

Capital social e a agenda de pesquisa em epidemiologia

Social capital and the research agenda in epidemiology

Marcos Pascoal Pattussi^{1,2}
 Samuel Jorge Moysés^{2,3,4}
 José Roque Junges¹
 Aubrey Sheiham²

Abstract

Social capital refers to those features of social organization that enable participants to act together and more effectively pursue common goals. A growing body of evidence suggests that societies with high levels of social capital have lower morbidity and mortality rates and higher life expectancy and are less violent. The main goal of this article is to review the relationship between social capital and health. First, the main concepts and criticisms of social capital theory are discussed. Next, commonly used assessment tools are elucidated. Then, the relationship between social capital and health is analyzed. Finally, the article comments on the theory's application to Brazilian reality. If scientific rigor is applied to social capital research, recognizing theoretical and methodological difficulties, it can expand the research agenda and contribute to a better understanding of how to effectively deal with health inequalities.

Social Organization; Social Capital; Epidemiology

Introdução

Nos últimos anos, o conceito de “capital social” tem sido utilizado na literatura internacional em uma vasta gama de disciplinas entre as quais: sociologia, antropologia, educação, economia, ciências políticas, criminologia e saúde pública. Trata-se de um conceito desafiador, pois incorpora o freqüentemente negligenciado “social” com o onipotente “capital”. Capital social enfatiza o fato de que formas e relações não-monetárias podem ser importantes fontes de poder e influência¹.

Sua proeminência recente, na área da saúde, é simultânea ao momento em que a epidemiologia está passando por uma profunda revisão crítica de suas próprias capacidades para capturar fenômenos sociais². A literatura corrente também evidencia que, devido ao fato de o conceito ser entendido e avaliado de diferentes formas, muitas críticas têm sido feitas quanto ao seu uso^{3,4}.

No entanto, um grande e crescente número de pesquisas tem sugerido que capital social favorece a saúde das pessoas. Sociedades com altos níveis de capital social parecem ser mais igualitárias, as pessoas são mais envolvidas na vida pública, vivem mais, são menos violentas e avaliam melhor a sua própria saúde^{5,6,7}.

O principal objetivo deste artigo é revisar, na literatura epidemiológica, a relação estabelecida entre o conceito de capital social e o pro-

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, Brasil.

² The Royal Free and University College Medical School, University College London, London, U.K.

³ Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, Brasil.

⁴ Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil.

Correspondência

M. P. Pattussi
 Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Av. Unisinos 950, C. P. 275, São Leopoldo, RS 93022-000, Brasil.
 mppattussi@unisinos.br

cesso saúde-doença. Trata-se de um trabalho com ênfase teórico-metodológica, dando saliência à conceituação corrente de capital social e as dificuldades heurísticas com que autores se defrontam ao utilizarem tal conceito em seus modelos explicativos. Igualmente, busca contribuir para uma maior precisão operativa no uso de tal conceito em estudos devotados à compreensão de fatores envolvidos com a saúde de populações humanas.

Antes de prosseguir com esta problemática central, é preciso apresentar uma visão geral do conceito de capital social. A discussão que segue está dividida em quatro seções. Primeiramente, capital social é conceituado e as críticas que têm sido feitas quanto ao seu uso são discutidas. Em seguida são apresentados os principais instrumentos de aferição adotados. Logo após são abordadas as dimensões teóricas e comparados os principais estudos epidemiológicos publicados, discutindo o relacionamento entre capital social e saúde. Na seção final, considerações são feitas quanto ao seu potencial uso na realidade brasileira.

Aspectos conceituais do capital social

Apesar de sua corrente popularidade, a noção de que o envolvimento e a participação em grupos possui conseqüências positivas para as pessoas não é nova.

Portes¹ lembra que a idéia de capital social estava implícita na sociologia do século XIX com os trabalhos de Durkheim, Marx e Simmel. Durkheim⁸ argumentava que indivíduos se completam através da participação e devoção à vida em grupos. Esta devoção moral ao grupo por parte de seus membros constituiria uma reserva para a coletividade e uma fonte poderosa de capital social. Na análise marxista, capital social seria criado como produto da coesão interna dentro de grupos em resposta à exploração e discriminação externas enquanto a industrialização progredia⁹. Para Simmel¹⁰, a vida social também seria composta por uma série de trocas interpessoais onde favores, informações e outros recursos são compartilhados, criando assim uma rede de obrigações mútuas as quais constituiriam capital social.

Bourdieu¹¹ (p. 249) define o conceito como *“...a soma dos recursos reais ou virtuais que indivíduos ou grupos de indivíduos adquirem devido ao fato de possuírem redes duráveis de relacionamentos sociais mais ou menos institucionalizados de reconhecimento e conhecimento mútuos”*. Esta complexa definição deixa claro que capital social se refere a indivíduos ou gru-

pos de indivíduos e a relacionamentos estáveis, sejam eles institucionalizados ou não. Estes relacionamentos permitem que indivíduos tenham acesso a recursos disponíveis a todos os membros de um determinado grupo, levando em consideração ainda a quantidade e qualidade dos recursos que o grupo tem acesso¹². Coleman¹³ foi um dos primeiros autores a popularizar o conceito, explorando sua importância na aquisição de capital humano. De acordo com o autor, capital social é definido pelas suas funções. Não é uma entidade única, mas uma variedade de diferentes entidades com duas características em comum: consistem em algum aspecto da estrutura social e facilitam as ações dos indivíduos dentro daquela estrutura.

Há que se enfatizar o caráter do capital social em relação a outras formas de capital. Enquanto capital físico é completamente tangível, pois está alojado na forma material observável, capital humano é menos tangível, pois está presente nas habilidades e conhecimentos adquiridos por um indivíduo. Capital social é ainda menos tangível, pois está alojado na relação entre indivíduos e grupos de indivíduos. Do ponto de vista ideológico, capital social pode ser o “empoderamento” da cidadania, o pluralismo e a democratização. Visto dessa perspectiva, capital social é um recurso complexo que oferece explicações sobre como os dilemas da ação coletiva podem ser superados¹⁴.

Seguindo o trabalho de Coleman veio o muito citado trabalho de Putnam¹⁵. Depois de concluir um estudo de vinte anos sobre a descentralização e desenvolvimento econômico na Itália, Putnam¹⁵ argumenta que o capital social de uma determinada área está associado com o sucesso ou a falência de projetos de desenvolvimento dentro daquela área. Para o autor, capital social refere-se às características da organização social, tais como confiança, normas e redes de relacionamentos que facilitam ações conjuntas dos atores sociais e, por conseguinte, melhoram a eficácia e eficiência da sociedade como um todo.

A recente explosão de pesquisas sobre capital social coloca atitudes de confiança interpessoal no centro da agenda de pesquisa de várias disciplinas das ciências sociais. Confiança interpessoal é vista por essa literatura como um componente básico de um padrão cultural que estimula a ativação política e a mobilização de indivíduos, aumentando a responsabilidade pública do sistema político. Em resumo, sem confiança interpessoal as chances de mobilização coletiva diminuem e, sem participação política dos cidadãos, mais frágil

é a democracia e seus supostos benefícios para os cidadãos ¹⁶.

O alto índice de participação em associações cívicas no norte da Itália e a relativa ausência dessa prática no sul seriam evidências de que há maior nível de confiança interpessoal no norte, justificando os melhores resultados de bem-estar social e econômico nesta região italiana ¹⁵. Para Putnam ¹⁵ a confiança é criada e reforçada pelas densas redes horizontais ligadas à sociedade civil, constituindo-se numa espécie de bem de valor variável que aumenta se é usado e diminui se é deixado sem uso. Isto conduziria à criação de círculos virtuosos ou viciosos de desenvolvimento na sociedade, com a iteração de um comportamento cooperativo em resposta a um comportamento cooperativo e a retaliação quando não há cooperação, tal como sugerida pela teoria dos jogos e pelo dilema do prisioneiro ¹⁷. Contudo, nada pode ser dito acerca da validade e confiabilidade da medida de confiança interpessoal de Putnam ¹⁵, simplesmente porque a medida indireta usada para esse conceito – participação em associações e desempenho institucional, sob o rótulo de “comunidade cívica” – não reflete a complexidade do mesmo.

Na verdade, a polêmica e a controvérsia a respeito do significado do capital social têm-se constituído uma fonte de estímulo à realização de estudos e pesquisas, ao invés de marcar seu declínio. Do ponto de vista teórico, por exemplo, tenta-se construir conceitos intermediários, dentro dos quais se incluem anomalias empíricas e analíticas que inevitavelmente surgem da existência de redes e da confiança interpessoal. A questão mais problemática, talvez mais do que ausência de solidez teórica, reside na forma ainda não resolvida de como se mede a confiança e o capital social. Embora o capital social seja fomentado por uma variedade ampla de interações formais e informais entre os membros de uma comunidade, uma análise plena dessas interações não é observável. O que se pode observar é a prevalência de filiação em organizações voluntárias em um determinado contexto. Como resultado, ser membro de associações tem se tornado um dos indicadores mais utilizados para examinar a formação ou destruição de capital social.

Acredita-se que, ao fazer parte de associações, as pessoas desenvolvem interações entre si, aumentando a possibilidade do desenvolvimento de confiança recíproca entre elas. A questão fundamental, entretanto, é saber se a participação em grupos e associações também contribui para o processo de construção de uma sociedade em que a cooperação para todo

e qualquer propósito – não somente dos grupos – é facilitada ¹⁸.

O teorema é de que quanto mais a pessoa participa de associações, maior a tendência a solidificar um civismo público e, conseqüentemente, o fortalecimento das virtudes capazes de conduzir a situações, coletivas ou individuais, mais saudáveis. Tais qualidades, tolerância e cooperação, somente geram confiança generalizada quando se orientam para a comunidade como um todo, o que não é o caso de bandos, a máfia, ou grupos fanáticos que podem produzir capital social personalizado, mas não produzem capital social público, que é o que conta para o amadurecimento democrático de um país. Há necessidade de levar-se em consideração o contexto histórico e cultural dentro do qual o capital social é (ou não) gerado.

Recentemente, tem sido argumentado que qualquer concepção teórica do conceito deveria ser concebida de forma a incluir diferentes formas de capital social, ou seja, “vínculos” (*bonding*), “conexões” (*bridging*) e “ligações” (*linking*) ¹⁹. “Vínculos” referem-se a relacionamentos horizontais próximos entre indivíduos ou grupos com características demográficas similares. Exemplos incluem relações entre membros da família e amigos próximos. “Vínculos” contribuem para a qualidade de vida através da promoção do apoio e entendimento mútuo. “Conexões” referem-se a redes mais amplas de relacionamentos com outros indivíduos/comunidades. “Conexões” são vitais para ligar indivíduos e comunidades a recursos ou oportunidades que estão fora das suas redes de relacionamentos pessoais. Por último, “ligações” referem-se às alianças com indivíduos em posições de poder, particularmente poder sobre recursos necessários para o desenvolvimento social e econômico.

De um modo geral, a literatura sugere que as principais características de capital social envolvem noções de que: (i) é um bem público e assim visa o bem estar comum; (ii) encoraja confiança social, a qual leva à cooperação e vice-versa; (iii) facilita cooperação mútua, por meio das normas de reciprocidade e de expectativas mútuas; (iv) encoraja interação e interconexão das relações sociais, por meio da melhoria do fluxo de informação e a confiança entre indivíduos; (v) de modo oposto ao capital físico, é durável e não deprecia com o uso – ao contrário, quanto mais é usado, maior se torna –; e (vi) pode ser criado como subproduto da sociedade civil organizada e dos movimentos populares ^{20,21}.

Tendo apresentado os principais conceitos que suportam a teoria do capital social, torna-

se necessário discutir as críticas que têm sido feitas ao conceito, tanto nas ciências sociais quanto na área da saúde.

Revisão crítica do conceito de capital social

Observa-se que capital social vem sendo estudado com base nos benefícios que incidiriam sobre indivíduos, famílias ou comunidades em virtude dos laços de solidariedade e confiança recíproca entre sujeitos sociais. Este entendimento conduz a certas proposições sem maiores considerações críticas sobre as potencialidades e insuficiências teórico-metodológicas do conceito. Torna-se, assim, um conceito-valise, sendo aplicado a problemas em diferentes níveis de abstração e utilizado em teorias que envolvem diferentes unidades de análise.

Outra crítica refere-se à etimologia e à emersão do conceito de capital social nos Estados Unidos. Navarro²² argumenta que uma mudança política importante ocorreu no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, com conseqüências amplas para o mundo, incluindo as instituições acadêmicas. Esta mudança possui o nome genérico de neoliberalismo, com a respectiva dominância do discurso econômico neoliberal afetando as ciências sociais. Assim sendo, tal discurso estabelece a necessidade de aumentar a quantidade de “capital” seja ele individual ou coletivo (social). O termo “capital” refletiria o entendimento de que os indivíduos dependem dele para competir ou sobreviver em um mundo competitivo. Com isso, o propósito de toda a ação social é reduzido funcionalmente à tarefa de acumulação de capital, seja este físico, monetário, humano ou social, como uma expressão da visão de mundo capitalista.

É o propósito da solidariedade que define a sua natureza e que faz diferir o “capital social” presente na máfia ou nos sindicatos de trabalhadores²². Portanto, a noção neoliberal de capital social não ajuda na compreensão de como as relações de poder entre as classes sociais e suas expressões políticas produzem desigualdades, sendo tais relações os reais determinantes da saúde e qualidade de vida das populações humanas.

Em consonância com a abordagem anterior, Portes & Landolf²³ problematizam que a remoção de proteções estatais e a liberalização desenfreada das forças de mercado têm levado a disparidades de renda crescentes e a um tecido social atomizado, marcado pela erosão de controles normativos. Taxas ascendentes de

criminalidade e difusão da corrupção nas instituições públicas, incluindo aquelas encarregadas de manter a ordem pública, estão associadas com este declínio normativo. Em vez de promover crescimento com justiça, as atuais políticas de mercado podem estar conduzindo a um problema hobbesiano, com os indivíduos lutando para sobreviver sob as mais duras condições sociais.

Embora admitindo que a situação latino-americana ainda não tenha alcançado este nível de crise, a tendência é visível o bastante para que se busquem modos de reinstituição da ordem normativa, criando laços que unam novamente comunidades e instituições sociais. É neste contexto que floresce o conceito de capital social, fortemente patrocinado por instituições como o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento.

Também é neste contexto que as limitações do conceito são percebidas, quando interpretado como uma força causal capaz de transformar comunidades ou nações. E mais, embora as redes sociais contribuam para iniciativas que busquem superar as dificuldades econômicas e políticas, especialmente de comunidades pobres, é muito difícil institucionalizar ou reproduzir tais forças pela via da “engenharia social”²³.

Esta perspectiva é adotada por Tonella²⁴ ao avaliar a iniciativa da CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), que organizou no ano de 2001 a Conferência *Hacia un Nuevo Paradigma: Capital Social y Reducción de la Pobreza en América Latina y el Caribe*. Para a autora, há um imenso esforço no âmbito desta iniciativa para definir o que seja capital social e a possibilidade de sua quantificação, ou seja, saber quando uma comunidade teria mais ou menos capital social. Diante desse esforço, surge uma infinidade de “tipos” de capital social: individual e comunitário, formal e informal, restrito e ampliado. Contudo, o tema capital social aparece desfocado do campo da política, atribuindo-se a ele um significado instrumental e reducionista. É atribuído à sociedade civil o papel de executora de programas sociais moldados em diretrizes não-emancipatórias.

Os textos decorrentes da iniciativa cepalina não trazem um conteúdo que apontem mecanismos econômicos e políticos que superem o desajuste estrutural que perpassa todos os países da América Latina e o Caribe, sendo tal desajuste fortemente associado à situação de saúde dos povos latino-americanos.

Existem várias razões para que os aspectos negativos da teoria do capital social sejam es-

tudados. Primeiro, para evitar a falsa noção de apresentar idéias de redes comunitárias, controle social e ações coletivas como entidades sem conflito ou na mais completa harmonia. Segundo, para manter o tensionamento crítico como parte de uma análise sociológica e de saúde pública¹. E, terceiro, porque uma aplicação acrítica do conceito pode resultar em receitas ineficazes, causando desperdício de importantes recursos públicos¹². Tendo isto em vista, a seguir são apresentados os principais aspectos negativos da teoria do capital social.

Primeiramente, os mesmos laços profundos que ligam os membros participantes de determinados grupos sociais poderiam causar exclusão de outros grupos. Ou seja, isto poderia causar dominação de certos grupos levando, assim, à exclusão de pessoas “de fora” ou recém-chegadas. Um exemplo claro são ações corporativistas ou mesmo monopolistas de determinados grupos da sociedade que eficazmente se unem em benefício de suas categorias ou seus grupos sociais com prejuízo evidente para outros grupos ou categorias.

Tem sido argumentado, ainda, que a consolidada existência de conceitos relativamente similares na literatura internacional, tais como desenvolvimento comunitário²⁵, “empoderamento”²⁶, sociedade civil²⁷, senso de comunidade^{28,29}, capacidade e competência comunitária²⁵, coesão comunitária³⁰, entre outros, podem possuir um melhor desenvolvimento teórico do que o próprio termo capital social. Seria algo como reinventar a roda ou mesmo colocar vinho velho em garrafas novas³¹.

Capital social pode aumentar o risco de alguns desfechos negativos em saúde. Por exemplo, redes profundas de amizade entre grupos de pessoas podem aumentar o risco de ações coletivas de suicídio ou de consumo de drogas lícitas ou ilícitas. Capital social pode ainda favorecer a criação de grupos indesejáveis e perigosos para a sociedade, como os fortes laços entre membros de organizações clandestinas ou do crime organizado^{3,32}.

Por último, críticas têm sido feitas à não-incorporação de relações de poder na formulação teórica de capital social. Deste modo, o conceito poderia ser usado para justificar políticas públicas contraditórias como “culpar a comunidade por seus próprios problemas” ou reduzir o papel do Estado em políticas sociais e de redistribuição de renda^{3,4}.

Para resumir, as críticas que têm sido feitas com relação ao uso do capital social sugerem que o seu uso deve ser baseado no entendimento sólido e empírico da relação entre capital social, desenvolvimento econômico, rela-

ções de poder e políticas públicas de saúde³³. Sugerem ainda se tratar de um recurso a ser otimizado ao invés de maximizado³⁴. A próxima seção discute como capital social tem sido aferido na literatura.

Aferição do capital social

Muitos dos conceitos costumeiramente utilizados em ciência são desenvolvidos num processo interativo, onde a teoria auxilia o desenvolvimento da mensuração e a mensuração leva ao conhecimento empírico que por sua vez é crucial para o desenvolvimento da teoria. Isto se aplica às teorias de capital social. Na verdade, a complexidade e subjetividade dos blocos fundamentais que compõem capital social, juntamente com a falta de precisão terminológica e rigor teórico, têm levado ao uso de indicadores questionáveis do conceito³⁵. Pesquisadores na área da saúde, seduzidos por esta possibilidade investigativa, empregam uma larga variedade de medidas, emprestadas de muitos campos científicos, com aparente falta de consistência teórica e justificação empírica para seu uso em epidemiologia. Com isso as conclusões sobre o provável papel de capital social na saúde da população podem ser exageradas ou incorretas⁵.

Em parte isto é explicado pelo fato de o conceito ter sido “emprestado” de outras disciplinas, ao invés de ter sido desenvolvido especificamente para o campo da saúde³⁶. Outro problema, constatado na literatura, é que a maioria dos pesquisadores tem usado indicadores unitários e, sendo capital social um conceito multidimensional, somente um ou poucos indicadores podem não ser suficientes para capturá-lo³⁵. Isto pode gerar resultados diferentes, escolhendo-se pedaços distintos de evidência.

Numa revisão da utilidade do conceito para as pesquisas em saúde⁵ outros problemas com relação à mensuração de capital social foram detectados. O mais importante dos quais é que poucos instrumentos de mensuração têm sido submetidos a testes de validade e confiabilidade, o que proporciona pouca sustentação para as justificativas da utilização de alguns indicadores em detrimento de outros. Além disso, a variedade das fontes de dados e indicadores torna a avaliação difícil devido à falta de comparabilidade em termos dos desenhos de estudo, amostra e elaboração das questões.

A vaga enumeração de atributos do capital social peca por admitir dentro dela fenômenos de natureza fundamentalmente distinta: “con-

fiança, normas e sistemas”. Ou seja, admite qualquer coisa sob o seu guarda-chuva. Mais precisamente, engloba simultaneamente tanto variáveis “estruturais” quanto “atitudinais” ou “relacionais”, formando uma caixa-preta conceitual cujo significado teórico preciso para o desempenho institucional torna-se difícil de especificar³⁷. Dito de outra forma, capital social tem sido acusado pelo seu “estiramento conceitual”³⁸.

A despeito das evidências empíricas encontradas no estudo de Putnam na Itália¹⁵, estudos conduzidos em outras regiões, especialmente na América Latina, chegaram a resultados que contradizem as expectativas teóricas, com ausência de uma relação estatística robusta, em um cenário multivariado, entre confiança e participação democrática¹⁶.

Há pelo menos duas explicações para o desempenho inconsistente do conceito de capital social em alguns modelos teóricos. A primeira é que a teoria está errada e que confiança interpessoal não é relevante para os resultados buscados. A segunda é que a falta de confirmação empírica se deve menos a problemas de construção teórica, e mais à limitada operacionalização do conceito¹⁶. A hipótese é que, possivelmente, há estudos que ignoram a multidimensionalidade de capital social, levando a resultados equivocados. Há na literatura apenas uma diferenciação entre possíveis dimensões da confiança interpessoal. A primeira dimensão, costumeiramente mensurada, reflete uma visão sobre confiança interpessoal externa e é limitada a avaliações do ambiente externo onde o indivíduo está inserido. A segunda dimensão, freqüentemente ignorada, refere-se a sentimentos internamente construídos acerca da confiabilidade transmitida por outras pessoas. As duas dimensões da confiança interpessoal não estão correlacionadas, ou seja, não apresentam colinearidade estatística, referindo-se, portanto, a conceitos distintos e com capacidades explicativas diferenciadas.

Há também a possibilidade de caracterizar o capital social como uma disposição “atitudinal”, individualmente identificável, ou como um atributo “sócio-estrutural” dependente do contexto³⁹. No primeiro caso, a confiança interpessoal vê-se promovida a um parâmetro exógeno do sistema, constituindo-se em variável independente. Essa seria a versão propriamente “culturalista”, adotada por Putnam¹⁵. No segundo caso, a confiança interpessoal se torna endógena, passando a ser variável dependente do modelo.

Essa é uma implicação de se adotar uma concepção estrutural de capital social que re-

cupera o sentido original que foi atribuído ao conceito por seus formuladores iniciais, Pierre Bourdieu e James Coleman. Se isso é assim, então ganham relevância crucial, não apenas a identificação da presença ou ausência de redes interativas propiciadoras de capital social no interior de uma dada sociedade, mas, sobretudo, sua tipificação e contextualização.

A própria importância da confiança na determinação do capital social tem sido contestada, havendo estudiosos que consideram apenas as redes horizontais como fundamentais⁴⁰. Lundasen⁴⁰ conduziu um levantamento detalhado dos múltiplos significados que o termo confiança comporta. Identificou pelo menos 15 significados distintos para confiança interpessoal, que podem ser sintetizados em três níveis fundamentais: “confiança generalizada” (voltada para a “natureza humana”, a humanidade como um todo), “confiança relacional” (voltada para pessoas específicas, ou “conhecidos”) e “confiança na rede” (nível intermediário, voltado para redes sociais ou familiares). Porém, genericamente, as palavras-chave parecem ser redes horizontais, confiança generalizada e normas de reciprocidade.

Um problema metodológico é que a forma de investigar capital social vem priorizando pesquisas quantitativas que buscam a confirmação (ou não) de hipóteses pré-elaboradas. No entanto, quando o conceito é analisado qualitativamente, do ponto de vista de como os cidadãos experimentam-no, geralmente as teorias estabelecidas e os conceitos mostram-se estreitos e incompletos¹⁴. Nesse sentido, a abordagem qualitativa pode ser a mais indicada para tentar captar como as pessoas constroem o significado do mundo político e sócio-cultural, levando em conta que a teoria do capital social tem, no âmbito de sua análise, o desempenho das instituições democráticas.

Lochner et al.³¹ apresentam um resumo dos indicadores que têm sido utilizados em conceitos similares, principalmente no campo da psicologia social. Porém alguns dos instrumentos apresentados são mais adequados a estudos de apoios e redes sociais e emocionais. Ou seja, referem-se somente ao capital social na forma de “vínculos”.

De um modo geral a literatura sugere que os temas ou construtos mais comuns que têm sido utilizados na aferição do capital social são: (1) participação social, (2) nível de empoderamento, (3) percepção da comunidade, (4) redes e apoios sociais (5) confiança social. O primeiro tema envolve ações como participação em organizações, ação política, e engajamento cívico. O segundo lida com satisfação na vida diá-

ria e percepção do controle que as pessoas têm sobre as suas vidas. O terceiro está relacionado com o nível de satisfação com relação à área de residência. O quarto foca as redes sociais, incluindo contatos com amigos e família, sistemas de suporte e a profundidade nos relacionamentos. Por último, o quinto concentra-se na confiança e reciprocidade em pessoas e em instituições ⁴¹. As Tabelas 1, 2 e 3 apresentam as dimensões utilizadas em cada estudo.

Uma análise dos diversos estudos que têm sido utilizados no campo da saúde, porém, revela uma falta de consistência considerável nos nomes dados às dimensões que formam capital social. Em alguns casos, indicadores semelhantes são incluídos em dimensões distintas e em outros ocorre o inverso. Além disso, algumas questões são direcionadas a determinadas realidades, como aos países industrializados, não se aplicando a outros contextos, como por exemplo, o hábito de ir ao teatro ou a concertos musicais clássicos, o qual é típico de países industrializados.

Interessa a este artigo, particularmente, as conseqüências do uso do conceito de capital social em epidemiologia. Neste sentido, cabem considerações sobre o uso do conceito no contexto das investigações epidemiológicas, sendo aconselhável: (i) obter medidas compreensivas de capital social, que capturem empiricamente os desenvolvimentos teóricos recentes no campo; (ii) avançar de medidas no nível individual para medidas no nível ecológico; (iii) considerar cuidadosamente fatores/variáveis de confusão, com especial atenção para validade e confiabilidade das medidas utilizadas ⁴².

Apesar das inconsistências mencionadas anteriormente, um extenso corpo de evidência parece sugerir que capital social é um importante determinante da saúde das pessoas e, como tal, merece mais estudos.

Relacionamento entre capital social e saúde

Nesta seção são examinadas as hipóteses apresentadas na literatura epidemiológica que associam o conceito de capital social com desfechos em saúde.

O primeiro trabalho importante, relacionando capital social com saúde, foi conduzido por Durkheim ⁴³. Em 1897, o autor já argumentava que taxas aumentadas de suicídio tendiam a ocorrer nos grupos socialmente mais isolados. Desde então, uma grande variedade de estudos tem demonstrado que estes indivíduos isolados socialmente possuem um maior risco

de mortalidade, doenças cardiovasculares, doenças do trato urinário, câncer, estresse e problemas mentais, acidentes e suicídios ^{44,45}.

Os benefícios do capital social têm sido estudados em pelo menos oito áreas de conhecimento relacionadas direta ou indiretamente com a epidemiologia. Elas são: comportamento juvenil e familiar ⁴⁶, educação ¹³, vida comunitária ⁴⁷, trabalho e organizações ⁴⁸, ciências políticas ^{15,49}, desenvolvimento econômico ^{27, 50}, criminologia ^{51,52} e saúde pública ^{5,7,34}.

Em função da relevância do assunto para a área epidemiológica, é realizada uma breve revisão dos principais estudos ligando capital social à área referida. Esta não pretende ser uma revisão completa, visto que novas evidências aparecem rapidamente. Com relação à saúde vários níveis de análise têm sido propostos: (i) indivíduos ou domicílios ^{53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65}; (ii) vizinhança ou bairros ^{51,66,67,68,69,70,71}; (iii) regiões ^{72,73}; (iv) Estados de um único país ^{74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84,85,86,87,88,89,90,91}; e (v) entre países ^{92,93}.

Nestes estudos, capital social é investigado em relação a: mortalidade; violência; autopercção em saúde; expectativa de vida; problemas comportamentais; atividade física; saúde mental; gravidez na adolescência; comportamento sexual e doenças sexualmente transmissíveis; acesso a serviços de saúde e cáries dentárias (Tabelas 1, 2 e 3).

Visando exemplificar o argumento da importância de capital social para a saúde humana, alguns exemplos clássicos são comentados abaixo.

Wolf & Bruhn ⁹⁴ compararam duas cidades vizinhas, durante o período de 1935 a 1984. Roseto, uma pequena comunidade na região leste da Pensilvânia, composta por imigrantes italianos, era caracterizada por um forte espírito comunitário e fortes laços familiares entre seus habitantes, fato este que a diferenciava da comunidade vizinha, onde o estilo de vida americano baseado em valores individuais era predominante. Os autores constataram que a taxa de doenças cardiovasculares era significativamente menor em Roseto apesar das duas comunidades apresentarem uma prevalência similar dos fatores de risco comuns, tais como consumo de gordura animal, fumo, ausência de exercícios físicos, hipertensão e diabetes. Além disso, quando primeiramente estudada em 1966, a mortalidade por ataques cardíacos em Roseto mostrava um gráfico singular. Enquanto no nível nacional, nos Estados Unidos, esta taxa aumentava com a idade, em Roseto, ela ainda era praticamente zero para os homens de 55 a 64 anos. Para homens acima de

Tabela 1

Estudos de capital social no nível individual ou do domicílio.

Referência	Ano	Localização	Amostra	Aferição do capital social	Desfecho	Outras exposições	Análise estatística	Resultados/Conclusões principais
Ziersch et al. ⁵⁶	2005	Austrália	2.400	Vários itens representando: contatos na vizinhança, confiança, reciprocidade, segurança e ação social no nível local	Autopercepção em saúde	–	"Path analysis"	Contatos (conexões) na vizinhança e percepções de segurança na vizinhança estavam positivamente associados com saúde mental referida. Entretanto aspectos sócio-econômicos estavam mais fortemente associados com autopercepção em saúde
Harpham et al. ⁵⁷	2004	Colômbia	1.168	Índices de confiança, coesão social, controle social, participação cívica	Saúde mental	Aspectos demográficos e violência	Análise de componentes principais e regressão logística	Somente uma escala, confiança estava associada com saúde mental. Fatores sócio-econômicos eram mais importantes do que capital social
Pollack & von dem Knesebeck ⁵⁴	2004	Estados Unidos e Alemanha	Estados Unidos = 608, Alemanha = 682	Itens unitários de reciprocidade, confiança e participação em grupos	Autopercepção em saúde e depressão	Sexo, idade, escolaridade, renda, tipo de residência, anos na residência, suporte emocional e contatos sociais	Regressão logística	Baixa reciprocidade estava associada com pior autopercepção em saúde e com depressão em ambos países. Baixa confiança associada com depressão nos Estados Unidos. Baixa participação social associada com autopercepção em saúde e com depressão na Alemanha
Lindström & Axen ⁵³	2004	Suécia	13.604	Combinação de itens unitários de confiança e participação em grupos	Autopercepção em saúde	Idade, país e escolaridade	Regressão logística	Altos níveis de confiança e de participação estavam positivamente associados com autopercepção em saúde e saúde mental
Bolin et al. ⁵⁹	2003	Suécia	3.800	Item unitário de amizade	Autopercepção em saúde	Idade, renda, emprego, escolaridade, sexo e estrutura familiar	Regressão linear	Indivíduos com altos níveis de capital social eram mais saudáveis do que aqueles com baixos níveis de capital social
Hyypä & Maki ⁶⁰	2001	Ostrobothnia, Finlândia	N1 = 1.000 (controles), N2 = 1.000 (casos)	Itens unitários: amizade, confiança e envolvimento na vida social	Autopercepção em saúde	Residência urbana, migração, idade, renda, Índice de Massa Corporal, e doenças crônicas	Regressão logística	Enfatiza que (após o controlar por vários fatores individuais) número de amigos dispostos a ajudar e participação em grupos religiosos estavam significativamente e independentemente associados com autopercepção em saúde. Omitiu a falta de associação de outros indicadores de capital social. Intervalos de confiança largos e incluindo a unidade

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Referência	Ano	Localização	Amostra	Aferição do capital social	Desfecho	Outras exposições	Análise estatística	Resultados/Conclusões principais
Veenstra ⁶⁵	2000	Saskatchewan, Canadá	N = 534	Índices de: participação cívica, confiança no governo, nos vizinhos, em pessoas da comunidade e nas pessoas	Autopercepção em saúde	Não claro	Ordinal ou regressão logística?	Não encontrou associação entre autopercepção em saúde e capital social. Pouca evidência foi encontrada para efeitos da composição do capital social na saúde
Rose ⁶⁴	2000	Rússia	N1 = 1.904, N2 = 191	Itens unitários de redes sociais, suporte social, confiança, participação em instituições	Autopercepção em saúde	Idade, sexo, renda, escolaridade e classe social	Regressão linear	Capital social estava mais associado à saúde física e emocional do que capital humano. Juntos eles aumentaram a autopercepção em saúde favorável
Locher et al. ⁵⁵	2005	Estados Unidos	1.000	Itens unitários de anos na residência, confiança, religiosidade, discriminação, percepção de segurança	Risco nutricional	Etnia, idade, escolaridade, renda	Regressão linear	Indicadores de capital social negativamente associados com risco nutricional especialmente em pessoas da raça negra
Martin et al. ⁵⁸	2004	Estados Unidos	330	Índice composto por itens representando, confiança, solidariedade, valores, cooperação na vizinhança	Risco nutricional	Etnia, idade, escolaridade, renda, emprego, tempo de moradia, entre outras	Regressão logística	Os resultados sugerem que capital social está associado com risco nutricional diminuído mesmo após o controle por fatores sócio-econômicos
Lindström et al. ⁶²	2001	Suécia	11.837	Índice de participação social	Atividade física	Idade, nacionalidade, doenças referidas, sócio-econômico status	Regressão logística	Participação social era o preditor mais forte para baixa atividade física e para a diferença sócio-econômica em termos de baixa atividade física. Diferenças sócio-econômicas em termos de atividade física eram devidas às diferenças em termos do capital social nos grupos sócio-econômicos
Wright et al. ⁶³	2001	Estados Unidos	1.725	Índice de relações e estrutura familiar	Problemas de conduta	Idade, etnia e sexo	Regressão linear	Efeitos do capital social no âmbito da família estavam associados com uma redução significativa no envolvimento em atividades criminais e desvio de comportamento de adolescentes
Runyan et al. ⁶¹	1998	Quatro cidades dos Estados Unidos	N1 = 87, N2 = 580	Índice de capital social na família, apoio social, apoio da vizinhança, e religiosidade	Bem estar infantil	Escolaridade, renda, depressão materna e serviços de saúde	Regressão logística	Caso controle. Uma unidade de aumento no índice de capital social aumentava a <i>odds of "doing well"</i> em 29% (OR = 1,29; IC95%: 1,04-1,59)

Tabela 2

Estudos de capital social no nível da vizinhança ou bairros.

Referência	Ano	Localização	Amostra	Aferição do capital social	Desfecho	Outras exposições	Análise estatística	Resultados/Conclusões principais
Lochner et al. ⁷⁰	2003	Chicago, Estados Unidos	N1 = 1.371, N2 = 343	Itens unitários: reciprocidade, confiança e participação em associações voluntárias	Mortalidade	Privação	Multinível (linear)	Após o controle por privação na vizinhança, níveis elevados de capital social estavam associados com baixas taxas de mortalidade
Veenstra ⁶⁷	2002	Saskatchewan, Canadá	30	Índice de participação em grupos, índice de envolvimento social, índice de participação eleitoral	Mortalidade, efetividade governamental	Concentração de renda, idade? Não claro	Correlação, regressão linear	Não encontrou evidência da associação entre capital social e efetividade governamental em secretarias distritais de saúde. Capital social estava negativamente associado com mortalidade, porém, a associação desapareceu com a inclusão da concentração de renda e vice-versa
Sampson et al. ⁵¹	1997	Chicago, Estados Unidos	N1 = 8.782, N2 = 343	Índice de eficácia coletiva: controle social (comportamento juvenil e melhoria na vizinhança) e coesão social	Violência	Índices de desvantagem sócio-econômica e de estabilidade de moradia, e imigração	Multinível (linear)	Eficácia coletiva negativamente relacionada com violência
Lindström et al. ⁷¹	2003	Malmö, Suécia	N1 = 3.001, N2 = 68	Item unitário de participação eleitoral	Senso de insegurança	Idade, sexo, nacionalidade, escolaridade e participação social	Multinível (logística)	A variância total explicada por fatores da vizinhança foi de 7,2%. Este efeito foi marginalmente reduzido com a introdução de fatores individuais e foi reduzido em 70% com a introdução da variável capital social. Não reporta o efeito do capital social no desfecho
Lindström et al. ⁶⁶	2003	Malmö, Suécia	N1 = 3.377, N2 = 74	Item unitário de mobilidade residencial	Atividade física	Idade, sexo, nacionalidade, escolaridade e participação social	Multinível (logística)	Sugere que atividade física é afetada principalmente por fatores individuais. Principal limitação é o uso de um indicador indireto (<i>proxy</i>) do capital social ignorando uma medida mais válida confiável (um índice com 13 itens de participação social) utilizada no estudo
Caughy et al. ⁶⁹	2003	Baltimore, Estados Unidos	200	Duas escalas de senso de comunidade	Problemas comportamentais	Dois indicadores sócio-econômicos (pobreza e riqueza)	Regressão linear	A associação entre senso de comunidade e presença de problemas comportamentais em crianças diferiu dependendo do grau de pobreza

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Referência	Ano	Localização	Amostra	Aferição do capital social	Desfecho	Outras exposições	Análise estatística	Resultados/Conclusões principais
Drukker et al. ⁶⁸	2003	Maastricht, Holanda	N1 = 3.401, N2 = 36	Índice de eficácia coletiva: controle social (comportamento juvenil e melhoria na vizinhança) e coesão social	Qualidade de vida e problemas comportamentais em crianças	Ocupação, escolaridade, benefícios, pais solteiros e sexo	Multinível (linear)	Maior privação sócio-econômica e menos capital social ambos não-especificamente prediziam autopercepção em saúde precária e satisfação em crianças
Pattussi et al. ¹⁰⁰	2001	Distrito Federal, Brasil	19	Taxa de homicídios (número <i>per capita</i> de organizações e participantes em plenárias do orçamento participativo)	Cáries dentárias	Escolaridade, coeficiente Gini	Regressão linear	Indicadores de coesão social não estavam estatisticamente associados com cáries dentárias. Porém existia uma tendência de menores taxas de homicídios (indicador indireto de coesão social) em áreas com baixos níveis de cáries dentárias. Desigualdade de renda, freqüentemente associada com baixa coesão social, estava fortemente associada com altos níveis de cáries dentárias
Pattussi ¹⁰²	2004	Distrito Federal, Brasil	N1 = 1.302, N2 = 39	Confiança e solidariedade, controle social (melhoria do comportamento juvenil e área de residência), percepção do sistema político, ação social ("empoderamento") e percepção da segurança na área de residência	Cáries dentárias, saúde bucal referida e traumatismo dentário	Idade, sexo, classe social, e fatores biológicos específicos para cada desfecho	Regressão logística multinível	A prevalência de traumatismo dentário era significativamente menor em áreas com alto capital social especialmente para adolescentes do sexo masculino. Capital social e aspectos sócio-econômicos estavam igualmente associados com autopercepção de saúde oral. Uma sub-escala do índice de capital social ("empoderamento") estava associada com a experiência de cáries dentárias
Moyes ¹⁰¹	2000	Curitiba, Brasil	N1 = 2.126, N2 = 29	Laços de confiança e associativismo comunitário, participação política, participação comunitária em conferências e conselhos de saúde	Cáries dentárias, dor dental e traumatismo dentário	Idade, gênero, renda familiar, ocupação, escolaridade, origem geográfica, tempo de residência na comunidade, utilização de serviços de saúde	Modelo multinível com meta-análise e meta-regressão	Comunidades com maior nível de capital social apresentaram maior proporção de indivíduos livres de cárie e menor prevalência de dor dentária

Tabela 3

Estudos de capital social no nível de Estados, regiões ou países.

Referência	Ano	Localização	Amostra	Aferição do capital social	Desfecho	Outras exposições	Análise estatística	Resultados/Conclusões principais
Skrabski et al. ⁷⁸	2003	Hungria	20	Itens unitários de confiança, reciprocidade e apoio social	Mortalidade	Tabagismo, uso de álcool, escolaridade, desemprego e renda	Regressão linear	Taxas de mortalidade estavam associadas com níveis de não confiabilidade (<i>mistrust</i>). Mortalidade masculina associada com falta de ajuda de organizações civis enquanto que mortalidade feminina mais associada com percepções de reciprocidade. Existiam diferenças de gênero com relação à mortalidade e capital social
Siahpush & Singh ⁸⁷	1999	Austrália	7, Estados x 7 anos = 49	Itens unitários de integração social	Mortalidade	Nenhuma	Correlação e regressão linear	Altos níveis de integração social associados com baixas taxas de mortalidade, exceto com taxas de sindicalização. Investigações do relacionamento entre capital social e saúde necessitam levar em consideração o tipo e o nível de integração social
Kawachi et al. ⁸⁸	1997	Estados Unidos	N1 = 7.654, N2 = 39	Confiança, honestidade: cooperação, participação em grupos	Mortalidade	Pobreza	Regressão linear	Ambos, confiança e participação em grupos estavam associados com mortalidade total bem como com taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, neoplasmas e mortalidade infantil. Não encontrou associações entre acidentes (<i>injuries</i>) não intencionais e capital social. Concentração de renda leva a um aumento da mortalidade via desinvestimento em capital social
Kelleher et al. ⁷⁵	2002	Irlanda	22	Itens unitários de participação eleitoral	Mortalidade, autopercepção em saúde	Nenhuma	Correlação	Padrão de votação eleitoral pode ter uma influência nos desfechos em saúde
Kennelly et al. ⁹³	2003	Entre países	19	Itens unitários de confiança, participação em grupos e trabalho voluntário	Mortalidade, expectativa de vida	Numero de médicos, coeficiente Gini, Produto Interno Bruto, frutas e vegetais, uso de álcool e tabagismo	Regressão linear	Pouca evidência estatística significativa que capital social possui um efeito positivo na saúde. Relata ausência de associação porém tabelas demonstram associação entre capital social e os desfechos em saúde

(continua)

Tabela 3 (continuação)

Referência	Ano	Localização	Amostra	Aferição do capital social	Desfecho	Outras exposições	Análise estatística	Resultados/Conclusões principais
Kennedy et al. ⁸⁶	1998	Rússia	N1 = 8.868, N2 = 121	Itens unitários de coesão social participação eleitoral e confiança no governo	Mortalidade, expectativa de vida	Renda e pobreza	Regressão linear	Indicadores de capital social estavam fortemente associados com mortalidade padronizada por idade, expectativa de vida e mortalidade por doenças cardiovasculares. Taxas de crime utilizadas como indicador indireto (<i>proxy</i>) de capital social. Resultados similares para homens e mulheres
Subramanian et al. ⁷⁷	2002	Estados Unidos	N1 = 26.230, N2 = 40	Índice de confiança social	Autopercepção em saúde	Idade, sexo, etnia, estado civil, escolaridade, renda, e percepção individual de confiança	Multinível (logística)	Após o controle por fatores individuais, altos níveis de confiança comunitária estavam associados com baixos níveis de autopercepção precária. Porém, o efeito protetor do capital social pode variar de acordo com níveis individuais de confiança
Blakely et al. ⁸²	2001	Estados Unidos	N1 = 279.066, N2 = 50	Itens de participação eleitoral	Autopercepção em saúde	Idade, sexo, etnia, renda e concentração de renda	Multinível (logística)	Após o controle por fatores individuais as chances de relatar autopercepção de saúde precária eram 27% mais elevadas em estados com grande desigualdade na participação eleitoral quando comparados com os com baixa desigualdade na participação eleitoral (OR = 1,27; IC95%: 1,10-1,56)
Subramanian et al. ⁸⁴	2001	Estados Unidos	N1 = 144.692, N2 = 39	Item unitário de confiança	Autopercepção em saúde	Idade, sexo, etnia, tratamento médico, <i>check-ups</i> , tabagismo, estado civil, renda e concentração de renda	Multinível (logística)	Capital social possuía um efeito independente de outras variáveis. A probabilidade de relatar saúde precária aumentava significativamente em estado com alto comparado como os com baixos níveis de capital social. Capital social parece mediar os efeitos da concentração de renda na saúde das pessoas
Kawachi et al. ⁹¹	1999	Estados Unidos	N1 = 167.259, N2 = 39	Confiança, honestidade, cooperação, participação em grupos	Autopercepção em saúde	Idade, sexo, etnia, renda, tabagismo, obesidade, seguro, <i>check-ups</i>	Multinível (logística)	<i>Odds ratio</i> para saúde precária em Estados com os níveis mais baixos de confiança era 1,41 (1,33-1,50) comparada com Estados com altas taxas de confiança; 1,48 (1,41-1,57) para baixa comparada com alta reciprocidade; e 1,22 para baixa comparada com alta participação em grupos

(continua)

Tabela 3 (continuação)

Referência	Ano	Localização	Amostra	Aferição do capital social	Desfecho	Outras exposições	Análise estatística	Resultados/Conclusões principais
Kawachi et al. ⁹⁰	1999	Estados Unidos	N1 = 7.679, N2 = 39	Confiança, estrutura familiar, eficácia coletiva	Violência		Análise de componentes principais	Taxas de crimes violentos consistentemente associadas com baixa coesão social
Kennedy et al. ⁸⁹	1998	Estados Unidos	N1 = 7.679, N2 = 39	Confiança, honestidade, cooperação, participação em grupos	Violência	Pobreza e disponibilidade armas de fogo	Correlação, regressão linear, "path analysis"	Participação em grupos e baixa confiança social associados com homicídios por armas de fogo. Efeitos se mantêm após o controle por pobreza e disponibilidade de armas de fogo. Efeito da concentração de renda é mediado em parte por capital social
Galea et al. ⁸⁰	2002	Estados Unidos	5 períodos N1 = 2.277 a 5.321, N2 = 32	Confiança, honestidade, cooperação, participação em grupos	Violência	Renda, urbanização e região	Correlação, regressão linear, "transitional analysis"	Confiança social fortemente associada com violência. Após o controle por renda, urbanização e região, capital social possuía um efeito independente nas taxas de violência. Efeitos bi-direcionais podem existir e é provável que exista um impacto da violência nos níveis de confiança nas comunidades
Wilkinson et al. ⁸⁵	1998	Estados Unidos	39	Item unitário de confiança social	Violência	Nenhum	Correlação	Taxas de crimes violentos fortemente associadas com concentração de renda, confiança social e mortalidade
Hemenway et al. ⁸³	2001	Estados Unidos	48	Itens unitários de confiança mútua: participação formal em grupos, suporte social, honestidade	Posse de armas de fogo	Urbanização, pobreza e etnia	Correlação e regressão linear	Após o controle por urbanização, pobreza e etnia, níveis mais elevados de posse de armas de fogo estavam significativamente associados com baixos níveis de confiança mútua e envolvimento cívico. Quanto mais as pessoas possuem acesso a armas letais menor a confiança mútua e a interação social e vice-versa
Gold et al. ⁸¹	2002	Estados Unidos	N1 = 7.654, N2 = 39	Itens unitários de confiança e participação em grupos	Gravidez juvenil	Desigualdade de renda e pobreza	Correlação parcial	Taxas de gravidez em adolescentes eram mais elevadas em Estados com pouca confiança social (R = 0,50). Taxas de gravidez em adolescentes estavam associadas com pobreza e concentração de renda. Porém, a associação parece ser mediada pelo capital social

(continua)

Tabela 3 (continuação)

Referência	Ano	Localização	Amostra	Aferição do capital social	Desfecho	Outras exposições	Análise estatística	Resultados/Conclusões principais
Holtgrave & Crosby ⁷⁹	2003	Estados Unidos	48	Índice de organização comunitária, envolvimento em assuntos públicos, sociabilidade informal e confiança social	Doenças sexualmente transmissíveis	Nenhum, pobreza	Correlação e regressão linear	Capital social negativamente associado com gonorréia, sífilis, clamídia e AIDS (R = -0,50; -0,67). Maior capital social, menores taxas de AIDS. Informações omitidas, regressão <i>stepwise</i> removeu pobreza
Crosby et al. ⁷⁴	2003	Estados Unidos	28	Índice de organização comunitária, envolvimento em assuntos públicos, sociabilidade informal e confiança social	Comportamento sexual		Correlação	Alto capital social associado com comportamento sexual protetor
Hendryx et al. ⁷⁶	2002	Estados Unidos	N1 = 19.672, N2 = 22	Índice de confiança, participação em grupos, participação eleitoral e segurança pessoal	Acesso ao serviço de saúde	Vários preditores individuais, de saúde e sociais	Multinível linear	Embora a magnitude do efeito fosse modesta, capital social estava associado com melhor acesso a serviços de saúde
Lynch et al. ⁹²	2001	Entre países	16	Itens unitários sobre confiança, participação em organizações, e voluntarismo	Vários	Nenhum	Correlação	Confiança, controle, e participação em grupos não parecem ser os fatores-chave para o entendimento das desigualdades em saúde entre os países pesquisados

65 anos a taxa de mortalidade local era a metade da média nacional. A pesquisa também antecipou um aumento da rejeição da vida em comunidade pelas novas gerações, bem como dos valores tradicionais. Esta mudança de atitude, ou seja, o rompimento da coesão social em favor dos valores e aspirações individuais, levou a população de Roseto a atingir níveis de mortalidade por doenças cardiovasculares similares às cidades vizinhas e ao nível nacional, nas décadas seguintes.

Wilkinson ⁹⁵, além do “efeito Roseto”, fornece uma grande quantidade de evidências a respeito dos benefícios do capital social para a saúde das populações. Por exemplo, na Grã-Bretanha, durante as duas grandes guerras mundiais, observou-se a mais rápida melhoria em níveis de expectativa de vida do século XX. A expectativa de vida aumentou em seis anos para homens e em sete anos para mulheres. O senso de união, frente a um inimigo comum,

juntamente com a redução das desigualdades sociais e políticas desenhadas para incentivar solidariedade e cooperação durante os períodos de guerra seriam as explicações mais plausíveis para este aumento ⁹⁵.

Somente recentemente, a primeira evidência quantitativa na relação entre coesão social e baixa mortalidade foi relatada ⁸⁸. Analisando dados ecológicos dos 39 estados dos Estados Unidos, Kawachi et al. ⁸⁸ demonstraram que os estados onde a população possuía altos níveis de desconfiança social também evidenciavam índices de mortalidade mais elevados. Os baixos níveis de confiança social estavam associados com as altas taxas da maioria das causas de morte, incluindo doenças cardíacas, neoplasmas malignos, doenças cardiovasculares, lesões acidentais e mortalidade infantil.

Altos níveis de capital social também foram associados com baixas taxas de mortalidade na Austrália ⁸⁷, Rússia ⁸⁶, Hungria ⁷⁸, Irlanda ⁷⁵ e

Canadá⁶⁷. Elevada expectativa de vida também tem sido relacionada com altos níveis de capital social, tanto na Rússia⁸⁶ como na Finlândia⁷³.

Vários estudos, conduzidos em diversos países, têm associado positivamente capital social e autopercepção em saúde, um poderoso indicador de mortalidade⁹⁶. Pessoas vivendo em estados dos Estados Unidos com baixos níveis de confiança e participação em grupos sociais avaliavam pior sua saúde, mesmo após o controle de fatores de risco individuais como renda, escolaridade, fumo, obesidade e acesso aos serviços de saúde⁹¹. Outro estudo similar, com mais de 270 mil pessoas⁸², encontrou que pessoas morando em Estados com baixas taxas de participação cívica, um indicador indireto (*proxy*) de capital social, também possuíam pior autopercepção em saúde quando comparadas às que moravam em estados com altos níveis de votação eleitoral.

Com relação ao capital social e violência, Sampson et al.⁵¹ avaliaram a “eficácia coletiva”, entendida como a voluntariedade dos residentes locais em intervirem para o bem comum e contra a violência em bairros de Chicago, Estados Unidos. Os autores concluíram que altos níveis de eficácia coletiva estavam fortemente relacionados às baixas taxas de violência mesmo após o controle de características individuais como estrutura familiar, aspectos sócio-econômicos e estabilidade residencial. Resultados similares entre capital social e violência foram encontrados repetitivamente entre estados dos Estados Unidos^{80,83,85,89,90}. Altas taxas de suicídio também parecem estar associadas com fragmentação social e baixa religiosidade^{72,97,98}.

Níveis mais elevados de capital social também têm sido associados com reduzida delinquência juvenil⁶³, menores taxas de gravidez em adolescentes^{46,81}, menor quantidade de problemas emocionais e comportamentais^{54,57,61,62,66}, uso adequado de serviços de saúde^{76,99}, menor experiência de problemas bucais^{100,101,102} entre outros^{7,74,79}.

Os benefícios do capital social para a saúde das populações também têm sido demonstrados por meio de pesquisas qualitativas^{56,103,104,105,106}.

Mas como capital social exerceria seus efeitos sobre a saúde das populações?

Os mecanismos pelos quais capital social influenciaria a saúde das pessoas ainda estão para ser esclarecidos. Tem sido argumentado que, em nível de bairros, capital social atuaria de três maneiras: influenciando e facilitando a formação e difusão de comportamentos favorá-

veis à saúde, promovendo maior acesso aos serviços de saúde devido a uma maior conscientização da população sobre seus direitos e por meio de processos psicossociais que promoveriam um maior apoio emocional e atuariam como fonte de auto-estima e respeito mútuo.

Em nível de Estados, capital social atuaria via processos políticos. Por exemplo, existem evidências de que Estados socialmente coesos produzem formas mais igualitárias de participação política da população, resultando em políticas públicas mais eficazes para os seus membros. Além disso, Estados com níveis mais elevados de capital social também são Estados com melhor distribuição de renda, ou seja, menor desigualdade social^{34,95}.

Embora a literatura pesquisada sugira que nas sociedades com altos níveis de capital social as pessoas vivam mais, sejam menos violentas, possuam taxas mais baixas de mortalidade e morbidade, e avaliem melhor sua saúde, urge cautela na interpretação desses resultados. Várias lacunas podem ser identificadas na literatura. Primeiro, a evidência até então se restringe a estudos transversais, sendo que a maioria destes utiliza-se de dados secundários para avaliar esta relação. Segundo, poucos estudos têm utilizado análises estatísticas adequadas, como por exemplo, análises multiníveis, as quais possibilitam detectar os efeitos da composição individual e do contexto na população estudada. Terceiro, como mencionado anteriormente, tanto a teoria quanto a mensuração de capital social estão em processo inicial de desenvolvimento, fato este que leva a erros de aferição e falta de comparabilidade entre os resultados. Por último, a avaliação das instituições sociais e dos ambientes promotores de capital social tem sido negligenciada¹⁰⁷.

Potencial uso do capital social na realidade sanitária brasileira

Até o momento, poucos estudos brasileiros fizeram uso sistemático do conceito de capital social como modelo explicativo para padrões de saúde-doença. Particularmente na epidemiologia, tais estudos são raros.

A investigação de capital social varia entre as sociedades. Evidências sugerem que o conceito tem sido mais difundido e mais sistematicamente estudado em países industrializados. Essa constatação conduz-nos a questionar se os atributos de capital social, estudados em sociedades ricas, podem de fato explicar, ao menos, uma parte da variação em níveis de saúde dentro e entre as regiões do mundo, es-

pecialmente em sociedades menos desenvolvidas. Em última instância, leva a especular se o conceito merece um lugar ao lado dos demais determinantes e variáveis mais bem estabelecidos em modelos epidemiológicos ou seria simplesmente o reflexo do ambiente político e econômico nas sociedades industrializadas.

No caso brasileiro, apesar de os dados não englobarem o conjunto do país, alguns autores inferem que não há uma tradição associativa que proporcione as bases de produção de capital social público¹⁴. Dessa forma, apesar da existência de centenas de associações informais e voluntárias que se organizam em torno de objetivos comuns, elas parecem não gerar redes associativas mais amplas, pois seus membros centram-se em questões casuísticas efêmeras. Para o caso do Brasil, quando se examina qual a contribuição das instituições governamentais da democracia formal na produção de capital social público, constata-se que, ao contrário do que se esperava, o que essas instituições produzem não é capital social, mas fragmentação e apatia por parte dos cidadãos.

No contexto brasileiro ganha irrecusável saliência o tratamento que é dado à categoria central “confiança”³⁷. De acordo com a Pesquisa Mundial sobre Valores (*World Values Survey*), coordenada a partir da Universidade de Michigan, o Brasil é uma espécie de campeão mundial da desconfiança, com um consistente padrão de respostas em que mais de 90% da população opta por responder que não se pode confiar na maioria das pessoas¹⁰⁸. Nesta pesquisa há limitações próprias de um estudo transversal restrito a questões atitudinais, pois ali a confiança é avaliada pelas respostas a uma questão dicotômica em que o entrevistado opta entre declarar de um modo geral se pode ou não confiar na maioria das pessoas.

Contudo, o interesse decorre do fato de que há uma agenda de pesquisa certamente promissora para o Brasil neste campo, seja do ponto de vista da operacionalização empírica da teoria quanto da especificação analítica precisa do significado de suas categorias centrais.

Um dos poucos estudos que buscam explorar a relação potencial entre capital social e saúde de populações é o de Souza & Grundy¹⁰⁹, embora seu enfoque seja mais voltado para o campo da promoção da saúde do que propriamente da epidemiologia. Os autores sugerem que elementos de capital social, tais como confiança mútua, normas de reciprocidade ou solidariedade, e engajamento cívico poderão trazer novas perspectivas ao campo da saúde coletiva e da epidemiologia. Afirmam, ainda, que embora bem estabelecida a relação de fatores psicossociais e saúde, ainda existe uma lacuna no que se refere ao desenvolvimento e avaliação de intervenções de promoção de saúde que incluam mecanismos que promovam a coesão social. Acreditam que o conceito de capital social ajuda a promover uma reação individual e coletiva em direção a uma sociedade mais saudável.

O conceito também tem sido avaliado como portador de grande elasticidade e ambigüidade, identificando-se uma tendência entre alguns estudiosos de atribuir às associações comunitárias um lugar central na identificação de capital social¹¹⁰. Assim, como consequência desta visão e da forte representação destas associações nos conselhos de saúde no Brasil, deveríamos esperar maior influência positiva sobre o sistema de saúde onde tais conselhos estão mais organizados, traduzindo o nível de participação da comunidade. Contudo, para alguns autores, ao se analisar a constelação de entidades participantes de conselhos, à luz dos componentes de capital social, os resultados não são muito alentadores¹¹⁰.

Capital social não é simplesmente um atributo cultural, cujas raízes só podem ser fincadas ao longo de muitas gerações. Ele pode ser criado – desde que haja organizações suficientemente fortes para sinalizar aos indivíduos alternativas aos seus comportamentos políticos. Neste sentido e ao contrário da visão culturalista adotada por Putnam¹⁵, tem sido sugerida a adoção de uma visão neo-institucionalista, que enfatiza o papel decisivo da burocracia estatal, na formação de capital social¹¹¹. A função do Estado passaria da ação reguladora da interação social para a de indutora e mobilizadora do capital social, convocando cidadãos e as agências públicas a aumentarem a eficiência governamental, a partir de uma sinergia entre o Estado e a sociedade civil. Como um conjunto de relações que ultrapassa a divisão das esferas público-privadas, a idéia de redes de engajamento cívico entre cidadãos sendo promovidas por agências públicas tem substancial relação com trabalhos sobre o “bom governo”, tais como os desenvolvidos no Nordeste brasileiro¹¹².

Uma questão crucial na interpretação de resultados sanitários, que deveria sempre ser levada em conta nos eventuais estudos que possam ser feitos no Brasil é a distinção básica entre correlação e causalidade. A falácia comum é concluir que capital social é causa para um ou mais desfechos em saúde, sem considerar a possibilidade de que tanto capital social quanto esses desfechos sejam determinados por causas externas comuns; ou seja, a possibilidade que fatores estruturais de mais ampla

determinação, e não capital social, possam desempenhar o papel fundamental no processo saúde-doença²³. Procurar resultados para uma situação particular, onde capital social se correlacione positivamente com os mesmos, pode ser uma forma particularmente perniciosa de trabalhar as variáveis dependentes no campo epidemiológico.

Considerações finais

Este artigo se propôs a revisar o relacionamento entre capital social e saúde. Apesar de limitações de natureza metodológica, já que o presente artigo não é uma revisão crítica sistemática, com o uso da meta-análise para produzir sínteses quantitativas, o esforço de revisar conceitualmente capital social representa um avanço em relação a publicações anteriores, já que permite, ao menos preliminarmente, encarar a relação entre capital social e saúde, seja internacionalmente, seja no caso brasileiro.

Tendo em conta os resultados deste mapeamento produzido, estudiosos podem legitimamente debater se capital social teria um papel predominante em estudos comparados sobre saúde. De um lado, o impacto demonstrado por alguns estudos é digno de registro. Por outro lado, quando se enxerga a totalidade de fatores que podem influenciar a saúde, e as diferenças conceituais reinantes, capital social parece ter, na melhor das hipóteses, um impacto apenas moderado. Em parte, isto se deve ao fato de que, tanto a teoria como os instrumentos de aferição, estão em fase de desenvolvimento. Porém, e apesar das limitações em termos do desenho e análise dos estudos, parecem existir evidências consideráveis de que capital social possa efetivamente beneficiar a saúde de indivíduos e comunidades.

O fato da literatura sobre capital social estar crescendo rapidamente tem levado alguns autores a considerá-lo uma grande panacéia, ou o mais novo “modismo” da saúde coletiva mundial, ou ainda uma boa desculpa para reduzir investimentos em políticas sociais e de

redistribuição de renda. Neste sentido, faz-se necessário destacar que em nenhum momento foge ao entendimento dos autores deste artigo a bem consolidada relação entre aspectos sócio-econômicos e saúde. Muito menos, tratando-se da realidade brasileira onde o abismo que separa as classes sociais, e a própria exclusão social em si, exercem efeitos devastadores sobre a saúde de uma significativa parcela da população. Formulações teóricas sobre desigualdade e capital social não devem ser consideradas concorrentes, mas sim complementares, tanto nas pesquisas como na definição das políticas públicas na área da saúde. Existem fortes evidências da associação entre capital social e desigualdade de renda, onde a própria desigualdade social corrói os níveis de capital social⁹⁵.

Capital social também não deve ser um novo apanágio das relações sociais, visando substituir práticas já existentes na sociedade civil organizada, nos movimentos populares ou na legislação brasileira. Idéias como controle social e cidadania não deixam de ser formas de capital social. Somente o refinamento teórico destas concepções frente à realidade brasileira permitirá estimar com maior rigor o impacto que elas possuem nos indicadores de saúde.

A visão que permeia este artigo é a de que capital social é um conceito útil para a pesquisa e o debate acadêmico, pois fornece pistas sobre como tornar os “menos poderosos” “mais poderosos”, os “desorganizados” “mais organizados”, os “menos favorecidos” “mais capazes” e confiantes em suas capacidades para exercerem controle sobre suas próprias vidas^{113,114} e conseqüentemente sobre a sua própria saúde.

Neste sentido, capital social oferece uma maneira nova e excitante de revitalizar as pesquisas em epidemiologia, pois fornece espaço para uma abordagem não-individualizada que rompe barreiras disciplinares. Oferece, ainda, oportunidades para melhor entender porque as desigualdades em saúde se manifestam e como elas podem ser mais bem enfrentadas, com justiça social e solidariedade.

Resumo

Capital social é definido como as 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. Um número crescente de pesquisas, em sua maioria produzidas em países industrializados, sugere que sociedades com altos níveis de capital social possuem taxas mais baixas de mortalidade, maior expectativa de vida, são menos violentas e avaliam melhor a sua saúde. O principal objetivo deste artigo é revisar a relação entre capital social e saúde. Primeiramente, capital social é conceituado e as críticas que têm sido feitas quanto ao seu uso são discutidas. Em seguida, são apresentados os principais instrumentos de aferição adotados. Logo após é descrito o relacionamento entre capital social e saúde e, por último, considerações são feitas quanto ao seu uso na realidade brasileira. Capital social, se utilizado com maior rigor e atenção às dificuldades teórico-metodológicas que apresenta, pode ampliar a agenda de pesquisa em epidemiologia, contribuindo para um melhor entendimento de como enfrentar efetivamente as desigualdades em saúde.

Organização Social; Capital Social; Epidemiologia

Colaboradores

M. P. Pattussi e S. J. Moysés contribuíram no planejamento do artigo, na revisão bibliográfica, conceituação, interpretação e redação do artigo. J. R. Junges e A. Sheiham colaboraram na conceituação, discussão da literatura e orientação de pesquisa. Todos autores revisaram o manuscrito.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Processo BEX 1237/99-3), ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Processo 478503/2004-0) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (Processo 0415621) pelo auxílio financeiro ao primeiro autor.

Referências

- Portes A. Social capital: its origins and applications in modern sociology. *Annu Rev Sociol* 1998; 24:1-24.
- Schwartz S, Susser E, Susser M. A future for epidemiology? *Annu Rev Public Health* 1999; 20:15-33.
- Lynch JW, Due P, Muntaner C, Smith GD. Social capital: is it a good investment strategy for public health? *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 404-8.
- Muntaner C, Lynch JW, Smith GD. Social capital and the third way in public health. *Critical Public Health* 2000; 10:107-24.
- Macinko J, Starfield B. The utility of social capital in research on health determinants. *Milbank Q* 2001; 79:387-427.
- Hawe P, Shiell A. Social capital and health promotion: a review. *Soc Sci Med* 2000; 51:871-85.
- Kawachi I, Kim D, Coutts A, Subramanian SV. Commentary: reconciling the three accounts of social capital. *Int J Epidemiol* 2004; 33:682-90.
- Durkheim E. *The division of labour in society*. New York: Free Press; 1984.
- Marx K. *Capital*. New York: International Publishers; 1967.
- Simmel G. *The metropolis and mental life*. In: Wolff KH, editor. *The sociology of Georg Simmel*. New York: Free Press; 1964. p. 409-24.
- Bordieu P. The forms of capital. In: Richardson J, editor. *Handbook of theory and research for the sociology of education*. New York: Greenwood Press; 1986. p. 241-58.
- Portes A, Landolt P. The downside of social capital. *Am Prospect* 1996; 26:18-22.
- Coleman JS. Social capital in the creation of human capital. *Am J Sociol* 1988; 94:S95-121.
- Baquero M. Construindo uma outra sociedade: o capital social na estruturação de uma cultura política participativa no Brasil. *Rev Sociol Polit* 2003; 21:83-108.
- Putnam RD, Leonardi R, Nanetti RY. *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*. Princeton: Princeton University Press; 1993.
- Seligson MA, Renno LR. Mensurando confiança interpessoal: notas acerca de um conceito multidimensional. *Dados Rev Cienc Sociais* 2000; 43: 783-803.
- Axelrod R, Hamilton WD. The evolution of cooperation. *Science* 1981; 211:1390-6.
- Stolle D, Rochon TR. Are all associations alike? *Am Behav Sci* 1998; 42:47-65.
- Szreter S, Woolcock M. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *Int J Epidemiol* 2004; 33:650-67.
- Putnam RD. The prosperous community: social capital and public life. *Am Prospect* 1993; 13:35-42.
- Coleman JS. Social capital. In: Coleman JS, editor. *Foundations of social theory*. Cambridge: Harvard University Press; 1990. p. 300-21.
- Navarro V. Commentary: is capital the solution or the problem? *Int J Epidemiol* 2004; 33:672-4.
- Portes A, Landolt P. Social capital: promise and pitfalls of its role in development. *J Lat Am Stud* 2000; 32:529-47.

24. Tonella C. Capital social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe: en busca de un nuevo paradigma. *Rev Sociol Polit* 2003; 21: 187-90.
25. Eng E, Parker E. Measuring community competence in the Mississippi Delta: the interface between program evaluation and empowerment. *Health Educ Q* 1994; 21:199-220.
26. Laverack G, Wallerstein N. Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. *Health Promot Int* 2001; 16:179-85.
27. Fukuyama F. Social capital, civil society and development. *Third World Q* 2001; 22:7-20.
28. Hill JL. Psychological sense of community: suggestions for future research. *J Community Psychol* 1996; 24:431-8.
29. McMillan DW, Chavis DM. Sense of community: a definition and theory. *J Community Psychol* 1986; 14:6-23.
30. Buckner JC. The development of an instrument to measure neighborhood cohesion. *Am J Community Psychol* 1989; 17:771-91.
31. Lochner KA, Kawachi I, Kennedy BP. Social capital: a guide to its measurement. *Health Place* 1999; 5:259-70.
32. Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ* 2000; 320: 1200-4.
33. Baum FE. Social capital: is it good for your health? Issues for a public health agenda [Editorial]. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53:195-6.
34. Kawachi I, Berkman LF. Social cohesion, social capital and health. In: Berkman LF, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000. p. 174-90.
35. Paxton P. Is social capital declining in the United States? A multiple indicator assessment. *Am J Sociol* 1999; 105:88-127.
36. Wilkinson RG. Inequality and the social environment: a reply to Lynch et al [Comment]. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54:411-3.
37. Reis BPW. Capital social e confiança: questões de teoria e método. *Rev Sociol Polit* 2003; 21:35-49.
38. Putzel J. Accounting for the "dark side" of social capital: reading Robert Putnam on democracy. *J Int Dev* 1997; 9:939-49.
39. Edwards B, Foley MW, Diani M. *Beyond Tocqueville: civil society and the social capital debate in comparative perspective*. Hanover: University Press of New England; 2001.
40. Lundasen S. Podemos confiar nas medidas de confiança? *Opin Pública* 2002; 8:304-27.
41. Canadian Government. Concepts, measurement and policy implications. In: *Social Capital Workshop 2003*. <http://policyresearch.gc.ca/doclib/Full%20Workshop%20Document%20final.pdf> (acessado em 02/Mai/2006).
42. Harpham T, Grant E, Thomas E. Measuring social capital within health surveys: key issues. *Health Policy Plan* 2002; 17:106-11.
43. Durkheim E. *Suicide: a study in sociology*. London: Routledge & Kegan Paul; 1970.
44. Berkman LF, Glass TA. Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman LF, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000. p. 137-73.
45. Berkman LF, Glass TA, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med* 2000; 51:843-57.
46. Parcel TL, Dufur MJ. Capital at home and at school: effects on child social adjustment. *J Marriage Fam* 2001; 63:32-47.
47. Case AC, Katz LF. *The company you keep: the effects of family and neighbourhood on disadvantaged youths*. Cambridge: National Bureau of Economic Research; 1991. (Working Paper 3705).
48. Fellmeth A. Social capital in the United States and Taiwan: trust or rule of law. *Dev Policy Rev* 1996; 14:151-71.
49. Leonardi R. Regional development in Italy: social capital and the Mezzogiorno. *Oxford Review of Economic Policy* 1995; 11:165-79.
50. Fukuyama F. *Trust: the social virtues and the creation of prosperity*. New York: Free Press; 1995.
51. Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F. Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science* 1997; 277:918-24.
52. Sampson RJ, Morenoff JD, Earls F. Beyond social capital: spatial dynamics of collective efficacy for children. *Am Sociol Rev* 1999; 64:633-60.
53. Lindström M, Axén E. Social capital, the miniaturization of community and assessment of patient satisfaction in primary healthcare: a population-based study. *Scand J Public Health* 2004; 32:243-9.
54. Pollack CE, von dem Knesebeck O. Social capital and health among the aged: comparisons between the United States and Germany. *Health Place* 2004; 10:383-91.
55. Locher JL, Ritchie CS, Roth DL, Baker PS, Bodner EV, Allman RM. Social isolation, support, and capital and nutritional risk in an older sample: ethnic and gender differences. *Soc Sci Med* 2005; 60:747-61.
56. Ziersch AM, Baum FE, Macdougall C, Putland C. Neighbourhood life and social capital: the implications for health. *Soc Sci Med* 2005; 60:71-86.
57. Harpham T, Grant E, Rodriguez C. Mental health and social capital in Cali, Colombia. *Soc Sci Med* 2004; 58:2267-77.
58. Martin KS, Rogers BL, Cook JT, Joseph HM. Social capital is associated with decreased risk of hunger. *Soc Sci Med* 2004; 58:2645-54.
59. Bolin K, Lindgren B, Lindstrom M, Nystedt P. Investments in social capital-implications of social interactions for the production of health. *Soc Sci Med* 2003; 56:2379-90.
60. Hyyppä MT, Maki J. Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community. *Prev Med* 2001; 32:148-55.
61. Runyan DK, Hunter WM, Socolar RRS, Amaya-Jackson L, English D, Landsverk J, et al. Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital. *Pediatrics* 1998; 101: 12-8.
62. Lindström M, Hanson BS, Östergren 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; 52:441-51.

63. Wright JP, Cullen FT, Miller JT. Family social capital and delinquent involvement. *J Crim Justice* 2001; 29:1-9.
64. Rose R. How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians. *Soc Sci Med* 2000; 51:1421-35.
65. Veenstra G. Social capital, SES and health: an individual-level analysis. *Soc Sci Med* 2000; 50:619-29.
66. Lindström M, Moghaddassi M, Merlo J. Social capital and leisure time physical activity: a population based multilevel analysis in Malmo, Sweden. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:23-8.
67. Veenstra G. Social capital and health (plus wealth, income inequality and regional health governance). *Soc Sci Med* 2002; 54:849-68.
68. Drukker M, Kaplan C, Feron F, van Os J. Children's health-related quality of life, neighbourhood socio-economic deprivation and social capital. A contextual analysis. *Soc Sci Med* 2003; 57:825-41.
69. Caughy MO, O'Campo PJ, Muntaner C. When being alone might be better: neighborhood poverty, social capital, and child mental health. *Soc Sci Med* 2003; 57:227-37.
70. Lochner KA, Kawachi I, Brennan RT, Buka SL. Social capital and neighborhood mortality rates in Chicago. *Soc Sci Med* 2003; 56:1797-805.
71. Lindström M, Merlo J, Östergren PO. Social capital and sense of insecurity in the neighbourhood: a population-based multilevel analysis in Malmö, Sweden. *Soc Sci Med* 2003; 56:1111-20.
72. Whitley E, Gunnell D, Dorling D, Smith GD. Ecological study of social fragmentation, poverty, and suicide. *BMJ* 1999; 319:1034-7.
73. Hyypä MT, Mäki J. Why do Swedish-speaking Finns have longer active life? An area for social capital research. *Health Promot Int* 2001; 16:55-64.
74. Crosby RA, Holtgrave DR, DiClemente RJ, Wingood GM, Gayle JA. Social capital as a predictor of adolescents' sexual risk behavior: a state-level exploratory study. *AIDS Behav* 2003; 7:245-52.
75. Kelleher C, Timoney A, Friel S, McKeown D. Indicators of deprivation, voting patterns, and health status at area level in the Republic of Ireland. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56:36-44.
76. Hendryx MS, Ahern MM, Lovrich NP, McCurdy AH. Access to health care and community social capital. *Health Serv Res* 2002; 37:87-103.
77. Subramanian SV, Kim DJ, Kawachi I. Social trust and self-rated health in US communities: a multilevel analysis. *J Urban Health* 2002; 79:S21-34.
78. 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: 114-9.
79. Holtgrave DR, Crosby RA. Social capital, poverty, and income inequality as predictors of gonorrhoea, syphilis, chlamydia and AIDS case rates in the United States. *Sex Transm Infect* 2003; 79:62-4.
80. Galea S, Karpati A, Kennedy BP. Social capital and violence in the United States, 1974-1993. *Soc Sci Med* 2002; 55:1373-83.
81. Gold R, Kennedy BP, Connell F, Kawachi I. Teen births, income inequality, and social capital: developing an understanding of the causal pathway. *Health Place* 2002; 8:77-83.
82. Blakely TA, Kennedy BP, Kawachi I. Socioeconomic inequality in voting participation and self-rated health. *Am J Public Health* 2001; 91:99-104.
83. Hemenway D, Kennedy BP, Kawachi I, Putnam RD. Firearm prevalence and social capital. *Ann Epidemiol* 2001; 11:484-90.
84. Subramanian SV, Kawachi I, Kennedy BP. Does the state you live make a difference? Multilevel analysis of self-rated health in the US. *Soc Sci Med* 2001; 53:9-19.
85. Wilkinson RG, Kawachi I, Kennedy BP. Mortality, the social environment, crime and violence. *Sociol Health Illn* 1998; 20:578-97.
86. Kennedy BP, Kawachi I, Brainerd E. The role of social capital in the Russian mortality crisis. *World Development* 1998; 26:2029-43.
87. Siahpush M, Singh GK. Social integration and mortality in Australia. *Aust N Z J Public Health* 1999; 23:571-7.
88. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner KA, Prothrow SD. Social capital, income inequality, and mortality. *Am J Public Health* 1997; 87:1491-8.
89. Kennedy BP, Kawachi I, Prothrow SD, Lochner KA, Gupta V. Social capital, income inequality, and firearm violent crime. *Soc Sci Med* 1998; 47:7-17.
90. Kawachi I, Kennedy BP, Wilkinson RG. Crime: social disorganization and relative deprivation. *Soc Sci Med* 1999; 48:719-31.
91. Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *Am J Public Health* 1999; 89:1187-93.
92. Lynch J, Smith GD, Hillemeier M, Shaw M, Raghunathan T, Kaplan G. Income inequality, the psychosocial environment, and health: comparisons of wealthy nations. *Lancet* 2001; 358:194-200.
93. Kennelly B, O'Shea E, Garvey E. Social capital, life expectancy and mortality: a cross-national examination. *Soc Sci Med* 2003; 56:2367-77.
94. Wolf S, Bruhn JG. The power of the clan: he influence of human relationships on heart disease. New Brunswick/London: Transaction Publishers; 1993.
95. Wilkinson RG. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London/New York: Routledge; 1996.
96. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38:21-37.
97. Congdon P. Suicide and parasuicide in London: a small-area study. *Urban Stud* 1996; 33:137-58.
98. Neeleman J, Lewis G. Suicide, religion, and socioeconomic conditions: an ecological study in 26 countries, 1990. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53:204-10.
99. Altschuler A, Somkin CP, Adler NE. Local services and amenities, neighborhood social capital, and health. *Soc Sci Med* 2004; 59:1219-29.
100. Pattussi MP, Marcenes W, Croucher R, Sheiham A. Social deprivation, income inequality, social cohesion and dental caries in Brazilian school children. *Soc Sci Med* 2001; 53:915-25.
101. Moyses SJ. Oral health and healthy cities: An analysis of intra-urban differentials in oral health outcomes in relation to "Healthy Cities" policies in Curitiba, Brazil [PhD Thesis]. London: Department of Epidemiology and Public Health, University College London; 2000.

102. Pattussi MP. Neighbourhood social capital and oral health in adolescents [PhD Thesis]. London: Department of Epidemiology and Public Health, University College London; 2004.
103. Swann C, Morgan A. Social capital for health: insights from qualitative research. London: Health Development Agency; 2002.
104. Campbell C, Wood R, Kelly M. Social capital and health. London: Health Education Authority; 1999.
105. Campbell C, McLean C. Ethnic identities, social capital and health inequalities: factors shaping African-Caribbean participation in local community networks in the UK. *Soc Sci Med* 2002; 55: 643-57.
106. Cattell V. Poor people, poor places, and poor health: the mediating role of social networks and social capital. *Soc Sci Med* 2001; 52:1501-16.
107. Macintyre S, Ellaway A. Ecological approaches: rediscovering the role of the physical and social environment. In: Berkman LF, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000. p. 332-48.
108. Inglehart R. Modernization and postmodernization: cultural, economic, and political change in 43 societies. Princeton: Princeton University Press; 1997.
109. Souza EM, Grundy E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:1354-60.
110. Labra ME. Capital social y consejos de salud en Brasil: ¿un círculo virtuoso? *Cad Saúde Pública* 2002; 18 Suppl:47-55.
111. Costa MAN. Sinergia e capital social na construção de políticas sociais: a favela da Mangueira no Rio de Janeiro. *Rev Sociol Polit* 2003; 21:163.
112. Tendler J, Freedheim S. Trust in a rent-seeking world: health and government transformed in Northeast Brazil. *World Development* 1994; 22: 1771-91.
113. Labonte R. Social capital and community development: practitioner emptor. *Aust N Z J Public Health* 1999; 23:430-3.
114. World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. Geneva: World Health Organization; 1986.

Recebido em 28/Mar/2005

Versão final rerepresentada em 03/Nov/2005

Aprovado em 02/Fev/2006