# Artigo Original

# Estilo de vida e Capital Social: reflexões sobre os conceitos e possibilidades de aproximação

**Lifestyle and social capital: reflections on the concepts and**

**possibilities of approach**

**Estilo de Vida e CS**

Número de palavras no resumo: 249

Numero de palavras no abstract: 243

Número de palavras no texto: 4037

Número de referências: 29

Número de ilustrações: 2

Autores:

Mathias Roberto Loch1,2, Regina Kazue Tanno de Souza1

1 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Londrina, PR.

2 Departamento de Educação Física. Universidade Estadual de Londrina, PR.

Autor responsável pelo contato: Mathias Roberto Loch.

Endereço:

Departamento de Educação Física – Centro de Educação Física e Esporte

Universidade Estadual de Londrina

Rod. Celso Garcia Cid PR 445 - Campus Universitário Londrina-PR, Brasil.

CEP 86051-980

Email: mathiasuel@hotmail.com

**Resumo**

O objetivo deste trabalho foi discutir aspectos conceituais relacionados ao estilo de vida e ao capital social (CS), buscando refletir sobre as possibilidades e limitações da aplicação do CS nas políticas públicas que focam a adoção de comportamentos considerados saudáveis, bem como apresentar dados descritivos sobre indicadores de CS na população de um município de médio porte do Paraná, Brasil. Realizou-se estudo transversal de base populacional que incluiu a população de 40 anos ou mais de Cambé-PR. Para este estudo foram considerados dados de 1081 sujeitos. O instrumento de pesquisa foi constituído por um formulário com diversas partes e as de interesse deste trabalho foram as que contemplaram informações referentes aos indicadores de CS. Observou-se que a maior parte dos sujeitos referiu ter pelo menos um amigo próximo (88,3%; 86,7% entre homens e 89,6% entre mulheres), tinha pelo menos uma pessoa que emprestaria dinheiro em caso de necessidade (72,5%; 74,4% homens e 70,9% mulheres), não confiava na maioria das pessoas do bairro (57,9%; 55,3% homens e 60,1% mulheres), percebiam que as pessoas no bairro se ajudavam somente algumas vezes, raramente ou nunca (54,5%; 52,9% homens e 55,8% mulheres), consideravam o bairro moderadamente ou muito pacífico (68,5%; 72,6% homens e 64,9% mulheres) e não tinham tido nenhum tipo de participação comunitária nos últimos 12 meses (51,8%; 51,9% homens e 51,7% mulheres). Levando-se em consideração os aspectos conceituais do CS e do estilo de vida, recomenda-se que as políticas públicas de promoção de comportamentos saudáveis se apropriem da ideia/conceito de CS.

Palavras-chave: Capital Social, Estilo de Vida, Políticas Públicas, Sociedade Civil, Epidemiologia Social, Participação Social.

**Abstract**

The aim of this study was to discuss conceptual aspects related to lifestyle and social capital (SC), seeking to reflect on the possibilities and limitations of the application of CS in public policies that focus on the adoption of healthy behaviors, as well as presenting descriptive data on indicators of CS in respondents representative (n=1081) of the population aged 40 years or more from a mid-size city in southern Brazil. We conducted a population-based cross-sectional study that included the population of 40 years or more. The survey instrument consisted of a form with several parties and the interest of this work were those contemplated information on indicators of SC. It was observed that most of the subjects reported having at least one friend (88.3%; 86.7% men and 89.6% women) had at least one person would lend money in case of need (72.5%; 74.4% men and 70.9% women), did not trust most of the people in the neighborhood (57.9 %; 55.3% men and 60.1% women), realized that people in neighborhood has helped only sometimes, rarely or never (54.5%; 52.9% men and 55.8% women), considered the neighborhood moderately or very peaceful (68.5%; 72.6% men and 64.9% women) and had not had any kind of community participation in the last 12 months (51.8%; 51.9% men and 51.7% women). Taking into account the conceptual aspects of the CS and lifestyle, it is recommended that public policies to promote healthy behaviors take ownership of the idea/concept of SC.

Keywords: Social Capital, Life Style, Public Policies, Civil Society, Social Epidemiology, Social Participation.

**Introdução**

O estilo de vida, enquanto objeto de estudo, talvez seja um dos mais controversos. Se por um lado existe relação entre determinados comportamentos e indicadores de morbidade e mortalidade, por outro, alguns textos trazem importantes reflexões sobre as implicações que o estudo descontextualizado e reducionista deste objeto pode trazer. Em alguns casos a crítica é feita por que algumas algumas vezes o estilo de vida acaba sendo tratado como mera questão de escolha individual.

 Talvez o aspecto mais “criticável” do objeto estilo de vida se dê a partir das suas possíveis implicações biopolíticas. Um dos pontos é o da hiperprevenção, que está ligada à excessiva normatividade prevencionista no âmbito sanitário. Para Castiel, Sanz-Valero e Vasconcellos-Silva (2011)1 é evidente a “dimensão de moral e bons costumes” que prevalece no discurso da promoção da saúde/estilo de vida, inclusive por vezes fazendo com que o discurso sobre as vantagens da vida saudável chegue à grupos que, por diversos aspectos, não tem condições objetivas para atingir tais padrões de comportamento.

Apesar destas interpretações e aplicações questionáveis do objeto “estilo de vida” é difícil negar que, do ponto de vista do planejamento em saúde, o melhor conhecimento dos fatores associados e determinantes dos comportamentos relacionados à saúde pode fornecer elementos para a proposição de estratégias que aumentem as possibilidades de as pessoas terem comportamentos considerados saudáveis.

Assim, um importante desafio para as políticas públicas de saúde se dá no sentido de incorporarem os conhecimentos existentes sobre os fatores determinantes dos comportamentos sem cometer equívocos e simplificações conceituais.

Neste sentido, é possível que a chamada epidemiologia social, que se distingue de outras abordagens por investigar explicitamente os determinantes sociais do processo saúde-doença (muito mais do que simplesmente considerar os aspectos sociais, já que de algum modo, todas as abordagens o fazem)2 possibilite algumas reflexões importantes.

 Um dos conceitos associados à epidemiologia social é o capital social (CS), que está ligado às características da organização social, tais como confiança interpessoal, normas de reciprocidade e redes solidárias, que capacitam os participantes a agir coletivamente e mais eficientemente na busca de objetivos e metas comuns (Pattussi *et al.*, 2006, a partir de Putnam e Coleman)3. Na América Latina este conceito, pelo menos na área da saúde, ainda parece ser pouco explorado. Em um estudo de revisão que incluiu somente investigações realizadas em populações da América Latina e do Caribe, foram identificados somente 11 artigos originais e concluiu-se que a evidência atual permite esboçar, mas não afirmar a relação entre CS e saúde nos países latino-americanos, indicando a necessidade de maior quantidade de estudos para a confirmação ou não da hipótese que o CS teria um papel positivo para a saúde das populações deste continente4.

 Segundo o relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde5, o CS é constituído pelas redes sociais e comunitárias e envolve o conjunto das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos e o desgaste do CS é um mecanismo importante para que as iniquidades sociais e econômicas impactem de forma negativa na situação de saúde das comunidades, inclusive porque os países com mais frágeis laços de coesão social são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, e onde, consequentemente, há menor participação da população na definição de políticas públicas.

Dado este contexto, o objetivo deste trabalho foi discutir aspectos conceituais relacionados ao estilo de vida e ao CS, buscando refletir sobre as possibilidades e limitações da aplicação do CS nas políticas públicas que focam a adoção de comportamentos saudáveis, bem como apresentar dados descritivos sobre indicadores de CS em um estudo de base populacional.

**Métodos**

 Para atingir os objetivos deste estudo dividiu-se o mesmo em duas partes: a primeira diz respeito aos aspectos conceituais do CS e a relação deste com o estilo de vida. A segunda parte apresenta dados descritivos dos indicadores de CS em um estudo de base populacional, que foi realizado um estudo transversal de base populacional (projeto VIGICARDIO – Doenças cardiovasculares no Estado do Paraná: mortalidade, perfil de risco, terapia medicamentosa e complicações), cujos dados foram coletados no primeiro semestre de 2011.

A população de estudo foi constituída pelos moradores da área urbana de 40 anos ou mais de idade do município de Cambé-PR, município localizado na região Norte do Paraná. Em 2010, Cambé tinha 93.733 habitantes6.

Com base na prevalência estimada de 50%, o tamanho da amostra foi calculado considerando margem de erro de 3 pontos percentuais, intervalo de confiança de 95%. Prevendo-se 25% de eventuais perdas e recusas, o cálculo resultou em 1332 entrevistas. Na divisão proporcional entre os setores censitários, a amostra totalizou 1339 indivíduos a serem entrevistados devido à aproximação do número para o próximo inteiro. Maiores informações sobre o processo de amostragem e de outras informações metodológicas, podem ser obtidos em outros trabalhos7, 8.

O instrumento de pesquisa foi constituído por questionário com diversas partes e as de interesse deste trabalho foram as que contemplaram informações referentes ao CS. As perguntas realizadas sobre este tema fazem parte da versão brasileira do Questionário Integrado para medição do CS (QI-MCS)9. A utilização da íntegra do instrumento não foi possível, pois o mesmo conta com 102 perguntas e foi inviável sua aplicação. As perguntas selecionadas possibilitaram o levantamento de indicadores já utilizados em outras investigações10-16 e buscou-se selecionar indicadores de CS cognitivo (ligado às percepções ou expectativas do comportamento social e do senso de comunidade) e do CS estrutural (relacionado à partícipação cívica e política).

Os indicadores de CS avaliados foram: número de amigos próximos, considerando as pessoas com quem a pessoa se sente à vontade para conversar a respeito de assuntos particulares ou chamar caso necessite ajuda, número de pessoas que emprestariam dinheiro em caso de necessidade, a confiança nas pessoas do bairro, a percepção da segurança no bairro a percepção sobre a frequência com que as pessoas no bairro se ajudam e a participação em atividades cívicas ou comunitárias (considerando a participação nos últimos 12 meses em pelo menos uma destas atividades: reunião de conselho, reunião aberta ou grupo de discussão; encontrou, falou ou escreveu para algum político; participou de algum protesto ou demonstração, campanha eleitoral ou informativa, alertou jornal, rádio ou televisão para algum problema local, notificou a polícia para algum problema local).

Todos os procedimentos do estudo foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (parecer 236/10).

**Considerações sobre o conceito de CS e relação com o estilo de vida**

Possivelmente a expressão CS foi utilizada pela primeira vez por Hanifan em 1916, que na ocasião relacionou o CS à aspectos como boa vontade, camaradagem e simpatia17. No entanto, parece ter sido Bordieu o primeiro a realizar uma análise sistemática do conceito, já associando o CS com as redes duráveis de relação que estivessem mais ou menos institucionalizadas e vinculadas a um grupo, como conjunto de agentes que não somente são dotados de propriedades comuns, mas que também são unidos por ligações permanentes e úteis, sendo estas ligações irredutíveis às relações objetivas de proximidade no espaço físico ou no espaço econômico e social. Assim, o volume de CS que um indivíduo possui depende da extensão da rede de relações que ele pode efetivamente mobilizar18, 19.

Foi principalmente a partir da publicação dos trabalhos de Putnam que os estudos sobre CS passaram a aumentar em número e terem maior repercussão17. Em um de seus trabalhos, Putnam investigou a Itália entre os anos 1860 e 1987 e concluiu que o maior desenvolvimento da região Norte daquele país estava associado ao maior engajamento cívico da população em comparação ao menor desenvolvimento e participação da população da região Sul italiana 20.

Evidentemente existem importantes pontos divergentes entre os diversos autores que elaboraram definições ou na abordagem do CS. Apesar de ser o CS um tema já consagrado na academia, seu uso plural acaba suscitando dúvidas metodológicas, o que explica inclusive o fato de que boa parte da produção existente sobre o assunto dedicar-se a explorar seus aspectos conceituais21. Para a mesma autora, apesar de o CS ser um conceito relativamente “elástico”, em geral as definições e abordagens encontradas na literatura possibilitam uma aproximação da ideia geral do conceito e de sua aplicação prática em diversos contextos.

 Ademais, apesar de o CS ter potencial de influenciar aspectos positivos como a democracia, o desenvolvimento econômico e social, etc., a relação do CS com outros aspectos da vida humana precisa sempre ser avaliado em cada contexto, inclusive em função da possível influência negativa que pode exercer. Isso acontece principalmente quando o CS serve de elemento para exclusão ou preconceito em relação às pessoas que não fazem parte de um determinado grupo ou compartilham dos mesmos valores, serve para o desenvolvimento de máfias, gangues ou outros grupos ou organizações sociais indesejáveis, ou ainda quando o discurso do CS é utilizado como forma de transferir para a sociedade responsabilidades que deveriam ser do Estado17, 21.

 Portes (2000)19 menciona que não é correto se atribuir sempre aspectos positivos para a sociabilidade e apresenta duas importantes justificativas para se chamar a atenção para os efeitos negativos do CS. Primeiro para se evitar a concepção errônea de que as redes comunitárias, o controle social e as sanções coletivas sejam sempre intrinsecamente benéficos. Segundo, para manter o estudo do CS livre de afirmações moralistas e determinísticas.

Outra crítica presente tem relação com uma eventual substituição das funções do Estado. Esta crítica ganha força a partir do envolvimento do Banco Mundial com o tema, principalmente a partir dos anos 199021. Neste caso, alguns consideram que, na falta de um Estado forte, capaz de cumprir metas econômicas e sociais, a atenção deveria ser voltada para a sociedade civil, que tendo bons níveis de CS, deveria ser capaz de corrigir distorções do mercado sem necessitar de uma presença tão ativa do Estado. Desse modo, esta crítica se concentra no fato de que a abordagem do CS seria uma maneira de transferir para a sociedade responsabilidades que deveriam ser do Estado. Além disso, a constatação de baixo CS, em determinadas comunidades, poderia levar ao equívoco de simplesmente atribuir a responsabilidade pelos problemas à própria comunidade e aos seus indivíduos.

Há de se destacar ainda o fato de que o CS pode impor restrições à liberdade individual, uma vez que compensa algumas ações e inibe outras. Isso acontece porque de algum modo há a busca de valores normativos e de identidade, que por vezes resultam em exigências excessivas aos membros do grupo. Isto pode reduzir a inovação e a criatividade individual. Assim, surge um dilema entre a solidariedade geral e a liberdade individual17.

Além disso, esta situação poderia gerar a exclusão dos *outsiders*, ou em outras palavras: a cultura do pertencimento a um determinado grupo social pode também excluir e marginalizar os sujeitos que não compartilham dos mesmos valores, o que acabaria por privar o acesso a diversos recursos para parte importante da população. Assim, o CS, ao promover a exclusão dos “diferentes”, pode fomentar a rivalidade e o conflito entre os grupos. Nestes casos desenvolve-se uma espécie de confiança particularizada, que pode gerar CS negativo na forma de racismo, etnocentrismo, intolerância religiosa, etc.17.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito às formas negativas de CS que se manifestam em forma de máfia, organizações terroristas, gangues, jogos de azar, etc. Nestes casos, o CS pode conduzir à discriminação, à exploração e à dominação daquelas pessoas que não têm condições de se proteger de seus efeitos negativos17. Muitos dos indicadores de CS podem estar presentes nestes contextos negativos, por exemplo, a reciprocidade e a confiança entre os membros.

O quadro 1 (adaptado de MATOS, 2009)17 apresenta informações que contrapõem alguns aspectos do CS positivo e negativo. O quadro não tem como objetivo apresentar uma lista exaustiva de contraposições e, ademais, é necessário destacar que algumas vezes as diferenças entre o CS positivo e negativo são sutis.

Estas ponderações são necessárias, inclusive para se evitar o equívoco de assumir que o CS seja sempre positivo, o que poderia induzir a uma simplificação do fenômeno, já que os efeitos do CS, sejam eles positivos ou negativos, sempre ocorrem em condições sociais, institucionais e econômicas específicas e o CS negativo tem maior chance de ocorrer em contextos onde existem desigualdades (de diversos tipos) e assimetria de poder, como mostra o Quadro 1.

**QUADRO 1**

No caso da saúde, existe um exemplo interessante. Estudo realizado na Colômbia observou que em áreas rurais a participação eleitoral e em fóruns comunitários estava inversamente associada à autopercepção de saúde10. Umas das hipóteses apontadas pelos autores é que grupos paramilitares poderiam obrigar a participação comunitária e eleitoral, portanto não sendo esta participação de fato voluntária e democrática, mas sim uma relação de opressão.

Feitas estas ponderações, cresce a importância de que algumas estratégias sejam utilizadas no sentido de buscar diminuir possíveis efeitos negativos do CS. Para Matos (2009)17 a primeira estratégia deve ser “dar voz” aos cidadãos, fortalecendo-os de maneira que possam expressar publicamente seus problemas e necessidades. Deve-se também buscar aumentar a simetria das obrigações entre os membros, já que a igualdade de obrigações tende a reduzir a vulnerabilidade dos membros. Além disso, deve-se buscar valorizar aspectos de uma democracia plural, enfatizando-se normas inclusivas e universais, já que normas restritas podem gerar preconceitos de diversas naturezas.

Evidentemente esta tarefa não é simples. Além do mais, no caso brasileiro há de se destacar alguns pontos, como: a) o fato de ser uma democracia relativamente jovem; b) a existência histórica de um modelo de desenvolvimento econômico que foi responsável pela criação ou manutenção de grandes desigualdades de renda e de poder; c) a existência do crime organizado (que em alguns contextos se desenvolveu pela inexistência ou ineficiência do Estado); entre outros pontos que poderiam ser destacados.

Zaluar (2007)22 observa várias manifestações de CS negativo no contexto brasileiro. Ao mesmo tempo, reconhece que nas últimas décadas ocorreu um importante aumento no número de organizações da sociedade civil voltadas para fins públicos. De qualquer modo, há de se considerar a dinamicidade do CS. Putnam20 afirma que é possível modificar hábitos e valores de forma a produzir CS, porém lembra que estas modificações tendem a acontecer em um prazo longo. Para Portes (2000)19, as redes sociais não são dadas naturalmente, e precisam ser construídas por meio de estratégias orientadas para a institucionalização das relações do grupo.

 Especificamente sobre a relação entre CS e estilo de vida, existem evidências que sujeitos com maior CS tendem a ser mais ativos fisicamente8, 12, 14,16,23, apresentam melhores características da alimentação8, 24 e menor prevalência de tabagismo8,23,25.

 De todos os estudos encontrados que investigaram a relação entre indicadores de CS e algum comportamento relacionado à saúde, apenas dois8, 15 foram realizado na América Latina (Chile), indicando a carência de estudos com esta temática nesta região. No estudo de SAPAG (2010)15 foi observado que a chance de tabagismo era menor entre aqueles que tinham maior confiança nos vizinhos. Porém, não foram observadas associações do tabagismo com a confiança nas organizações, na reciprocidade e integração entre vizinhos, bem como com a participação social. No estudo de Loch (2013)8, que se baseia no mesmo banco de dados do presente trabalho, observou-se que pessoas com maior CS tinham menor prevalência de inatividade física no lazer, baixo consumo de frutas e verduras e tabagismo.

Com relação aos mecanismos pelos quais se dá a relação entre CS e o estilo de vida, vale mencionar que estes não estão plenamente esclarecidos. Kawachi e Berkman (2000)26 apontam três hipóteses: o CS promoveria uma mais rápida difusão da informação, aumentaria a probabilidade de que os comportamentos saudáveis fossem adotados como normas e exerce algum tipo de controle social sobre o comportamento considerando “desviante” da saúde. Vale destacar mais uma vez, principalmente em função deste último ponto como o CS pode gerar situações não desejáveis, como, por exemplo, a exclusão de pessoas que não compartilham de valores semelhantes aos membros do grupo, ou, no caso, que tenham comportamentos diferentes.

Bastos, Santos e Ferreira (2009)27 analisaram a relação entre o CS e o Sistema Único de Saúde (SUS) e destacam que alguns aspectos históricos e políticos do Brasil não possibilitaram a formação de um bom nível de CS na população brasileira, e um dos motivos é o fato de o Brasil ter desenvolvido um modelo de Estado hegemônico perante a sociedade, o que dificulta inclusive que a questão do controle social seja plenamente implementada no SUS. Mesmo considerando estas dificuldades, há de se considerar que o SUS, em função de seus princípios, pode exercer um importante papel fomentador do CS. Ao mesmo tempo, a maior participação da sociedade a partir do controle social pode resultar em uma maior eficiência do sistema.

Assim, considerando que as políticas públicas de promoção da saúde no Brasil tem buscado abordar também a questão das mudanças comportamentais, considera-se que a aproximação destas políticas com o SUS e seus princípios pode ajudar a desenvolver o CS nas comunidades, além de o CS ter um potencial papel de melhoria da eficiência do sistema de saúde brasileiro. Ademais, o fortalecimento das redes e da participação comunitária tem o potencial de contribuir com o “afastamento” do discurso do estilo de vida das criticadas abordagens excessivamente normativas e descontextualizadas.

**Resultados descritivos dos indicadores de CS (Cambé, 2011)**

Do total de 1339 sujeitos elegíveis, 1180 (88,1%) foram entrevistados. Ocorreram 159 perdas (11,9%), das quais 93 por recusa e 66 não foram contatados após, no mínimo, três tentativas em horários e datas distintas. Não houve exclusões, segundo os critérios estabelecidos.

Para a análise do presente estudo, foram excluídos os sujeitos que não responderam a uma ou mais questões relacionadas aos indicadores de CS (n=77), das variáveis de confusão ou dos comportamentos relacionados à saúde (n=22). Assim, a amostra final deste estudo ficou em 1081 sujeitos.

Quanto aos indicadores de CS, observou-se que a maior parte dos sujeitos referiu ter pelo menos um amigo próximo, entendido como aqueles com quem o sujeito se sente à vontade para conversar sobre assuntos particulares ou chamar caso necessite de ajude (88,3%; 86,7% entre homens e 89,6% entre mulheres), tinha pelo menos uma pessoa que emprestaria dinheiro (o equivalente à renda semanal do sujeito) (72,5%; 74,4% homens e 70,9% mulheres), não confiava na maioria das pessoas do bairro (57,9% não concordavam com a afirmação: “pode se confiar na maioria das pessoas que moram neste bairro/localidade”; 55,3% homens e 60,1% mulheres), percebiam que as pessoas no bairro se ajudavam somente algumas vezes, raramente ou nunca (54,5%; 52,9% homens e 55,8% mulheres), consideravam o bairro moderadamente ou muito pacífico (68,5%; 72,6% homens e 64,9% mulheres) e não tinham tido nenhum tipo de participação comunitária (pelo menos nos indicadores investigados) nos últimos 12 meses (51,8%; 51,9% homens e 51,7% mulheres) (Tabela 1).

**TABELA 1**

**Considerações e recomendações**

Este trabalho buscou discutir alguns elementos conceituais do CS e do estilo de vida e apresentar dados descritivos sobre indicadores de CS em um estudo de base populacional, realizado em uma cidade da Região Sul do Brasil. Apesar de ser impossível determinar de maneira precisa o que seria um “baixo” ou “alto” nível de CS, vale destacar que foi observada que mais da metade dos sujeitos não tinham participado de nenhuma atividade comunitária/cívica nos últimos 12 meses, mesmo tendo sido utilizado um critério bastante amplo de participação.

Por outro lado, não se pode desconsiderar que nos últimos anos tem se fortalecido outras formas de CS, e que as mesmas não foram investigadas no presente trabalho. A própria ideia de comunidade em alguma medida é afetada pelas novas possibilidades de comunicação, expandindo os limites geográficos. Em muitos casos, as pessoas podem estar em contato com outras através das redes virtuais, que podem também ter um papel importante enquanto redes de apoio9.

A participação comunitária/cívica pode envolver uma grande gama de atividades: atuação em vários tipos de associações comunitárias, clubes de esporte, lazer e arte, partidos políticos, sindicatos, cooperativas, entre outros. Estas participações tendem a aumentar as possibilidades de cooperação horizontal entre os membros, já que o grau de pertencimento pode promover regras de reciprocidade, redimensionando a confiança e possibilitando colaborações entre os participantes21. A mesma autora argumenta que, em geral, nas sociedades com forte presença do Estado nas áreas econômicas e sociais, caso, por exemplo, dos países escandinavos, há maior confiança dos cidadãos para com o Estado. Esta mesma situação não é observada em muitos países onde não existe esta mesma participação do Estado, e o mesmo acaba sendo visto com certa desconfiança pelos cidadãos.

Do mesmo modo, muitas vezes ocorre a situação inversa: o Estado interpreta a sociedade como inimiga, ao invés de buscar meios para ações baseadas na confiança recíproca, situação esta que muitas vezes resulta em investimentos que não correspondem adequadamente às necessidades da população28.

Em função de suas características e história, o SUS pode exercer um papel importante no fortalecimento da democracia brasileira27, inclusive para que o princípio do controle social, entendido como a participação da comunidade no processo decisório e de fiscalização, seja efetivado. Segundo Bahia *et al.* (2007)29 o chamado Movimento da Reforma Sanitária uniu diferentes movimentos sociais ao redor de alguns objetivos comuns, que acabaram resultando nas diretrizes e princípios do SUS. Assim, não se pode ignorar que o próprio SUS é também fruto de uma organização coletiva importante e pode também ser relevante no sentido de desenvolver o CS entre a população brasileira.

As políticas públicas de promoção de comportamentos saudáveis devem se pautar em estratégias que busquem não a coerção e o excesso de normatização (que pode ter efeitos mais prejudiciais do que benéficos), mas sim um convencimento sobre a importância dos hábitos saudáveis, ao mesmo tempo que preservem as liberdades individuais e criem de fato condições objetivas para que a adoção destes comportamentos seja mais fácil por parte da população.

 Recomenda-se que estas políticas considerem o nível e as características do CS de cada lugar, inclusive implantando ações que contribuam para a criação de sociedades civis mais organizadas. Estas políticas não podem partir do princípio que o CS seja por si só e *a priori* sempre positivo. Não se deve ignorar os possíveis efeitos negativos do CS, que podem ocorrer principalmente quando são aplicadas normas restritas ao invés de valorizadas normas inclusivas e universais.

Além disso, o discurso do CS não deve servir para substituir o papel do Estado. É preciso lembrar que, segundo a Constituição Brasileira, a saúde é considerada um direito de todos e dever do Estado. Evidentemente, este “dever do Estado” pode ser mais bem realizado com a participação das comunidades e sociedades. Outro ponto é não atribuir, exclusivamente, à baixa organização da comunidade e/ou participação dos seus membros a responsabilidade por eventuais problemas. Há de se considerar as características sociais de cada comunidade em uma perspectiva histórica e com uma compreensão não simplista dos fenômenos sociais existentes.

Face à literatura existente sobre promoção da saúde e também a questão do controle social, que é um dos princípios do SUS com estreita relação com o CS, não se pode desconsiderar que o desenvolvimento do CS nas comunidades pode ter um importante papel, e inclusive auxiliar para que políticas públicas mais humanas, democráticas e eficientes sejam de fato efetivadas.

Assim como o CS, que tem potencialmente um aspecto positivo, mas que pode gerar situações e/ou ter implicações negativas, o estilo de vida, enquanto indicador de saúde, necessita sempre ser contextualizado. Se por um lado, não se pode ignorar que muitas vezes o “discurso do estilo de vida” leva a situações indesejadas, como o excesso de normatização, a responsabilização individual e a não consideração de outros determinantes da saúde, por outro, há de se considerar sua importância no contexto da saúde pública, inclusive – mas não somente – em função de sua relação com as doenças crônicas não transmissíveis. Não se pode esquecer que as pessoas não adotam comportamentos somente por causa da saúde. Comportamentos humanos são também representações da cultura e, portanto, apresentam significado.

Assim, feitas as devidas ponderações, considera-se pertinente recomendar que as políticas públicas de promoção de comportamentos saudáveis se apropriem da ideia/conceito de CS. Evidentemente a temática do CS nas políticas/intervenções que focam os comportamentos relacionados à saúde ainda é incipiente e muitos aspectos ainda precisam ser melhor investigados/esclarecidos e que esta pode ser uma temática importante de estudos que auxilie inclusive em uma maior eficiência das intervenções que focam a questão dos comportamentos relacionados à saúde.

# Referências:

# 1. Castiel LD, Sanz-Valero J, Vasconcellos-Silva PR. Das loucuras da razão ao sexo dos anjos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

# 2. Barata RB, Almeida Filho N, Barreto ML. Epidemiologia Social. In: Almeida Filho N, Barreto ML, editors. Epidemiologia e Saúde: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.; 2011. p. 375-85.

# 3. Pattussi MP, Moyses SJ, Junges JR, Sheiham A. Capital Social e a agenda da epidemiologia. Cad Saude Publica. 2006;22(8):1525-46.

# 4. Kripper CE, Sapag JC. [Social capital and health in Latin America and the Caribbean: a systematic review]. Rev Panam Salud Publica. 2009;25(2):162-70.

# 5. Brasil. Comissão Nacional sobre determinantes sociais da Saúde - Relatório Final da Comissão Nacional sobre determinantes sociais da Saúde. 2008.

# 6. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. 2010.

# 7. Souza RKT, Bortoletto MSS, Loch MR, González AD, Matsuo T, Cabrera MAS, et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em pessoas com 40 anos ou mais de idade, em Cambé, Paraná (2011): estudo de base populacional. Epidemiol Serv Saude. 2013;22(3):435-44.

# 8. Loch MR. Associação entre capital social e comportamentos relacionados à saúde: estudo de base populacional. Londrina: Doutorado em Saúde Coleitva. Universidade Estadual de Londrina; 2013.

# 9. Grootaert C, Narayan D, Nylan V, Wookcook JM. Acessado em 2003

# 10. Hurtado D, Kawachi I, Sudarsky J. Social capital and self-rated health in Colombia: the good, the bad and the ugly. Soc Sci Med. 2011;72(4):584-90.

# 11. Lindstrom M. Social capital, desire to increase physical activity and leisure-time physical activity: a population-based study. Public Health. 2011;125(7):442-7.

# 12. Lindstrom M, Hanson BS, Ostergren PO. Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behaviour. Soc Sci Med. 2001;52(3):441-51.

# 13. Mohnen SM, Volker B, Flap H, Groenewegen PP. Health-related behavior as a mechanism behind the relationship between neighborhood social capital and individual health--a multilevel analysis. BMC Public Health. 2012;12:116.

# 14. Mummery WK, Lauder W, Schofield G, Caperchione C. Associations between physical inactivity and a measure of social capital in a sample of Queensland adults. J Sci Med Sport. 2008;11(3):308-15.

# 15. Sapag JC, Poblete FC, Eicher C, Aracena M, Caneo C, Vera G, et al. Tobacco smoking in urban neighborhoods: exploring social capital as a protective factor in Santiago, Chile. Nicotine Tob Res. 2010;12(9):927-36.

# 16. Ueshima K, Fujiwara T, Takao S, Suzuki E, Iwase T, Doi H, et al. Does social capital promote physical activity? A population-based study in Japan. PLoS One. 2010;5(8):e12135.

# 17. Matos H. Capital Social e comunicação: interfaces e articulações. São Paulo: Summus Editorial; 2009.

# 18. Bordieu P. Capital Social - notas provisórias. In: Nogueira MA, Catani A, editors. Escritos de Educação. Rio de Janeiro: Vozes; 1999. p. 65-9.

# 19. Portes A. Capital Social: origens e aplicações na sociologia contemporânea. Sociologia, Problemas e práticas. 2000;33(1):133-58.

# 20. Putnam R. Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro: Editora FGV; 1998.

# 21. D'Araújo MD. Capital Social. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003.

# 22. Zaluar A. A democratização inacabada: fracasso da segurança pública. Estudos Avançados. 2007;21(61):31-49.

# 23. Ball K, Jeffery RW, Abbott G, McNaughton SA, Crawford D. Is healthy behavior contagious: associations of social norms with physical activity and healthy eating. Int J Behav Nutr Phys Act. 2010;7:86.

# 24. Johnson CM, Sharkey JR, Dean WR. Eating Behaviors and Social Capital are Associated with Fruit and Vegetable Intake Among Rural Adults. J Hunger Environ Nutr. 2010;5(3):302-15.

# 25. Lindstrom M, Moghaddassi M, Bolin K, Lindgren B, Merlo J. Social participation, social capital and daily tobacco smoking: a population-based multilevel analysis in Malmo, Sweden. Scand J Public Health. 2003;31(6):444-50.

# 26. Kawachi I, Berkman L. Social Cohesion, Social Capital and Health. In: Berkman L, Kawachi, I., editor. Social Epidemiology. Oxford: Oxford University Press; 2000.

# 27. Bastos FA, Santos E, Ferreira M. Capital Social e Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Saúde e Sociedade. 2009;18(2):177-88.

# 28. Baquero M, editor. Democracia, participação e capital social no Brasil hoje. Rio de Janeiro: Cebes; 2010.

# 29. Bahia L, Costa NR, Van Stralen C. A saúde na agênda pública: convergências e lacunas nas pautas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais. . Cien Saude Colet. 2007;12(Supl.):1791-818.

Quadro 1 – Diferenças entre o Capital Social positivo e negativo (adaptado de MATOS, 2009)17.

|  |  |
| --- | --- |
| **CS Positivo** | **CS Negativo** |
| **Condições e contextos** |
| Contexto de maior igualdade, inclusão e paridade entre indivíduos e grupos. | Contexto de desigualdade material e social, exclusão e intolerância. |
| Condições básicas para a existência de políticas redistributivas, justiça social e direitos fundamentais. | Condições que perpetuam uma distribuição injusta de recursos entre indivíduos e grupos. |
| Condições para o fortalecimento político dos cidadãos. | Grupos e indivíduos em situação de vulnerabilidade. |
| Normas inclusivas e universais. | Relações de poder e opressão. |
| Esferas públicas plurais e robustas. | Ausência de esferas públicas inclusivas. |
| **Princípios e Valores** |
| Redes associativas caracterizadas pela confiança, reciprocidade e normas socialmente partilhadas | Relações baseadas na desigualdade de poder e na autoridade do mais forte. |
| Igual oportunidade para influenciar debates públicos e processos decisórios | Pouco incentivo às deliberações inclusivas e fraca capacidade de resistir às opressões. |
| Interações voltadas para o entendimento recíproco e publicamente justificáveis | Interações voltadas para a persuasão e obtenção de ganhos pessoais, sendo publicamente injustificáveis (baseadas na barganha e na corrupção). |
| Tolerância e reforço da comunidade | Reforço de particularismos e negligência quanto ao bem-estar coletivo. |
| Instituições que facilitam o acesso coletivo aos recursos | Concentração de recursos e de poder. |
| Autonomia e liberdade | Normas rígidas que reforçam um nível reduzido de iniciativa individual e restringem a liberdade. |
| Reconhecimento social amplo | Exclusão dos *outsiders.* |
| **Consequências e condições de retroalimentação** |
| Aumento do grau de cooperação, reciprocidade e confiança | Aumento do sectarismo e da discriminação. |
| Solidariedade | Presença de grupos rígidos e exclusivistas. |
| Desenvolvimento da democracia | Aumento da corrupção e do ceticismo. |
| Aumento da densidade das redes interativas e conversacionais | Rivalidades étnicas, religiosas e culturais. |
| Maior engajamento cívico e participação política | Descrença na política e nos políticos. |
| Aprimoramento dos níveis cognitivos e educacionais | Crescimento do clientelismo. |

Tabela 1: Indicadores de Capital Social (total e estratificando por sexo) (n=1081).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Variável | Todos | Homens | Mulheres |
|  | n | % | n | % | n | % |
| **Número de amigos** |  |  |  |  |  |  |
|  Quatro ou mais | 534 | 49,4 | 290 | 58,4 | 244 | 41,8 |
|  Um a três | 420 | 38,9 | 141 | 28,4 | 279 | 47,8 |
|  Nenhum | 127 | 11,7 | 66 | 13,3 | 61 | 10,4 |
| **Dinheiro emprestado** |  |  |  |  |  |  |
|  Cinco ou mais | 187 | 17,3 | 108 | 21,7 | 79 | 13,5 |
|  Três ou quatro | 200 | 18,5 | 92 | 18,5 | 108 | 18,5 |
|  Uma ou duas | 397 | 36,7 | 170 | 34,2 | 227 | 38,9 |
|  Nenhuma pessoa | 297 | 27,5 | 127 | 25,6 | 170 | 29,1 |
| **Confiança nas pessoas**  |  |  |  |  |  |  |
|  Confia totalmente | 243 | 22,5 | 124 | 24,9 | 119 | 20,4 |
|  Confia em parte | 212 | 19,6 | 98 | 19,7 | 114 | 19,5 |
|  Não confia nem desconfia | 77 | 7,1 | 33 | 6,6 | 44 | 7,5 |
|  Não confia em parte | 252 | 23,3 | 112 | 22,5 | 140 | 24,0 |
|  Não confia totalmente | 297 | 27,5 | 130 | 26,2 | 167 | 28,6 |
| **Frequência com que as pessoas no bairro se ajudam** |  |  |  |  |  |  |
|  Sempre ajudam | 310 | 28,7 | 145 | 29,2 | 165 | 28,3 |
|  Quase sempre | 182 | 16,8 | 89 | 17,9 | 93 | 15,9 |
|  Algumas vezes | 296 | 27,4 | 126 | 25,4 | 170 | 29,1 |
|  Raramente | 202 | 18,7 | 98 | 19,7 | 104 | 17,8 |
|  Nunca | 91 | 8,4 | 39 | 7,8 | 52 | 8,9 |
| **Segurança no bairro** |  |  |  |  |  |  |
|  Muito pacífico | 296 | 27,4 | 158 | 31,8 | 138 | 23,6 |
|  Moderadamente pacífico | 444 | 41,1 | 203 | 40,8 | 241 | 41,3 |
|  + ou – | 145 | 13,4 | 60 | 12,1 | 85 | 14,6 |
|  Moderadamente violento | 157 | 14,5 | 60 | 12,1 | 97 | 16,6 |
|  Muito violento | 39 | 3,6 | 16 | 3,2 | 23 | 3,9 |
| **Participação comunitária** |  |  |  |  |  |  |
|  Sim | 521 | 48,2 | 239 | 48,1 | 282 | 48,3 |
|  Não | 580 | 51,8 | 258 | 51,9 | 302 | 51,7 |