

Artigo Original

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) na perspectiva social: a análise de redes, capital e apoio social

National Program for Tobacco Control (NPTC) in social perspective: network analysis, capital and support

Paulo Cesar Moreira Campos^{1,2,3}, Marcia Gomide^{4,5,6}

Resumo

Em 1986, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). Teve como objetivo prevenir o início da utilização de derivados do tabaco entre crianças e adolescentes, assim como estimular o abandono do fumo entre os já dependentes. Apesar da contínua queda dessa prevalência desde então, vem se observando sinais de retomada desses números. Visto ser o tabagismo uma doença de “contágio social” e não infeccioso-biológico, busca-se refletir sobre a atuação do PNCT perante as recidivas. Toma-se como amparo de diálogo pressupostos advindos da teoria de análise de redes sociais (ARS) e do capital social no contexto do apoio social, com suporte de alguns exemplos fictícios. Conclui-se que o investimento do PNCT em redes de apoio e na inserção do indivíduo nelas, estimulando-os ao estabelecimento de suas próprias redes pessoais, são condições fundamentais para o aumento do capital social do tabagista e, conseqüentemente, para a prevenção de recidivas.

Palavras-chave: avaliação de programa; tabagismo; análise de redes sociais; capital social; apoio social.

Abstract

In 1986, the Ministry of Health launched the National Program for Tobacco Control (NPTC) that aimed to prevent the early use of tobacco among children and adolescents, as well as encourage smoking cessation of those already dependent. Despite the continued decline in prevalence since then, there have been signs of recovery of these numbers. Since smoking is a sign of “social contamination” and is not infectious-biological, we sought to assess the NPTC actions towards these relapses. The assumptions taken from social networks analysis (SNA) theories and social capital in the context of social supported by fictitious examples are used to support the discussion. In conclusion, the NPTC investment on support networks and the individual's insertion in these, encouraging them to establish their own personal networks, are essential prerequisites to increase the social capital of the smokers and therefore preventing relapses.

Keywords: program evaluation; smoking; social network analysis; social capital; social support.

¹Instituto Fernandes Figueiras (IFF/Fiocruz) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fundação Instituto Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵Université Toulouse II - Le Mirail – Toulouse, França.

⁶Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Trabalho realizado no Instituto de Estudos de Saúde Coletiva (IESC) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: Marcia Gomide – Avenida Horácio Macedo, s/n, Ilha do Fundão – Cidade Universitária – CEP: 21941-598 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil – Email: gomide@iesc.ufrj.br

Fonte de financiamento: Bolsa doutorado CAPES.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

Este artigo tomará como amparo de diálogo os pressupostos advindos da teoria de análise de redes sociais (ARS) e do capital social em seu contexto de apoio social. O cenário do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), objeto dessa análise, fornece o contexto demonstrativo ideal à realização de nosso intento, visto que lida com uma doença de “contágio social” e não infeccioso-biológico. A breve averiguação bibliográfica, com o intuito de buscar investigações que abordassem os temas redes sociais, apoio social e capital social já indica tanto uma preocupante tendência a novos casos como descortina um ângulo pouco valorizado nas pesquisas, de balde sua importância.

A conjugação desses temas serviu de aporte dialético sincrônico, inclusive, porque rede e apoio social são dois constructos utilizados regularmente para a avaliação de capital social. Formam assim uma tríade quase indissociável: o método e a lógica da argumentação procedente da ARS, a contextualização e a estrutura provenientes do apoio social e o aporte teórico que fundamenta o capital social, demonstrando a variação do potencial do indivíduo tabagista no aproveitamento da estrutura da rede. Nessa perspectiva discursiva, quando necessário, exemplos fictícios, bem como conceitos, serão apresentados de modo a estear a análise dessa “tríade” conjuntural. Tal composição dirigirá as argumentações em prol da verificação de funcionamento do PNCT no que diz respeito às discrepâncias entre seus preceitos e a realidade, visto ser ainda um programa relativamente jovem e passível de ajustes.

Em torno do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e seu contexto

No ano de 1986, o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional do Câncer (INCA), lança o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), tendo como objetivo prevenir o início da utilização de derivados do tabaco entre crianças e adolescentes, assim como estimular o abandono do fumo entre os já dependentes dele¹. Desde então, apesar da contínua queda de sua prevalência, o tabagismo mostra-se ainda importante em algumas regiões e entre populações em estado de fragilidade social².

Sendo uma doença crônica, resultado da dependência química à droga nicotina (Código Internacional de Doenças – CID10 1997, da OMS), o tabagismo pode causar câncer, doenças cardiovasculares, enfisema e outras patologias³. Além disso, é sabido que o tabagismo passivo também aumenta o risco de câncer, infarto, infecções respiratórias, dentre outros agravos³.

O tabagismo está entre os principais determinantes de saúde. Segundo a World Health Organization⁴, 5 milhões de mortes são resultantes do tabagismo no mundo, por ano; 200 mil mortes no Brasil, por ano; sendo que cerca de sete pessoas morrem por dia devido ao tabagismo passivo no país⁴.

Segundo o Ministério da Saúde⁵, a epidemia de tabagismo no Brasil, apesar da redução geral nesses últimos 20 anos, apresenta prevalências maiores nas capitais brasileiras de regiões mais industrializadas, para ambos os sexos. A prevalência é maior entre homens e a razão de prevalência por sexo (homem/mulher), entretanto, é menor nas regiões Sudeste e Sul, possivelmente apontando para um aumento de consumo de tabaco no grupo feminino nessas regiões. A prevalência também é maior entre jovens dessas regiões, mostrando que nas regiões mais urbanizadas está havendo um aumento de consumo preocupante⁵.

Em vista dessa situação alarmante, o Ministério da Saúde publicou, em 5 de abril de 2013, a Portaria n. 571, que moderniza as diretrizes para o cuidado ao indivíduo tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS)⁶. Tal portaria revoga a portaria n. 1.035/GM/MS, de 31 de maio de 2004, bem como a portaria SAS n. 442, de 13 de agosto de 2004. Com isso, novas diretrizes sobre a adesão ao PNCT, a programação para aquisição da medicação e as responsabilidades são estabelecidas. A coordenação nacional, tal como a sua referência técnica, continuam sob a responsabilidade do Instituto Nacional do Câncer – INCA que, junto às coordenações estaduais e municipais, acompanha a implementação do Programa de Controle do Tabagismo².

As atuais diretrizes do PNCT são: (a) reduzir a iniciação do consumo de tabaco, (b) proteger a população contra os riscos do tabagismo passivo, (c) reduzir a aceitação social do tabagismo, (d) aumentar o acesso ao tratamento do fumante, (e) controlar e monitorar os produtos derivados do tabaco e (f) monitorar as tendências de consumo/estratégias da indústria. Para tal, o PNCT tem seus objetivos estratégicos fundamentados em três pilares: (i) prevenção da iniciação, (ii) promoção da cessação e (iii) proteção ao tabagismo passivo/ambientes livres-abertos².

Para que se alcançar esses objetivos é previsto que sejam promovidas ações de educação e informação, tratamento para a cessação do tabagismo em unidades do SUS, estabelecimento de redes de cooperação e parcerias, visando à descentralização do atendimento, o estabelecimento de leis e regulação de produtos do tabaco, vigilância (monitoramento) e mobilização/controle social².

No entanto, para manutenção de tais objetivos, o PNCT depara-se com grandes desafios, tais como a necessidade de desenvolvimento de estratégias direcionadas à redução do tabagismo entre mulheres, entre a população de menor renda e escolaridade, bem como a identificação de mecanismos que erradiquem a experimentação entre adolescentes². Outros desafios referem-se à distribuição de produtos do tabaco, como o mercado ilegal, responsável por 30% do consumo nacional, facilitando a acessibilidade (preços menores) e a capilaridade dos pontos de venda unitária. Além disso, a insistência da indústria do tabaco para contornar a legislação a partir de

ações judiciais, *lobby*, e o chamado *marketing* “social” também exigem atenção, principalmente no que tange à proteção das políticas públicas à interferência contundente dessa indústria, já que se relaciona ao controle social⁷.

Esses desafios demandam esforços conjuntos urgentes dos vários setores envolvidos, notadamente aqueles capazes de identificar os elementos propulsores de elevação do número de casos. A identificação de tais determinantes requer que se investigue não só a diversidade de motivações pessoais mas, também, ou mesmo primeiramente, que se avaliem as condições operacionais do PNCT para receber e acompanhar seu público-alvo. Sabidamente, esse público-alvo tem a particularidade de se deixar “contagiar” por meio das interações sociais em função de contextos propícios, transformando indivíduos suscetíveis em tabagistas. Destarte, é de fundamental importância considerar os determinantes sociais sobre a saúde desses indivíduos^{8,9}.

O contágio social no contexto do PNCT: indícios de um caminho

Desde meados dos anos 1970 se considera que o ambiente social, através de inúmeros mecanismos, age sobre comportamentos individuais relativos a saúde¹⁰, estabelecendo normas comportamentais e reforçando o controle social¹¹. A difusão insuficiente de informações que propiciem a adoção de comportamentos saudáveis pode ser considerada fator de “risco extra”^{8,12}, já que as relações sociais são um elemento relevante na preservação da saúde¹³.

Considerando que o PNCT atua combatendo um fator de risco altamente previsível, cujo tratamento tem ótimo custo-efetividade no referente aos cuidados em saúde, e que sua expansão resulta de estratégias de mercado e da interferência desse nas medidas para redução do tabagismo, o aumento geral de aproximadamente 50% no índice de cessação de uso de tabaco, em todas as capitais apontadas pelo Ministério da Saúde⁵, pode ser resultado das ações intersectoriais (legislativas, econômicas e educativas) então implementadas pelo Ministério da Saúde. E, sendo assim, todo esforço deve ser viabilizado em direção à continuidade da cessação.

Como o tabagismo relaciona-se sobremaneira ao comportamento social, é importante que o usuário do PNCT tenha acesso a um serviço que proponha caminhos de comunicação em rede adequado a esse comportamento social. Isso facilitaria a adesão ao programa e, conseqüentemente, poderia auxiliar no controle dos casos. A identificação dessas redes no PNCT e seus componentes possibilitaria sugerir alterações, ou indicar falhas visando uma maior eficiência do programa e à diminuição de novos adeptos, uma vez que o estabelecimento insuficiente da rede de atendimento do PNCT pode ser também corresponsável pelo atual cenário.

Nessa lógica, as redes têm papel preponderante, sobretudo quando relacionadas ao enfoque do capital social e do apoio social. Entretanto, antes de encetar-se tal aporte dialético sincrônico, importa destacar que o termo *rede* aparecerá com diferentes significados relativos ao que representa em análise de *redes* sociais e como *rede* de apoio social.

■ PERCURSOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

Como trata-se aqui de uma exposição dialética, embasamo-nos no aporte teórico da proposta tríade. Iniciamos tal percurso fundamentando-o por meio de breve averiguação bibliográfica de suporte ao tema em questão. A essa, seguiu-se o delineamento e aplicação de cada um dos três eixos temáticos da tríade. A partir destes recursos teóricos foram elaborados dois cenários apresentados em forma de casos e representados esquematicamente por sociogramas. Esses, quando comparados e analisados à luz dos pressupostos teóricos, permitiram refletir sobre a coerência da proposta vigente do PNCT.

Redes e tabagismo: breve averiguação bibliográfica

Foi realizada um breve exame bibliográfico cujo intuito foi buscar investigações que abordassem os três temas norteadores dessa discussão, relacionando-os ao tabagismo sem contudo intencionar sistematizar uma revisão bibliográfica aos moldes atuais, nem exaurir o tema, simplesmente tentando verificar o potencial embutido no contexto de interesses da presente reflexão. Para tanto, foi definido o espaço temporal dos últimos 15 anos. Tal limite considerou a evolução das políticas públicas sobre tabagismo, iniciadas na década de 1990.

Assim, foram utilizadas as bases PUBMED e BV, sendo somente considerados os artigos de acesso gratuito. A intenção foi a de aceder artigos adquiríveis pelo maior número de interessados possível. Encontrou-se um total de 89 artigos, utilizando-se os descritores *social networks health AND smoking*, *social capital health AND smoking* e *social network analysis AND smoking*. Pela leitura dos correspondentes resumos, 46 abordavam o tabagismo, 38 versavam sobre redes sociais no entendimento ampliado do termo, ou seja, uma mescla de sentidos, sendo 26 sobre apoio social, 15 sobre capital social e 10 sobre ARS.

Enfim, 18 artigos de interesse direto para o tema foram selecionados. Dois abordam a utilização da ARS na avaliação de serviços de saúde incluindo redes de controle^{14,15}. Dos outros dezesseis artigos, oito tratavam de abordagens feitas com indivíduos¹⁶⁻²³, cinco discutiam a questão sob a óptica de comunidades²⁴⁻²⁸ e três abordavam questões dos serviços e sistemas de saúde^{29,30}. Esses trabalhos buscaram investigar o efeito da rede social, do apoio social e do capital social, tanto em desfechos de ações em saúde^{16,18,19,21,24,25}, quanto em programas de combate ao tabagismo^{29,30}, controle da hanseníase¹³, em empresas²³ e comunidades religiosas²⁶.

Os demais artigos³¹, apesar de não se relacionarem diretamente ao tema tabagismo, contêm importantes sistematizações conceituais para a aplicação da ARS, (como, por exemplo, os de Christakis e Fowler)^{32,33}, e indicam um crescente interesse pelo tema da aplicação da ARS a questões relacionadas à saúde, dos EUA à China, notadamente a partir de 2010³⁴⁻³⁶. Do mesmo modo, as investigações brasileiras, que apesar de não serem numerosas vêm se mostrando constantes³⁷⁻⁴².

Além dessas, há investigações que tratam de moradores de pequenas localidades específicas⁴³⁻⁵⁰, enquanto outros trabalham as relações interpessoais de grupos profissionais como enfermeiras ou funcionários públicos⁵¹⁻⁵⁶. As investigações feitas em serviços tiveram o intuito de avaliá-los⁵⁷⁻⁶², assim como a utilização deles por parte de seus usuários⁶³.

Essa averiguação concisa a partir de bases de dados abertas já indica que o tema, apesar de não discutido intensamente no Brasil, parece estar em interessante expansão, mesmo que ainda timidamente. Entretanto, a produção brasileira em ARS se faz presente também por meio de livros, tendo como exemplo publicações de coletâneas^{64,65} que tratam também das redes na saúde. Esse cenário por si só reforça a necessidade de se voltar a atenção ao tabagista e sua relação com o social nas diferentes redes de ação. E como demonstra essa breve verificação, há disponíveis e variados grupos de pesquisas gerando significativos conhecimentos com bases teóricas e metodológicas que, mesmo que o tema-problema não seja exatamente o mesmo, podem ser muito úteis para as pesquisas sobre a saúde e as redes sociais.

■ AS REDES E A ANÁLISE DE REDES SOCIAIS: ALGUNS CONCEITOS E APLICAÇÃO DO MÉTODO

A palavra rede origina-se de *retis*, que tem o significado em latim de fios entrelaçados com aberturas regulares os quais formam uma espécie de malha⁶⁶. Vem sendo usada em diversas situações⁶⁷ que variam de acordo com a área do conhecimento, porém com similaridades, se desenvolvendo a partir do aporte teórico da Sociologia, Antropologia, Matemática e Psicologia⁶⁸.

A análise de redes sociais (ARS) é o instrumento indutivo de investigação social que permite qualificar e quantificar as relações entre os indivíduos³¹ e a influência de cada indivíduo sobre a rede⁶⁹. Consiste em um método que considera a diversidade e o caráter autônomo de cada pessoa⁶⁹. Ainda segundo o autor, propicia tratar a comunicação sob a óptica dos processos e dos relacionamentos. Tais processos estabelecem laços que buscam trocas para atingir um objetivo comum⁷⁰. Para Mendes⁷⁰, a rede, no contexto da saúde, pode ser considerada um fenômeno em função da sua diversidade conceitual e de uso, sendo a gama de possibilidades de sua utilização como ferramenta de análise bastante variada.

Uma dessas variações se refere a sua aplicação na análise da associação entre a posição que ocupa um indivíduo na rede social e a obtenção de recursos nela existentes^{71,72}. Recursos

são quaisquer elementos materiais ou imateriais disponíveis nas redes, os quais permitem aos que deles se apropriam ou utilizam conquistar oportunidades, ou ser mais requisitado gerando algum tipo, ou grau de poder⁷¹. Assim, o envolvimento em redes sociais fornece várias formas de apoio, notadamente o social, que podem atuar como fator protetor para o estresse⁷². Ainda segundo os autores, a influência social das redes funcionaria através da indução por pares na adoção de hábitos saudáveis. O engajamento social viabiliza oportunidades para desenvolvimento de novos saberes e habilidades e estabelece vínculos e senso de pertencimento. O acesso a recursos materiais e serviços que geram oportunidades a membros de grupos em um mesmo ambiente eleva, portanto, o status social. Essa associação influenciaria a saúde pelo sentimento positivo de ser privilegiado e por reduzir o estresse⁷³.

Nessa associação e em particular no que se refere aos programas no âmbito do SUS, segundo Gameiro⁷⁴, a teoria das redes sociais tem muito a contribuir. Já que ela representa um modelo de análise baseado na prática diária, possibilitaria, se aplicado, identificar os significados para as motivações do agir dos indivíduos⁷⁴. Em síntese, pelo ângulo das vantagens ao tabagista, um programa de apoio norteado pela lógica da organização em redes poderia aumentar, ao menos em tese, as chances de esses indivíduos se sentirem fortalecidos e amparados. Tal sentimento pode ser a chave para a adesão ao PNCT. E, pelo subsídio da ARS, essa serviria como aporte norteador ao acompanhamento do programa, dando-lhe a perspectiva de análise da influência das relações no resultado das ações programáticas⁷⁵.

Nesse sentido, a capacidade de verificação desse processo de inserção e apropriação dos recursos disponíveis na rede facilitaria a gestão e a tomada de decisão quanto a adaptações necessárias à manutenção do tabagista no programa, garantindo o apoio social. Para Bowling⁷⁶, a rede social é a estrutura que torna possível a disponibilização dos recursos provenientes do apoio social.

Apoio social: aportes em consideração

Apoio social é definido por Valla⁷⁷ como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecido por grupos e ou pessoas de conhecimento próximo que resultarão em emoções e/ou comportamentos positivos; portanto desempenha papel importante, retroalimentando as redes sociais e o sentimento dos indivíduos com relação a eles próprios.

Para Williams et al.⁷⁸, apoio social tem como condição fundamental a presença de relações sociais, variáveis em função da estrutura, força e tipo, e de acordo, tais como reciprocidade, acessibilidade e confiança. Essas relações vão fornecer aos indivíduos acesso aos mais variados tipos de recurso, tais como emocionais, materiais, cognitivos e de inclusão. Esses são, como visto acima, oriundos de laços sociais. Podem resultar

em impactos positivos ou não, já que são influenciados pela percepção individual de quem oportuniza e recebe o apoio. Segundo Cohen e Wills⁷⁹, o apoio social pode ser classificado em tangível, estima e apoio de pertencimento. O primeiro está voltado para a percepção da disponibilidade de ajuda material, enquanto os outros dois subdomínios são voltados para o apoio emocional. Por conseguinte, uma vez sentindo-se inserido e apoiado na rede, o indivíduo terá mais chances de obter aí recursos que elevarão seu capital social.

Capital social: aproximação teórico-metodológica à ARS

Putnam⁸⁰ define capital social como atributos necessários a organização da sociedade, tais como: confiança, normas e redes de relacionamento que facilitam ações conjuntas de atores sociais e, por conseguinte, melhoram a eficiência dessa como um todo. O capital social tem, destarte, importante impacto sobre a saúde, visto que a qualidade das relações sociais está associada a várias enfermidades, sendo considerado um importante determinante social para a saúde⁸¹⁻⁸³.

Eriksson⁸⁴ afirma que um indivíduo inserido em redes tem mais chances de acesso a diferentes formas de capital social e o envolvimento em diferentes redes resulta na criação de normas de reciprocidade e, conseqüentemente, confiança entre pessoas. Isso porque o capital social propicia os mecanismos de apoio social, influência social, engajamento social, contato pessoa a pessoa e acesso a recursos e bens materiais. Notadamente, trata-se de um processo de retroalimentação, onde as influências mútuas garantem a continuidade do evento. Cessando a relação, há o empobrecimento ou ruptura do processo.

Por isso é importante que o PNCT seja pensado em rede e avaliado em rede, inclusive porque, atualmente, a sociedade e as organizações se baseiam nas redes⁸⁵. E como os tabagistas se espelham no grupo, estar na rede social de um programa organizado em rede, contemplado por uma estrutura de apoio social, lhe conferiria maiores chances de aumentar seu capital

social. Tal possibilidade influenciaria positivamente a saúde, através da maior chance de adoção de estilos de vida saudáveis^{72,86}.

Aplicação: exemplos fictícios

Para fins de melhor compreensão, apresentam-se a seguir dois casos fictícios. No primeiro deles, caso 1, um indivíduo recém-chegado ao PNCT é inserido em uma organização definida em rede com apoio social. No caso 2, esse mesmo indivíduo ingressa em um PNCT cuja organização não se baseia no acompanhamento em rede. Ambos os casos são retratados por sociogramas. Sociogramas são representações gráficas das redes sociais. As linhas que ligam as figuras circulares representam as ligações, ou laços, existentes na rede. Com fins didáticos e para maior clareza, foram indicadas apenas as ligações relativas ao novo usuário do sistema, não querendo significar que as demais pessoas não tenham laços. As figuras geométricas retratam a unidade de saúde (retângulo), com o novo usuário do sistema representado pela linha mais espessa e ao centro. O losango simboliza o espaço do grupo de apoio aos tabagistas. Dentro desse, em pontilhado, estão figurados outros frequentadores do grupo de apoio e, em linha fina, os profissionais. O hexágono estampa outra unidade básica de saúde, que poderia ser uma unidade de referência ou outro tipo de apoio.

Caso 1: Representando um programa estruturado em rede, no sentido de ofertar automaticamente ao usuário do sistema um roteiro de acompanhamento, favoreceria a rápida inserção dele no programa. Sem precisar que ele encontre por conta própria o prosseguimento à ajuda que necessita. A inserção automática no roteiro em rede diminuiria as chances de desistência e conseqüentemente favoreceria a aderência ao programa. Uma vez inserido, os profissionais proporcionariam o estabelecimento de laços em um ambiente de confiança. Quanto mais ligações forem estabelecidas, mais chances ele terá de, em se afinando com os demais, acessar recursos e seguir a conduta do grupo (Figura 1).

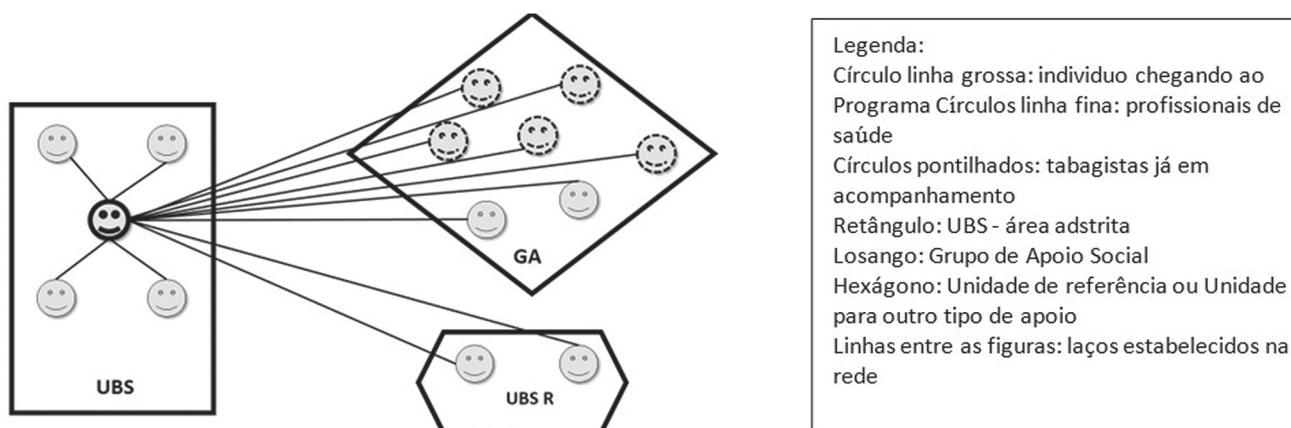


Figura 1. Caso 1. Serviço organizado em rede – com rede de apoio resultando em rede social; estão indicadas apenas as ligações do recém-chegado à UBS

Caso 2: Nessa situação os serviços ofertados são os mesmos, mas não existindo a organização em rede. Caberia ao novo usuário, escolher, agendar e encontrar o grupo de apoio, já que a UBS de sua região adstrita não é estruturada em rede (Figura 2).

Como já apontado acima, a doença do tabagista adquirida, em grande parte, pelo “contágio social”, também é mais facilmente tratada pela via social. Entretanto, sendo muitas vezes recalcitrantes, não têm ímpeto de dar sequência ao tratamento se for a eles repassada a responsabilidade de complementar seu tratamento, seja por agendamentos *on-line*, seja buscando livremente por grupos de apoio, por exemplo. Essa tarefa extra aumenta a chance de não haver continuidade e minimiza para o tabagista a chance de estabelecer laços. Portanto, ele terá menos condições de encontrar o apoio coletivo de que necessita para seu tratamento. Uma rede com poucos laços fornecerá menos acesso a recursos, mingando seu capital social.

O PNCT em discussão

O estabelecimento insuficiente da rede de atendimento do PNCT pode, portanto, contribuir para o atual cenário epidemiológico, no qual se verifica uma redução menor do tabagismo entre mulheres, mantendo-se no patamar de 12% no período entre 2006 e 2010, ao passo que entre os homens caiu de 20,2% para 17,9%. Também preocupante é o fato de que, segundo o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), em 2010 o uso total de tabaco entre adolescentes pesquisados foi de 17,9% na vida e de 9,8% no ano, apesar da redução geral na população⁶.

Dessa forma, urge apurar a atual proposta de acesso e utilização dos serviços de saúde ofertados ao tabagista, analisando as normas definidas pelo MS no PNCT. Não obstante, já que o tabagismo está relacionando fortemente a um comportamento social, é importante verificar se a implantação do PNCT, seguindo a

preconização da descentralização, está viabilizando o acesso “fácil e visível” ao potencial usuário desse programa, tanto quanto aferir o funcionamento da rede de serviços.

Analisar a rede do PNCT pode ser uma estratégia eficiente já que, sobretudo entre os tabagistas, as decisões individuais buscam identidades padronizadas, com comportamentos que emergem de tais contextos formando e conformando as redes⁸⁷. Sabendo-se que, formadas pela interação entre os indivíduos, essas redes podem resultar no acesso a uma quantidade significativa de apoio social: é preciso investir seriamente na inserção do indivíduo no programa. Disso dependerá, por sua vez, a história dos vínculos constituídos, bem como de sua intensidade, frequência e reciprocidade⁸⁸. Isso não parece, portanto, que a proposta atual do PNCT esteja considerando.

Assim, nessa perspectiva tríplice, seja pelo prisma teórico-conceitual, seja pelo estratégico, relativo à organização em redes, ou pelo prisma do pertencimento social, advindo do apoio fornecido, configura-se que essa seja a trajetória oportuna a ser seguida. Se o PNCT tem se tornado espectador de si próprio, abrindo mão de ofertar um atendimento em rede em detrimento da evolução tecnológica do agendamento eletrônico supostamente facilitador, repassando a esse usuário diferenciado tarefas, requer-se uma revisão de perspectivas. Verificar a discrepância entre a real efetividade do programa no que diz respeito aos seus preceitos parece urgente. Talvez os recentes dados epidemiológicos do tabagismo no Brasil indiquem que a autonomia que se aplica bem a outros programas pode não ser apropriada, idealmente, para o PNCT. Em tese, ao menos, parece evidente a inadequação de uma modernidade tecnológica paradoxal. Ao priorizar a individualidade e autonomia, nesse caso, compromete-se a adesão. O acolhimento em rede, diferenciado para um público reconhecidamente carente de pertencimento a um grupo, parece ser imprescindível para o tabagista.

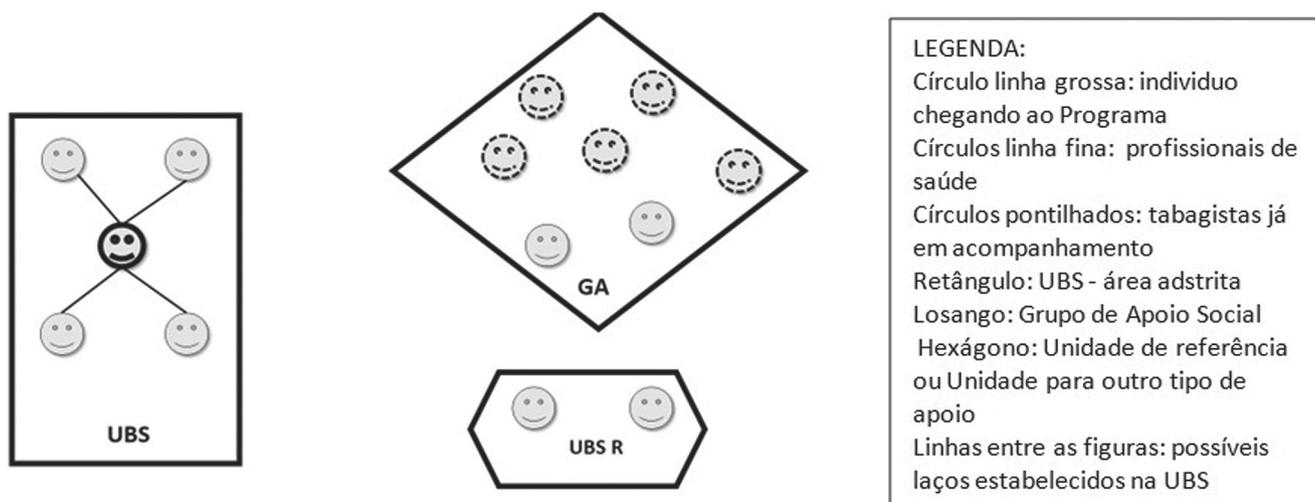


Figura 2. Caso 2. Serviço sem organização em rede – o serviço não está automaticamente ligado à rede de apoio, não havendo garantias de resultar em inserção na rede social

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Certamente, do que a breve análise aqui suscitada, uma avaliação sobre a efetividade do PNCT requer pesquisas mais aprofundadas, amplas e de diversas ordens. Não obstante, sendo o contágio do tabagismo realizado na sociedade, cabe, mesmo assim, já planejar estratégias que transformem informação privilegiada ao entendimento de poucos em tema corrente nas mídias e redes sociais. Traduzir números em comportamentos, dogmas em lendas, charme em desencanto, necessidade em liberdade e o tabagismo em passado. Essa pode ser a meta

imediate. A mudança de comportamento não está sujeita à informação simples e direta, embora aconteça. Ela é conquista resultante de elementos endógenos e exógenos, extraídos do cotidiano em sociedade, ao longo do tempo. É preciso verificar os acertos que permitiram ao Brasil a diminuição do número de fumantes nos últimos anos e resgatá-los. E, em uma nova abordagem, reintroduzi-los nas redes sociais, tanto as oficiais, quanto as pessoais. E eis aí o desafio: rever as perspectivas do PNCT fundamentando-se no social da análise de redes, do capital e do apoio ao tabagista.

REFERÊNCIAS

- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Tabagismo no Brasil [Internet]. Brasília: SBPT [citado em 2015 jul 15]. Disponível em: <http://sbpt.org.br/tabagismo-no-brasil-494494>
- Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2014 [citado em 2015 jun 10]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo
- World Health Organization. The first action plan for food and nutrition policy. Who European Region 2000-2005 [Internet]. Geneva: WHO Regional Office for Europe; 2001 [citado em 2015 jun 15]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/120244/E72199.pdf
- World Health Organization. World Health Statistics 2012 [Internet]. Geneva: WHO [citado em 2015 jul 30]. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/
- Brasil. Ministério da Saúde. Prevalência de tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras [Internet]. Brasília; 2004 [citado em 2015 jun 11]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tabaco_inquerito_nacional_070504.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília; 2012. 135 p.
- Instituto Nacional de Câncer. 2014 Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) Tratamento do Tabagismo [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2014 [citado em 2015 jun 10]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/tire_duvidas_pnct_2014.pdf
- Lantz PM, House JS, Lepkowski JM, Williams DR, Mero RP, Chen J. Socioeconomic factors, health behavior and mortality: results from a nationally representative prospective study of US adults. *JAMA*. 1998;279(21):1703-8. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.279.21.1703>. PMID:9624022.
- Dahl E, Lorentzen T, Flotten T. Poverty dynamics and social exclusion in Norway. *J Soc Policy*. 2010;37(2):231-49.
- Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance: the Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *Am J Epidemiol*. 1976;104(2):107-23. PMID:782233.
- Institute of Medicine. The future of the public's health in the 21st century. Washington: National Academies of Press; 2003. 536 p.
- Stringhini S, Sabia S, Shipley M, Brunner E, Nabi Hikivimaki M, Singh-Manouy A. Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. *JAMA*. 2010;303(12):1159-66. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2010.297>. PMID:20332401.
- Turner B. Social capital, inequality and health: the Durkheimian revival. *Soc Theory Health*. 2003;1(1):4-20. <http://dx.doi.org/10.1057/palgrave.sth.8700001>.
- Krauss M, Mueller N, Luke D. Interorganizational relationships within state tobacco control networks: a social network analysis. *Prev Chronic Dis*. 2004;1(4):A08. PMID:15670440.
- Gomide M, Grossetti M. Rede social e desempenho de programas de saúde: uma proposta investigativa. *Physis*. 2010;20(3):873-93. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000300010>.
- Moore S, Teixeira A, Stewart S. Effect of network social capital on the chances of smoking relapse: a two-year follow-up study of urban-dwelling adults. *Am J Public Health*. 2014;104(12):72-6. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2014.302239>. PMID:25320891.
- Li S, Delva J. Social capital and smoking among Asian American men: an exploratory study. *Am J Public Health*. 2012;102(Supl 2):S212-21. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2011.300442>. PMID:22401511.
- Lindström M. Social capital, the miniaturization of community and cannabis smoking among young adults. *Eur J Public Health*. 2004;14(2):204-8. <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/14.2.204>. PMID:15230512.
- Ayers JW, Hofstetter CR, Hughes SC, Park HR, Paik HY, Song YJ, et al. Gender modifies the relationship between social networks and smoking among adults in Seoul, South Korea. *Int J Public Health*. 2010;55(6):609-17. <http://dx.doi.org/10.1007/s00038-010-0126-7>. PMID:20217178.
- Fujimoto K, Valente TW. Social network influences on adolescent substance use: disentangling structural equivalence from cohesion. *Soc Sci Med*. 2012;74(12):1952-60. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.009>. PMID:22475405.
- Macêdo TEPM, Fernandes CA, Costa IS. Rede de apoio social de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia: estudo exploratório. *Estud Psicol*. 2013;18(4):639-47. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2013000400012>.
- Mesquita RB, Landim FLP, Collares PM, Luna CG. Análise de redes sociais informais: aplicação na realidade da escola inclusiva. *Interface Comun. Saúde Educ*. 2008;12(26):549-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000300008>.
- Nascimento JB. Redes em subsidiárias de multinacionais: um estudo de caso com análise de redes sociais de inventores e patentes. *Rev. Adm. Pública*. 2009;43(5):1037-66.
- Suzuki E, Fujiwara T, Takao S, Subramanian SV, Yamamoto E, Kawachi I. Multi-level, cross-sectional study of workplace social capital and smoking among Japanese employees. *BMC Public Health*. 2010;10:489. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-489>. PMID:20716334.

25. Mulassi AH, Borracci RA, Calderón JG, Vinay P, Mulassi M. Social networks on smoking, alcohol use and obesity among adolescents attending a school in the city of Lobos, Buenos Aires. *Arch Argent Pediatr*. 2012;110(6):474-84. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2012.eng.473>. PMID:23224304.
26. Maciel CO, Machado-da-Silva CL. Práticas estratégicas em uma rede de congregações religiosas: valores e instituições, interdependência e reciprocidade. *Rev. Adm. Pública*. 2009;43(6):1251-78.
27. Pinto ÁMG, Junqueira LAP. Relações de poder em uma rede do terceiro setor: um estudo de caso. *Rev. Adm. Pública*; 2009;43(5):1091-16.
28. Almeida MBS, D'Ipolito C. A análise de redes sociais como ferramenta estratégica de desenvolvimento regional: o caso do Município de Silva Jardim, no Rio de Janeiro. *Rev. Inteligência Empresarial*. 2008;30:19-27.
29. Van Mierlo T, Voci S, Lee S, Fournier R, Selby P. Superusers in social networks for smoking cessation: analysis of demographic characteristics and posting behavior from the Canadian Cancer Society's smokers' helpline online and StopSmokingCenter.net. *J Med Internet Res*. 2012;14(3):e66. <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.1854>. PMID:22732103.
30. Luke DA, Harris JK, Shelton S, Allen P, Carothers BJ, Mueller NB. Systems analysis of collaboration in 5 national tobacco control networks. *Am J Public Health*. 2010;100(7):1290-7. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.184358>. PMID:20466950.
31. Varanda MP. Ação colectiva entre pequenos empresários: uma análise de redes sociais. *Anal Soc*. 2007;42(182):207-30.
32. Christakis NA, Fowler JH. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *N Engl J Med*. 2007;357(4):370-9. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa066082>. PMID:17652652.
33. Christakis NA, Fowler JH. Social contagion theory: examining dynamic social networks and human behavior. *Stat Med*. 2013;32(4):556-77. <http://dx.doi.org/10.1002/sim.5408>. PMID:22711416.
34. Fujimoto K, Valente TW. Social network influences on adolescent substance use: disentangling structural equivalence from cohesion. *Soc Sci Med*. 2012;74(12):1952-60. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.009>. PMID:22475405.
35. Lee WJ, Youm Y, Rhee Y, Park YR, Chu SH, Kim HC. Social network characteristics and body mass index in an elderly Korean population. *J Prev Med Public Health*. 2013;46(6):336-45. <http://dx.doi.org/10.3961/jpmph.2013.46.6.336>. PMID:24349655.
36. Chen D, Yang TC. The pathways from perceived discrimination to self-rated health: an investigation of the roles of distrust, social capital, and health behaviors. *Soc Sci Med*. 2014;104:64-73. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.12.021>. PMID:24581063.
37. Mertens F, Távora R, Fonseca IF, Grando R, Castro M, Demeda K. Redes sociais, capital social e governança ambiental no Território Portal da Amazônia. *Acta Amazon*. 2011;41(4):481-92. <http://dx.doi.org/10.1590/S0044-59672011000400006>.
38. Montardo SP, Passerino LM. Implicações de redes temáticas em blogs na Análise de Redes Sociais (ARS): estudo de caso de blogs sobre autismo e síndrome de Asperger. *Interface Comun. Saúde Educ*. 2010;14(35):921-31. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000400016>.
39. Sugiura MH. Relações entre a rede social e as migrações Brasil-Japão [tese]. São Paulo (SP): Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2009.
40. Moura CVA, Landim FLP, Collares PMC, Mesquita RB, Valdés MTM. Rede de apoio social ao familiar cuidador de pessoa com atrofia muscular espinhal I e II. *Rev. Bras. Promoc. Saude*. 2010;23(2):126-35. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2010.p126>.
41. Landim FLP, Nunes MO, Collares PMC, Medeiros IV. Estudo-síntese: interfaces da análise de rede social com o campo da saúde mental. *Cad Saude Colet*. 2010;18(4):527-35.
42. Viana JAV, Melo VA. Lazer engajado? reconhecendo algumas práticas ciberativistas: uma análise das ações em torno da tag #meganao no twitter. *Licere*. 2009;12(4).
43. Rocheleau M, Sadasivam RS, Baquis K, Stahl H, Kinney RL, Pagoto SL, et al. An observational study of social and emotional support in smoking cessation Twitter accounts: content analysis of tweets. *J Med Internet Res*. 2015;17(1):e18. <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.3768>. PMID:25589009.
44. Maddox R, Davey R, Cochrane T, Lovett R, Van der Sterren A. Study protocol--Indigenous Australian social networks and the impact on smoking policy and programs in Australia: protocol for a mixed-method prospective study. *BMC Public Health*. 2013;13(1):879. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-879>. PMID:24060337.
45. Bock B, Lopes CE, van den Berg JJ, Roberts MB, Stein LA, Martin RA, et al. Social support and smoking abstinence among incarcerated adults in the United States: a longitudinal study. *BMC Public Health*. 2013;13(1):859. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-13-859>. PMID:24044880.
46. Young D, Borland R, Coghill K. An actor-network theory analysis of policy innovation for smoke-free places: understanding change in complex systems. *Am J Public Health*. 2010;100(7):1208-17. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.184705>. PMID:20466949.
47. Mangrio E, Hansen K, Lindström M, Köhler M, Rosvall M. Maternal educational level, parental preventive behavior, risk behavior, social support and medical care consumption in 8-month-old children in Malmö, Sweden. *BMC Public Health*. 2011;11(1):891. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-891>. PMID:22114765.
48. Tobin KE, German D, Spikes P, Patterson J, Latkin C. A comparison of the social and sexual networks of crack-using and non-crack using African American men who have sex with men. *J Urban Health*. 2011;88(6):1052-62. <http://dx.doi.org/10.1007/s11524-011-9611-4>. PMID:21882072.
49. Ávila-Toscano JH, Gutiérrez Vega B, Pérez Soto J. Indicadores estructurales y conglomerados de actores en la red social de una subcultura urbana. *Rev. Colomb. Psicol*. 2011;20(2):193-207.
50. Skrabski A, Kopp M, Kawachi I. Social capital in a changing society: cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(2):114-9. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.57.2.114>. PMID:12540686.
51. Gao J, Weaver SR, Dai J, Jia Y, Liu X, Jin K, et al. Workplace social capital and mental health among Chinese employees: a multi-level, cross-sectional study. *PLoS One*. 2014;9(1):e85005. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0085005>. PMID:24404199.
52. Sapp AL, Kawachi I, Sorensen G, LaMontagne AD, Subramanian SV. Does workplace social capital buffer the effects of job stress? A cross-sectional, multilevel analysis of cigarette smoking among U.S. manufacturing workers. *J Occup Environ Med*. 2010;52(7):740-50. <http://dx.doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181e80842>. PMID:20595910.
53. Kouvonen A, Oksanen T, Vahtera J, Stafford M, Wilkinson R, Schneider J, et al. Low workplace social capital as a predictor of depression: the Finnish Public Sector Study. *Am J Epidemiol*. 2008;167(10):1143-51. <http://dx.doi.org/10.1093/aje/kwn067>. PMID:18413361.
54. Chen WQ, Wong TW, Yu IT. Association of occupational stress and social support with health-related behaviors among chinese offshore oil workers. *J Occup Health*. 2008;50(3):262-9. <http://dx.doi.org/10.1539/joh.L7149>. PMID:18408346.

55. Malinauskienė V, Leisyte P, Malinauskas R. Psychosocial job characteristics, social support, and sense of coherence as determinants of mental health among nurses. *Medicina*. 2009;45(11):910-7. PMID:20051724.
56. Mesquita RB, Landim FLP, Collares PM, Luna CG. Análise de redes sociais informais: aplicação na realidade da escola inclusiva. *Interface Comun. Saúde Educ*. 2008;12(26):549-62. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000300008>.
57. Cobb NK, Graham AL, Abrams DB. Social network structure of a large online community for smoking cessation. *Am J Public Health*. 2010;100(7):1282-9. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.165449>. PMID:20466971.
58. Wiggins M, Oakley A, Roberts I, Turner H, Rajan L, Austerberry H, et al. The Social Support and Family Health Study: a randomised controlled trial and economic evaluation of two alternative forms of postnatal support for mothers living in disadvantaged inner-city areas. *Health Technol Assess*. 2004;8(32):iii, ix-x, 1-120. PMID:15298823.
59. Prochaska JJ, Pechmann C, Kim R, Leonhardt JM. Twitter=quitter? An analysis of Twitter quit smoking social networks. *Tob Control*. 2012;21(4):447-9. <http://dx.doi.org/10.1136/tc.2010.042507>. PMID:21730101.
60. Wiist WH. Social networks and peer education. *Am J Public Health*. 2004;94(8):1293-4. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.94.8.1293>. PMID:15284025.
61. Donatelle RJ, Prows SL, Champeau D, Hudson D. Randomised controlled trial using social support and financial incentives for high risk pregnant smokers: significant other supporter (SOS) program. *Tob Control*. 2000;9(90003 Suppl 3):III67-9. http://dx.doi.org/10.1136/tc.9.suppl_3.iii67. PMID:10982912.
62. Landim FLP, Fernandes AM, Mesquita RB, Collares PMC, Frota MA. Análise das redes interpessoais: aplicação na realidade de uma equipe de enfermagem atuando em unidade de hematologia. *Saúde Soc*. 2010;19(4):828-37.
63. Selby P, van Mierlo T, Voci SC, Parent D, Cunningham JA. Online social and professional support for smokers trying to quit: an exploration of first time posts from 2562 members. *J Med Internet Res*. 2010;12(3):e34. <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.1340>. PMID:20719739.
64. Fontes B. Redes, práticas associativas e poder local. Curitiba: Appris; 2011. p. 119-53. Capítulo 4.
65. Tomaél MI, Marteleto RM. Informação e redes sociais: interfaces de teorias, métodos e objetos. Londrina: EDUEL; 2015. 177 p.
66. Silva CA. O que são redes? [Internet]. Rio de Janeiro: RITS; 2008 [citado em 2015 maio 15]. Disponível em: http://www.rits.org.br/redes_teste/rd_oqredes.cfm
67. Alsones B, Verschoore JR. Réplica: redes são redes ou redes são organizações? *Rev. Adm. Contemporanea*. 2014;18(4):523-33.
68. Soares ALAG. Análise de redes sociais no estudo do uso de drogas: uma revisão sistemática [mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Estudos em Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2012.
69. Sant'Ana LF. Papel do servidor público na interação entre Estado e sociedade: uma análise sob o prisma de redes [mestrado]. Minas Gerais (MG): Programa de Pós-graduação em Comunicação Social, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2011.
70. Mendes C.F. Análise do fluxo de bens tangíveis do INCA e da REDE CÂNCER (RAO) a partir das Teorias de Redes Organizacionais e dos Conjuntos Fuzzy [mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Estácio de Sá; 2011.
71. Portugal S. Quanto vale o capital social: o papel das redes informais na provisão de recursos. In: Breno F, Martins PH, editores. *Redes, práticas associativas e gestão pública*. Recife (PE): Editora Universitária UFPE; 2006. p. 51-74. Capítulo 2.
72. Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman LF, Kawachi I, editores. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000. p. 137-73.
73. Marmot M. The status syndrome: how social standing affects our health and longevity. London: Bloomsbury Publishing; 2005. 329 p.
74. Gameiro PAD. As organizações em rede [Internet]. Niterói: UFF [citado em 2015 jul 20]. Disponível em: <http://www.bocc.uff.br/pag/gameiro-paulo-as-organizacoes-em-rede.pdf>
75. Gomide M, Schütz GE. Análise de Redes Sociais e práticas avaliativas: desafios à vista. 2015. *Revista Physis*. 2015;25(3):819-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000300008>.
76. Bowling A. Measuring social networks and social support. In: Bowling A. *Measuring Health: a review of quality of life Measurement scales*. Baltimore: Open University Press; 1997. p. 91-109.
77. Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. 1997. Mimeo.
78. Williams P, Barclay L, Schmied V. Defining social support in context: a necessary step in improving research, intervention, and practice. *Qual Health Res*. 2004;14(7):942-60. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732304266997>. PMID:15296665.
79. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull*. 1985;98(2):310-57. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>. PMID:3901065.
80. Putnam RD. Making democracy work: civic traditions in modern Italy. New Jersey: Princeton University Press; 1993. 258 p.
81. Siahpush M, Singh GK. Social integration and mortality in Australia. *Aust N Z J Public Health*. 1999;23(6):571-7. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-842X.1999.tb01539.x>. PMID:10641345.
82. Gregson S, Mushati P, Grusin H, Nhamo M, Schumacher C, Skovdal M, et al. Social capital and women's reduced vulnerability to HIV infection in rural Zimbabwe. *Popul Dev Rev*. 2011;37(2):333-59. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1728-4457.2011.00413.x>. PMID:22066129.
83. Rimaz S, Nikooseresht Z, Vesali S, Nedjat S, Asadi-Lari M. A study on factors that drive variation in the levels of social capital among people living with HIV/AIDS in Iran. *Glob J Health Sci*. 2015;7(3):351-7. <http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v7n3p351>. PMID:25948461.
84. Eriksson M. Social capital and health implications for health promotion. *Glob Health Action*. 2011;4:5611. <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v4i0.5611>. PMID:21311607.
85. Denis J-L. Institucionalização da avaliação na administração pública. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2010;10(Supl 1):S229-37. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500020>.
86. Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman LF, Kawachi I. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000. p. 137-73.
87. Degenne A, Forse M. *Les Réseaux Sociaux*. Paris: Armand Colin; 2004. 295 p.
88. Ocampo More CLO. As redes pessoais significativas como instrumento de internecção psicológica no contexto comunitário. *Paidéia*. 2005;15(31):287-97.

Recebido em: Nov. 07, 2015

Aprovado em: Dez. 09, 2015