam.*)

- Outro membro da família [1]
- Vizinho [2]
- Uma pessoa da comunidade para este propósito [3]
- Outro (descrever): [4]
- Ninguém [5]
- Não tenho filhos [7]
- Não sei/não tenho certeza [8]
- Sem resposta [9]

Reciprocidade e cooperação

5.6. Por favor, diga-me se de modo geral você concorda ou discorda com as seguintes declarações:

	concordo	discordo	sem resposta
[a] A maioria das pessoas neste bairro é basicamente honesta e confiável.			
[b] As pessoas são sempre interessadas em seu próprio bem-estar			
[c] Os membros desta comunidade são sempre mais confiáveis do que os membros de outras comunidades.			
[d] Neste bairro você tem que ser alerta, se não alguém vai lhe enganar.			
[e] Quando se tem um problema, sempre há alguém para ajudar.			
[f] Eu não ligo para as opiniões dos outros neste bairro.			
[g] A maioria das pessoas neste bairro é disposta			

a lhe ajudar quando você precisa.			
[h] Este bairro prosperou nesses últimos cinco anos.			
[i] Eu me sinto aceito como membro desta comunidade.			
[j] Se você perdesse sua bolsa ou sua carteira no bairro, alguém devolveria a você.			

Questões de saúde bucal:

1. Você, ou alguém da sua família, teve dor de dentes e/ou gengiva nos últimos 6 meses?

a) Sim

Quem?

b) Não

2. Você, ou alguém da sua família, fez uma visita ao cirurgião dentista (clínica odontológica, unidade de saúde, universidades) para revisão dos dentes?

a) Sim

Quem?

b) Não

3. Como você classifica a sua saúde bucal?

a) Ótima

b) Boa

c) Regular

d) Ruim

e) Péssima

f) Não sabe

4. Como você classifica a aparência dos dentes e gengivas?

a) Ótima

b) Boa

c) Regular

d) Ruim

e) Péssima

f) Não sabe

Anexo 2 – Aprovação no Comitê de Ética de Pesquisa



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Curitiba, 10 de novembro de 2005.
Of. 498/05/CEP-PUCPR

Ref. **"Capital social e sua relação com saúde bucal"**

Prezado (a) Pesquisador

Venho por meio deste, informar a Vossa Senhoria que o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR, no dia 09 de novembro do corrente ano aprovou o Projeto Intitulado **"Capital social e sua relação com saúde bucal"** pertencente ao Grupo III, sob o registro no CEP n° 849 e será encaminhado a CONEP para o devido cadastro. Lembro ao senhor (a) pesquisador (a) que é obrigatório encaminhar relatório anual parcial e relatório final a este CEP.

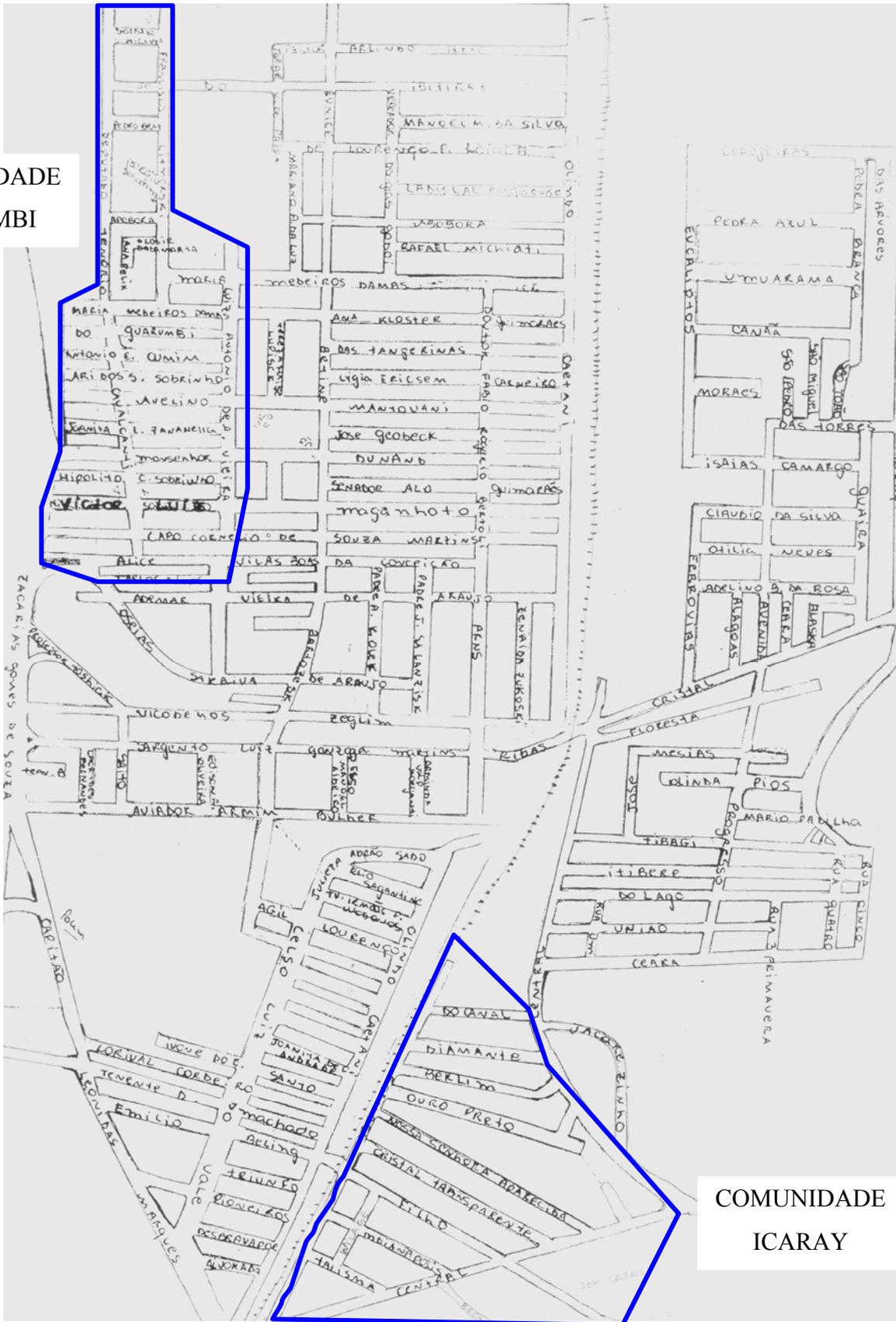
Atenciosamente,

Profª M. Sc Ana Cristina Miguez Ribeiro
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - PUCPR

Ilma Sr.
Ana Cristina Vidal Alegrete

Anexo 3 - Mapa do território onde foi realizada a pesquisa com as duas comunidades

COMUNIDADE
MARUMBI



COMUNIDADE
ICARAY

Anexo 4 – Normas para submissão de artigos dos periódicos “Cadernos de Saúde Pública” e “Journal of Orofacial Pain”, para os artigos 1 e 2, respectivamente.

CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins, como epidemiologia, nutrição, parasitologia, ecologia e controle de vetores, saúde ambiental, políticas públicas e planejamento em saúde, ciências sociais aplicadas à saúde, dentre outras.

Serão aceitos trabalhos para as seguintes seções: (1) Revisão - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras); (2) Artigos - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras); (3) Notas - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras); (4) Resenhas - resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras); (5) Cartas - crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP ou nota curta, relatando observações de campo ou laboratório (máximo de 1.200 palavras); (6) Artigos especiais - os interessados em contribuir com artigos para estas seções deverão consultar previamente o Editor; (7) Debate - artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras); (8) Fórum - seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total).

O limite de palavras inclui texto e referências bibliográficas (folha de rosto, resumos e ilustrações serão considerados à parte).

Apresentação do texto

Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês. O original deve ser apresentado em espaço duplo e submetido em 1 via, fonte Times New Roman, tamanho 12, com margens de 2,5cm. Deve ser enviado com uma página de rosto, onde constará título completo (no idioma original e em inglês) e título corrido, nome(s) do(s) autor(es) e da(s) respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo apenas do autor responsável pela correspondência. Todos os artigos deverão ser encaminhados acompanhados de disquete ou CD contendo o arquivo do trabalho e indicação quanto ao programa e à versão utilizada (somente programas compatíveis com Windows). Notas de rodapé não serão aceitas. É imprescindível o envio de carta informando se o artigo está sendo encaminhado pela primeira vez ou sendo reapresentado à nossa secretaria. No envio da segunda versão do artigo deverá ser encaminhada uma cópia impressa do mesmo, acompanhada de disquete.

Colaboradores

Deverão ser especificadas, ao final do texto, quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

Ilustrações

As figuras deverão ser enviadas em impressão de alta qualidade, em preto-e-branco e/ou diferentes tons de cinza e/ou hachuras. Os custos adicionais para publicação de figuras em cores serão de total responsabilidade dos autores.

É necessário o envio dos gráficos, separadamente, em arquivos no formato WMF (Windows Metafile) e no formato do programa em que foram gerados (SPSS, Excel, Harvard Graphics etc.), acompanhados de seus parâmetros quantitativos, em forma de tabela e com nome de todas as variáveis. Também é necessário o envio de mapas no formato WMF, observando que os custos daqueles em cores serão de responsabilidade dos autores. Os mapas que não forem gerados em meio eletrônico devem ser encaminhados em papel branco (não utilizar papel vegetal). As fotografias serão impressas em preto-e-branco e os originais poderão ser igualmente em preto-e-branco ou coloridos, devendo ser enviados em papel fotográfico no formato 12x18cm.

O número de tabelas e/ou figuras deverá ser mantido ao mínimo (máximo de cinco tabelas e/ou figuras). Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse este limite.

Resumos

Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do abstract em inglês. Os resumos não deverão exceder o limite de 180 palavras e deverão ser acompanhados de 3 a 5 palavras-chave.

Nomenclatura

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

Pesquisas envolvendo seres humanos

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 e 2000), da World Medical Association (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo). Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

Referências

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 (Ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas 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 (<http://www.icmje.org>).

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).

Exemplos:

Artigos de periódicos

Artigo padrão

Até 6 autores:

Barbosa FS, Pinto R, Souza OA. Control of schistosomiasis mansoni in a small north east Brazilian community. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1971; 65:206-13.

Mais de 6 autores:

DeJong RJ, Morgan JA, Paraense WL, Pointier JP, Amarista M, Ayeh-Kumi PF, et al. Evolutionary relationships and biogeography of *Biomphalaria* (Gastropoda: Planorbidae) with implications regarding its role as host of the human bloodfluke, *Schistosoma mansoni*. *Mol Biol Evol* 2001; 18:2225-39.

Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 116:41-2.

Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [Editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

Volume com suplemento

Deane LM. Simian malaria in Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 1992; 87 Suppl 3:1-20.

Fascículo com suplemento

Lebrão ML, Jorge MHPM, Laurenti R. Hospital morbidity by lesions and poisonings. Rev Saúde Pública 1997; 31 (4 Suppl):26-37.

Parte de um volume

Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. Ann Clin Biochem 1995; 32 (Pt 3):303-6.

Parte de um fascículo

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. N Z Med J 1994; 107 (986 Pt 1):377-8.

Livros e outras monografias

Indivíduo como autor

Barata RB. Malária e seu controle. São Paulo: Editora Hucitec; 1998.

Editor ou organizador como autor

Duarte LFD, Leal OF, organizadores. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.

Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.

Instituição como autor e publicador

Institute of Medicine. Looking at the future of the Medicaid programme. Washington DC: Institute of Medicine; 1992.

Capítulo de livro

Coelho PMZ. Resistência e suscetibilidade à infecção por *Schistosoma mansoni* em caramujos do gênero *Biomphalaria*. In: Barbosa FS, organizador. Tópicos em malacologia médica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995. p. 208-18.

Eventos (anais de conferências)

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. In: Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology. Amsterdam: Elsevier; 1996.

Trabalho apresentado em evento

Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Coangress on Medical Informatics. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5.

Dissertação e tese

Escobar AL. Malária no sudoeste da Amazônia: uma meta-análise [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1994.

Outros trabalhos publicados

Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil* 2004 Jan 31; p. 12.

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3.

Documentos legais

Decreto n. 1.205. Aprova a estrutura regimental do Ministério do Meio Ambiente e da Amazônia Legal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1995; 2 ago.

Material eletrônico

CD-ROM

La salud como derecho ciudadano [CD-ROM]. Memoria del VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2001.

Internet

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária. <http://www.ibge.gov.br> (acessado em 05/Fev/2004).

JOURNAL OF OROFACIAL PAIN

Guidelines for Authors

Journal of Orofacial Pain is a quarterly journal that publishes scientifically sound articles of interest to practitioners and researchers in the field of pain, in particular orofacial pain and related conditions such as headache, temporomandibular disorders, and occlusally related disorders. The Journal publishes several types of peer-reviewed original articles:

Clinical and basic science research reports—based on original research in pain, especially orofacial pain and related conditions. Well-documented case reports will also be considered.

Topical reviews—dealing with a subject of relevance to pain, in particular orofacial pain and related conditions.

a. Invited focus articles—presenting a position or hypothesis on a basic science or clinical subject of relevance to orofacial pain and related conditions. These articles are not intended for the presentation of original results. Authors are selected by the Editorial Board.

b. Invited commentaries—critiquing a focus article by addressing the strong and weak points of the focus article. Authors of the commentaries are selected by the Editorial Board in consultation with the focus article author, and the focus article and the commentaries on it are published together in the Journal.

Proceedings of symposia, workshops, or conferences—covering topics of relevance to orofacial pain and related conditions.

In addition, the Journal publishes:

Abstracts—selected by the Editorial Board from those accepted by the AAOP or other affiliated academies. Criteria include originality and significance of findings, statistical basis of the data, conclusions appropriately drawn from the data, and appropriate grammatical expression.

Invited guest editorials—may periodically be solicited by the Editorial Board.

Letters to the Editor—may be submitted to the editor-in-chief; these should normally be no more than 500 words in length.

Literature abstracts—abstracts of selected journal articles.

Meeting reviews—highlights of selected scientific meetings.

Book reviews—may periodically be solicited by the editorial board.

Submit manuscripts via online submission service: (www.manuscriptmanager.com/jop)
Review/editing of manuscripts. Manuscripts will normally be reviewed by the editor-in-chief, one associate editor, and at least two reviewers with expertise within the scope of the article. Papers may also be reviewed by the Journal's statistical consultant. The publisher reserves the right to edit accepted manuscripts to ensure conciseness, clarity, and stylistic consistency, subject to the author's final approval.

Adherence to guidelines. Manuscripts not prepared in accordance with these guidelines will be returned to the author before review.

MANUSCRIPT PREPARATION

The Journal will follow as much as possible the recommendations of the International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver Group) in regard to preparation of manuscripts and authorship (Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *Ann Intern Med* 1997;126:36–47).

Manuscripts should be typed double-spaced with a 1-inch margin all around. Number all pages.

Title page. This should include the title of the article (descriptive but as concise as possible) and the name, degrees, title, professional affiliation, and full address of all authors. Phone, fax, and e-mail address must also be provided for the corresponding author, who will be assumed to be the first-listed author unless otherwise noted. If the paper was presented before an organized group, the name of the organization, location, and date should be included.

Abstract/key words. Include a maximum 250-word structured abstract (with headings *Aims, Methods, Results, Conclusion*) and five key words.

Introduction. Summarize the rationale and purpose of the study, giving only pertinent references. Clearly state the working hypothesis.

Materials and Methods. Present materials and methods in sufficient detail to allow confirmation of the observations. Published methods should be referenced and discussed only briefly, unless modifications have been made. Indicate the statistical methods used, if applicable.

Results. Present results in a logical sequence in the text, tables, and illustrations. Do not repeat in the text all the data in the tables or illustrations; emphasize only important observations.

Discussion. Emphasize new and important aspects of the study and the conclusions that follow from them. Do not repeat in detail data or other material given in the Introduction or Results section. Relate observations to other relevant studies; point out the implications of the findings and their limitations.

Acknowledgments. Acknowledge persons who have made substantive contributions to the study. Specify grant or other financial support, citing the name of the supporting organization and grant number.

Figure Legends. Figure legends should be grouped at the end of the text and typed double-spaced.

Abbreviations. The full term for which an abbreviation stands should precede its first use in the text unless it is a standard unit of measurement.

Trade names. Generic terms are to be used whenever possible, but trade names and manufacturer should be included parenthetically at first mention.

REFERENCES

All references must be cited in the text, numbered in order of appearance.

The reference list should appear at the end of the article in numeric sequence.

Do not include unpublished data or personal communications in the reference list. Cite such references parenthetically in the text and include a date.

Avoid using abstracts as references.

Provide complete information for each reference, including names of all authors (up to six). If the reference is to part of a book, also include the title of the chapter and names of the book's editor(s).

Journal reference style:

1. Turp JC, Kowalski CJ, Stohler CS. Treatment-seeking patterns of facial pain patients: Many possibilities, limited satisfaction. *J Orofac Pain* 1998;12:61–66.

Book reference style:

1. Hannam AG, Langenbach GEJ, Peck CC. Computer simulations of jaw biomechanics. In: McNeill C (ed). *Science and Practice of Occlusion*. Chicago: Quintessence, 1997:187–194.

ILLUSTRATIONS AND TABLES

All illustrations and tables should be numbered and cited in the text in order of appearance.

Illustrations and tables should be embedded in a PC Word or PDF document.

All illustrations and tables should be grouped at the end of the text.

High-resolution images must be sent to Dr Sessle's office.

Original artwork or slides may still be required of the author after acceptance of the article.

MANDATORY SUBMISSION FORM

The Mandatory Submission Form, signed by all authors, must accompany all submitted manuscripts before they can be reviewed for publication. This form can be found in the journal or downloaded from the website that you are currently viewing. Please fax the completed form to Dr. Barry Sessle at 1-416-979-4936, or email it to admin.jop@utoronto.ca.

PERMISSIONS AND WAIVERS

Permission of author and publisher must be obtained for the direct use of material (text, photos, drawings) under copyright that does not belong to the author.

Waivers must be obtained for photographs showing persons. When such waivers are not supplied, faces will be masked to prevent identification.

Permissions and waivers should be faxed along with the Mandatory Submission Form to Dr Sessle's office (+ 1 416 979 4936).

REPRINTS

Reprints can be ordered from the publisher. The publisher does not stock reprints; however, back issues can be purchased.

