
Artigo Original

Capital social e acesso aos serviços de saúde em uma população de adultos

Social capital and access to health services in an adult population



<http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v9i3.7452>

Luiza Foltran de Azevedo Koch¹, Carlos Roberto Botelho-Filho¹, Rafael Gomes Ditterich², Sérgio Aparecido Ignácio³, Flares Baratto-Filho⁴, Marilisa Carneio Leão Gabardo^{1*}

RESUMO

Objetivo: Investigou-se a associação entre capital social e acesso aos serviços de saúde geral e odontológica de moradores do Distrito Ferraria, Campo Largo, Brasil. **Materiais e métodos:** Participaram 373 adultos que responderam a um questionário contendo informações sociodemográficas, socioeconômicas e de hábitos. Definiu-se o capital social a partir das dimensões: confiança social, apoio social, controle social informal, eficácia política e ação social. O acesso aos serviços de saúde foi avaliado pelo atendimento médico nos últimos 30 dias e última

visita ao dentista. Foram exploradas associações entre as variáveis explicativas e as referidas dimensões (Teste do Qui-quadrado), seguida da regressão logística multinomial. **Resultados:** Indivíduos com idade mais avançada, não fumantes e com melhor autopercepção da saúde geral buscaram mais serviço médico nos 30 dias anteriores à pesquisa. A visita ao dentista nos últimos seis meses esteve associada de modo significativo aos jovens, aos casados ou em união estável, e que autopercebem melhor a condição de saúde bucal. Quanto às dimensões do capital social, apenas a eficácia política na categoria moderada aumentou a chance de o respondente acessar o serviço médico. **Conclusão:** O acesso ao serviço médico foi influenciado pelo capital social por meio da eficácia política.

Palavras-chave: Capital Social; Acesso aos Serviços de Saúde; Adultos.

ABSTRACT

Objective: The association between social capital and access to general and dental health services for residents of Distrito Ferraria, Campo Largo, Brazil, was investigated. **Materials and methods:** 373 adults participated, who answered a questionnaire containing sociodemographic, socioeconomic and habits information. Social capital was defined based on the dimensions: social trust, social support, informal social control, political effectiveness and social action. Access to health services was assessed by medical care in the last 30 days and last visit to the dentist. Associations between the explanatory variables and the referred dimensions were explored (Chi-square test), followed by multinomial logistic regression. **Results:** Older individuals, non-smokers and those with better

¹ Escola de Ciências da Saúde, Universidade Positivo, Curitiba, Paraná, Brasil.

² Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.

³ Escola de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil.

⁴ Universidade da Região de Joinville, Joinville, Santa Catarina, Brasil.

***Autor correspondente:** Rua Prof. Pedro Viriato Parigot de Souza, 5300

81280-330 Curitiba, Paraná, Brasil.

E-mail: marilisagabardo@gmail.com

Submetido em: 31.08.2020

Aceito em: 15.03.2021

self-perception of general health, sought more medical service in the 30 days prior to the survey. The visit to the dentist in the last six months has been significantly associated with young people, those who are married or in a stable relationship, and who self-perceive the oral health condition better. As for the dimensions of social capital, only political effectiveness in the moderate category increased the respondent's chance of accessing the medical service. **Conclusion:** Access to medical services was influenced by social capital through political effectiveness.

Keywords: Social Capital; Health Services Accessibility; Adults.

INTRODUÇÃO

Os ambientes físicos e sociais atuam de várias maneiras no bem-estar da população. Estes determinantes discutem os mecanismos pelos quais as condições sociais afetam a saúde e estão pautadas nas relações interpessoais, suporte familiar, suporte social, condições físicas da vizinhança, ambientes saudáveis de moradia e lazer, infraestrutura do local^{1,2}. Desta forma, a saúde pública tem papel fundamental no enfrentamento das causas mais amplas dos problemas de saúde³.

Com a ampliação dos conhecimentos sobre aspectos sociais da saúde, as comunidades estão assumindo maior responsabilidade para melhorar o estado de saúde dos seus moradores⁴. Indivíduos ativamente envolvidos uns com os outros em sua rede social podem ter melhor autoestima e maior controle sobre suas vidas⁵. Neste contexto emerge o capital social (CS), conceituado como o conjunto de normas e redes da estrutura social que habilitam os participantes a agir juntos e mais efetivamente na busca de objetivos comuns⁶. Segundo Putnam et al.⁷ o conceito se refere aos aspectos da organização social, como redes, normas e confiança que auxiliam a cooperação e coordenação para benefícios mútuos. Envolve, portanto, a cultura cívica, a confiança entre os membros da comunidade, o envolvimento nas questões comunitárias e a boa relação entre vizinhos⁸.

Em geral, o CS pode ser conceituado em níveis individuais e contextuais⁹. O individual é definido em termos de recursos e apoio

incorporados na rede social do indivíduo¹⁰, enquanto o contextual é referido como coletivo^{9,10}. Dentre as dimensões incorporados no CS, enquadram-se: confiança social, apoio social, controle social, eficácia política e ação social, conforme estudos prévios^{11,12}. O CS da vizinhança remete a relações entre grupos sociais e seus bairros, e se baseia em grande parte na interação diária entre os vizinhos¹³.

Além de o CS mais alto estar associado a melhores condições de saúde¹⁴⁻¹⁷, estudos apontam a existência de uma relação entre CS e acesso aos serviços de saúde^{1,18,19}, traduzido pela frequência a visitas médicas^{1,18,19} e odontológicas^{20,21}, por exemplo. Ainda, na área da saúde, o CS apresenta um impacto positivo, pois proporciona uma vida mais saudável, reduzindo a exclusão social, aumentando a longevidade e a autoestima, com estímulo da participação da comunidade tanto na formulação de políticas públicas como no seu controle²²⁻²⁴. Também pode afetar a utilização dos serviços de saúde, pela disseminação de informações, como a informação sobre a disponibilidade e características de serviços de saúde na vizinhança^{25,26}.

O acesso ao serviço de saúde é tema relevante a atual^{27,28}, e nesta pesquisa será adotado o conceito de Andersen²⁹, que o refere como a entrada inicial dos serviços de saúde. Isso posto, o acesso é determinado pela autopercepção individual da necessidade, decorrente da situação de saúde, autoconhecimento prévio da doença ou condição e oferta disponível de serviços que, por sua vez, sofre influência social e econômica³⁰. O local de residência também pode ter efeito sobre o acesso aos serviços, devido à distribuição geográfica destes no território, o que pode representar uma barreira^{31,32}.

A presente pesquisa se justifica por tratar de tema complexo e ainda pouco estudado quando se refere ao entendimento da relação do CS, incluindo suas dimensões, com o acesso aos serviços de saúde³³. É importante ser debatido como as inúmeras barreiras no acesso aos serviços de saúde podem ser transpostas pelo fortalecimento das relações sociais, permeadas pelo CS, a fim de serem reduzidas as iniquidades sociais, o que representa um impacto positivo para as populações. Uma revisão sistemática evidenciou que o fortalecimento comunitário, de modo organizado, pode resultar em esforços

para que sejam adquiridos equipamentos de saúde em localidades desfavorecidas, bem como as parcerias com prestadores de serviço podem estender o acesso, levando educação em saúde e informação para os que mais precisam³⁴.

Em suma o CS visa explicar por meio das interações dos fatores sociais, econômicos e ambientais, as desigualdades sociais em saúde¹². Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre o CS e o acesso a serviços de saúde em uma população de adultos do Distrito Ferraria, Campo Largo, Paraná, Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional, sob registro n.º 2.441.625.

Este estudo ecológico contemplou moradores do Distrito Ferraria, Campo Largo, Paraná, com uma amostra probabilística representativa de 373 pessoas com 18 anos de idade ou mais.

Por conveniência, o universo populacional foi obtido por meio de dados fornecidos pela Companhia Campolarguense de Eletricidade (COCEL), totalizando 4742 endereços (N), dada a facilidade de aquisição junto à empresa, e também porque há escassez de dados oficiais referentes ao Distrito. Utilizando o método de amostragem de proporções, considerada uma população finita, com nível de confiança de 95% e erro máximo de 4,87%, foram obtidos 373 endereços. Para a seleção dos domicílios utilizou-se o cálculo do intervalo sistemático de amostragem, que é a razão entre o tamanho da população (N), e o tamanho da amostra (n), ou seja (N/n), obtendo-se, assim, o valor de 12,7. Uma vez que o sorteio do início da aleatorização se deu no endereço três, a partir desse foram contados os endereços em intervalos de doze unidades, ou seja, 15, 27, 39 sucessivamente.

Destaca-se que os Distritos são unidades administrativas dos municípios e sua criação, desmembramento ou fusão dependem de Leis Municipais, que devem observar a continuidade territorial e os requisitos previstos em Lei Complementar Estadual³⁵. Em termos de oferta de serviços de saúde pública, o Distrito Ferraria conta com apenas uma Unidade de Saúde (US)³⁶. Outro ponto a ser ressaltado é que o Distrito está

localizado em uma área geográfica bastante irregular, que dificulta sobremaneira a locomoção das pessoas, fato que gera uma barreira no acesso à saúde³⁷.

Para esta pesquisa foram recrutadas e treinadas oito agentes comunitárias de saúde que trabalham na referida US, além do pesquisador principal. Em campo, foram identificados os indivíduos maiores de 18 anos, responsáveis pelos domicílios, presentes no momento da visita. Participaram aqueles com capacidades cognitivas para responder ao questionário, e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na impossibilidade de entrega em determinado domicílio, o imediatamente vizinho à esquerda era incluído.

Aos pesquisados foi entregue um questionário autoaplicável, padronizado e com questões estruturadas. As variáveis sociodemográficas coletadas foram: cor da pele autorreferida (branca, preta/negra ou amarela/parda/indígena); sexo (masculino ou feminino); estado civil (casado/união estável, solteiro ou divorciado/viúvo). A idade foi categorizada em intervalos de 10 anos (18-29, 30-39, 40-49, 50-59, ≥ 60 anos).

As variáveis socioeconômicas renda familiar (em Reais) e escolaridade (em anos de estudo) foram categorizadas em: alta (25% dos maiores escores), média (50% dos escores intermediários) e baixa (25% dos escores menores).

Foram também analisadas: autopercepção de saúde geral e saúde bucal, categorizadas em: excelente, muito boa, boa, regular ou péssima.

Sobre os hábitos dos participantes, as questões abordadas foram: hábito de fumar “Você já fumou ou ainda fuma?” (nunca fumei, sim, ex-fumante, ou sim, fumo) e consumo de bebida alcoólica: “Você costuma beber frequentemente?” tendo com resposta dicotômica sim ou não.

As variáveis de desfecho foram o acesso ao médico e o acesso dentista. O primeiro foi mensurado com a seguinte pergunta “Quantas vezes você consultou com um médico no último mês?”, cuja resposta numérica foi categorizada em: nenhuma vez, uma vez ou ≥ duas vezes; o acesso ao dentista foi mensurado pela questão “Quando foi a última vez que você foi ao dentista?”, com respostas categorizadas em: nos últimos seis meses, nos últimos 12 meses ou ≥ 13 meses.

O CS foi avaliado por meio de 23 perguntas acerca de cinco dimensões -confiança social, apoio social, controle social, percepção ou eficácia política, e ação social - que o compõem e já foram consideradas em outros estudos^{11,12}. A confiança social (cinco perguntas) é importante pois aborda como relacionamento entre os vizinhos ocorre, ou seja, se é amigável, se há união entre vizinhos e se os vizinhos compartilham os mesmos valores³⁸. O apoio social (quatro perguntas) questiona se os vizinhos se sentem à vontade para contar uns com os outros para situações como, por exemplo, comprar remédios ou emprestar dinheiro³⁹. O controle social (cinco perguntas) se refere à concordância entre os vizinhos quanto à necessidade de intervir junto a situações que envolvem desrespeito com o local de moradia (pichações e depredações) ou com as pessoas (brigas)³⁸. A percepção política (quatro perguntas) foi arguida no sentido de ser avaliado como os vizinhos entendem as relações entre governantes e partidos políticos e as comunidades⁴⁰. Já a ação social (cinco perguntas) se refere ao quanto os vizinhos conversam a respeito dos problemas locais e tomam as atitudes para resolvê-los⁴¹. Uma vez somados os valores individuais de cada dimensão, foi realizada a divisão por quartis.

Os dados obtidos foram analisados descritivamente. Em seguida foram exploradas associações entre as variáveis explicativas e as dimensões do capital social (Teste do Qui-quadrado). As variáveis na etapa anterior com $p < 0,20$ foram incluídas na regressão logística multinomial.

Adotou-se como referência para todas as dimensões do CS a categoria com valores mais baixos, exceto para eficácia política, em que a categoria “alta” foi fixada como referência. A magnitude da associação foi determinada pela *odds ratio* (OR) e intervalo de 95% de confiança (IC95%). Os resultados foram considerados estatisticamente significativos mediante $p < 0,05$. As análises foram feitas no SPSS, versão 23.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, EUA).

RESULTADOS

Quanto à descrição das características dos indivíduos, 73,2% eram mulheres. A média de idade foi 48,9 anos (DP = 15,8), com mínimo de 18 e máximo de 81 anos. Os brancos compuseram 63,5% da amostra, e os casados ou que mantinham união estável, 62,5% (Tabela 1).

A média da renda familiar foi de R\$ 1928,25 (DP = 1902,64), enquanto 42,6% apresentavam 12 anos ou mais de estudo. Em relação aos hábitos, 65,1% relataram nunca ter fumado, e 86,6% afirmaram não ingerir bebida alcoólica com frequência (Tabela 1).

Tanto a autopercepção da saúde geral como a bucal tiveram mais resultados dentro das categorias “boa” e “regular”, somando 69,4%. Dentre os respondentes, 53,1% não havia procurado atendimento médico nos últimos 30 dias (Tabela 1), e 34,3% buscaram atendimento odontológico há mais de um ano (Tabela 2).

Tabela 1. Distribuição, frequência e valores de p não ajustados das variáveis sociodemográficas, socioeconômicas, de hábitos e de autopercepção, em relação acesso de adultos do Distrito Ferraria ao serviço médico ($n = 373$).

Variáveis	n (%)	Acesso ao serviço médico			Valor de p^*
		Nenhuma vez	Uma vez	≥ Duas vezes	
Sexo					
Masculino	100 (26,8)	57 (28,8)	28 (25,9)	15 (22,4)	0,575
Feminino	273 (73,2)	141 (71,2)	80 (74,1)	52 (77,6)	
Idade					
18-29	69 (18,5)	45 (22,7)	16 (14,8)	8 (11,9)	0,005
30-39	62 (16,6)	39 (19,7)	12 (11,1)	11 (16,4)	
40-49	67 (18,0)	35 (17,7)	25 (23,1)	7 (10,4)	
50-59	79 (21,2)	43 (21,7)	22 (20,4)	14 (20,9)	
≥ 60	96 (25,7)	36 (18,2)	33 (30,6)	27 (40,3)	

Variáveis	n (%)	Acesso ao serviço médico			Valor de p*
		Nenhuma vez	Uma vez	≥ Duas vezes	
<i>Cor da pele</i>					
Branca	237 (63,5)	127 (64,1)	70 (64,8)	40 (59,7)	0,460
Preta/negra	35 (9,4)	18 (9,1)	7 (6,5)	10 (14,9)	
Amarela/parda/indígena	10 (27,1)	53 (26,8)	31 (28,7)	17 (25,4)	
<i>Estado civil</i>					
Casado/união estável	233 (62,5)	125 (63,1)	66 (61,1)	42 (62,7)	0,220
Solteiro	77 (20,6)	46 (23,2)	22 (20,4)	9 (13,4)	
Divorciado/viúvo	63 (16,9)	27 (13,6)	20 (18,5)	16 (23,9)	
<i>Renda familiar</i>					
Alta (≥ 2400)	75 (20,1)	49 (24,7)	17 (15,7)	9 (13,4)	0,053
Moderada (1001-2399)	121 (32,4)	58 (29,3)	40 (37,0)	23 (34,3)	
Baixa (≤ 1000)	99 (26,5)	44 (22,2)	30 (27,8)	25 (37,3)	
<i>Escolaridade</i>					
Alta (≥ 12)	159 (42,6)	91 (46,0)	43 (39,8)	25 (37,3)	0,268
Moderada (5-11)	97 (26,0)	54 (27,3)	29 (26,9)	14 (21,2)	
Baixa (≤ 4)	116 (31,1)	53 (26,8)	36 (33,3)	27 (40,9)	
<i>Fumo</i>					
Nunca fumei	243 (65,1)	137 (69,2)	59 (54,6)	47 (70,1)	0,084
Sim, ex-fumante	73 (19,6)	34 (17,2)	26 (24,2)	13 (19,4)	
Sim, fumo	57 (15,3)	27 (13,6)	23 (21,3)	7 (10,4)	
<i>Consumo de bebida alcoólica</i>					
Sim	50 (13,4)	171 (86,4)	91 (84,3)	61 (91,0)	0,436
Não	323 (86,6)	27 (13,6)	17 (15,7)	6 (9,0)	
<i>Autopercepção de saúde geral</i>					
Excelente	33 (8,8)	20 (10,1)	10 (9,3)	3 (4,5)	0,003
Muito boa	63 (16,9)	42 (21,2)	17 (15,7)	4 (6,0)	
Boa	144 (38,6)	79 (39,9)	35 (32,4)	30 (44,8)	
Regular	115 (30,8)	52 (26,3)	41 (38,0)	22 (32,8)	
Péssima	18 (4,8)	5 (2,5)	5 (4,6)	8 (11,9)	
<i>Autopercepção de saúde bucal</i>					
Excelente	17 (4,6)	5 (2,5)	7 (6,5)	5 (7,5)	0,356
Muito boa	48 (12,9)	29 (14,6)	13 (12,0)	6 (9,0)	
Boa	152 (40,8)	84 (42,4)	42 (38,9)	26 (38,8)	
Regular	122 (32,7)	59 (29,8)	40 (37,0)	23 (34,3)	
Péssima	34 (9,1)	21 (10,6)	6 (5,6)	7 (10,4)	

* Teste Qui-quadrado (p < 0,05).

Tabela 2. Distribuição, frequência e valores de p não ajustados das variáveis sociodemográficas, socioeconômicas, de hábitos e de autopercepção, em relação ao acesso de adultos do Distrito Ferrara ao serviço odontológico (n = 373).

Variáveis	n (%)	Acesso ao serviço odontológico			Valor de p*
		Nos últimos seis meses	Nos últimos 12 meses	≥ 13 meses	
<i>Sexo</i>					
Masculino	100 (26,8)	35 (22,2)	24 (30,4)	39 (30,5)	0,209
Feminino	273 (73,2)	123 (77,8)	55 (69,6)	89 (69,5)	
<i>Idade</i>					
18-29	69 (18,5)	39 (24,7)	10 (12,7)	20 (15,6)	<0,001
30-39	62 (16,6)	34 (21,5)	11 (13,9)	16 (12,5)	
40-49	67 (18,0)	22 (13,9)	24 (30,4)	18 (14,1)	
50-59	79 (21,2)	38 (24,1)	10 (12,7)	29 (22,7)	
≥ 60	96 (25,7)	25 (15,8)	24 (30,4)	45 (35,2)	
<i>Cor da pele</i>					
Branca	237 (63,5)	104 (65,8)	52 (65,8)	78 (60,9)	0,907
Preta/negra	35 (9,4)	14 (8,9)	6 (7,6)	13 (10,2)	
Amarela/parda/indígena	10 (27,1)	40 (25,3)	21 (26,6)	37 (28,9)	
<i>Estado civil</i>					
Casado/união estável	233 (62,5)	107 (67,7)	50 (63,3)	71 (55,5)	0,003
Solteiro	77 (20,6)	38 (24,1)	15 (19,0)	24 (18,8)	
Divorciado/viúvo	63 (16,9)	13 (8,2)	14 (17,7)	33 (25,8)	
<i>Renda familiar</i>					
Alta (≥ 2400)	75 (20,1)	42 (26,6)	14 (17,7)	19 (14,8)	0,215
Moderada (1001-2399)	121 (32,4)	45 (28,5)	23 (29,1)	49 (38,3)	
Baixa (≤ 1000)	99 (26,5)	40 (25,3)	23 (29,1)	33 (25,8)	
<i>Escolaridade</i>					
Alta (≥ 12)	159 (42,6)	89 (56,7)	30 (38,0)	39 (30,5)	0,001
Moderada (5-11)	97 (26,0)	37 (23,6)	19 (24,1)	39 (30,5)	
Baixa (≤ 4)	116 (31,1)	31 (19,7)	30 (38,0)	50 (39,1)	
<i>Fumo</i>					
Nunca fumei	243 (65,1)	104 (65,8)	52 (65,8)	82 (64,1)	0,891
Sim, ex-fumante	73 (19,6)	32 (20,3)	13 (16,5)	27 (21,1)	
Sim, fumo	57 (15,3)	22 (13,9)	14 (17,7)	19 (14,8)	
<i>Consumo de bebida alcoólica</i>					
Sim	50 (13,4)	141 (89,2)	67 (84,8)	108 (84,4)	0,425
Não	323 (86,6)	17 (10,8)	12 (15,2)	20 (15,6)	

Variáveis	n (%)	Acesso ao serviço odontológico			Valor de p*
		Nos últimos seis meses	Nos últimos 12 meses	≥ 13 meses	
<i>Autopercepção de saúde geral</i>					
Excelente	33 (8,8)	14 (8,9)	6 (7,6)	13 (10,2)	0,027
Muito boa	63 (16,9)	33 (20,9)	14 (17,7)	16 (12,5)	
Boa	144 (38,6)	72 (45,6)	30 (38,0)	41 (32,0)	
Regular	115 (30,8)	31 (19,6)	25 (31,6)	52 (40,6)	
Péssima	18 (4,8)	8 (5,1)	4 (5,1)	6 (4,7)	
<i>Autopercepção de saúde bucal</i>					
Excelente	17 (4,6)	11 (7,0)	3 (3,8)	3 (2,3)	0,003
Muito boa	48 (12,9)	28 (17,7)	6 (7,6)	14 (10,9)	
Boa	152 (40,8)	73 (46,2)	33 (41,8)	41 (32,0)	
Regular	122 (32,7)	36 (22,8)	29 (36,7)	54 (42,2)	
Péssima	34 (9,1)	10 (6,3)	8 (10,1)	16 (12,5)	

* Teste Qui-quadrado ($p < 0,05$).

Em relação às dimensões do CS, o apoio social e a ação social tiveram mais respostas concentradas na categoria “moderada”. A confiança social e o controle social informal tiveram como prevalentes a classificação “alta”, ou seja, respostas mais positivas. Em contrapartida, 36,2% das respostas para a eficácia política foram “alta”, o que indica uma percepção mais negativa desta dimensão (Tabela 3).

A idade teve associação significativa ($p = 0,005$) com o acesso ao serviço médico, onde indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos foram os que mais procuraram o serviço nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa, com frequência de uma a duas visitas no período. Já a autopercepção da saúde geral “excelente” esteve mais associada ao não ter ido “nenhuma vez” ao médico (Tabela 1).

Quanto ao acesso ao serviço odontológico, o avanço da idade, os divorciados/viúvos, a baixa escolaridade, a baixa autopercepção da saúde geral e bucal, estiveram associados às piores respostas de frequência de visita ao dentista ($p < 0,005$) (Tabela 2).

Dentre as dimensões do CS, em relação ao acesso ao serviço médico, nenhuma diferença significativa foi encontrada ($p > 0,05$). Já a ação

social, nas categorias “alta” e “moderada”, não foi diferente significativamente em relação aos desfechos de acesso ao dentista nos últimos 12 meses e ≥ 13 meses. Já a “baixa” diferiu das demais de modo significativo ($p = 0,014$), indicando que essa categoria (melhor condição) esteve associada à procura nos últimos seis meses pelo serviço odontológico (Tabela 3).

Os resultados da análise de regressão logística estão na Tabela 3.

Quando em análise a “idade”, na categoria “nenhum” atendimento médico nos últimos 30 dias, exceto a faixa etária de 30-39 anos ($p = 0,096$), as demais se mostraram diferentes significativamente ($p < 0,05$) da idade ≥ 60 anos. Contudo, indivíduos de 40 a 49 anos tem aproximadamente três vezes mais chance de visitar um médico “uma vez” nesse mesmo período, quando comparados àqueles com idade ≥ 60 anos, indicando que com o aumento da idade os indivíduos procuram mais o serviço de saúde.

Em relação ao hábito de fumar, observou-se que para um atendimento médico, “uma vez” nos últimos 30 dias, houve diferença significativa para aqueles que nunca fumaram (OR = 0,31; IC95%: 0,11-0,84) (Tabela 4).

Tabela 3. Distribuição, frequência e valores de p não ajustados das dimensões do capital social em relação ao acesso de adultos do Distrito Ferraria aos serviços médico e odontológico (n = 373).

Variáveis	n (%)	Acesso ao serviço médico			Valor de p*	Acesso ao serviço odontológico			Valor de p*
		Nenhuma vez	Uma vez	≥ Duas vezes		Nos últimos seis meses	Nos últimos 12 meses	≥ 13 meses	
<i>Confiança social</i>									
Alta (≤ 15)	154 (41,3)	83 (41,9)	41 (38,0)	30 (44,8)	0,701	46 (29,1)	21 (26,6)	34 (26,6)	0,978
Moderada (16-18)	115 (30,8)	58 (29,3)	39 (36,1)	18 (26,9)		48 (30,4)	25 (31,6)	38 (29,7)	
Baixa (≥ 19)	104 (27,9)	57 (28,8)	28 (25,9)	19 (28,4)		64 (40,5)	33 (41,8)	56 (43,8)	
<i>Apoio social</i>									
Alto (≤ 9)	117 (31,4)	70 (35,4)	30 (27,8)	17 (25,4)	0,475	51 (32,3)	28 (35,4)	37 (28,9)	0,099
Moderado (10-15)	144 (38,6)	73 (36,9)	42 (38,9)	29 (43,3)		51 (32,3)	29 (36,7)	60 (46,9)	
Baixo (≥ 16)	112 (30)	55 (27,8)	36 (33,3)	21 (31,3)		56 (35,4)	22 (27,8)	31 (24,2)	
<i>Controle social informal</i>									
Alto (≤ 15)	145 (38,9)	81 (40,9)	38 (35,2)	26 (38,8)	0,757	54 (34,2)	24 (30,4)	38 (29,7)	0,592
Moderado (16-18)	110 (29,5)	60 (30,3)	32 (29,6)	18 (26,9)		39 (24,7)	27 (34,2)	39 (30,5)	
Baixo (≥ 19)	118 (31,6)	57 (28,8)	38 (35,2)	23 (34,3)		65 (41,1)	28 (35,4)	51 (39,8)	
<i>Eficácia política</i>									
Alta (≥ 20)	135 (36,2)	72 (36,4)	35 (32,4)	25 (37,3)	0,160	59 (37,3)	26 (32,9)	45 (35,2)	0,817
Moderada (17-19)	106 (28,4)	56 (28,3)	38 (35,2)	12 (17,9)		47 (29,7)	23 (29,1)	33 (25,8)	
Baixa (≤ 16)	132 (35,4)	70 (35,4)	35 (32,4)	30 (44,8)		52 (32,9)	30 (38,0)	50 (39,1)	
<i>Ação social</i>									
Alta (≤ 5)	110 (29,5)	56 (28,3)	36 (33,3)	18 (26,9)	0,543	59 (37,3)	16 (20,3)	30 (23,4)	0,014
Moderada (6-10)	157 (42,1)	87 (43,9)	45 (41,7)	25 (37,3)		53 (33,5)	41 (51,9)	60 (46,9)	
Baixa (≥ 11)	106 (28,4)	55 (27,8)	27 (25,0)	24 (35,8)		46 (29,1)	22 (27,8)	38 (29,7)	

* Teste Qui-quadrado (p < 0,05).

Tabela 4. Distribuição, prevalência e *odds ratio* (OR) ajustada de acordo com as variáveis explicativas e o acesso de adultos do Distrito Ferraria ao serviço médico (n = 373).

Variáveis	Acesso ao serviço médico nos últimos 30 dias					
	Nenhum n (%)	Valor de p*	OR (IC95%)	Uma vez n (%)	Valor de p*	OR (IC95%)
<i>Idade</i>						
18-29	45 (22,7)	0,020	3,17 (1,20-8,40)	16 (14,8)	0,492	1,46 (0,49-4,31)
30-39	39 (19,7)	0,096	2,10 (0,87-5,07)	12 (11,1)	0,718	0,82 (0,29-2,30)
40-49	35 (17,7)	0,018	3,36 (1,23-9,14)	25 (23,1)	0,035	3,09 (1,08-8,81)
50-59	43 (21,7)	0,048	2,31 (1,00-5,32)	22 (20,4)	0,438	1,42 (0,58-3,50)
≥ 60	36 (18,2)	1	1	33 (30,6)	1	1
<i>Fumo</i>						
Nunca fumei	137 (69,2)	0,239	0,56 (0,21-1,46)	59 (57,6)	0,022	0,31 (0,11-0,84)
Sim, ex-fumante	34 (17,2)	0,365	0,59 (0,19-1,81)	26 (24,1)	0,356	0,58 (0,18-1,82)
Sim, fumo	27 (13,6)	1	1	23 (21,3)	1	1
<i>Autopercepção de saúde geral</i>						
Excelente	20 (10,1)	0,007	10,7 (1,91-60,69)	10 (9,3)	0,028	7,76 (1,25-47,9)
Muito boa	42 (21,2)	0,001	16,2 (3,28-80,73)	17 (15,7)	0,004	11,44 (2,13-61,46)
Boa	79 (39,9)	0,018	4,61 (1,30-16,31)	35 (32,4)	0,125	2,80 (0,75-10,47)
Regular	52 (26,3)	0,011	5,35 (1,46-19,58)	41 (38,0)	0,015	5,19 (1,36-19,73)
Péssima	5 (2,5)	1	1	5 (4,6)	1	1
<i>Eficácia política</i>						
Alta (≥ 20)	70 (35,4)	0,575	0,82 (0,42-1,60)	35 (32,4)	0,580	0,81(0,38-1,70)
Moderada (17-19)	56 (28,3)	0,113	1,94 (0,84-4,43)	38 (35,2)	0,028	2,67 (1,11-6,42)
Baixa (≤ 16)	72 (36,4)	1	1	35 (32,4)	1	1

* Regressão logística multinomial, Valores em negrito foram estatisticamente significativos ($p < 0,05$). A categoria de referência é: Acesso ≥ Duas vezes (n = 67). Nota: Renda familiar foi eliminada durante a modelagem.

Quanto à autopercepção de saúde geral, todas as categorias apresentaram diferença significativa ($p < 0,05$) em relação à categoria “péssima” no desfecho “nenhum” acesso nos últimos 30 dias. Do mesmo modo, quanto ao acesso odontológico, não houve diferença significativa apenas na categoria “boa” dessa variável explicativa (OR = 2,81. IC95%: 0,75-10,47). Esses resultados indicam que aqueles com pior autopercepção geral da sua saúde procuram menos os serviços de saúde.

A eficácia política apresentou valores diferentes significativamente para a categoria “moderada”, para ambos os acessos, “nenhuma

vez” (OR = 2,35; IC95%: 1,05-5,25) e “uma vez” (OR = 3,30; IC95%: 1,39-7,79).

Na Tabela 5 estão os resultados da análise multivariada para o desfecho acesso ao serviço odontológico.

Tabela 5. Distribuição, prevalência e *odds ratio* (OR) ajustada de acordo com as variáveis explicativas e o acesso de adultos do Distrito Ferraria ao serviço odontológico (n = 365).

Variáveis	Acesso ao serviço odontológico					
	Nos últimos seis meses n (%)	Valor de p*	OR (IC95%)	Nos últimos 12 meses n (%)	Valor de p*	OR (IC95%)
<i>Idade</i>						
18-29	39 (24,7)	0,062	2,29 (0,95-5,49)	10 (12,7)	0,688	0,80 (0,27-2,33)
30-39	34 (21,5)	0,017	2,80 (1,20-6,56)	11 (13,9)	0,749	1,17 (0,43-3,15)
40-49	22 (13,9)	0,206	1,72 (0,74-4,01)	24 (30,4)	0,040	2,40 (1,04-5,55)
50-59	38 (24,1)	0,043	2,15 (1,02-4,52)	10 (12,7)	0,324	0,63 (0,25-1,56)
≥ 60	25 (15,8)	1	1	24 (30,4)	1	1
<i>Estado civil</i>						
Casado/união estável	107 (67,7)	0,012	2,67 (1,24-5,75)	50 (63,3)	0,320	1,48 (0,68-3,25)
Solteiro	38 (24,1)	0,096	2,27 (0,86-5,99)	15 (19,0)	0,444	1,51 (0,52-4,39)
Divorciado/viúvo	13 (8,2)	1	1	14 (17,7)	1	1
<i>Autopercepção de saúde bucal</i>						
Excelente	11 (7,0)	0,032	5,42 (1,15-25,37)	3 (3,8)	0,339	2,46 (0,38-15,57)
Muito boa	28 (17,7)	0,043	2,94 (1,03-8,39)	6 (7,6)	0,842	0,87 (0,23-3,23)
Boa	73 (46,2)	0,019	2,96 (1,19-7,34)	33 (41,8)	0,296	1,69 (0,69-4,58)
Regular	36 (22,8)	0,794	1,13 (0,44-2,86)	29 (36,7)	0,676	1,23 (0,45-3,36)
Péssima	10 (6,3)	1	1	8 (10,1)	1	1

* Regressão logística multinomial. Valores em negrito foram estatisticamente significativos ($p < 0,05$). A categoria de referência é: Acesso ≥ 13 meses (n=128). Nota: Nesse desfecho n = 365, pois a categoria “não sabe/não respondeu” foi excluída. Escolaridade, autopercepção da saúde geral, apoio social e ação social foram eliminadas durante a modelagem.

Quando analisada a variável “idade”, “nos últimos seis meses”, não houve diferença significativa entre aqueles com de 40-49 anos comparados aos de ≥ 60 anos ($p = 0,206$), o que indica que indivíduos mais novos procuraram mais o serviço odontológico nos meses destacados. Contrariamente, para acesso “nos últimos 12 meses”, a diferença significativa ocorreu apenas para essa faixa etária, com 2,4 vezes mais chance de os sujeitos dessa idade terem procurado o dentista no período.

Os pesquisados na categoria “casado/união estável” foram os que mais acessaram o serviço nos últimos seis meses (OR = 2,67; IC95%: 1,24-5,75). Por fim, a autopercepção em saúde geral nas categorias altas, como “excelente”, “muito boa” e “boa”, aumentam a chance de acesso recente ao dentista.

DISCUSSÃO

O objetivo desta pesquisa foi avaliar a associação entre CS e acesso aos serviços de saúde médico e odontológico, onde se verificou que a eficácia política esteve associada ao primeiro. Estes achados evidenciam que, de alguma forma, o CS está relacionado ao acesso ao serviço de saúde, e a inclusão das dimensões nas análises, em associação ao referido desfecho é escassa na literatura³³. Ademais, poderá contribuir quanto ao método aqui adotado, uma vez que não existe um padrão bem estabelecido com referência à forma com que o CS é mensurado e interpretado, o que gera inconsistência e inviabiliza conclusões acerca dos seus efeitos sobre o acesso aos serviços de saúde³⁴.

O CS é um constructo complexo e avaliado de diferentes formas nas populações^{8,42}. Pode ser conceituado em níveis individuais e contextuais⁹, e nesta pesquisa elegeu-se o individual, que é definido em termos de recursos e apoio oriundos da rede social do indivíduo¹⁰. Ainda, propôs-se adotar as cinco dimensões do CS, conforme disposto em estudos prévios^{11,12}: confiança social, apoio social, controle social, eficácia política e ação social.

O questionário aqui utilizado tratou-se de parte de um instrumento testado e validado, o qual foi empregado em pesquisa anterior⁴³. Como ferramenta de investigação, os questionários são úteis para pesquisas com grande número de sujeitos, apesar das limitações apontadas, como dificuldade de interpretação de algumas questões⁴⁴, quantidade de questões e tempo despendido para responder. Além disso, as respostas fornecidas podem, não necessariamente, corresponder à realidade e, assim, gerar algum tipo de viés que afeta a interpretação e a generalização dos achados, o que sugere uma limitação. A fim de ser minimizado esse problema, os pesquisadores revisaram o material coletado junto com os participantes, sempre mantendo a imparcialidade nesta etapa.

Não foi o propósito, nesta pesquisa, de ser feita uma discussão acerca das terminologias acesso, acessibilidade e uso de serviços de saúde. É oportuno se destacar o emprego do termo acesso, com base na referência de Andersen²⁹, que o define como a entrada no serviço. Isso justifica a escolha, uma vez que a pergunta norteadora dos desfechos de acesso aos serviços era pontual e não permitia a exploração da continuidade após o ingresso do indivíduo nesse serviço.

Apesar da não inclusão no modelo de regressão, cabe ressaltar a alta participação das mulheres nesta pesquisa (73,2%). Como já confirmada, essa é uma situação comumente encontrada no cenário brasileiro e, pelo fato de a entrega dos questionários ter ocorrido em horário comercial, o que significa que mais mulheres estejam nas residências nesse momento⁴³. Esta maior participação feminina também poder ser entendida como uma limitação que dificultaria a extrapolação dos achados.

Com referências às variáveis explicativas, após ajuste do modelo de regressão para o desfecho de acesso ao serviço médico, a renda

familiar perdeu significância, permanecendo significativas as variáveis: idade, hábito de fumar, autopercepção da saúde geral e eficácia política. Quanto à idade os resultados eram de certa forma previsíveis e corroboram os de Lindström et al.¹⁸, que também abordaram o CS, indicando que os mais jovens acessam menos o serviço médico em comparação aos mais velhos.

Aqueles que não fazem uso de cigarro também procuraram mais o médico. Um estudo de base populacional com mulheres revelou que as fumantes vão menos a consultas médicas⁴⁵. Contrariamente, na literatura há indicações de fumantes indo mais a consultas médicas⁴⁶.

A autopercepção pior da condição de saúde geral (“boa”, “regular” ou “péssima”) favoreceu ambas as respostas de acesso ao médico “nenhuma vez” ou “uma vez”. Provavelmente esses resultados foram decorrentes da pouca frequência avaliada na questão norteadora, visto que autores confirmam que mais acesso a consultas melhora a autopercepção das pessoas em relação à própria saúde⁴⁷.

Em pesquisa realizada por Hendryx et al.¹, em 22 cidades norte americanas os autores não encontraram relação entre o acesso, mensurado pelo recebimento de cuidados médicos nos últimos 12 meses, e as variáveis sociodemográficas. Já o CS, medido pela confiança entre os cidadãos, reciprocidade e engajamento cívico, associou-se ao desfecho. Esses autores concluíram que não foi possível examinar os mecanismos diretos pelos quais o CS pode melhorar o acesso ao serviço médico.

A associação entre acesso a serviços médicos e o CS foi investigada por Lindström et al.¹⁸ em pesquisa com pessoas adultas, onde os autores identificaram que a falta de acesso é maior no grupo com baixa participação social e baixo nível de confiança generalizada. Mctavish et al.¹⁹, em investigação do acesso de gestantes ao serviço de saúde e o CS, avaliado pela qualidade dos recursos que elas podem ter por meio de suas redes sociais, apontaram a existência de uma associação positiva entre os fatores.

Quanto à eficácia política, a única dimensão do CS associada ao serviço médico nessa pesquisa, os valores intermediários se mostraram mais prevalentes e de modo diferente significativamente dos demais, com destaque para o fato de haver 3,3 vezes mais chance de um

indivíduo nessa categoria ter acessado o serviço médico “uma vez” nos últimos 30 dias.

A eficácia política é definida como uma atividade que tem a finalidade de influenciar a ação do governo, afetando diretamente a prática de políticas públicas, ou indiretamente influenciando a escolha de pessoas que fazem essas políticas⁴⁸. Está ligada à participação política e, algumas vezes, é referida como o significado de ser capaz de influenciar o processo político⁴⁹. Nesta pesquisa, na análise descritiva, foi constatada uma frequência na categoria “alta” nesta variável de 36,2% e 37,3%, em relação aos serviços médico e odontológico, respectivamente. Isso indica que, somados os valores das categorias “alta” e “moderada”, a eficácia política reflete certa confiança nos governantes e no sistema político.

Dentro da literatura pesquisada, essa dimensão também foi avaliada por Pattussi et al.⁵⁰, mas com relação à mortalidade como desfecho, sem ter havido resultado significativo com a mesma. No nível de vizinhança altos níveis de mortalidade de adultos estiveram associados com baixa ação social, independentemente das outras variáveis incluídas no modelo multinível.

CS, condições e comportamentos de saúde bucal foram objeto da pesquisa com uma amostra aleatória de 1417 adolescentes realizada por Bezerra et al.¹². Os resultados mostraram que o CS intermediário prevaleceu entre os adolescentes, bem como nas suas dimensões, exceto a ação social onde a maioria teve classificação como baixa. Na presente pesquisa maiores prevalências da classificação “moderada” ocorreram para as dimensões apoio social e ação social.

No trabalho de Vial et al.¹¹ o desfecho analisado foi a violência urbana referida por adultos. O controle social informal e o apoio social, baixos, aumentaram as chances de relatos de violência, como homicídios e discussões. A eficácia política na amostra pesquisada pelos mesmos não teve qualquer diferença significativa. Assim, os autores concluíram que residentes de locais com baixo CS referiram mais o desfecho.

Em relação ao acesso ao serviço odontológico, a procura mais recente se deu pelos jovens (situação contrária ao encontrado com a visita médica), aqueles que estão casados ou em união estável, e que autopercebem sua condição de saúde bucal positivamente. Essa

associação positiva referente à idade e ao estado civil, corrobora os achados de Burr et al.²⁰, que avaliaram o acesso aos serviços odontológicos em um período de 24 meses com pessoas com mais de 51 anos de idade. Os autores apontaram que melhor nível individual de CS aumenta a probabilidade de visita ao dentista, e que os casados procuraram mais esse serviço, o que também está de acordo com os resultados da presente pesquisa.

Para o acesso ao serviço odontológico não houve relação significativa com as dimensões do CS após o modelo ajustado, uma vez que apoio social e ação social perderam poder quando incluídas as demais variáveis. Chi et al.²¹ avaliaram 1800 pessoas quanto à utilização de serviços odontológicos, aferida pela frequência da visita nos últimos 12 meses e o CS, mensurado por suporte social, alavancagem social, controle social informal e participação em grupos. Como resultado o suporte social apresentou associação com os cuidados odontológicos. Contudo, níveis mais elevados desta dimensão aumentaram significativamente as chances de não busca por atendimento odontológico.

Por fim, deve-se mencionar o possível efeito negativo do CS (pontuado como recursos acessados por meio de conexões sociais) sobre a saúde, conforme reportado por Villalonga-Olives et al.⁵¹. Esses autores afirmam que apesar do desenvolvimento crescente de pesquisas em busca de benefícios, o CS tem como consequência negativa o contágio comportamental.

Dadas às características da amostra desta pesquisa, outras investigações podem ser realizadas com vistas a melhorar aspectos do CS que podem exercer, de algum modo, influência sobre o acesso aos serviços de saúde. Mais pesquisas, em nível contextual, poderão extrapolar o impacto dos efeitos apenas individuais aqui incorporados⁵⁰.

CONCLUSÃO

Uma vez que o capital social remete à estruturação da sociedade, em busca de objetivos comuns, permeada por aspectos de confiança e cooperação entre indivíduos de uma comunidade (vizinhança), ele pode auxiliar na elaboração de estratégias por parte do poder público com o

intuito, aqui pesquisado, de melhorar o acesso aos serviços de saúde.

No presente estudo o acesso ao serviço médico foi influenciado pelo CS por meio da eficácia política e esses resultados podem ser úteis para o planejamento de intervenções no Distrito Ferraria, que tem peculiaridades que carecem de atenção.

REFERÊNCIAS

1. Hendryx MS, Ahern MM, Lovrich NP, McCurdy AH. Access to health care and community social capital. *Health Serv Res*. 2002; 37(1): 87-103.
2. Friel S, Marmot MG. Action on the social determinants of health and health inequities goes global. *Annu Rev Public Health*. 2011; 32(1): 225-36.
3. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc saúde coletiva*. 2000; 5(1): 163-77.
4. Artiga S, Hinton E. Beyond health care: The role of social determinants in promoting health and health equity. San Francisco: The Henry J. Kaiser Family Foundation. [citado em 20 Jul 2019]. Disponível em: <http://files.kff.org/attachment/issue-brief-beyond-health-care>.
5. Ahern MM, Hendryx MS. Social capital and trust in providers. *Soc Sci Med*. 2003; 57(7): 1195-203.
6. Macinko J, Starfield B. The utility of social capital in research on health determinants. *Milbank Q*. 2001; 79(3): 387-427.
7. Putnam RD, Leonardi R, Nanetti R. Making democracy work: civic traditions in modern Italy. Princeton: Princeton University Press; 1993.
8. Pattussi MP, Moysés SJ, Junges JR, Sheiham A. Capital social e a agenda de pesquisa em epidemiologia. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(8): 1525-46.
9. Lamarca GA, do C Leal M, Sheiham A, Vettore MV. The association of neighbourhood and individual social capital with consistent self-rated health: a longitudinal study in Brazilian pregnant and postpartum women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013; 13(1): 1-17.
10. Kawachi I, Subramanian SV, Kim D. Social capital and health: a decade of progress and beyond. In: Kawachi I, Subramanian SV, Kim D, editors. *Social capital and health*. New York: Springer; 2008. p. 1-26.
11. Vial EA, Junges JR, Olinto MTA, Machado PS, Pattussi MP. Violência urbana e capital social em uma cidade no Sul do Brasil: um estudo quantitativo e qualitativo. *Rev Panam Salud Publica*. 2010; 28(4): 289-97.
12. Bezerra IA, Goes PSA. Associação entre capital social, condições e comportamentos de saúde bucal. *Ciênc saúde coletiva*. 2014; 19(6): 1943-50.
13. Lochner K, Kawachi I, Kennedy B. Social capital: a guide to its measurement. *Health Place*. 1999; 5(4): 259-70.
14. Rodgers J, Valuev AV, Hswen Y, Subramanian SV. Social capital and physical health: An updated review of the literature for 2007-2018. *Soc Sci Med*. 2019; 236: 112360.
15. Yanjie B, Xiaolei M, Xiaolin L, Xulei M, Xiaoxian G. The emergence of a COVID-19 related social capital: the case of China. *Int J Sociol*. 2020; 50(5): 419-33.
16. Nyongesa MK, Mwangi P, Kinuthia M, Hassan AS, Koot HM, Cuijpers P, Newton CRJC, Abubakar A. Prevalence, risk and protective indicators of common mental disorders among young people living with HIV compared to their uninfected peers from the Kenyan coast: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2021; 21(1): 90.
17. Noguchi-Shinohara M, Hirako K, Tsujiguchi H, Itatani T, Yanagihara K, Samuta H, Nakamura H. Residents living in communities with higher civic participation report higher self-rated health. *PLoS One*. 2020; 15(10): e0241221.
18. Lindström M, Axén E, Lindström C, Beckman A, Moghaddassi M, Merlo J. Social capital and administrative contextual determinants of lack of access to a regular doctor: A multilevel analysis in southern Sweden. *Health Policy*. 2006; 79(2-3): 153-64.
19. McTavish S, Moore S. On est ensemble: social capital and maternal health care use in rural Cameroon. *Global Health*. 2015; 11(33): 1-8.
20. Burr JA, Lee HJ. Social relationships and dental care service utilization among older adults. *J Aging Health*. 2013; 25(2): 191-220.
21. Chi DL, Carpiano RM. Neighborhood social capital, neighborhood attachment, and dental care use for Los Angeles Family and Neighborhood Survey adults. *Am J Public Health*. 2013; 103(4): e88-95.

22. Bastos FA, Santos E, Tovo MF. Capital social e Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. *Saúde Soc.* 2009; 18: 177-88.
23. Moore S, Kawachi I. Twenty years of social capital and health research: a glossary. *J Epidemiol Community Health.* 2017; 71: 513-7.
24. Xue X, Cheng M. Social capital and health in China: exploring the mediating role of lifestyle. *BMC Public Health.* 2017; 17: 863.
25. Prentice JC. Neighborhood effects on primary care access in Los Angeles. *Soc Sci Med.* 2006; 62: 1291-303.
26. Devillanova C. Social networks, information and health care utilization: evidence from undocumented immigrants in Milan. *J Health Econ.* 2008; 27: 265-86.
27. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20(Sup 2): S190-8.
28. SoleimanvandiAzar N, Mohaqeqi Kamal SH, Sajjadi H, Ghaedamini Harouni G, Karimi SE, Djalalinia S, Setareh Forouzan A. Determinants of outpatient health service utilization according to Andersen's behavioral model: A systematic scoping review. *Iran J Med Sci.* 2020; 45(6): 405-24.
29. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995; 36(1): 1-10.
30. Buck-McFadyen E, Akhtar-Danesh N, Isaacs S, Leipert B, Strachan P, Valaitis R. Social capital and self-rated health: A cross-sectional study of the general social survey data comparing rural and urban adults in Ontario. *Health Soc Care Community.* 2019; 27(2): 424-36.
31. Nemet GF, Bailey AJ. Distance and health care utilization among the rural elderly. *Soc Sci Med.* 2000; 50(9): 1197-208.
32. Enos JY, Amoako RD, Doku IK. Utilization, predictors and gaps in the continuum of care for maternal and newborn health in Ghana. *Int J MCH AIDS.* 2021; 10(1): 98-108.
33. Perry M, Williams RL, Wallerstein N, Waitzkin H. Social capital and health care experiences among low-income individuals. *Am J Public Health.* 2008; 98(2): 330-6.
34. Derose KP, Varda DM. Social capital and health care access: a systematic review. *Med Care Res Rev.* 2009; 66(3): 272-306.
35. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Centro de Documentação e Disseminação de Informações Base de informações do Censo Demográfico. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
36. Prefeitura Municipal de Campo Largo. Conselho Municipal de Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano. Plano Diretor do Município de Campo Largo 2016-2026. Processo de Revisão 2015 [Acesso em 10 Jul 2019]. Disponível em: <http://planodiretor.campolargo.pr.gov.br>
37. Lima SAV, Silva MRF, Carvalho EMF, Cesse EAP, Brito ESV, Braga JPB. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis.* 2015; 25(2): 635-56.
38. Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F. Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science.* 1997; 277(5328): 918-24.
39. Stafford M, Bartley M, Mitchell R, Marmot M. Characteristics of individuals and characteristics of areas: investigating their influence on health in the Whitehall II study. *Health Place.* 2001; 7(2): 117-29.
40. Muntaner C, Oates GL, Lynch JW. Social class and social cohesion: a content validity analysis using a nonrecursive structural equation model. *Ann N Y Acad Sci.* 1999; 896: 409-13.
41. Baum FE, Bush RA, Modra CC, Murray CJ, Cox EM, Alexander KM, Potter RC. Epidemiology of participation: an Australian community study. *J Epidemiol Community Health.* 2000; 54(6): 414-23.
42. Shiell A, Hawe P, Kavanagh S. Evidence suggests a need to rethink social capital and social capital interventions. *Soc Sci Med.* 2018; 8: 111930.
43. Cremonese C, Backes V, Olinto MT, Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Neighborhood sociodemographic and environmental contexts and self-rated health among Brazilian adults: a multilevel study. *Cad Saúde Pública.* 2010; 26(12): 2368-78.
44. Jones TL, Baxter MA, Khanduja V. A quick guide to survey research. *Ann R Coll Surg Engl.* 2013; 95(1): 5-7.
45. Dias-da-Costa JS, Koltermann AP, Cappellesso B, Lisowski JF, Bernardelli M, Xavier PB, et al. Características das mulheres que não consultam com médico: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública.* 2018; 52(54): 1-9.

46. Boing AF, Matos IB, Arruda MP, Oliveira MC, Njaine K. Prevalência de consultas médicas e fatores associados: um estudo de base populacional no sul do Brasil. *Rev Assoc Med Bras.* 2010; 56(1): 41-6.
47. Agostinho MR, Oliveira MC, Pinto MEB, Balardin GU, Harzheim E. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2010; 5(17): 9-15.
48. Verba S, Schlozman KL, Brady HE. Voice and equality: Civic voluntarism in American democracy. Cambridge: Harvard University Press; 1995.
49. Caprara GV, Vecchione M, Capanna C, Mebane M. Perceived political self-efficacy: Theory, assessment, and applications. *EJSP.* 2009; 39(1):1002-20.
50. Pattussi MP, Anselmo Olinto MT, Rower HB, Souza de Bairros F, Kawachi I. Individual and neighbourhood social capital and all-cause mortality in Brazilian adults: a prospective multilevel study. *Public Health.* 2016; 134(1): 3-11.
51. Villalonga-Olives E, Kawachi I. The measurement of social capital. *Gac Sanit.* 2015; 29(1): 62-4.