



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

MATHIAS ROBERTO LOCH

**ASSOCIAÇÃO ENTRE CAPITAL SOCIAL E
COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE:
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL**

MATHIAS ROBERTO LOCH

**ASSOCIAÇÃO ENTRE CAPITAL SOCIAL E
COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE:
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Regina Kazue Tanno de Souza.

Londrina
2013

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da
Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

L812a Loch, Mathias Roberto
Associação entre capital social e comportamentos relacionados à
saúde: estudo de base populacional / Mathias Roberto Loch. – Londrina,
2013.
136 f. : il.

Orientador: Regina Kazue Tanno de Souza.
Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de
Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva, 2013.
Inclui bibliografia.

1. Promoção da saúde. 2. Estilo de vida. 3. Atitudes em relação à
saúde. 4. Capital social (Sociologia). 5. Saúde pública. I. Souza, Regina
Kazue Tanno de. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de
Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III.
Título.

CDU 614.2:316

MATHIAS ROBERTO LOCH

**ASSOCIAÇÃO ENTRE CAPITAL SOCIAL E COMPORTAMENTOS
RELACIONADOS À SAÚDE:
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Regina Kazue Tanno de Souza
UEL – Londrina – PR

Prof. Dr. Pedro Rodrigues Curi Hallal
UFPEL – Pelotas – RS

Prof. Dr. Marcos Pascoal Pattussi
UNISINOS – São Leopoldo – RS

Prof. Dr. Arthur Eumann Mesas
UEL – Londrina – PR

Prof^a. Dr^a. Selma Maffei de Andrade
UEL – Londrina – PR

Londrina, 07 de agosto de 2013.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Regina, pela parceria, apoio e aprendizado constante, além da coragem de coordenar um projeto como o VigiCardio, com muitas pretensões e poucos recursos financeiros.

Aos docentes e funcionários do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Pela competência e compromisso de todos, em especial à coordenadora Selma e à secretária Sandra.

Ao Arthur, fundamental para tornar possível o estágio de doutoramento na Universidad Autónoma de Madrid.

Aos demais membros da banca, pela disponibilidade e pelas contribuições.

Ao Prof. Dr. Fernando Rodrigues-Artalejo e aos demais membros do Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública da Universidad Autónoma de Madrid, pela possibilidade de estágio, pelo aprendizado e pelas ótimas condições de trabalho que me possibilitaram.

À Capes, pela concessão da bolsa, que permitiu a realização do estágio em Madrid.

À toda equipe do Projeto VigiCardio, especialmente à Maira e Beto, pela constante colaboração e amizade.

A todas as pessoas que responderam ao questionário do projeto VigiCárdio e aos profissionais de saúde de Cambé que colaboraram com o projeto.

Ao Departamento de Educação Física, por ter possibilitado a licença integral nos dois primeiros anos do doutorado e mais uma licença parcial nos últimos meses.

À minha família, que mesmo distante sempre acompanhou e apoiou.

À minha esposa Flavya, pelo amor, parceria e paciência.

“Que el maquillaje no apague tu risa,
que el equipaje no lastre tus alas,
que el calendario no venga con prisas,
que el diccionario detenga las balas,
Que las persianas corrijan la aurora,
que gane el quiero la guerra del puedo,
que los que esperan no cuenten las horas,
que los que matan se mueran de miedo.
Que el fin del mundo te pille bailando,
que el escenario me tiña las canas,
que nunca sepas ni cómo, ni cuándo,
ni ciento volando, ni ayer ni mañana
Que el corazón no se pase de moda,
que los otoños te doren la piel,
que cada noche sea noche de bodas,
que no se ponga la luna de miel.
Que todas las noches sean noches de boda,
que todas las lunas sean lunas de miel.
Que las verdades no tengan complejos,
que las mentiras parezcan mentira,
que no te den la razón los espejos,
que te aproveche mirar lo que miras.
Que no se ocupe de ti el desamparo,
que cada cena sea tu última cena,
que ser valiente no salga tan caro,
que ser cobarde no valga la pena.
Que no te compren por menos de nada,
que no te vendan amor sin espinas,
que no te duerman con cuentos de hadas,
que no te cierren el bar de la esquina.
Que el corazón no se pase de moda,
que los otoños te doren la piel,
que cada noche sea noche de bodas,
que no se ponga la luna de miel.
Que todas las noches sean noches de boda,
que todas las lunas sean lunas de miel.”

(Joaquin Sabina)

LOCH, Mathias Roberto. **Associação entre capital social e comportamentos relacionados à saúde**: estudo de base populacional. 2013. 136f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

RESUMO

Estudos que investigam a relação entre comportamentos relacionados à saúde com o capital social (CS) são escassos, especialmente na América Latina. O objetivo deste trabalho foi verificar a relação entre indicadores de CS e a prevalência de determinados comportamentos relacionados à saúde. Realizou-se estudo transversal, de base populacional, com indivíduos com 40 anos ou mais de um município de médio porte da região Sul do Brasil. Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2011. Para este estudo, foram considerados dados de 1081 sujeitos. Os comportamentos investigados foram: inatividade física no lazer (INFL), baixo consumo de frutas e/ou verduras (BCFV), tabagismo (TAB) e consumo abusivo de álcool (CAA), além de análise de simultaneidade dos comportamentos citados. A INFL foi avaliada a partir do modelo de estágio de mudança de comportamento e as questões relacionadas aos demais comportamentos foram retiradas do questionário aplicado pelo sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) do Ministério da Saúde do Brasil. Os indicadores de CS foram selecionados a partir do Questionário Integrado para medir CS (QI-MCS): número de amigos e de pessoas que emprestariam dinheiro em caso de necessidade, confiança nas pessoas do bairro, frequência com que as pessoas no bairro se ajudam, segurança no bairro e participação cívica ou comunitária. Foi ainda construído um escore de CS, baseado nos indicadores isolados. Os dados foram analisados no Programa SPSS vs. 19, por meio da regressão logística, realizando-se análise bruta e ajustada ($p < 0,05$). Após os ajustes, a INFL esteve associada ao número de amigos, confiança nas pessoas do bairro, frequência com que as pessoas no bairro se ajudam, segurança no bairro, participação comunitária e o escore de CS. O BCFV associou-se à participação comunitária e ao escore de CS. O TAB se mostrou associado à frequência com que as pessoas no bairro se ajudam e ao escore de CS. Apenas a frequência com que as pessoas no bairro se ajudam esteve associada ao CAA. Em todas as associações mencionadas, os sujeitos com menor CS tinham maior chance de apresentarem os comportamentos negativos. Observou-se ainda que quanto maior o CS, menor o número médio de comportamentos negativos. Sujeitos com maior CS apresentaram em média 1,47 (DP=0,11) comportamentos negativos, enquanto os com menor CS tinham média de 2,13 (DP=0,23) comportamentos negativos. Este estudo mostrou uma associação moderada entre diferentes indicadores de CS e os comportamentos relacionados à saúde investigados, sendo mais evidente a relação com a INFL e em menor grau com o BCFV e o TAB. A relação do CS com o CAA foi menos evidente. Recomenda-se que as políticas de promoção de comportamentos saudáveis considerem o nível e as características do CS de cada lugar e busquem implementar ações que contribuam para a criação de sociedades civis mais organizadas, inclusive porque estas podem representar um aspecto positivo para a adoção dos comportamentos considerados positivos para a saúde.

Palavras-chave: Estilo de vida. Capital social. Participação social. Sociedade civil. Autopercepção de saúde.

LOCH, Mathias Roberto. **Relationship between social capital and lifestyle: population-based study.** 2013. 136p. Thesis (Doctorate in Public Health) – State University of Londrina, Londrina, 2013.

ABSTRACT

There are few studies investigating the relationship between social capital (SC) and lifestyle, especially in Latin America. The present study examined the relationship between indicators of social capital (SC) and health-related behaviors in Brazilian adults. A cross-sectional study was conducted in a sample of 1,081 participants representative of the population aged 40 years or more from a mid-size city in southern Brazil. Data was collected by trained interviewers during home visits from January to July 2011. The behaviors investigated were: physical inactivity in leisure time (PILT), low consumption of fruits and vegetables (LCFV), smoke and binge drinking (BD), and combined analysis of these behaviors. The PILT was assessed from stage model of behavior change and evaluation of other behaviors considered the same questions asked by Surveillance System Risk and Protective Factors for Chronic Diseases Telephone Survey (VIGITEL) of Brazilian Ministry of Health. Information on indicators of SC were drawn from the Brazilian version of the Integrated Questionnaire for the Measurement of Social Capital (QI-MSC). The following indicators were examined: number of friends, number of people they could borrow money from when in need; extent of trust in community members; number of times members of the community help each other; community safety; extent of membership in community activities and a score of SC, calculated from the individual indicators. Data were analyzed using SPSS vs 19, by analysis of crude and adjusted logistic regression, with $p < 0.05$. After adjustments, the PILT was associated with number of friends, extent of trust in community members; number of times members of the community help each other; community safety; extent of membership in community activities and a score of SC. The LCFV was associated with extent of membership in community activities and score of SC. The smoke was associated with the number of times members of the community help each other and SC score. Only the number of times members of the community help each other was associated with BD. In all associations, subjects with lower CS were more likely to have negative health behaviors. A higher score of SC showed an inverse dose-response relationship with the number of prevalent risk behaviors. The subjects with higher SC had on average 1.47 (SD = 0.11) negative behaviors, while less CS had a mean of 2.13 (SD = 0.23) negative behaviors. This study showed a moderate association between different indicators of SC and health-related behaviors, evidencing a clear relationship with PILT and a less strong association with LCFV and smoking. The relationship between the SC and the BD was not evident. The results suggest that the degree and local characteristics of SC should be considered in the development of health promotion policies. It is recommended that policies to promote healthy behaviors take into account the level and characteristics of the SC of each community and try to implement actions that will contribute to creating Civil Societies more organized and with more social participation, which may be positive for the adoption of healthy behaviors by people.

Keywords: Lifestyle. Social capital. Social participation. Civil society. Self-reported health status.

LOCH, Mathias Roberto. **Asociación entre el capital social y comportamientos de salud:** investigación de base poblacional. 2013. 136f. Tesis (Doctorado em Salud Pública) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

RESUMEN

Los estudios que investigan la relación entre el capital social (CS) y el estilo de vida son escasos, especialmente en América Latina. El objetivo de este estudio fue investigar la relación entre los indicadores de CS y la prevalencia de determinadas conductas relacionadas con la salud. Por lo tanto, se realizó un estudio transversal, de base poblacional, con individuos de 40 años o más de una ciudad de tamaño medio en el sur de Brasil. Los datos se recogieron en el primer semestre de 2011. En esta investigación se consideraron los datos de 1081 personas. Los comportamientos investigados fueron: inactividad física en el tiempo libre (INFTL), bajo consumo de frutas y hortalizas (BCFH), el tabaquismo (TAB) y el abuso de alcohol (ALC) y además la análisis combinada de estos comportamientos. La INFTL se evaluó a partir del modelo de etapas de cambio del comportamiento y las cuestiones relacionadas con las otras conductas de salud fueron extraídas del cuestionario utilizado por el Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo y Protección para Enfermedades Crónicas por Encuesta Telefónica (VIGITEL) del Ministerio de Salud brasileño. Los indicadores de CS fueron seleccionados del Cuestionario integrado para la medición del CS (SC-IQ): número de amigos y de personas que prestarían dinero si fuera necesario, la confianza en la gente del barrio, la frecuencia con que la gente del barrio se ayuda mutuamente, la seguridad en el barrio y la participación cívica o comunitaria. También se construyó una puntuación de CS, con base en los indicadores aislados. Los datos fueron analizados con el programa SPSS vs 19, por medio del análisis de regresión logística cruda y ajustada, con $p < 0,05$. Después de los ajustes, el INFTL se asoció con el número de amigos, la confianza en la gente del barrio, la frecuencia con que las personas del barrio se ayudan, la seguridad del barrio, la participación comunitaria y con el score de CS. El BCFH estuvo asociado con la participación cívica o comunitaria y con el score de CS. El TAB se asoció con la frecuencia con que la gente del barrio se ayuda y el score de CS. Sólo la frecuencia con que las personas del barrio se ayudan se asoció con el ALC. En todas las asociaciones, los participantes con menor CS eran más propensos a tener comportamientos negativos de salud. También se observó que cuanto mayor el CS más pequeño era el número de comportamientos negativos. Las personas con mayor CS tenían media de 1,47 (desviación estándar =0,11) comportamientos negativos, mientras que aquellos con más bajo CS tenían media de 2,13 (desviación estándar =0,23) comportamientos negativos. Este estudio mostró una asociación moderada entre diferentes indicadores de CS y los comportamientos relacionados con la salud y la relación se mostró más evidente con la INFTL y en menor grado con el BCFH y el TAB. La relación entre el CS y el ALC fue poco evidente. Se recomienda que las políticas de promoción de conductas saludables tengan en cuenta el nivel y las características del CS de cada comunidad e intenten poner en práctica acciones que contribuyan con la creación de una sociedad civil más organizada, incluso porque eso puede ser un aspecto importante para la adopción de comportamientos positivos para la salud.

Palabras clave: Estilo de vida. Capital social. Participación social. Sociedad civil. Autopercepción de la salud.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Número médio de comportamentos negativos relacionados à saúde, segundo escore de capital social (0 pontos = mais baixo; 7 pontos = mais alto); (n=1081); (Média ajustada para todas as variáveis de confundimento).....68
- Figura 2** – Prevalência dos comportamentos relacionados à saúde, segundo pontuação de capital social (0 pontos = mais baixo capital social; 7 pontos = mais alto capital social). Prevalência ajustada para todas as variáveis de confundimento.....69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Resumo de selecionados autores relevantes para o conceito de capital social, respectiva área de formação e/ou atuação e enfoque	30
Quadro 2 – Diferenças entre o capital social positivo e negativo	35
Quadro 3 – Variáveis dependentes utilizadas no estudo e respectivos critérios.....	54
Quadro 4 – Variáveis independentes utilizadas no estudo e respectivas categorias.....	55
Quadro 5 – Variáveis de confundimento utilizadas no estudo e respectivas categorias.....	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da população (n e %) residente no município de Cambé-PR (Censo 2010), da amostra estudada - Projeto VigiCardio e do estudo (incluindo somente os que responderam à todas as questões referentes à este estudo), segundo faixa etária e sexo.....	59
Tabela 2 – Características demográficas e clínicas da amostra (total e estratificando por sexo; n=1081).....	60
Tabela 3 – Indicadores de capital social (total e estratificando por sexo) (n=1081).....	61
Tabela 4 – Associação dos comportamentos relacionados à saúde e variáveis demográficas e clínicas (n=1081).....	62
Tabela 5 – Associação entre capital social e comportamentos relacionados à saúde. Dados brutos (n=1081).....	64
Tabela 6 – Associação entre capital social e comportamentos relacionados à saúde. Dados ajustados* (n=1081).....	65
Tabela 7 – Somatório de comportamentos negativos relacionados à saúde, segundo indicadores de capital social.....	68
Tabela 8 – Razão de Odds – OR (95% intervalo de confiança) para a relação entre autopercepção negativa de saúde (regular/ruim/muito ruim) e indicadores demográficos, clínicos e comportamentais (n=1081).....	71
Tabela 9 – Razão de odds (95% intervalo de confiança) para a associação entre indicadores de capital social e autopercepção negativa de saúde, conforme diferentes modelos (n=1081).....	73

SUMÁRIO

1	CONTEXTUALIZANDO O TRABALHO E O DESPERTAR PARA O TEMA...	13
2	INTRODUÇÃO	19
2.1	FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	19
3	BASES TEÓRICAS E CONCEITUAIS	27
3.1	CAPITAL SOCIAL – ASPECTOS CONCEITUAIS.....	27
3.2	APROXIMAÇÕES ENTRE CAPITAL SOCIAL E SAÚDE: ÊNFASE NO ESTILO DE VIDA	37
4	OBJETIVOS	45
4.1	OBJETIVO GERAL	45
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	45
5	MÉTODO	46
5.1	POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	46
5.2	PLANO DE AMOSTRAGEM	46
5.3	SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES	48
5.4	ESTUDO PILOTO.....	48
5.5	ABORDAGEM NO DOMICÍLIO E ENTREVISTA	49
5.6	VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	49
5.7	PROCESSAMENTO, TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	56
5.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	57
6	RESULTADOS	58
6.1	DADOS DEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS, CAPITAL SOCIAL E COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE	58
6.2	ASSOCIAÇÃO ENTRE INDICADORES DE CAPITAL SOCIAL E COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE	63
6.3	ASSOCIAÇÃO ENTRE INDICADORES DE CAPITAL SOCIAL E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE.....	69
7	DISCUSSÃO	74

7.1	CAPITAL SOCIAL.....	75
7.2	COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE	78
7.3	ASSOCIAÇÃO ENTRE CAPITAL SOCIAL E COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE.....	81
7.4	ASSOCIAÇÃO ENTRE CAPITAL SOCIAL E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE.....	86
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....	90
	REFERÊNCIAS.....	94
	APÊNDICE.....	109
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	110
	APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados	111
	ANEXO.....	135
	ANEXO A – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos.....	136

1 CONTEXTUALIZANDO O TRABALHO E O DESPERTAR PARA O TEMA

O estilo de vida, enquanto objeto de estudo, talvez seja um dos mais controversos de se investigar no campo da saúde coletiva. Não são poucos os trabalhos que investigam a associação de determinados comportamentos relacionados à saúde com importantes indicadores de saúde (entre os quais, mortalidade e morbidade, sendo que alguns destes estudos são citados nas bases teóricas e conceituais deste trabalho). Ao mesmo tempo, alguns textos trazem importantes reflexões sobre as implicações que o estudo descontextualizado do objeto “estilo de vida” podem trazer, inclusive indicando haver uma perspectiva reducionista do estilo de vida, enquanto objeto, em alguns trabalhos. Em alguns casos, a crítica se concentra no fato de que, muitas vezes, parece que os estudiosos do tema acabam por simplificar o objeto, por vezes tratando o estilo de vida como uma mera questão de escolha individual, e ignorando outros determinantes, inclusive de ordem social, econômica e cultural.

Para mim, o tema estilo de vida, enquanto objeto de investigação, surgiu durante minha graduação em Educação Física, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), entre 1999 e 2003. Já no final do primeiro semestre do curso comecei a participar das atividades do Núcleo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde (NuPAF), especificamente estagiando em um grupo de atividade física para diabéticos e hipertensos e posteriormente com uma bolsa de iniciação científica, em um projeto que objetivou investigar as condições de saúde e o estilo de vida de adolescentes do ensino médio de todo o estado de Santa Catarina. O NUPAF não apenas influenciou minha trajetória profissional, mas também de muitos outros estudantes/professores/profissionais/pesquisadores da área de Educação Física, que passaram a buscar maior aproximação com o campo da saúde coletiva. Isso não apenas no contexto específico da UFSC, mas – dada a relevância nacional, e até internacional do NUPAF - de outras Universidades.

Em textos anteriores abordei esta temática, mostrando o crescimento no número de trabalhos envolvendo a saúde pública nos Congressos Brasileiros de Atividade Física e Saúde, que foram em suas primeiras cinco edições organizadas pelo NUPAF (LOCH et al., 2011), e chamando atenção para a mudança de paradigma na Educação Física brasileira, pelo menos na área/sub-área “atividade

física e saúde”, que atualmente investiga a relação entre atividade física e saúde de duas maneiras distintas. Enquanto uma aborda a atividade física como exposição/variável independente e fundamentalmente está preocupada em investigar o efeito da prática de atividade física em diferentes desfechos/variáveis dependentes de saúde, a outra trata a atividade física como variável dependente, e está interessada em investigar os fatores associados e determinantes da prática de atividade física (LOCH, 2012). Este trabalho se insere no contexto deste último “olhar”, uma vez que a atividade física é uma das variáveis dependentes do estudo (junto com outros comportamentos relacionados à saúde) e busca-se a melhor compreensão de fatores que podem estar associados aos comportamentos.

O NUPAF tinha como objeto central a atividade física, especialmente a identificação dos fatores associados à sua prática, mas também procurava a aproximação com outros comportamentos relacionados à saúde. Não poucas vezes escutei e li críticas sobre o estudo do objeto “estilo de vida”, De fato, nunca achei esta crítica totalmente descabida. Ao mesmo tempo, considerava injusta a generalização, inclusive porque algumas pessoas tentavam estudar e se aproximar de temas das ciências humanas e sociais, e, conseqüentemente, de um olhar mais ampliado e humano da saúde.

Neste contexto fui aprovado no mestrado em Educação Física da UFSC (área de concentração: atividade física relacionada à saúde) e fui cursar também disciplinas, especialmente relacionadas à Epidemiologia, como aluno especial, no programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da mesma universidade. Lá observei que muitas das discussões, que eu acreditava exclusivas da Educação Física, eram também travadas na área da saúde coletiva. Isso foi uma surpresa e ao mesmo tempo um alívio. O tema “estilo de vida” era também tratado pela saúde coletiva, e as críticas às investigações de natureza epidemiológica, que tinham como foco aspectos comportamentais, não eram tão diferentes das existentes na Educação Física.

Neste ponto, vale revisitar, ainda que rapidamente alguns elementos da história e contextualização da epidemiologia, inclusive para que possa ficar mais claro o ponto de vista adotado neste trabalho (de que “lugar” o objeto investigado é visto). Almeida Filho e Rouquayrol (2006, p. 4), admitem a dificuldade de uma

definição única e precisa de epidemiologia, enquanto campo científico. De maneira simplificada, propõem conceitua-la como:

Ciência que estuda o processo saúde-enfermidade na sociedade, analisando a distribuição populacional e fatores determinantes do risco de doenças, agravos e eventos associados à saúde, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de enfermidades, danos ou problemas de saúde e de proteção, promoção ou recuperação da saúde individual e coletiva, produzindo informação e conhecimento para apoiar a tomada de decisão no planejamento, administração e avaliação de sistemas, programas, serviços e ações de saúde (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006, p. 4).

Segundo Scliar, Almeida Filho e Medronho (2011) a epidemiologia, enquanto campo científico surgiu no final do século XIX, se consolidou em meados do século XX, e não escapou das tensões e questionamentos da sua história e das transformações conjunturais da ciência da época. Os autores citam quatro “acontecimentos” marcantes para a epidemiologia: 1 – o nascimento da clínica; 2 – a teoria das probabilidades; 3 – a consolidação da filosofia positivista; 4 – o desenvolvimento das ciências humanas e sociais. No Brasil, a epidemiologia apresenta uma identidade peculiar, especialmente por seu interesse na aplicação para o planejamento e a gestão de sistemas e serviços de saúde e na prioridade dada aos temas de importância social, inclusive investigando os determinantes políticos, sociais, econômicos e culturais dos fenômenos da saúde-doença-cuidado (CARVALHO, 2006; MEDRONHO; ALMEIDA FILHO; SCLIAR, 2011).

Talvez uma das características que mais me tenha atraído na epidemiologia é que, dadas as suas características, ela necessariamente apresenta interfaces com outras áreas do conhecimento. O objeto da epidemiologia faz deste campo um local de encontro entre saberes sociais e biológicos, haja vista que a epidemiologia busca uma melhor compreensão dos fenômenos de saúde-doença-cuidados que envolvem o conhecimento de organismos vivos dotados de psiquismo e determinados por sua situação social. Assim, desde seu início, a epidemiologia buscou nas ciências sociais elementos teóricos, metodológicos e conceituais que lhe permitissem dar conta de produzir conhecimentos sobre a distribuição e determinação do processo saúde-doença em populações humanas e fornecer subsídios aos serviços de saúde para o controle de doenças e agravos à saúde (ALMEIDA FILHO; GOLDBAUM; BARATA, 2011).

Barreto (2002) discute o papel da epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e o desafio de se manter fiel aos seus compromissos sociais e políticos e buscar ampliar cada vez mais o conhecimento sobre a situação de saúde e seus determinantes, procurando colaborar na construção de estratégias que visem melhorar as condições de vida e o perfil sanitário da população brasileira.

Aspecto importante a ser destacado é que o objeto da epidemiologia é de natureza probabilística, inclusive em função da ideia de risco, que na epidemiologia equivale a efeito, probabilidade de ocorrência de algum agravo à saúde em uma dada população (ALMEIDA FILHO; CASTIEL; AYRES, 2009). Evidentemente que essa característica probabilística implica em importantes limitações, inclusive pelo fato de ser impossível aplicar estes modelos de risco para estabelecer diagnóstico ou prognóstico de um indivíduo em particular, uma vez que o conceito se refere sempre à população como um todo. Em outras palavras: apesar de ser importante conhecer, do ponto de vista populacional, os fatores associados ou determinantes dos agravos à saúde, inclusive para se tentar estabelecer medidas de proteção à saúde, há de se reconhecer, como propõem Coutinho, Almeida Filho e Castiel (2011), que as explicações sobre relações entre fenômenos podem deixar o “terreno firme” da causalidade e adentrar em domínios menos “seguros” e que as afirmações baseadas em probabilidade são sempre dependentes de contingências eventualmente fora do controle dos observadores em seus objetivos de especificar causas e efeitos. Além disso, nenhum dos fatores de risco para a quase totalidade das doenças crônicas não transmissíveis é necessária, suficiente, ou necessária e suficiente (LESSA, 2004).

Do mesmo modo, por mais que seja possível afirmar, com certa precisão, que entre um grande grupo de fumantes e não fumantes, a incidência de câncer de pulmão será maior entre os primeiros, é impossível definir exatamente qual(is) sujeitos de fato terão a doença. Mesmo assim, é difícil negar que do ponto de vista do planejamento em saúde, conhecer melhor estas probabilidades é informação de grande importância.

Outro aspecto que chama a atenção, no caso do estilo de vida, é a apropriação do discurso por parte da indústria, inclusive por parte de empresas de produtos considerados não saudáveis. É o caso, por exemplo, das bebidas

açucaradas, como refrigerantes, que divulgam – associados aos produtos – recomendações de alimentação saudável e prática de atividade física, ao mesmo tempo em que tentam obstruir iniciativas legislativas dirigidas a melhor regulamentação do setor (GOMEZ et al., 2011). Esta situação contribui na banalização das recomendações, além de muitas vezes gerar conflitos de interesse que não podem ser ignorados.

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

Neste contexto se dá minha aproximação com a epidemiologia. Apesar das limitações, de algum modo, o conhecimento dos fatores associados aos comportamentos relacionados à saúde fornece elementos para a proposição de estratégias que aumentem as possibilidades de as pessoas terem comportamentos mais saudáveis. Por outro lado, é preciso considerar a aplicação equivocada que muitas vezes acaba sendo dada a partir dos resultados dos estudos.

Assim, um possível “meio termo” (cheio de “tensões”, evidentemente) entre a importância de se conhecer melhor os indicadores de saúde-doença e as limitações citadas anteriormente, constitui um dos principais desafios da epidemiologia social, que se distingue de outras abordagens por investigar explicitamente os determinantes sociais do processo saúde-doença, muito mais do que simplesmente considerar os aspectos sociais, já que de algum modo, todas as abordagens o fazem. Além disso, é preciso considerar que nos últimos anos se acumularam evidências que não apenas o nível de pobreza influencia a determinação do estado de saúde das populações, mas também o contexto social em que as pessoas estão inseridas (BARATA, 2005; BRASIL, 2008a; BARATA; ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2011).

Um dos conceitos associados à epidemiologia social é o de capital social, variável independente deste estudo. É possível que tenha tido o primeiro contato com este conceito nas aulas de Epidemiologia do mestrado. Desde então, venho tentando me aproximar do assunto, por visualizar boas possibilidades de aplicação deste no estudo do “estilo de vida”, pois considerava/considero uma abordagem relativamente original e que pode resultar em uma melhor compreensão do comportamento humano e, conseqüentemente, fornecer elementos para a proposição de estratégias e políticas públicas mais efetivas com relação aos comportamentos relacionados à saúde. Além disso, considero que o fortalecimento das redes e da participação comunitária tem o potencial de contribuir com o “afastamento” do discurso do estilo de vida das criticadas abordagens excessivamente normativas e descontextualizadas.

Importante ressaltar que sempre tive clareza de que o capital social não seria suficiente para fornecer todas as explicações a respeito do estilo de vida/saúde. Do mesmo modo, não ignoro os possíveis aspectos negativos do capital social, bem como a derivação do conceito de capital social da sociologia funcionalista (este tema é apresentado nas bases teóricas e conceituais deste trabalho, especificamente na parte que trata do capital social). Assim, considero que o objeto é coerente com minha trajetória acadêmica e que o estudo pode fornecer elementos importantes para reflexão e mesmo para proposição de políticas públicas relacionadas à promoção de comportamentos considerados positivos para a saúde.

2 INTRODUÇÃO

2.1 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Com o processo de transição epidemiológica, ocorrido no Brasil principalmente a partir da segunda metade do século XX, as doenças infectocontagiosas diminuíram a sua participação relativa, passando a predominar as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Vale destacar que o quadro de saúde pública brasileiro é extremamente complexo, pois no Brasil convivem “velhos e novos” problemas de saúde, haja vista que as doenças “antigas” ainda não foram controladas de maneira satisfatória, bem como não se pode desconsiderar o alto índice de mortes por causas externas, principalmente em jovens do gênero masculino (MONTEIRO, 1996; BRASIL, 2008d). Em recente publicação sobre a experiência da saúde brasileira na revista *Lancet*, esta realidade foi mais uma vez constatada (REICHENHEIM et al., 2011; SCHMIDT et al., 2011; VICTORA et al., 2011).

As DCNT hoje representam um tema relevante para a saúde pública, inclusive em função do processo de envelhecimento populacional. Nesse sentido, é preciso lembrar que parte dessas doenças está relacionada às questões comportamentais, ligadas a não menos complexa questão do estilo de vida. Neste contexto, o Ministério da Saúde do Brasil tem buscado implementar políticas que têm como foco a questão comportamental. Alguns exemplos são: a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2003a), o Programa de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco de câncer (BRASIL, 2003b) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2008b). Ademais, ainda no contexto das DCNT, foi ainda criado o sistema de Vigilância de Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico – Vigitel (BRASIL, 2011) - que apesar de ainda se restringir às capitais de Estado e ao Distrito Federal, representa um importante avanço, considerando a pequena tradição brasileira em monitorar esse tipo específico de doença e seus fatores de risco (pelo menos em levantamentos de abrangência nacional). Pode-se ainda destacar a ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008c), que são também ações que surgem neste contexto de maior preocupação

da saúde pública brasileira com as questões relativas às DCNT, mesmo que a ESF/NASF não limite suas ações a este tipo específico de doença.

Apesar da mobilização de diversos órgãos e instituições relacionadas à saúde no Brasil, não são poucas as pessoas que adotam comportamentos considerados negativos do ponto de vista da saúde. Para o melhor entendimento desta situação, faz-se necessário admitir que o comportamento humano é complexo, e que são múltiplos seus fatores influenciadores.

Nesse sentido, é fundamental partir-se do princípio que o estilo de vida não depende exclusivamente da vontade individual. Aliás, este parece ser um tema de grande importância, pois a noção de que os comportamentos relacionados à saúde nada mais são do que uma mera questão de escolha individual não parece estar totalmente superada, haja vista as contundentes críticas existentes à interpretação do estilo de vida, e de maneira mais ampla, dos problemas de saúde de um modo geral, centradas no indivíduo, sendo inclusive a noção de risco e suas implicações questionadas (BARATA, 2005; FARINATTI; FERREIRA, 2006; ALMEIDA FILHO; CASTIEL; AYRES, 2009). Também no contexto das mídias essa responsabilização individual é denunciada por alguns autores, pois hegemonicamente trabalha-se a concepção de que bastam “pequenas modificações” e “força de vontade” para se obter boa saúde (GOETZ, 2008; RONZANI et al., 2009; TEO, 2010). Evidentemente, tal simplificação, seja a do mundo acadêmico ou das mídias, baseada na responsabilização individual, não se sustenta na perspectiva de um olhar mais aprofundando e crítico.

Assim, parece claro que a abordagem centrada no indivíduo é insuficiente para compreender o estilo de vida de sujeitos e populações. Como alternativa, abordagens que buscam compreender o comportamento humano em um sentido mais amplo, que podem ser chamados, de maneira genérica, modelos ecológicos, assumem que o sujeito faz parte de um contexto maior e que modificações positivas neste poderão facilitar a adoção de comportamentos considerados positivos (SALLIS, 1999; DUMITH, 2008; SALLIS; OWEN; FISCHER, 2008; REIS; SALVADOR; FLORINDO, 2011). Um exemplo de estratégia que superou a lógica centrada somente no sujeito foi a de combate ao tabagismo, pois as ações incluíram não apenas as questões relativas à informação, no caso os malefícios do tabaco, mas também modificações amplas, que envolveram ações em

diferentes setores, inclusive de regulamentações e normas, como a regulamentação da propaganda do produto (que auxiliou na mudança do próprio significado de fumar), entre outras. A experiência brasileira de controle do tabagismo tem sido apontada como uma política bem sucedida e que serve de modelo para outros países (ALMEIDA et al., 2012; LEVY; DE ALMEIDA; SZKLO, 2012). Em conjunto, as diversas medidas adotadas contribuíram para a diminuição da incidência e prevalência de tabagismo no Brasil, como mostra relatório do Instituto do Câncer, realizado em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009). Ainda sobre este tema, Yach et al. (2005) apresentam alguns aspectos que as políticas voltadas à Promoção da Atividade Física e de Alimentação Saudável deveriam contemplar com base nas políticas relacionadas à diminuição do tabagismo. Vale mencionar ainda que a Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (OMS, 2004), já avança no sentido de não limitar as ações somente ao indivíduo.

No contexto das teorias e modelos que buscam compreender melhor o comportamento humano, surgem ou ganham significado importante conceitos como, por exemplo: barreiras, facilitadores, auto eficácia, condições de vida, empoderamento, apoio ou suporte social, pertencimento, capital social, equidade.

A questão do capital social parece ser ainda pouco explorada na literatura nacional. Uma breve busca em um dos principais bancos de dados de livre acesso brasileiro (SciELO), realizada no dia 14 de setembro de 2010, encontrou 49 trabalhos. Destes, pelo menos sete (DE SOUZA, 2003; MERCER; RUIZ, 2004; LIMA; MOURA, 2005; PATTUSSI et al., 2006; SAPAG; KAWACHI, 2007; BASTOS; SANTOS; FERREIRA, 2009; SOUZA, 2010) apresentavam relação com a área da saúde, inferência esta feita a partir da leitura dos resumos dos respectivos artigos. Entretanto, nenhum abordou a relação entre capital social e comportamentos relacionados à saúde.

Esta mesma busca foi realizada no dia 13 de fevereiro de 2013 e constatou um aumento importante no número de trabalhos que tinham o capital social como assunto (80 estudos). Por outro lado, somente um dos que foram incluídos apresentava relação mais evidente com a área da saúde, ainda assim, se limitava a utilizar trabalhadores da área da saúde como amostra para a validação de um instrumento em espanhol que avalia o capital social no trabalho (IDROVO et al.,

2012). Evidentemente, isso não quer dizer que outros estudos não tenham sido realizados no Brasil, haja vista inclusive que algumas publicações foram encontradas em outras bases de dados e estudaram a relação entre capital social e temas bastante diversos, como a percepção de saúde em mulheres antes e após o parto (LAMARCA et al., 2013), saúde bucal (ZARZAR; FERREIRA; KAWACHI, 2012; SANTIAGO; VALENCA; VETTORE, 2013), a relação com a doação de sangue (GONÇALEZ et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013) e a autopercepção de saúde (BORGES et al., 2010). Apenas um dos trabalhos encontrados teve como variável dependente um indicador comportamental, que foi o uso abusivo de álcool em uma amostra de adolescentes de Belo Horizonte, Minas Gerais (ZARZAR et al., 2012).

Dos trabalhos encontrados sobre capital social, um deles (PATTUSSI et al., 2006) apresentou uma cuidadosa revisão de literatura com estudos que investigaram a relação entre diferentes indicadores de capital social e indicadores de saúde. Apenas três dos 43 trabalhos revisados apresentavam como variável dependente algum indicador relacionado ao estilo de vida. Em dois deles a prática de atividade física no tempo livre (LINDSTROM; HANSON; OSTERGREN, 2001; LINDSTROM; MOGHADDASSI; MERLO, 2003), e um comportamento sexual de risco, este último em adolescentes (CROSBY et al., 2003). Quanto aos trabalhos realizados no Brasil, nessa mesma revisão foram encontrados apenas três trabalhos que incluíam amostras brasileiras (dois estudos realizados no Distrito Federal e um realizado em Curitiba, Paraná). Nestes, foram utilizados distintos indicadores de capital social (incluindo, entre outros: taxa de homicídios, participação per capita em plenárias de reuniões comunitárias, associação comunitária, participação política, percepção da segurança na área de residência, confiança e solidariedade percebida). Nos três estudos, as variáveis dependentes investigadas estavam relacionadas à saúde bucal (PATTUSSI et al., 2006).

Em outra revisão, desta vez que incluiu somente investigações realizadas em populações da América Latina e do Caribe, foram identificados 11 artigos originais, que foram divididos em cinco áreas principais: a) mortalidade e expectativa de vida; b) saúde mental; c) acidentes; d) estado nutricional; e e) vacinação. Este trabalho mostrou a incipiência do tema capital social e saúde na América Latina e concluiu que a evidência atual permite esboçar, mas não afirmar a relação entre capital social e saúde nos países latino-americanos, indicando

inclusive a necessidade de maior quantidade de estudos para a confirmação ou não da hipótese que o capital social teria um papel positivo para a saúde das populações deste continente (KRIPPER; SAPAG, 2009).

Sobre estudos realizados na América Latina e que investigaram a relação entre capital social e algum comportamento relacionado à saúde, foi realizada uma busca no dia 12 de fevereiro de 2013, na base *Pubmed*. Para tanto, utilizaram-se as seguintes combinações, considerando que ambas as expressões estivessem presentes no título e/ou no resumo: *social capital and physical activity*; *social capital and lifestyle*; *social capital and nutrition*; *social capital and tobacco*; *social capital and alcohol*. Nesta busca, foram encontrados apenas três estudos realizados com amostras provenientes da América Latina, sendo um com adultos, que investigou a relação entre indicadores de capital social e a prevalência de tabagismo em uma população chilena, e constatou relação inversa entre a confiança nos vizinhos e a prevalência de tabagismo, mas não com a confiança nas organizações, na reciprocidade e integração entre vizinhos, bem como à participação social (SAPAG et al., 2010). Os outros dois trabalhos investigaram adolescentes, sendo um realizado no México e limitando o capital social à participação religiosa e sua relação com o consumo de cigarro e álcool (MARSIGLIA; AYERS; HOFFMAN, 2012) e outro com brasileiros – o já mencionado estudo realizado em Belo Horizonte, Minas Gerais – que investigou a relação do tipo de amizade com o consumo excessivo de álcool (ZARZAR et al., 2012).

Em síntese, estas buscas, ainda que não se refiram a uma revisão sistemática de literatura, parecem demonstrar que ainda existe pouca informação sobre a relação entre o capital social e o estilo de vida, especialmente no contexto da América Latina, onde as características de participação social são bastante diversas das dos países desenvolvidos, onde foram realizados a maior parte dos estudos sobre esta temática. Mesmo nos países desenvolvidos não existem muitos estudos investigando a relação entre capital social e estilo de vida, o que indica que o tema ainda está longe de estar totalmente esclarecido na literatura internacional. Ainda que seja difícil estabelecer um padrão único de participação social entre os países mais desenvolvidos e mesmo da América Latina, haja vista as importantes especificidades existentes em cada caso, em linhas gerais, a participação social na América Latina parece ser mais baixa que em países com maior tradição

democrática (D'ARAUJO, 2003; MATOS, 2009; BAQUERO, 2010).

Segundo o relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (BRASIL, 2008a), o capital social é constituído pelas redes sociais e comunitárias e envolve o conjunto das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos. O mesmo relatório menciona que o desgaste do capital social é um mecanismo importante para que as iniquidades sociais e econômicas impactem de forma negativa na situação de saúde das comunidades, inclusive porque os países com mais frágeis laços de coesão social são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, e onde, conseqüentemente, há menor participação da população na definição de políticas públicas.

Vale deixar claro que, apesar do capital social ter o potencial de influenciar aspectos positivos como a democracia, o desenvolvimento econômico e social, etc., a relação do capital social com outros aspectos da vida humana precisa sempre ser avaliada em cada contexto, inclusive em função da possível influência negativa que o capital social pode exercer. Isso acontece principalmente quando o capital social serve de elemento para exclusão ou preconceito em relação às pessoas que não fazem parte de um determinado grupo ou compartilham dos mesmos valores, serve para o desenvolvimento de máfias, gangues ou outros grupos ou organizações sociais indesejáveis, ou ainda quando o discurso do capital social é utilizado como forma de transferir para a sociedade responsabilidades que deveriam ser do Estado (D'ARAUJO, 2003; MATOS, 2009).

Quanto ao estilo de vida, variável dependente deste estudo, para Bordieu (1983) o estilo de vida é influenciado pela posição que os sujeitos ocupam no espaço social, sendo que há uma grande correspondência entre os espaços das posições sociais e o espaço dos estilos de vida. Assim, condições semelhantes produzem estilos de vida semelhantes. Mesmo que sejam imprevisíveis nas singularidades de cada sujeito, os estilos de vida guardam limites inerentes às condições de classe.

Neste trabalho, considerou-se o entendimento operacional de estilo de vida, conforme Nahas (2010), para o qual o estilo de vida é o “conjunto de ações habituais que refletem os valores, as atitudes e as oportunidades na vida das pessoas”. Assim, parte-se do princípio que o comportamento humano é determinado a partir das relações com o mundo, sendo claramente influenciado por aspectos

culturais e sociais. Entre os comportamentos que apresentam relação com indicadores de saúde mais tradicionais (especialmente mortalidade e morbidade) estão: consumo de álcool, tabaco e outras drogas, prática de atividade física, hábitos alimentares, comportamento sexual entre outros. Jenkins (2007) menciona outro princípio importante, referindo que todo comportamento é aprendido, tendo assim, a capacidade de ser modificado. O autor ainda admite que é até possível que alguns comportamentos tenham relação com aspectos biológicos, porém esta relação em geral ainda é pouco conhecida. Por outro lado, a relação entre o estilo de vida e aspectos ambientais já parece bem evidenciada pela literatura (BAUMAN et al., 2012).

Aqui vale mencionar a importância da expressão “comportamentos relacionados à saúde” que tantas vezes foi utilizada ao longo desta tese. Quando este trabalho se referir à “relacionado à saúde” é porque, para atingir os objetivos do estudo, necessita atribuir algum tipo de dicotomia “positivo x negativo” aos comportamentos investigados, e o uso do “relacionado à saúde” é feito para enfatizar que esta “atribuição de valor” se dá a partir do olhar da epidemiologia. Isso se deve à necessidade de operacionalizar conceitos, com base nos modelos probabilísticos. Assim, quando atribui se à inatividade física no lazer, ao baixo consumo de frutas e verduras, ao consumo abusivo de álcool e ao tabagismo a categoria de “comportamentos negativos relacionados à saúde”, esta é feita baseada em estudos que apontam que sujeitos com estes comportamentos específicos tendem a ter piores indicadores de saúde do que aqueles que não possuem estes comportamentos. Não se está alheio às importantes discussões em torno dos conceitos de saúde, risco e estilo de vida. Assim, este trabalho não busca rotular as pessoas que, por diversos motivos, adotam comportamentos considerados negativos (do ponto de vista da saúde). Parte-se do princípio que a saúde pública deve ter como um de seus objetivos a criação de estratégias para que as pessoas e populações tenham maiores possibilidades de adotarem comportamentos considerados saudáveis.

Especificamente com relação à influência do capital social sobre o estilo de vida, os mecanismos pelos quais se dão estas relações não estão plenamente esclarecidos. Kawachi e Berkman (2000) apontam três hipóteses: o capital social promoveria uma mais rápida difusão da informação, aumentaria a

probabilidade de que os comportamentos saudáveis fossem adotados como normas e exerce algum tipo de controle social sobre o comportamento considerando desviante da saúde. De qualquer modo, há de, mais uma vez, se ponderar os potenciais efeitos negativos, inclusive porque na América Latina os efeitos do capital social podem variar de acordo com as características sociais, políticas e econômicas (SAPAG; KAWACHI, 2007; HURTADO; KAWACHI; SUDARSKY, 2011).

Neste sentido, conhecer melhor os fatores que estão associados aos comportamentos relacionados à saúde se faz importante, inclusive para se buscar a elaboração de estratégias que aumentem a possibilidade de os sujeitos e as comunidades adotarem comportamentos considerados saudáveis.

Dado este contexto, este trabalho buscou um melhor entendimento da relação entre os indicadores do capital social e o estilo de vida, tendo como hipótese que as pessoas com maior capital social apresentariam menor prevalência de comportamentos considerados negativos do ponto de vista da saúde. Tal hipótese se sustenta no fato de que uma melhor organização social, maior rede de apoio percebida, maior segurança na comunidade, entre outros aspectos, podem ser fatores facilitadores para a adoção de comportamentos considerados positivos para a saúde.

3 BASES TEÓRICAS E CONCEITUAIS

Para melhor organização deste capítulo, optou-se pela divisão em dois tópicos: o primeiro trata dos aspectos conceituais do capital social e o segundo diz respeito à relação entre capital social e saúde, com ênfase nos indicadores comportamentais da saúde.

3.1 CAPITAL SOCIAL – ASPECTOS CONCEITUAIS

O objetivo deste tópico é apresentar elementos para uma melhor compreensão do conceito de capital social, variável independente no presente estudo, inclusive em função de este ainda ser pouco explorado na literatura brasileira, pelo menos com o enfoque da saúde. Vale ressaltar que não se teve como objetivo o esgotamento da discussão sobre o tema, inclusive em função da complexidade da temática e de não ser este o objetivo do estudo.

Em relação à origem do conceito, Matos (2009), no primeiro capítulo de seu livro “Capital Social e comunicação: interfaces e articulações”, apresenta uma cuidadosa revisão histórica do conceito. Segundo a autora, possivelmente a expressão tenha sido utilizada pela primeira vez por Hanifan em 1916, que na ocasião relacionou o capital social aos aspectos como boa vontade, camaradagem e simpatia. Por outro lado, parece ter sido Bordieu o primeiro a realizar uma análise sistemática do conceito, já associando o capital social com as redes duráveis de relação que estivessem mais ou menos institucionalizadas e vinculadas a um grupo, como conjunto de agentes que não somente são dotados de propriedades comuns, mas que também são unidos por ligações permanentes e úteis, sendo estas ligações irredutíveis às relações objetivas de proximidade no espaço físico ou no espaço econômico e social. Assim, o volume de capital social que um indivíduo possui depende da extensão da rede de relações que ele pode efetivamente mobilizar (BORDIEU, 1999; PORTES, 2000). Na perspectiva de Bordieu, o capital social seria um atributo do indivíduo, inserido em um contexto social, o que difere da ideia de outro importante autor do tema, Coleman, para o qual o capital social deve ser concebido como um bem público, que é inerente à estrutura das relações entre os indivíduos. Apesar destas diferenças, ambos os autores concordavam que o capital

social se manifesta na relação entre indivíduos e grupos de indivíduos, e que é intangível se comparado a conceitos como capital econômico (mensurado a partir das condições materiais) e humano (mensurado a partir da observação das habilidades e conhecimentos adquiridos por um indivíduo) (PATTUSSI et al., 2006; MATOS, 2009).

Outro autor clássico para o capital social é Putnam, que foi influenciado por Coleman e concentrou seus estudos no campo da participação cívica. Foi principalmente a partir da publicação dos primeiros trabalhos de Putnam que os estudos sobre capital social passaram a aumentar em número e terem uma maior repercussão (MATOS, 2009). Em um de seus trabalhos considerados clássicos, investigou a Itália entre os anos 1860 e 1987 e concluiu que o maior desenvolvimento da região Norte daquele país estava associado ao maior engajamento cívico da população em comparação ao menor desenvolvimento e participação da população da região Sul italiana (PUTNAM, 1998). Em outro trabalho, constatou a diminuição da participação cívica nos Estados Unidos entre as décadas de 1960 e 1980, e considerou algumas hipóteses, entre as quais: superpopulação urbana, abandono do centro das cidades pela classe média, que passam a se deslocar para bairros mais afastados, a liberação profissional progressiva das mulheres e a migração de contatos “reais” para contatos “virtuais” (PUTNAM, 1995). Aponta ainda a televisão como uma das responsáveis por esta diminuição, tese esta que foi bastante questionada, inclusive porque foi levantada a hipótese de que a participação cívica tradicional tenha sido substituída por outros tipos de engajamento, tema este pouco explorado por Putnam. Em linhas gerais, alguns autores argumentam que Putnam centrou sua explicação somente na questão da característica de lazer das massas, e ignorou questões mais profundas de natureza econômica e política (D'ARAUJO, 2003; MATOS, 2009).

De qualquer modo, mesmo com as críticas a alguns pontos da obra de Putnam, a grande repercussão de seus trabalhos levou ao desenvolvimento, segundo Matos (2009), da temática do capital social em nove campos principais de estudo: família; comportamento juvenil, escolarização e educação; vida comunitária virtual e cívica; trabalho e organização; democracia e qualidade do governo; ação coletiva; saúde pública e meio ambiente; delinquência e violência; e desenvolvimento econômico.

Evidentemente, existem importantes pontos divergentes entre os diversos autores que elaboraram definições ou na abordagem do capital social. O quadro 1, (adaptado de KAWACHI; BERKMAN, 2000; D'ARAUJO, 2003; PATTUSSI et al., 2006; MATOS, 2009) busca apresentar uma visão geral destas diferenças e possibilita visualizar semelhanças importantes entre alguns autores. Além disso, apresenta-se a área de formação e/ou atuação principal de cada um dos autores, bem como seu país de origem e ano de nascimento.

O quadro 1 permite visualizar que a ideia de capital social é anterior à utilização do conceito. Como já mencionado, possivelmente a primeira vez que foi utilizada a expressão capital social foi na segunda metade da década de 1910. Porém Tocqueville, ainda no século XIX, já havia apresentado ideias que posteriormente seriam de algum modo incorporadas ao conceito de capital social. Portes (2000) menciona que algumas ideias que o conceito abarca não são novas, pois já haviam sido desenvolvidas, porém eram utilizadas com outras nomenclaturas. Outro ponto que chama a atenção na descrição da abordagem dada por alguns autores é o destaque para o lado potencialmente negativo do capital social, que será aprofundado na parte final deste tópico.

Quadro 1 – Resumo de selecionados autores relevantes para o conceito de capital social, respectiva área de formação e/ou atuação e enfoque.

Autor, nacionalidade, nascimento	Formação/ Atuação	Enfoque
Alexis de Tocqueville, França (1805)	História	A capacidade associativa e o aperfeiçoamento das instituições geram ampliação da vida democrática.
Lyda Judson Hanifan, EUA (1879)	Pedagogia	Observou que o crescimento da pobreza em regiões rurais normalmente era acompanhado pelo decréscimo da sociabilidade entre a população. A comunidade se beneficiaria quando as pessoas criassem o hábito de se relacionar, seja por razões sociais, de lazer ou econômicas.
Jane Jacobs, Canadá (1916)	Urbanismo	Enfatizou a importância das redes informais de sociabilidade nas grandes metrópoles para demonstrar como sólidas redes sociais constituiriam uma forma de capital social que encorajava a segurança pública.
James Coleman, EUA (1926)	Sociologia	Função ou efeito do capital social e ênfase em redes densas e fechadas. O capital social é composto de uma variedade de aspectos ligados à estrutura social e que facilitam certas ações dos sujeitos que fazem parte dessa estrutura.
Pierre Bourdieu, França (1930)	Sociologia	O conjunto de recursos reais ou potenciais disponíveis aos integrantes de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas. Agregação de recursos mobilizados por meio das redes sociais.
Elinor Ostrom, EUA (1933)	Ciência Política	Interações não são intrinsecamente benéficas. Há um lado obscuro no capital social.
Nan Lin, China (1938)	Sociologia	Distinções entre vínculos fortes e fracos. O capital social é propriedade do ator que o detém.
Robert Putnam, EUA (1941)	Ciência Política	Destaca aspectos das organizações sociais que facilitam a coordenação das ações coletivas e a cooperação entre elas: redes, normas de confiança, bem comum, coesão social e participação.
Mark Granovetter, EUA (1943)	Sociologia	Destaca a questão dos laços fortes e fracos nas redes sociais, atores que viabilizam pontes entre grupos e redes diferenciadas.
Alejandro Portes, CUBA-EUA (1944)	Sociologia	Destaca a habilidade dos atores de assegurar benefícios por meio de seu pertencimento a redes sociais ou outras estruturas cívicas. Ênfase nos efeitos negativos do capital social.

Ekkehart Schlicht, Alemanha (1945)	Economia	A importância que a organização social e a ordem moral têm para o desempenho da economia.
Margaret Levi, EUA (1947)	Ciência Política	Busca mecanismos por meio dos quais o pertencimento a grupos possa conduzir a um maior nível de compromisso cívico, às políticas democráticas e a maior qualidade de ações do governo. Aborda as fontes e os efeitos negativos do capital social.
Glenn Loury, EUA (1948)	Economia	Relação entre pessoas que acontece naturalmente promove ou auxilia a aquisição de competências valorizadas no mercado. Observou que nas comunidades afro-americanas não existiam tantos laços de confiança e de conexão social como em outros grupos étnicos, o que explicava parcialmente a relativa ausência de pequenos negócios entre os negros. Esta incapacidade de cooperar era um dos legados mais perversos da escravidão.
Ronald Burt, EUA (1949)	Sociologia	Ressalta a importância das redes abertas e cheias de lacunas estruturais. O posicionamento estratégico de certos atores nas redes (amigos, colegas e conhecidos) os permite colocar pessoas em contato, sendo possível mediar a atuação dos participantes nas redes.
Francis Fukuyama, Japão-EUA (1952)	Filosofia	A habilidade das pessoas em trabalharem juntas com base em propósitos comuns em grupos e organizações. A existência de um conjunto de valores informais e normas compartilhadas que facilitam a cooperação.

Fonte: Adaptado de Kawachi e Berkman (2000); D'Araujo (2003); Patussi et al. (2006); Matos (2009).

Faz-se necessário mencionar mais uma vez que não é objetivo deste trabalho esgotar o tema, nem tão pouco fazer análises particulares do pensamento de cada autor. Buscou-se simplesmente, nesta pequena introdução ao conceito de capital social, mostrar sua complexidade e que o tema vem sendo estudado de maneira muito criteriosa por importantes autores de diferentes áreas do conhecimento, que apresentam semelhanças e divergências entre si. Segundo D'Araujo (2003) apesar de ser o capital social um tema já consagrado na academia, seu uso plural acaba suscitando dúvidas metodológicas, o que explica inclusive o fato de que boa parte da produção existente sobre o assunto dedicar-se a explorar seus aspectos conceituais. Para a mesma autora, apesar de o capital social ser um conceito relativamente “elástico”, em geral as definições e abordagens encontradas na literatura possibilitam uma aproximação da ideia geral do conceito e de sua aplicação prática em diversos contextos.

Assim, não se utilizou neste trabalho um conceito “fechado” de capital social, mas sim o entendimento de que está associado às características da organização social, tais como confiança interpessoal, normas de reciprocidade e redes solidárias, que capacitam os participantes a agir coletivamente e mais eficientemente na busca de objetivos e metas comuns. Pattussi et al. (2006) a partir especialmente de Putnam e Coleman, apresentam uma síntese das principais características do capital social, que envolve as seguintes noções: a) é um bem público, que visa o bem estar comum; b) encoraja confiança social, que leva a cooperação e vice-versa; c) facilita cooperação mútua, por meio das normas de reciprocidade e de expectativas comuns; d) encoraja interação e interconexão das relações sociais, por meio da melhoria do fluxo de informações e da confiança entre os indivíduos; e) quanto mais usado maior se torna; f) pode ser criado como subproduto da sociedade civil organizada e dos movimentos populares. Ademais, parece que as divergências com relação ao conceito e/ou abordagem do capital social, ao invés de representarem desânimo aos pesquisadores, tem se constituído em importante fonte de estímulo para a realização de estudos e pesquisas nesta área.

Barata (2005) destaca que o conceito de capital social é originário da sociologia funcionalista, que concebe a organização social como um sistema que é composto por partes articuladas e que em cooperação agem para a obtenção de um determinado objetivo. Um ponto central do conceito é que se baseia nas relações sociais que se estabelecem no interior de grupos e entre grupos na sociedade. Além disso, um dos componentes do capital social é eminentemente cognitivo, estando relacionado à percepção dos indivíduos sobre o nível de confiança interpessoal, compartilhamento e reciprocidade nas relações sociais, enquanto outra dimensão está associada ao aspecto estrutural, que diz respeito à extensão e intensidade das relações associativas na sociedade.

Dado este contexto, parece claro que a saúde pública foi um dos campos que de algum modo buscou se aproximar do conceito/abordagem do capital social. Entretanto, pelo menos no Brasil esta aproximação parece ser tímida como apontam as buscas de literatura citadas na introdução desta tese. O próximo tópico trata especificamente deste assunto. Porém, antes serão realizadas algumas ponderações sobre o capital social.

Apesar de neste trabalho ter-se assumido a hipótese que o capital social pode estar associado de maneira positiva com a saúde, uma vez que poderia ser um facilitador para a adoção de comportamentos considerados positivos para a saúde, alguns aspectos potencialmente negativos do capital social necessitam ser destacados.

Portes (2000) menciona que existe certo enviesamento sociológico no sentido de atribuir sempre aspectos positivos para a sociabilidade e apresenta duas importantes justificativas para se chamar a atenção para os efeitos negativos do capital social. Primeiro para se evitar a concepção errônea de que as redes comunitárias, o controle social e as sanções coletivas sejam sempre intrinsecamente benéficos. Segundo, para manter o estudo do capital social livre de afirmações moralistas e determinísticas.

Uma importante ponderação diz respeito à insuficiência do capital social para explicar todas as questões, inclusive do presente estudo. O próprio Putnam admitia isso ao explicar seus achados que apontavam a diminuição da participação cívica e comunidade na segunda metade do século XX nos Estados Unidos (PUTNAM, 1995). Também no contexto dos comportamentos relacionados à saúde, ou de maneira mais ampla, a saúde precisa ser considerada em seus múltiplos determinantes. Assim, seria incoerente pressupor que a complexa questão do comportamento humano pode ser explicada somente em função do capital social, assim como seria incorreto considerar que a saúde se explica exclusivamente pela questão do estilo de vida.

Outra crítica presente tem relação com uma eventual substituição das funções do Estado. Esta crítica ganha força a partir do envolvimento do Banco Mundial com o tema, principalmente a partir dos anos 1990 (D'ARAUJO, 2003). Neste caso, alguns consideram que, na falta de um Estado forte, capaz de cumprir metas econômicas e sociais, a atenção deveria ser voltada para a sociedade civil, que tendo bons níveis de capital social, deveria ser capaz de corrigir distorções do mercado sem necessitar de uma presença tão ativa do Estado. Desse modo, esta crítica se concentra no fato de que a abordagem do capital social seria uma maneira de transferir para a sociedade a responsabilidade que deveria ser do Estado. Além disso, a constatação de baixo capital social, em determinadas comunidades, poderia levar ao equívoco de simplesmente atribuir a responsabilidade pelos problemas à

própria comunidade e aos seus indivíduos.

Há de se destacar ainda o fato de que o capital social pode impor restrições à liberdade individual, uma vez que compensa algumas ações e inibe outras, por buscar valores normativos e de identidade, além de poder fazer exigências excessivas aos membros do grupo. Isto pode reduzir a inovação e a criatividade individual. Assim, surge um dilema entre a solidariedade geral e a liberdade individual (MATOS, 2009).

Além disso, esta situação poderia gerar a exclusão dos *outsiders*, ou em outras palavras: a cultura do pertencimento a um determinado grupo social pode também excluir e marginalizar os sujeitos que não compartilham dos mesmos valores, o que acabaria por privar o acesso a diversos recursos para parte importante da população. Assim, o capital social, ao promover a exclusão dos “diferentes”, pode fomentar a rivalidade e o conflito entre os grupos. Nestes casos desenvolve-se uma espécie de confiança particularizada, que pode gerar capital social negativo na forma de racismo, etnocentrismo, intolerância religiosa, etc. (MATOS, 2009).

Outro ponto é destacado por Sotomayor (2007), que estudou a relação entre estudantes imigrantes “antigos” e “recém-chegados” aos Estados Unidos. O autor observou que não era incomum se encontrar “imigrantes antigos” tirando proveito econômico da situação de fragilidade em que se encontram os “recém-chegados”, mesmo que muitas vezes este aproveitamento seja revestido de solidariedade. Em outras palavras, há de se ter alguma cautela com algumas demonstrações de solidariedade, que podem simplesmente disfarçar interesses menos nobres, como a perspectiva de favorecimento futuro.

Por fim, possivelmente a mais forte crítica, e que está relacionada de algum modo com as ponderações anteriores e até de alguma maneira as sintetiza, diz respeito às formas negativas de capital social que se manifestam em forma de máfia, organizações terroristas, gangues, jogos de azar, etc. Nestes casos, o capital social pode conduzir à discriminação, à exploração e à dominação daquelas pessoas que não têm condições de se proteger de seus efeitos negativos (MATOS, 2009). Muitos dos indicadores de capital social podem estar presentes nestes contextos negativos, por exemplo, a reciprocidade e a confiança entre os membros.

O quadro 2 (adaptado de MATOS, 2009) apresenta informações que

contrapõem alguns aspectos do capital social positivo e negativo. O quadro não tem como objetivo apresentar uma lista exaustiva de contraposições e, ademais, é necessário destacar que algumas vezes as diferenças entre o capital social positivo e negativo são sutis.

Por sua vez, D'Araujo (2003) destaca que associações de natureza criminosa não devem ser interpretadas como o avesso negativo do capital social, pois simplesmente não devem ser consideradas como capital social, já que seus objetivos são meramente privados e espúrios, sendo incompatíveis com os objetivos da coletividade.

Estas ponderações são necessárias, inclusive para se evitar o equívoco de assumir que o capital social seja sempre positivo, o que poderia induzir a uma simplificação do fenômeno, já que os efeitos do capital social, sejam eles positivos ou negativos, sempre ocorrem em condições sociais, institucionais e econômicas específicas e o capital social negativo tem maior chance de ocorrer em contextos onde existem desigualdades (de diversos tipos) e assimetria de poder, como mostra o Quadro 2.

Quadro 2 – Diferenças entre o capital social positivo e negativo.

Capital Social Positivo	Capital Social Negativo
Condições e contextos	
Contexto de maior igualdade, inclusão e paridade entre indivíduos e grupos.	Contexto de desigualdade material e social, exclusão e intolerância
Condições básicas para a existência de políticas redistributivas, justiça social e direitos fundamentais.	Condições que perpetuam uma distribuição injusta de recursos entre indivíduos e grupos
Condições para o fortalecimento político dos cidadãos.	Grupos e indivíduos em situação de vulnerabilidade
Normas inclusivas e universais.	Relações de poder e opressão
Esferas públicas plurais e robustas.	Ausência de esferas públicas inclusivas
Princípios e Valores	
Redes associativas caracterizadas pela confiança, reciprocidade e normas socialmente partilhadas	Relações baseadas na desigualdade de poder e na autoridade do mais forte
Igual oportunidade para influenciar debates públicos e processos decisórios	Pouco incentivo às deliberações inclusivas e fraca capacidade de resistir às opressões

Interações voltadas para o entendimento recíproco e publicamente justificáveis	Interações voltadas para a persuasão e obtenção de ganhos pessoais, sendo publicamente injustificáveis (baseadas na barganha e na corrupção)
Tolerância e reforço da comunidade	Reforço de particularismos e negligência quanto ao bem-estar coletivo
Instituições que facilitam o acesso coletivo aos recursos	Concentração de recursos e de poder
Autonomia e liberdade	Normas rígidas que reforçam um nível reduzido de iniciativa individual e restringem a liberdade
Reconhecimento social amplo	Exclusão dos <i>outsiders</i>
Consequências e condições de retroalimentação	
Aumento do grau de cooperação, reciprocidade e confiança	Aumento do sectarismo e da discriminação
Solidariedade	Presença de grupos rígidos e exclusivistas
Desenvolvimento da democracia	Aumento da corrupção e do ceticismo
Aumento da densidade das redes interativas e conversacionais	Rivalidades étnicas, religiosas e culturais
Maior engajamento cívico e participação política	Descrença na política e nos políticos
Aprimoramento dos níveis cognitivos e educacionais	Crescimento do clientelismo

Fonte: Adaptado de Matos (2009).

No caso da saúde, existe um exemplo interessante. Apesar de diversos estudos apontarem que sujeitos com maior capital social tendem a apresentar uma melhor autopercepção da saúde (GELE; HARSLOF, 2010; NIEMINEN et al., 2010; CRAMM; NIEBOER, 2011; GIORDANO; BJORK; LINDSTROM, 2012; RONCONI; BROWN; SCHEFFLER, 2012; JUNG; VISWANATH, 2013) em áreas rurais da Colômbia, a participação eleitoral e em fóruns comunitários estava inversamente associada à autopercepção de saúde (HURTADO; KAWACHI; SUDARSKY, 2011). Uma das hipóteses apontadas pelos autores é que grupos paramilitares poderiam obrigar a participação comunitária e eleitoral, portanto não sendo esta participação de fato voluntária e democrática.

Feitas estas ponderações, cresce a importância de que algumas estratégias sejam utilizadas no sentido de buscar diminuir possíveis efeitos negativos do capital social. Para Matos (2009) a primeira estratégia deve ser “dar voz” aos cidadãos, fortalecendo-os de maneira que possam expressar publicamente seus problemas e necessidades. Deve-se também buscar aumentar a simetria das obrigações entre os membros, já que a igualdade de obrigações tende a reduzir a

vulnerabilidade dos membros, em detrimento de ações clientelistas e paternalistas. Além disso, deve-se buscar valorizar aspectos de uma democracia plural, política e econômica, enfatizando-se normas inclusivas e universais, já que normas restritas podem gerar preconceitos de diversas naturezas.

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

Zaluar (2007) observa várias manifestações de capital social negativo no contexto brasileiro. Ao mesmo tempo, reconhece que nas últimas décadas ocorreu um importante aumento no número de organizações da sociedade civil voltadas para fins públicos. De qualquer modo, há de se considerar a dinamicidade do conceito. Putnam (1995; 1998) afirma que é possível modificar hábitos e valores de forma a produzir capital social, porém lembra que estas modificações tendem a acontecer em um prazo longo. Para Portes (2000), as redes sociais não são dadas naturalmente, e precisam ser construídas por meio de estratégias orientadas para a institucionalização das relações do grupo.

O tópico a seguir trata da relação entre capital social e saúde, com ênfase nos aspectos relacionados ao estilo de vida.

3.2 APROXIMAÇÕES ENTRE CAPITAL SOCIAL E SAÚDE: ÊNFASE NO ESTILO DE VIDA

Considerando o quadro de diferentes processos de transição, entre os quais: demográfica, epidemiológica e nutricional, que apresentam uma importante inter-relação e que vêm acontecendo nas últimas décadas, primeiramente nos países com maior renda, e mais recentemente em países com menor renda média e até mesmo nos de baixa renda (SPREE, 1998; RIVERA et al., 2002; FRASER, 2006; FOURCADE, 2007; TOUZE, 2007; AMUNA; ZOTOR, 2008; AHSAN KARAR, ALAM; KIM STREATFIELD, 2009; LOTUFO; BENSENOR, 2009; AGYEI-MENSAH; DEGRAFT AIKINS, 2010; NNEBUE, 2010; RISQUEZ; ECHEZURIA; RODRIGUEZ-

MORALES, 2010; CARTER et al., 2011; SCHMIDT et al., 2011) e o aumento das evidências sobre a relação entre alguns aspectos ligados ao estilo de vida e indicadores como mortalidade e morbidade (PAFFENBARGER et al., 1993; JOHANSSON; SUNDQUIST, 1999; VAN DAM et al., 2008; VAN DUIJNHOFEN et al., 2009; KVAAVIK et al., 2010; LEE et al., 2011; ODEGAARD et al., 2011; VAN DEN BRANDT, 2011; BOEING et al., 2012; CARLSSON et al., 2012; EGUCHI et al., 2012; FORD et al., 2012; LEE et al., 2012; LOEF; WALACH, 2012; REISS et al., 2012; ROS et al., 2012; SHAW; AGAHI, 2012; VERGNAUD et al., 2012; YUN et al., 2012), o modo como as pessoas vivem (estilo de vida) passou a ser tratado como uma importante questão de saúde pública. No Brasil, isso fica claro a partir da observação de alguns documentos, pesquisas e programas que foram criados nos últimos anos (BRASIL, 2003a; 2003b; 2008d; 2008b; 2008c; 2011).

Vale mencionar que o estilo de vida, no campo da saúde, adquire grande importância a partir do relatório Lalonde (CANADÁ, 1974). Marc Lalonde era então o Ministro da Saúde e Bem Estar do Canadá e no referido relatório apresenta os fatores que influenciam a saúde e que devem ser o foco de intervenção da saúde pública: a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde. Este documento influenciou outros, como a Carta de Ottawa (1986), documento final da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde que destaca alguns desafios da promoção da saúde: a criação de ambientes favoráveis, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde, este último no sentido de não limitar as ações em saúde aos serviços atenção clínica e de urgência (CARTA DE OTTAWA, 1986). No contexto do SUS essa ideia se aproxima da integralidade, que é um dos princípios do sistema.

Ainda sobre a promoção da saúde, Westphal (2006) revisita o conceito, inclusive a partir das conferências já realizadas sobre o tema, e aponta alguns princípios importantes que fazem parte do “ideário” da promoção da saúde: 1) as ações de promoção da saúde devem ser pautadas por uma concepção holística de saúde voltada para a multicausalidade do processo saúde-doença; 2) a equidade é um princípio e um conceito importante que vem ocupando relevante espaço nas discussões relacionadas à promoção da saúde; 3) o reconhecimento da importância de olhares e ações instersetoriais, que permite a multiplicidade de olhares sobre a

realidade complexa; 4) o incentivo à participação social, uma vez que a promoção da saúde visa auxiliar no fomento de diversas formas de participação direta dos cidadãos no planejamento, execução e avaliação dos projetos, inclusive buscando estimular a corresponsabilidade; 5) o princípio da sustentabilidade, entendida em um duplo significado: criar iniciativas de acordo com a lógica do desenvolvimento sustentável e garantir um processo durável e consistente.

Dado este entendimento sobre o “ideário” da promoção da saúde, bem como da inserção dos comportamentos saudáveis neste contexto, este trabalho parte do princípio que o estilo de vida é um dos aspectos que influencia a saúde de indivíduos e comunidades. Evidentemente não é o único, nem tão pouco deve ser interpretado como sinônimo de saúde. Aliás, sobre o conceito de saúde, vale mencionar que existem diferentes abordagens, sendo amplamente reconhecida a dificuldade de se conceituar de maneira precisa, dada a complexidade do objeto (SCLIAR, 2002; 2007; SOUZA; ALMEIDA FILHO, 2011). Mesmo considerando eventuais divergências, é bastante simbólico e importante que a atual Constituição Brasileira, no seu artigo 196, a defina como direito de todos e dever do Estado, que deve garantir este direito a partir de políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário (BRASIL, 1988).

Dadas estas questões, e uma vez conhecida a relação entre o estilo de vida e os indicadores mais tradicionais de saúde, especialmente mortalidade e morbidade, outro foco de estudos foi criado: entender por que algumas pessoas adotam certos comportamentos e outras não. É neste contexto que surgem diversas teorias e modelos que tentam melhor compreender o comportamento humano. Dumith (2008) encontrou 21 teorias/modelos, com diferentes denominações, que de algum modo são aplicadas à atividade física, sendo as mais frequentes: teoria do comportamento planejado (assume que a intenção é o principal determinante para a adoção do comportamento), teoria cognitivo-social (assume que a adoção ou não de um determinado comportamento se dará a partir das expectativas, da autoeficácia e da intenção para esta adoção) e o modelo transteórico (que assume conceitos oriundos de outras teorias e parte do princípio que a mudança de comportamento é um processo e não um acontecimento único). O autor destaca ainda o fato de a maioria das teorias/modelos se restringirem aos fatores de âmbito individual, muitas

vezes se limitando a investigar os determinantes mais proximais da prática de atividade física. Apesar de o autor limitar a análise das teorias aplicadas no contexto da atividade física, é possível que em outros comportamentos a situação seja bastante semelhante.

Por outro lado, nos últimos anos parece ter crescido a importância dos chamados modelos ecológicos, que enfatizam o ambiente e o contexto político social do comportamento, assumindo que existem múltiplos níveis de influência sobre a adoção de qualquer comportamento (SALLIS; OWEN; FISCHER, 2008).

Reis, Salvador e Florindo (2011) apresentam, a partir de Bronfenbrenner, um modelo no qual o ambiente ecológico é compreendido por uma rede de estruturas em que uma está contida na outra. O sistema é formado desde um nível micro (os ambientes mais próximos aos indivíduos, como por exemplo, o lar e o local de trabalho), passando por um nível meso (relacionado às interações entre os ambientes de maior influência no indivíduo, como por exemplo a família interagindo na escola) e pelo exossistema (que é uma extensão do mesossistema e compreende estruturas formais e informais que influenciam, delimitam ou determinam as escolhas e os comportamentos, como por exemplo a rede que se estabelece a partir dos vizinhos e das redes sociais), chegando até o nível macro (no qual outros contextos estão contidos e as estruturas sociais se manifestam, como no sistema econômico, educacional e político da sociedade).

Assim, considerando estes distintos níveis de influência sobre o comportamento humano e a inter-relação entre estes níveis, fica difícil estabelecer exatamente qual o lugar do capital social neste contexto, apesar de ficar claro que teoricamente pode exercer um papel importante, haja vista as suas características, já apresentadas anteriormente, entre as quais o fato de que uma maior e melhor participação e organização social podem capacitar os sujeitos a um agir coletivo que aumente a chance de sucesso na busca de objetivos e metas comuns, sendo razoável imaginar que a saúde seja uma destas metas/objetivos.

Ademais, vale destacar que os modelos ecológicos não têm sido utilizados somente para a melhor compreensão do comportamento humano. Seus princípios são também aplicados no contexto das intervenções relacionadas à promoção da saúde, já que intervenções mais amplas e que foquem diferentes níveis de influência tendem a ser mais efetivas para a mudança de comportamento

(SALLIS, 1999; SALLIS; OWEN; FISCHER, 2008). Sapag e Kawachi (2007) consideram que muitas iniciativas de promoção da saúde na América Latina nos últimos anos não deram o resultado esperado, e um dos motivos para isso é terem sido fundamentalmente centradas no nível individual.

No contexto das teorias/modelos mais centradas no indivíduo surgem ou são utilizadas expressões/conceitos importantes como autoeficácia, atitudes, normas subjetivas, intenção, entre outras (FARINATTI; FERREIRA, 2006). Já nos modelos ecológicos, mesmo que estes também se utilizem dos conceitos mencionados, surgem ou são utilizados conceitos distintos e menos centrados no indivíduo, como empoderamento, apoio ou suporte social, determinantes sociais, capital social, etc. Estes conceitos surgem para tentar incluir novas possíveis explicações para o comportamento humano, haja vista a incapacidade de as variáveis individuais explicarem totalmente o comportamento.

Ainda sobre a questão das teorias/modelos vale mencionar os modelos de sistemas complexos, que partem do princípio que o todo é mais do que a mera soma das partes e que suas propriedades não são uma consequência natural de seus elementos constituintes, vistos de maneira isolada, além de as muitas relações existentes não serem lineares (RYDIN et al., 2012). Desse modo, no contexto dos sistemas sociais, os sistemas complexos são compostos de muitos indivíduos, que possuem elementos de auto-organização, capazes de responder aos outros e ao seu ambiente. Todo o sistema pode ser visto como uma rede de relações e interações, sendo que alterações em qualquer uma das partes do sistema, mesmo que em um único elemento, podem resultar em reações e mudanças de elementos associados ao ambiente (KOHL et al., 2012; RYDIN et al., 2012).

Como nos modelos de sistema complexo as relações não são lineares e a causação não é multidirecional, as relações causais entre as variáveis dependentes e independentes são difíceis de isolar. Kohl et al. (2012) apresentam um modelo de sistema complexo que pode ser aplicado à atividade física e destacam as diversas interações, atrasos na adoção dos comportamentos, ações concorrentes e as consequências não intencionais que podem ocorrer dentro de um sistema. Uma característica importante de tais sistemas complexos é que muitas entradas e níveis de influência são considerados interdependentes.

Apesar de muito ainda ter que ser desenvolvido nesse modelo, parece um avanço no sentido de assumir a complexidade do assunto, inclusive para se assumir definitivamente a necessidade de se considerar a influência de múltiplos aspectos, seja na tentativa de uma melhor compreensão do comportamento humano, seja na proposição de estratégias mais eficientes de promoção da saúde. Para Sapag e Kawachi (2007) as estratégias de promoção da saúde devem considerar de maneira integrada os aspectos sociais, comunitários e políticos, além de permitirem um acesso equitativo e com respostas efetivas de saúde. Para tanto, consideram que é fundamental buscar a elaboração de políticas mais integradas, intersetoriais, sustentáveis e com maior participação comunitária. Neste sentido, o conceito de capital social pode ser um aporte importante para canalizar os esforços para a promoção da saúde na América Latina.

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

Especificamente ao que se refere o tema central deste trabalho (a relação entre capital social e estilo de vida), existem evidências que sujeitos com maior capital social tendem a ser mais ativos fisicamente (LINDSTROM; HANSON; OSTERGREN, 2001; LINDSTROM; MOGHADDASSI; MERLO, 2003; MUMMERY et al., 2008; BALL et al., 2010a; BALL et al., 2010b; UESHIMA et al., 2010; LINDSTROM, 2011; LEGH-JONES; MOORE, 2012), apresentam melhores características da alimentação (BALL et al., 2010b; JOHNSON; SHARKEY; DEAN, 2010) e menor prevalência de tabagismo (LINDSTROM et al., 2003; LINDSTROM; JANZON, 2007; CHUANG; CHUANG, 2008; LINDSTROM, 2008; AFIFI; NAKKASH; KHAWAJA, 2010; SAPAG et al., 2010). Já as informações existentes sobre a relação

entre capital social e consumo de álcool são divergentes, havendo evidências que a falta de confiança nas instituições está associada com aumento da probabilidade de consumo nocivo de álcool (AHNQUIST; LINDSTROM; WAMALA, 2008), mas também que a alta participação social pode estar positivamente associada ao maior consumo de álcool (CHUANG; CHUANG, 2008) e que o maior consumo per capita de álcool dificulta o desenvolvimento do capital social (THEALL et al., 2009).

De todos os estudos encontrados que investigaram a relação entre indicadores de capital social e algum comportamento relacionado à saúde, apenas um (SAPAG et al., 2010) foi realizado na América Latina (Chile), indicando a carência de estudos com esta temática nesta região. No estudo mencionado, foi observado que a chance de tabagismo era menor entre aqueles que tinham maior confiança nos vizinhos. Porém, não foram observadas associações do tabagismo com a confiança nas organizações, na reciprocidade e integração entre vizinhos, bem como com a participação social. Vale mencionar que na América Latina não existe apenas carência de estudos sobre a relação entre capital social e estilo de vida, já que a mesma situação é observada em estudos que investigam a relação do capital social com outros indicadores de saúde (PATTUSSI et al., 2006; KRIPPER; SAPAG, 2009).

Apesar de o mecanismo de como o capital social atua como facilitador dos comportamentos relacionados à saúde não estar totalmente esclarecido, supõe-se que o capital social promova uma mais rápida difusão da informação, aumenta a probabilidade de que os comportamentos saudáveis sejam adotados como norma e exerça algum tipo de controle social sobre o comportamento considerando desviante da saúde (KAWACHI; BERKMAN, 2000).

Neste trabalho, além de investigar a associação entre o capital social e os comportamentos relacionados à saúde, buscou-se também investigar a relação entre o capital social e a autopercepção de saúde e explorar possíveis mecanismos desta associação ligados ao estilo de vida.

Vale mencionar que a autopercepção de saúde tem sido utilizada em estudos epidemiológicos como um interessante indicador de saúde, inclusive por ser relativamente simples de ser obtido e pelo fato de os sujeitos com percepção negativa de saúde tenderem a apresentar piores indicadores de mortalidade e morbidade (GANDER et al., 2011; DOUBENI et al., 2012; LATHAM; PEEK, 2013).

Além disso, existem evidências que o capital social também se associa a melhor autopercepção de saúde (GELE; HARSLOF, 2010; NIEMINEN et al., 2010; CRAMM; NIEBOER, 2011; GIORDANO; BJORK; LINDSTROM, 2012; RONCONI; BROWN; SCHEFFLER, 2012; JUNG; VISWANATH, 2013).

Por outro lado, ainda existem poucas informações sobre os mecanismos da associação entre o capital social e a saúde, havendo inclusive poucos trabalhos que focaram a questão dos comportamentos como possíveis mediadores. Mohan et al. (2005) verificaram que o efeito do capital social sobre a mortalidade, em diferentes regiões da Inglaterra, era atenuado quando diferentes comportamentos relacionados à saúde eram controlados. Também na Inglaterra, Poortinga (2006) constatou que quando incluídas variáveis comportamentais a magnitude da associação entre capital social e autopercepção de saúde pouco se alterava (apesar de não ter incluído a atividade física). Mohnen et al. (2012), na Holanda, observaram que a atividade física era o comportamento que mais mediava a relação entre capital social e autopercepção de saúde. Portanto, os estudos disponíveis foram realizados em países europeus e apresentaram resultados diversos. Isso sugere que o capital social precisa ser investigado em cada contexto, haja vista que este pode apresentar particularidades importantes em cada caso.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a relação entre indicadores do capital social e comportamentos relacionados à saúde em moradores com 40 anos ou mais do município de Cambé, PR.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar características do capital social na população com 40 anos ou mais de idade em Cambé, PR.
- Investigar a prevalência e fatores associados aos comportamentos relacionados à saúde (inatividade física no lazer, baixo consumo de frutas e/ou verduras, tabagismo e consumo abusivo de álcool) na população com 40 anos ou mais de Cambé, PR.
- Investigar a relação entre indicadores de capital social com a prevalência de inatividade física no lazer, de baixo consumo de frutas e verduras, de tabagismo e de consumo abusivo de álcool na população com 40 anos ou mais de Cambé, PR.
- Investigar a relação entre indicadores de capital social e a prevalência simultânea dos comportamentos relacionados à saúde investigados (análise de simultaneidade) na população com 40 anos ou mais de idade de Cambé, PR.
- Investigar a prevalência de autopercepção regular/ruim/muito ruim de saúde e a associação com aspectos demográficos, clínicos e do capital social.
- Investigar a associação entre o capital social e a autopercepção de saúde e explorar possíveis mecanismos desta associação ligados aos comportamentos relacionados à saúde investigados.

5 MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal de base populacional. O presente estudo faz parte de um projeto denominado VIGICARDIO – Doenças cardiovasculares no Estado do Paraná: mortalidade, perfil de risco, terapia medicamentosa e complicações.

5.1 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população de estudo foi constituída por todos os moradores de 40 anos ou mais de idade do município de Cambé-PR, amostrados no estudo mais abrangente. Operacionalmente foram considerados sujeitos de estudo os residentes na área urbana do município, com idade igual ou superior a 40 anos, tendo em vista a disponibilidade de dados relativos à contagem populacional realizada em 2007. Optou-se pela escolha com esta faixa etária de maneira proposital, considerando a maior ocorrência de complicações cardiovasculares em indivíduos com 40 anos ou mais, que era o foco central do projeto maior. O município localiza-se na região Norte do Paraná, na região metropolitana de Londrina. Em 2010, segundo o censo demográfico, Cambé tinha 93.733 habitantes com densidade demográfica de 195.54 hab/km². O Índice de Desenvolvimento Humano do município, em 2000, era de 0,793 (desenvolvimento humano médio) e Índice Gini para renda familiar de 0,40. A base econômica do município é a agricultura, e a colonização é principalmente de descendentes de japoneses, italianos, portugueses, espanhóis que ocuparam a região na época em que a Companhia de Terras do Norte do Paraná incentivava a colonização em diversas regiões do estado (BRASIL, 2010).

5.2 PLANO DE AMOSTRAGEM

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, pela Contagem realizada no município em 2007 (BRASIL, 2007), o número total de habitantes era de 92.888, dos quais 30.710 (33,1%) com idade de 40 anos ou mais. Com base na prevalência estimada de 50% dos fatores de risco e na predominância da população residente na região urbana do município de Cambé (96%), o tamanho

da amostra foi calculado utilizando-se o aplicativo StatCalc do programa Epi Info 3.5.1, considerando margem de erro de 3 pontos percentuais, intervalo de confiança de 95%, resultando em uma amostra de 1.066 sujeitos. Prevendo-se 25% de eventuais perdas e recusas, o cálculo resultou em 1332 entrevistas. Porém, na divisão proporcional entre os setores censitários, a amostra totalizou 1339 indivíduos a serem entrevistados devido à aproximação do número para o próximo inteiro.

Assim, o plano amostral se deu em três etapas: o primeiro, relacionado ao setor censitário, o segundo em relação ao domicílio, e o terceiro em relação ao morador dos domicílios selecionados.

Na primeira etapa, todos os 86 setores censitários da região urbana foram incluídos no estudo. O número de pessoas entrevistadas em cada setor foi calculado proporcionalmente à quantidade de homens e mulheres de 40 anos ou mais. Utilizou-se um mapa com a divisão por setores censitários da área urbana do município para identificação dos bairros, ruas, quadras e seleção das residências a serem incluídas na pesquisa. As quadras de cada setor censitário foram enumeradas para a realização do sorteio do ponto inicial do percurso. Quando determinado o ponto inicial (quadra), era sorteada a esquina inicial e, em sentido anti-horário, novamente foi sorteada a casa inicial da rota (segunda etapa). Após a definição da casa inicial era feito o “pulo” da residência seguinte.

Em cada domicilio visitado, era feita a identificação das pessoas com 40 anos ou mais e apenas um morador de cada domicilio era entrevistado, até se atingir a cota de cada faixa etária e sexo (terceira etapa). Assim, quando, por exemplo, duas ou mais pessoas na residência tinham o perfil necessário para a amostra, era feito o sorteio de um destes moradores.

Foram considerados os seguintes critérios de exclusão: indivíduos com deficiência visual e/ou auditiva graves não corrigidas, ou de estágios avançados de transtornos mentais que impediam o entendimento e execução dos procedimentos da entrevista e/ou pessoas que não compreendiam o idioma português.

Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2011. Anteriormente à coleta de dados foi realizado contato com a Secretaria de Saúde do município e organizado um momento de apresentação formal dos membros do VIGICARDIO. Posteriormente, foi organizada a apresentação do projeto à equipe

gestora do município. Nesta oportunidade, com a participação dos coordenadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS), foram destacados aspectos como a relevância do estudo, a utilidade das informações para o município e outros relacionados ao entendimento das doenças cardiovasculares em geral.

Novamente, antes de se iniciar a coleta de dados na área de abrangência de cada UBS, o projeto foi apresentado em maiores detalhes aos profissionais de saúde. Nessa ocasião foi identificado o perfil de aceitação dos moradores com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os setores censitários expostos à maior risco de violência. Algumas estratégias foram necessárias nesses locais como o agendamento das entrevistas com a presença dos ACS e a não realização de agendamento e/ou entrevistas em horários e dias de maior risco.

5.3 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

Foi realizado um processo de seleção junto aos alunos de graduação do Centro de Ciências da Saúde da UEL e foram selecionados entrevistadores com base no desempenho acadêmico e na entrevista, além da disponibilidade de tempo. Também alguns colaboradores externos foram selecionados. Estes, já possuíam titulação de nível superior em alguma área da saúde. Além destes, discentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEL também realizaram as entrevistas. Ao todo 39 sujeitos foram entrevistadores.

Todos os entrevistadores foram treinados anteriormente para a aplicação da entrevista, bem como para a abordagem a ser realizada nos domicílios. Estas informações estão detalhadas em um manual específico, disponível em (<http://www.ccs.uel.br/pos/saudecoletiva/vigicardio/index.php>).

5.4 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto foi realizado em um bairro do município de Londrina. Utilizou-se no piloto a mesma abordagem domiciliar prevista na pesquisa. Após essa etapa foram corrigidas algumas inadequações do instrumento. Nesta etapa também foi construído o banco de dados no programa Epi.Info versão 3.5.1.

5.5 ABORDAGEM NO DOMICÍLIO E ENTREVISTA

A abordagem no domicílio iniciava-se pela apresentação dos entrevistadores, devidamente identificados, seguida da apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A). Somente após conhecimento pelo morador dos objetivos da pesquisa e aceitação em participar é que se iniciava a entrevista.

Uma vez aceita a participação no estudo, era explicada ao entrevistado a necessidade que a entrevista acontecesse em um ambiente calmo e onde o entrevistado ficasse sentado, para a verificação das medidas pressóricas (medida não utilizada neste estudo). As entrevistas duraram em média cerca de 30 minutos, havendo grande variação, pois o tempo dependia em grande medida do nível educacional e da idade dos sujeitos.

5.6 VARIÁVEIS DE ESTUDO

O instrumento de pesquisa foi constituído por um formulário com diversas partes (APÊNDICE B) e as de interesse deste trabalho foram as que contemplaram informações referentes aos indicadores de capital social (variáveis independentes), aos comportamentos relacionados à saúde e autopercepção de saúde (variáveis dependentes) e às sociodemográficas (possíveis variáveis de confusão).

Foram consideradas as seguintes variáveis dependentes: prática de atividade física no lazer, consumo de frutas e verduras, tabagismo e consumo abusivo de álcool, além de a autopercepção de saúde para dois objetivos específicos do trabalho (nas análises sobre a relação entre os indicadores de capital social e os comportamentos, a autopercepção de saúde foi utilizada como variável de confusão).

Para a avaliação da prática de atividade física foi utilizado o modelo de estágio de mudança de comportamento (PROCHASKA et al., 1994; DUMITH; GIGANTE; DOMINGUES, 2007; DUMITH, 2008), em que foram considerados ativos os sujeitos que referiram estar na fase de manutenção (faziam atividade física no tempo livre há mais de seis meses) ou de ação (faziam atividade física no lazer,

porém há menos de seis meses). As pessoas em fase de pré-contemplação (não tinham intenção de começar a praticar atividade física no lazer nos próximos seis meses), contemplação (pretendem começar a realizar atividade física no lazer nos próximos seis meses) e preparação (pretendem começar a fazer atividade física nos próximos trinta dias) foram consideradas inativas no lazer.

Como indicador de comportamento alimentar, considerou-se o baixo consumo de frutas e/ou verduras. Para tanto, foram utilizadas duas perguntas do VIGITEL (BRASIL, 2009), especificamente: a) em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frutas?; b) Em quantos dias de uma semana o(a) Sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, chuchu, berinjela, abobrinha), sem contar batata, mandioca ou inhame? Em ambas as perguntas as opções de resposta eram: nunca; quase nunca; 1 a 2 dias; 3 a 4 dias; 5 a 6 dias; todos os dias. Foram considerados como tendo baixo consumo de frutas e/ou verduras aqueles que referiram, em pelo menos uma das questões: nunca; quase nunca; 1 a 2 dias; ou 3 a 4 dias. Optou-se por esta categorização pois existem evidências de boa reprodutibilidade com relação às perguntas utilizadas neste estudo. Porém parece haver uma tendência de subestimação do consumo de frutas e verduras quando comparados a outros métodos, especialmente aos recordatórios mais completos, que investigam o consumo alimentar das últimas 24 horas (MONTEIRO et al., 2008; NEVES et al., 2010; MENDES et al., 2011). Estudo com trabalhadores da indústria de Santa Catarina, que posteriormente foi ampliado para outros 22 estados mais o Distrito Federal, utilizou perguntas muito semelhantes às do presente trabalho para avaliação do consumo de frutas e verduras (e o mesmo critério para categorizar os sujeitos), e observou boa reprodutibilidade das questões (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA, 2009).

Para avaliação do tabagismo e do consumo abusivo de álcool utilizaram-se as mesmas questões utilizadas pelo VIGITEL. O tabagismo foi avaliado pela seguinte pergunta: O(a) Sr(a) fuma? Foram considerados fumantes aqueles que referiram fumar atualmente, independente da quantidade. De maneira adicional, foram levantadas, entre os fumantes, informações sobre a frequência, a idade em que o sujeito havia começado a fumar, se já havia tentando parar de fumar e, para os não fumantes, se já havia fumado anteriormente. Caso fosse ex-fumante, era ainda perguntada a idade que o sujeito tinha quando parou de fumar.

O consumo abusivo de álcool foi avaliado, considerando-se o consumo dos últimos 30 dias. Foi realizada a seguinte pergunta: “nos últimos 30 dias o(a) Sr(a) consumiu mais que quatro (para mulheres)/cinco (para homens) doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião? A dose foi definida como uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, uísque ou qualquer outra bebida alcoólica destilada.

Vale mencionar que as perguntas relativas ao consumo de álcool e tabaco são relativamente simples, o que facilita a resposta dos sujeitos. Estes mesmos critérios já foram utilizados em outros estudos, como é o caso do próprio VIGITEL e do também já citado estudo com trabalhadores da indústria de 23 estados brasileiros, mais o Distrito Federal.

Foi ainda criada uma quinta variável dependente, esta baseada na análise simultânea de comportamentos de risco à saúde de cada sujeito da amostra. Desse modo, cada sujeito poderia acumular entre zero e quatro comportamentos simultâneos de risco à saúde.

Os indicadores de capital social e as respectivas categorias utilizadas na análise dos dados foram: número de amigos próximos, considerando as pessoas com quem a pessoa se sente à vontade para conversar a respeito de assuntos particulares, ou chamar caso necessite ajuda (categorias: quatro ou mais; um a três; zero), número de pessoas que emprestariam dinheiro em caso de necessidade (pelo menos uma pessoa; nenhuma pessoa), a confiança nas pessoas do bairro (positiva= concorda totalmente ou em parte com a afirmação: “pode-se confiar na maioria das pessoas que moram neste(a) bairro/localidade”; não concorda, nem discorda, discorda em parte ou discorda totalmente da mesma afirmação), a percepção da segurança no bairro (consideram o bairro muito ou moderadamente pacífico; consideram o bairro nem pacífico, nem violento, moderadamente violento ou muito violento), a percepção sobre a frequência com que as pessoas no bairro se ajudam (sempre ou quase sempre ajudam; algumas vezes, raramente ou nunca ajudam), e a participação em atividades cívicas ou comunitárias (ter participado ou realizado nos últimos 12 meses pelo menos uma destas atividades: Reunião de conselho, reunião aberta ou grupo de discussão; encontrou, falou ou escreveu para algum político; de algum protesto ou demonstração, campanha eleitoral ou informativa, alertou jornal, rádio ou televisão

para algum problema local, notificou a polícia para algum problema local; não participou de nenhuma das atividades mencionadas). Os critérios para categorização destes indicadores foram definidos após análise preliminar do banco de dados. Este procedimento se justifica por não haver na literatura critérios definidos sobre os pontos de corte a serem utilizados em cada indicador.

As perguntas realizadas sobre este tema fazem parte da versão brasileira do Questionário Integrado para medição do Capital Social (QI-MCS) (GROOTAERT et al., 2003). A utilização da íntegra do instrumento não foi possível, pois o mesmo conta com 102 perguntas e foi inviável sua aplicação no contexto de uma pesquisa de caráter epidemiológico e que buscava avaliar diferentes dimensões da saúde, como era o caso do VIGICARDIO. As perguntas selecionadas possibilitaram o levantamento de indicadores já utilizados em outras investigações da área da saúde que utilizaram indicadores de capital social como variáveis independentes (LINDSTROM; HANSON; OSTERGREN, 2001; MUMMERY et al., 2008; SAPAG et al., 2010; UESHIMA et al., 2010; HURTADO; KAWACHI; SUDARSKY, 2011; LINDSTROM, 2011; MOHNEN et al., 2012) e buscou-se selecionar indicadores de capital social cognitivo (ligado às percepções ou expectativas do comportamento social e do senso de comunidade) e do capital social estrutural (relacionado à participação cívica e política).

De maneira complementar, elaborou-se um escore de capital social, atribuindo-se maior pontuação para as pessoas com maior capital social. Assim, para as pessoas que referiram ter quatro ou mais amigos atribuiu-se dois pontos, para as que tinham entre um e três amigos, um ponto e, para aquelas sem nenhum, atribuiu-se zero. Para as pessoas que reportaram ter pelo menos uma pessoa que emprestaria dinheiro em caso de necessidade, atribuiu-se um ponto e nenhum para aquelas que referiram não possuir nenhuma pessoa que emprestaria dinheiro neste caso. O mesmo foi feito com as outras variáveis do capital social (confiança nas pessoas do bairro, frequência com que as pessoas no bairro se ajudam, percepção da segurança do bairro e participação cívica ou comunitária). Assim, cada sujeito teve um escore de capital social que podia variar entre zero (mais baixo capital social) e sete (mais alto capital social) pontos. Para a análise de regressão entre os escores e os comportamentos relacionados à saúde, os sujeitos foram divididos em três grupos: os com mais alto nível de capital social (escore entre seis e sete

pontos); nível intermediário de capital social (quatro e cinco pontos); e mais baixo nível de capital social (zero a três pontos).

Os pontos de corte utilizados em cada variável foram estabelecidos após análise descritiva dos indicadores, de modo a fazer com que a distribuição da quantidade de sujeitos discriminasse distintos grupos nas categorias definidas.. Assim, assume-se que não se tem neste estudo uma medida de “alto” ou “baixo” capital social, mas sim, indicadores que permitem dividir os sujeitos com “maior” e “menor” capital social. Vale mencionar que não existem, ou pelo menos não foram encontrados na literatura, critérios definidos *à priori* do que vem a ser “alto” ou “baixo” capital social.

Ademais, vale destacar que os próprios proponentes do instrumento QI-MCS mencionam que, embora os indicadores propostos permitam levantar importantes informações sobre o constructo capital social, há de se reconhecer a rica tradição em pesquisas sobre capital social que é resultado de métodos qualitativos.

As variáveis de confusão e suas respectivos categorias foram: sexo (feminino; masculino), faixa etária (40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 anos ou mais), nível econômico (considerando a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP (ABEP, 2008), com as seguintes categorias: A e B; C, D e E), estado nutricional (para tanto foi utilizado o Índice de Massa corporal - IMC, considerando as categorias: < 25 kg/m²; de 25 kg/m² a 29,99 kg/m² ; >29,99 kg/m²), incapacidade de deslocamento (relatar não ter nenhum tipo de incapacidade para caminhar pela rua; relatar ter algum tipo de dificuldade para caminhar na rua), presença de doença crônica (referir não possuir algum tipo de doença crônica; referir possuir pelo menos uma destas doenças crônicas: hipertensão arterial, diabetes, colesterol elevado, angina, insuficiência cardíaca congestiva, infarto agudo do miocárdio, doença cerebrovascular, insuficiência renal crônica ou doença pulmonar crônica), uso de serviço de saúde (ter realizado pelo menos uma consulta médica nos últimos 12 meses; não ter realizado consulta médica nos últimos 12 meses) e autopercepção de saúde (percebem sua saúde como muito boa ou boa; percebem sua saúde como regular, ruim ou muito ruim).

No caso da variável autopercepção de saúde, esta foi uma variável de confusão quando se tratava de investigar a relação entre o capital social e os

comportamentos relacionados à saúde, porém foi a variável dependente no objetivo específico de investigar a sua relação com o capital social. Neste segundo caso, as demais variáveis de confusão foram as mesmas. Todas as questões foram obtidas por meio de questionário aplicado em forma de entrevista, exceto o IMC que foi calculado após a mensuração da estatura e da massa corporal dos sujeitos, por meio de procedimentos padronizados.

Os quadros 3, 4 e 5 apresentam, respectivamente, as variáveis dependentes, independentes e de confusão utilizadas no presente trabalho, bem como seus respectivos critérios de categorização:

Quadro 3 – Variáveis dependentes utilizadas no estudo e respectivos critérios.

Variáveis Dependentes	Critério
Inatividade física no lazer	Não praticar nenhum tipo de atividade física no tempo livre.
Baixo consumo de frutas e/ou verduras	Consumo de frutas e/ou de verduras em menos de cinco dias da semana.
Tabagismo	Fumar atualmente (independentemente da frequência e da quantidade).
Consumo abusivo de álcool	Ter ingerido nos últimos 30 dias mais do que cinco doses (para homens) ou mais que quatro doses (para mulheres) em uma mesma ocasião.
Simultaneidade de comportamentos de risco à saúde	Foram consideradas as variáveis comportamentais citadas, de modo que cada sujeito poderia acumular entre zero e quatro comportamentos simultâneos de risco à saúde.
Autopercepção de Saúde	Classifica sua saúde como regular, ruim ou muito ruim.

O quadro 4 e 5 apresentam, respectivamente, as variáveis independentes e de confusão do estudo e as categorias utilizadas em cada uma.

Quadro 4 – Variáveis independentes utilizadas no estudo e respectivas categorias.

Variáveis independentes	Categorias
Número de amigos ¹	Quatro ou mais; Um a três; Zero.
Número de pessoas que emprestariam dinheiro em caso de necessidade ²	Pelo menos uma; Nenhuma.
Confiança nas pessoas do bairro	Confia totalmente ou em parte; Confia mais ou menos/em parte/não confia.
Frequência com que as pessoas no bairro se ajudam	Sempre/Quase sempre; Algumas vezes/Raramente/Nunca.
Segurança no bairro	Muito/moderadamente pacífico; Mais ou menos/moderadamente ou muito violento.
Participação cívica/comunitária	Participou = Participou/Realizou nos últimos 12 meses pelo menos uma destas atividades: Reunião de conselho, reunião aberta ou grupo de discussão; encontrou, falou ou escreveu para algum político; de algum protesto ou demonstração, campanha eleitoral ou informativa, alertou jornal, rádio ou televisão para algum problema local, notificou a polícia para algum problema local; Não participou = Não participou de nenhuma das atividades mencionadas acima.
Escore de capital social	Para cada uma das variáveis independentes, atribuiu-se, arbitrariamente, zero pontos para a categoria negativa e um ponto para a positiva (para as variáveis que foram dicotomizadas). Para a variável número de amigos atribuiu-se zero pontos para a pior categoria; um para a intermediária e dois para a melhor. Assim, cada sujeito recebeu uma pontuação entre zero (pior capital social) e sete (melhor capital social) pontos. Para a análise de regressão, os grupos foram categorizados em: baixo capital social (zero a quatro pontos); intermediário capital social (cinco a seis pontos) e alto capital social (sete e oito pontos).

¹ pessoas com quem o sujeito se sente à vontade para conversar a respeito de assuntos particulares ou chamar em caso de necessidade; ² equivalente à renda de uma semana.

Quadro 5 – Variáveis de confundimento utilizadas no estudo e respectivas categorias.

Variáveis de confusão	Categorias
Sexo	Feminino; Masculino.
Faixa etária	40 a 49 anos; 50 a 59 anos; 60 ou mais.
Nível econômico	A e B; C; D e E.
Estado Nutricional ¹	Peso normal = $\leq 25 \text{ kg/m}^2$; Sobrepeso = 25 kg/m^2 a $29,99 \text{ kg/m}^2$; Obesidade = $>29,99 \text{ kg/m}^2$.
Dificuldade de deslocamento	Nenhum tipo de incapacidade para caminhar fora de casa; Algum tipo de incapacidade para caminhar fora de casa.
Uso de serviços de saúde	Pelo menos uma consulta médica nos últimos 12 meses; Nenhuma consulta médica nos últimos 12 meses.
Autopercepção de Saúde ²	Classifica sua saúde como muito boa ou boa; Classifica sua saúde como regular, ruim ou muito ruim.

¹ Massa corporal e estatura mensurados por procedimento padronizado conforme Petroski (2003)

² variável de confusão apenas na relação entre capital social e os comportamentos relacionados à saúde.

5.7 – PROCESSAMENTO, TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Todos os formulários foram checados e posteriormente fez-se a dupla digitação e a comparação dos dois bancos de dados no programa Epi Info® versão 3.5.1. As análises foram realizadas no programa Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) versão 19.0.

A análise de regressão logística foi utilizada para verificar a relação entre os indicadores do capital social e os indicadores comportamentais e a autopercepção de saúde. Para tanto, fez-se, além da análise de regressão bruta, a ajustada para todas as variáveis de confundimento (Quadro 5). Nas duas análises (bruta e ajustada) foram calculadas as razões de odds (OR) e respectivo intervalo de confiança (IC 95%) em cada variável, tendo sempre a categoria de maior nível de capital social como referência. Para as variáveis do capital social que tinham mais do que duas categorias (no caso: número de amigos e escore de capital social) calculou-se o p de tendência linear, nestes casos considerando os valores contínuos.

No caso da relação entre os indicadores de capital social e autopercepção de saúde, foram construídos diferentes modelos, com análise

progressiva dos dados. No modelo 1 foi incluído o bloco das variáveis demográficas e clínicas. Nos modelos 2, 3, 4, e 5, foram incluídos, além das variáveis demográficas e clínicas, respectivamente, mas de forma exclusiva: a atividade física no lazer, o baixo consumo de frutas e/ou verduras, o tabagismo e o consumo abusivo de álcool. Por fim, no modelo 6, incluiu-se todo o bloco de variáveis comportamentais em conjunto com os blocos de variáveis demográficas e clínicas.

Foi ainda calculada a interação do escore de capital social com as variáveis demográficas (tanto quando a variável dependente era algum comportamento relacionado à saúde, quanto na autopercepção de saúde). A significância estabelecida para interação foi $p < 0,10$. Para os demais procedimentos, a significância bicaudal estabelecida foi de $p < 0,05$.

A regressão logística foi o método escolhido no presente trabalho em função de ser o mais comum na literatura internacional, conforme apontam estudos revisados por Pattussi et al. (2006). Além disso, os resultados relacionados ao objetivo principal do estudo (relação entre indicadores de capital social e comportamentos relacionados à saúde) foram também analisados utilizando-se a regressão de Poisson com variância robusta. As associações encontradas para $p < 0,05$ na regressão logística foram as mesmas encontradas pela regressão de Poisson. Como esperado, para as variáveis com prevalência mais elevada, os valores de razão de prevalência obtidos pela regressão de Poisson foram inferiores aos de OR obtidos na análise de regressão logística.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

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

6 RESULTADOS

6.1 DADOS DEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS, CAPITAL SOCIAL E COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE

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

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

Comparando-se a proporção de sujeitos nas faixas etárias de 40 a 49, 50 a 59 e 60 anos ou mais de idade da amostra final deste estudo com os dados disponíveis da população de Cambé (BRASIL, 2010), observam-se diferenças nas proporções que variaram entre 1,5 (nos homens com idade entre 40 e 49 anos) e 5,2 pontos percentuais (entre as mulheres com mais de 60 anos) (Tabela 1).

A maior parte da amostra referiu viver com parceiro(a), apresentou baixo nível econômico (61,7% classe econômica C ou inferior) e educacional (72,5% estudaram oito anos ou menos), apresentava excesso de peso (68,4% com IMC igual ou superior a 25 kg/m²), referia não possuir nenhum tipo de dificuldade para se deslocar fora de casa (94,4%), havia realizado pelo menos uma consulta médica nos últimos 12 meses (83,2%) e apresentava uma autopercepção muito boa ou boa da saúde atual (57,8%) (Tabela 2).

Tabela 1 – Distribuição da população (n e %) residente no município de Cambé-PR (Censo 2010), da amostra estudada - Projeto VigiCardio e do estudo (incluindo somente os que responderam à todas as questões referentes à este estudo), segundo faixa etária e sexo.

Faixa etária	População ≥ 40 anos de Cambé					VigiCardio – amostra					Amostra deste estudo				
	Total	Homens		Mulheres		Total	Homens		Mulheres		Total	Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
40 a 49	14015	6758	40,3	7257	38,5	476	219	40,7	257	40,0	448	208	41,8	240	41,1
50 a 59	10274	4849	29,0	5425	28,7	365	171	31,8	194	30,2	343	160	32,2	183	31,3
60 ou mais	11318	5140	30,7	6178	32,8	339	148	27,5	191	29,8	290	129	26,0	161	27,6
Total	35607	16747	100	18860	100	1180	538	100	642	100	1081	488	100	574	100

Tabela 2 – Características demográficas e clínicas da amostra (total e estratificando por sexo; n=1081).

Variável	Todos		Homens		Mulheres	
	n	%	n	%	n	%
Situação conjugal						
Com parceiro	803	74,3	426	85,7	377	64,6
Sem parceiro	278	25,7	71	14,3	207	35,4
Nível econômico						
A-B (mais alto)	415	38,4	215	43,3	200	34,2
C	567	52,5	257	51,7	310	53,1
D-E (mais baixo)	99	9,2	25	5,0	74	12,7
Nível educacional						
9 anos ou mais	297	27,5	132	26,6	165	28,3
5 a 8 anos	272	25,2	143	28,8	129	22,1
Menos de 5 anos	511	47,3	222	44,7	289	49,6
Índice de masa corporal						
Normal (<25 kg/m ²)	342	31,6	182	36,6	160	27,4
Sobrepeso (25-29,9 kg/m ²)	413	38,2	206	41,4	207	35,4
Obesidade (≥30 kg/m ²)	326	30,2	109	21,9	217	37,2
Dificuldade de deslocamento						
Não possui	102	94,4	481	96,8	540	92,5
Possui	60	5,6	16	3,2	44	7,5
Consulta médica						
Sim	899	83,2	382	76,9	517	88,5
Não	182	16,8	115	23,1	67	11,5
Autopercepção de saúde						
Muito boa/Boa	625	57,8	324	65,2	301	51,5
Regular/Ruim/Muito ruim	456	42,2	173	34,8	283	48,5

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

(pelo menos nos indicadores investigados) nos últimos 12 meses (51,8%; 51,9% homens e 51,7% mulheres) (Tabela 3).

Tabela 3 – Indicadores de capital social (total e estratificando por sexo) (n=1081).

Variável	Todos		Homens		Mulheres	
	n	%	n	%	n	%
Número de amigos						
Quatro ou mais	534	49,4	290	58,4	244	41,8
Um a três	420	38,9	141	28,4	279	47,8
Nenhum	127	11,7	66	13,3	61	10,4
Dinheiro emprestado						
Cinco ou mais	187	17,3	108	21,7	79	13,5
Três ou quatro	200	18,5	92	18,5	108	18,5
Uma ou duas	397	36,7	170	34,2	227	38,9
Nenhuma pessoa	297	27,5	127	25,6	170	29,1
Confiança nas pessoas						
Confia totalmente	243	22,5	124	24,9	119	20,4
Confia em parte	212	19,6	98	19,7	114	19,5
Não confia nem desconfia	77	7,1	33	6,6	44	7,5
Não confia em parte	252	23,3	112	22,5	140	24,0
Não confia totalmente	297	27,5	130	26,2	167	28,6
Frequência com que as pessoas no bairro se ajudam						
Sempre ajudam	310	28,7	145	29,2	165	28,3
Quase sempre	182	16,8	89	17,9	93	15,9
Algumas vezes	296	27,4	126	25,4	170	29,1
Raramente	202	18,7	98	19,7	104	17,8
Nunca	91	8,4	39	7,8	52	8,9
Segurança no bairro						
Muito pacífico	296	27,4	158	31,8	138	23,6
Moderadamente pacífico + ou –	444	41,1	203	40,8	241	41,3
Moderadamente violento	157	14,5	60	12,1	97	16,6
Muito violento	39	3,6	16	3,2	23	3,9
Participação comunitária						
Sim	521	48,2	239	48,1	282	48,3
Não	580	51,8	258	51,9	302	51,7
Escore de Capital Social						
Sete pontos	68	6,3	43	8,7	25	4,3
Seis pontos	184	17,0	95	19,1	89	15,2
Cinco pontos	218	20,2	107	21,5	111	19,0
Quatro pontos	253	23,4	109	21,9	144	24,7
Três pontos	170	15,7	61	12,3	109	18,7
Dois pontos	120	11,1	49	9,9	71	12,2
Um ponto	52	4,8	26	5,2	26	4,5
Nenhum ponto	16	1,5	7	1,4	9	1,5

Tabela 4 – Associação dos comportamentos relacionados à saúde e variáveis demográficas e clínicas (n=1081).

	Inatividade física no lazer Prevalência (IC95%)*	Baixo consumo de frutas e/ou verduras Prevalência (IC95%)*	Tabagismo Prevalência (IC95%)*	Consumo abusivo de álcool Prevalência (IC95%)*
Todos	71,3	63,1	19,7	18,2
Sexo				
Feminino	69,8 (66,2-73,4)	50,9 (47,1-54,7)	14,9 (11,7-18,1)	7,4 (4,4-10,4)
Masculino	73,1 (69,2-77,1)	77,4 (73,3-81,5)	25,4 (21,9-28,8)	30,9 (27,7-34,2)
Valor de p**	0,260	<0,01	<0,01	<0,01
Faixa Etária				
40 a 49 anos	75,7 (71,5-79,9)	70,7 (66,4-75,0)	23,9 (20,2-27,6)	23,3 (19,9-26,7)
50 a 59 anos	70,6 (65,9-75,3)	61,8 (56,9-66,7)	19,9 (15,7-24,0)	20,2 (16,3-24,0)
60 anos ou mais	65,4 (60,2-70,6)	52,9 (47,5-58,2)	13,1 (8,5-17,6)	8,1 (3,9-12,4)
p tendencia linear*	0,003	<0,01	<0,01	<0,01
Nível económico				
A-B (mais alto)	64,7 (60,4-69,0)	53,2 (48,7-57,7)	13,7 (9,9-17,5)	16,6 (13,1-20,1)
C	73,9 (70,3-77,6)	68,5 (64,7-70,2)	23,7 (20,5-26,9)	19,7 (16,7-22,7)
D-E (mais baixo)	84,2 (75,2-93,1)	73,8 (64,5-83,0)	22,2 (14,4-30,1)	16,7 (9,3-24,0)
p**	<0,01	<0,01	<0,01	0,783
Índice de masa corporal				
Normal (<25 kg/m ²)	67,6 (62,9-72,3)	64,3 (59,4-69,2)	29,2 (25,0-33,3)	21,7 (17,8-25,6)
Sobrepeso (25-29,9 kg/m ²)	69,7 (65,5-74,0)	62,9 (58,5-67,4)	15,2 (11,4-18,9)	17,8 (14,3-21,3)
Obesidade (≥30 kg/m ²)	77,2 (72,3-82,1)	62,0 (57,0-67,1)	15,5 (11,2-19,8)	15,2 (11,2-19,1)
p tendencia linear*	0,006	0,468	<0,01	0,009
Dificuldade de deslocamento				
Não possui	70,6 (67,9-73,3)	62,4 (59,6-65,2)	19,4 (17,0-21,8)	18,5 (16,3-20,7)
Possui	84,3 (72,9-95,7)	75,5 (63,7-87,3)	25,0 (14,9-35,0)	13,6 (4,2-22,9)
p**	0,020	0,039	0,284	0,139
Consulta médica no último ano				
Sim	69,3 (66,4-72,2)	62,7 (59,7-65,7)	19,6 (17,0-22,1)	17,6 (15,3-20,0)
Não	81,3 (74,7-87,9)	65,2 (58,3-72,0)	20,3 (14,5-26,1)	21,1 (15,7-26,5)
p**	0,002	0,566	0,781	0,397
Autopercepção de saúde				
Muito boa/Boa	66,2 (62,7-69,7)	58,7 (55,0-62,3)	17,9 (14,8-20,9)	17,8 (14,9-20,7)
Regular/Ruim/Muito	78,3 (74,2-82,5)	69,1 (64,3-73,4)	22,2 (18,6-25,9)	18,8 (15,4-22,2)
p**	<0,01	<0,01	0,077	0,567

*(IC95%) =Intervalo de confiança; prevalência ajustada para todas as variáveis independentes da tabela. **valor de p da regressão logística, ajustado para todas as variáveis da tabela.

Dos comportamentos relacionados à saúde investigados, observou-se que a inatividade física no lazer foi o comportamento negativo com maior prevalência (71,3% não realizavam nenhum tipo de atividade física no tempo de

lazer). A chance de total inatividade física no lazer foi superior entre os mais jovens, com menor nível econômico, obesos, com dificuldade de deslocamento, que não haviam tido consulta médica nos últimos 12 meses e com autopercepção regular/ruim/muito ruim da saúde. A prevalência de baixo consumo de frutas e verduras foi de 63,1%, sendo superior nos homens, nos com menor faixa etária, menor nível econômico, com algum tipo de dificuldade de deslocamento e com pior autopercepção de saúde. O tabagismo foi referido por 19,7% da amostra e foi mais prevalente entre os homens, os mais jovens, os com menor nível econômico e com peso normal. A prevalência de consumo abusivo de álcool foi de 18,2%, sendo superior nos homens, nos mais jovens e nas pessoas com peso normal (Tabela 4).

6.2 ASSOCIAÇÃO ENTRE INDICADORES DE CAPITAL SOCIAL E COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE

Considerando a análise bruta dos dados, todos os indicadores de capital social estiveram associados à inatividade física. Por sua vez, o baixo consumo de frutas e verduras esteve associado com a confiança nas pessoas do bairro, com a participação comunitária/cívica e com o escore de capital social. O fumo foi associado ao número de amigos, à frequência com que as pessoas no bairro se ajudam, a participação comunitária e ao escore de capital social. Já o consumo abusivo de álcool se associou somente à frequência de ajuda. Em todos os casos citados, sujeitos com menor capital social tiveram maior chance de terem o comportamento considerado negativo (Tabela 5).

Tabela 5 – Associação entre capital social e comportamentos relacionados à saúde. Dados brutos (n=1081).

	Inatividade física no lazer	Baixo consumo de frutas e/ou verduras	Tabagismo	Consumo abusivo de álcool
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Número de amigos				
Quatro ou mais	1,0	1,0	1,0	1,0
Um a três	1,34 (1,01-1,79)	1,16 (0,86-1,45)	1,29 (0,93-1,79)	0,64 (0,45-0,89)
Nenhum	1,97 (1,23-3,17)	1,38 (0,91-2,08)	1,61 (1,02-2,56)	0,98 (0,61-1,58)
p tendência linear	<0,001*	0,153	0,025*	0,305
Dinheiro emprestado				
Uma ou mais	1,0	1,0	1,0	1,0
Nenhuma	1,47 (1,08-2,00)*	1,32 (0,99-1,75)	1,24 (0,89-1,72)	0,85 (0,60-1,21)
Confiança nas pessoas do bairro				
Positivo	1,0	1,0	1,0	1,0
Negativo	1,57 (1,20-2,05)*	1,34 (1,05-1,72)*	1,27 (0,93-1,72)	0,95 (0,69-1,30)
Frequência de ajuda				
Sempre/Quase sempre	1,0	1,0	1,0	1,0
Algumas vezes/ raramente/nunca	1,60 (1,23-2,09)*	1,18 (0,92-1,51)	1,70 (1,25-2,32)*	1,45 (1,06-1,99)*
Segurança no bairro				
Pacífico	1,0	1,0	1,0	1,0
Violento/Médio	1,61 (1,19-2,17)*	1,30 (0,99-1,70)	1,33 (0,97-1,82)	1,00 (0,71-1,39)
Participação comunitária				
Sim	1,0	1,0	1,0	1,0
Não	1,88 (1,44-2,46)*	1,63 (1,27-2,09)*	1,41 (1,04-1,92)*	1,02 (0,75-1,40)
Escore de Capital Social				
6/7 pontos (mais alto)	1,0	1,0	1,0	1,0
4/5 pontos	1,51 (1,10-2,08)	1,05 (0,77-1,43)	1,99 (1,28-3,10)	0,90 (0,60-1,33)
0 - 3 pontos (mais baixo)	2,86 (1,98-4,12)	1,77 (1,26-2,48)	2,23 (1,42-3,51)	0,98 (0,65-1,48)
p tendência linear	<0,001*	<0,001*	<0,001*	0,892

*<0,05;p OR=Razão de odds; IC: Intervalo de confiança;

Tabela 6 – Associação entre capital social e comportamentos relacionados à saúde. Dados ajustados* (n=1081).

	Inatividade física no lazer	Baixo consumo de frutas e/ou verduras	Tabagismo	Consumo abusivo de álcool
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Número de amigos				
Quatro ou mais	1,0	1,0	1,0	1,0
Um a três	1,25 (0,92-1,69)	1,31 (0,98-1,75)	1,37 (0,97-1,94)	0,80 (0,55-1,18)
Nenhum	1,77 (1,09-2,89)	1,24 (0,80-1,92)	1,54 (0,95-2,49)	1,00 (0,59-1,68)
p tendência linear	<0,001*	0,333	0,036*	0,626
Dinheiro emprestado				
Uma ou mais	1,0	1,0	1,0	1,0
Nenhuma	1,32 (0,96-1,82)	1,33 (0,98-1,79)	1,26 (0,89-1,78)	1,00 (0,67-1,48)
Confiança nas pessoas do bairro				
Positivo	1,0	1,0	1,0	1,0
Negativo	1,43 (1,08-1,88)*	1,26 (0,96-1,64)	1,17 (0,85-1,61)	0,97 (0,69-1,36)
Frequência de ajuda				
Sempre/Quase sempre	1,0	1,0	1,0	1,0
Algumas vezes/ raramente/nunca	1,56 (1,19-2,05)*	1,16 (0,89-1,51)	1,73 (1,25-2,38)*	1,64 (1,16-2,31)*
Segurança no bairro				
Pacífico	1,0	1,0	1,0	1,0
Violento/Médio	1,40 (1,03-1,91)*	1,25 (0,94-1,68)	1,24 (0,89-1,73)	1,19 (0,82-1,72)
Participação comunitária				
Sim	1,0	1,0	1,0	1,0
Não	1,67 (1,26-2,14)*	1,49 (1,13-1,95)*	1,32 (0,96-1,83)	1,10 (0,77-1,56)
Escore de Capital Social				
6/7 pontos (mais alto)	1,0	1,0	1,0	1,0
4/5 pontos	1,38 (0,99-1,92)	1,02 (0,73-1,43)	2,05 (1,29-3,24)	1,05 (0,68-1,63)
0 - 3 pontos (mais baixo)	2,31 (1,57-3,40)	1,67 (1,15-2,43)	2,15 (1,33-3,48)	1,27 (0,80-2,03)
p tendência linear	<0,001*	<0,001*	<0,001*	0,320

*<0,05; OR=Razão de odds; IC: Intervalo de confiança; *ajustado por sexo, faixa etária, nível econômico, IMC, dificuldade de deslocamento, consulta médica e autopercepção de saúde.

Já na análise ajustada, foram observadas associações entre seis dos sete indicadores de capital social (número de amigos, confiança nas pessoas do bairro, frequência com que as pessoas no bairro se ajudam, segurança no bairro, participação comunitária e escore de capital social) com a inatividade física no lazer. Observou-se tendência linear ($p < 0,001$ em ambos os casos) entre o número de amigos e escore de capital social com a prevalência de inatividade física, sendo que quanto pior o capital social maior era a chance de inatividade física no lazer (Tabela 6).

O baixo consumo de frutas e verduras esteve associado à participação comunitária e ao escore de capital social. Nas demais variáveis, apesar da não significância, em todas se observou um valor de OR maior do que 1,0 nos grupos com piores indicadores de capital social.

O tabagismo se mostrou associado à frequência com que as pessoas no bairro se ajudam e ao escore de capital social. De maneira complementar, calculou-se a média ajustada do escore de capital social para o grupo de pessoas que nunca fumaram, ex-fumantes e fumantes atuais, e observou-se média significativamente menor entre os fumantes atuais em relação aos outros. Os sujeitos que referiram nunca ter fumado (média=4,24; DP=0,68) e ex-fumantes (média=4,19; DP=0,33) apresentarem média semelhante no escore de capital social. Entretanto, os fumantes atuais apresentaram média mais baixa (média=3,83; DP=0,144) (dados não apresentados).

Das variáveis comportamentais investigadas, a que se mostrou com menor associação com o capital social foi o consumo abusivo de álcool. Apenas a frequência com que as pessoas no bairro se ajudam, esteve associado a este comportamento. Além do mais, ao contrário das demais variáveis, em alguns casos (especificamente: número de amigos e confiança nas pessoas do bairro) o OR encontrado foi inferior a 1,0 nos grupos com piores indicadores de capital social.

Para verificar se o sexo, a faixa etária, o nível econômico e educacional modificavam as relações entre o capital social e os comportamentos, na análise de regressão foi incluída a avaliação da interação no modelo, e não se encontraram evidências de que as variáveis citadas alteram significativamente os resultados ($p > 0,10$), com exceção do consumo abusivo de álcool e faixa etária ($p = 0,036$). A relação entre o pior escore de capital social e a maior chance de

consumo abusivo de álcool se restringiu ao grupo com menor idade (40 a 49 anos). Nos demais grupos (50 a 59 anos e 60 anos ou mais) não houve diferença na proporção de consumo abusivo de álcool, segundo escore de capital social.

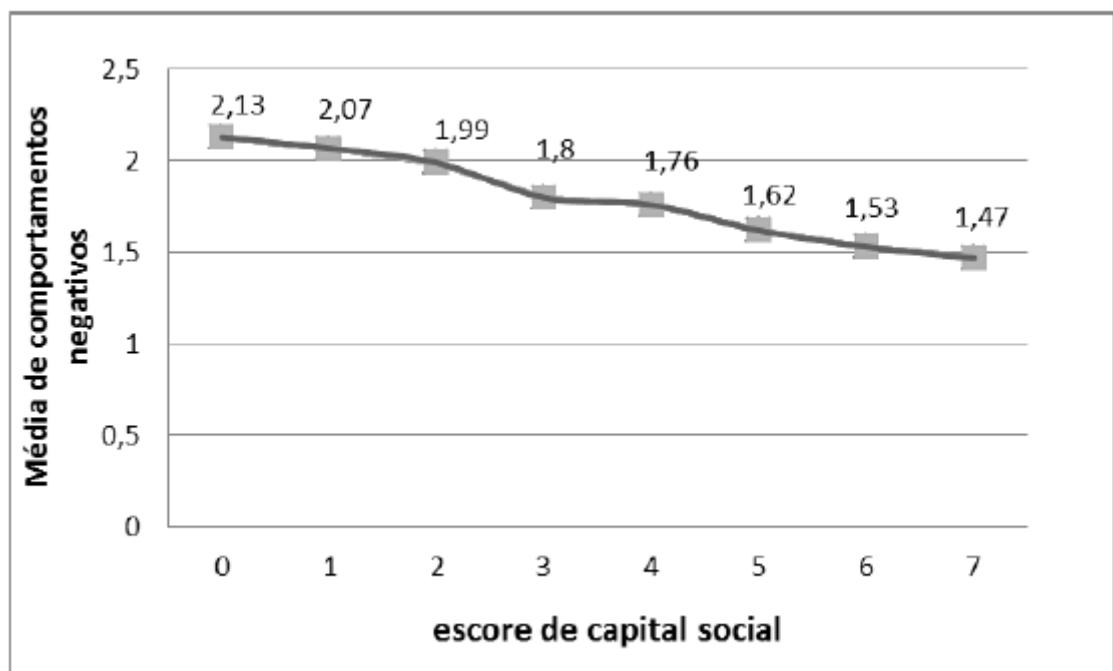
Considerando a prevalência simultânea de comportamentos negativos relacionados à saúde, observou-se que a proporção de sujeitos que não apresentava nenhum dos quatro comportamentos negativos relacionados à saúde foi maior entre os que tinham participado de alguma atividade cívica e/ou comunitária nos últimos 12 meses e entre os que tinham maior escore de capital social (comparando com os que tinham menor escore). No outro extremo, ou seja, pessoas que apresentavam três ou quatro comportamentos negativos, observou-se maior chance entre os que não tinham nenhum amigo, aqueles que percebiam que as pessoas no bairro somente algumas vezes, raramente ou nunca ajudavam umas as outras e tinham menor escore de capital social (Tabela 7).

A média de comportamentos negativos foi inversamente relacionada com o escore de capital social. Enquanto aqueles com maior escore de capital social (sete pontos) apresentavam em média 1,47 (DP=0,11) comportamentos negativos, entre os com pior escore (zero pontos) a média foi de 2,13 (DP=0,23) (Figura 1). Esta mesma análise foi realizada estratificando-se por sexo, e os dados são semelhantes, tanto para homens, quanto para mulheres.

Tabela 7 – Somatório de comportamentos negativos relacionados à saúde, segundo indicadores de capital social.

Variáveis	Somatório dos comportamento negativos			
	Zero % (IC95%)	1 % (IC95%)	2 % (IC95%)	3 ou 4 % (IC95%)
Total	11,5	29,4	39,2	19,9
Número de amigos				
Quatro ou mais	13,3 (10,6-16,0)	31,1 (27,3-34,8)	37,5 (33,4-41,7)	18,1 (14,9-21,3)
Um a três	8,7 (5,7-11,8)	30,4 (26,2-34,7)	40,0 (35,3-44,8)	20,8 (17,2-24,4)
Nenhum	12,9 (7,4-18,4)	19,2 (11,5-26,9)	43,6 (35,1-52,1)	24,3 (17,8-30,8)
Dinheiro emprestado				
Uma ou mais pessoas	12,0 (9,8-14,2)	30,4 (27,4-33,5)	38,9 (35,5-42,3)	18,7 (16,1-21,3)
Nenhuma pessoa	10,1 (6,5-13,7)	26,7 (21,7-31,7)	40,1 (34,5-45,6)	23,1 (18,8-27,4)
Confiança nas pessoas do bairro				
Positivo	12,4 (9,5-15,3)	32,9 (28,8-36,9)	36,5 (32,0-40,9)	18,3 (14,8-21,8)
Negativo	10,8 (8,3-13,3)	26,9 (23,4-30,4)	41,2 (37,4-45,1)	21,0 (18,1-24,0)
Frequência de ajuda				
Sempre/Quase sempre	12,7 (9,9-15,5)	34,7 (30,8-38,5)	37,2 (32,9-41,5)	15,5 (12,2-18,8)
Algumas vezes/ raramente/nunca	10,8 (8,3-13,3)	25,0 (21,5-28,6)	40,9 (37,0-44,9)	23,6 (20,6-26,6)
Segurança no bairro				
Pacífico	12,4 (10,1-14,6)	31,5 (28,3-34,7)	37,3 (33,8-40,8)	18,8 (16,1-21,5)
Violento/Médio	9,5 (6,2-12,9)	24,9 (20,1-29,6)	43,5 (38,3-48,7)	22,2 (18,1-26,2)
Participação comunitária				
Sim	15,5 (12,7-18,2)	31,0 (27,1-34,8)	35,6 (31,3-39,8)	18,0 (14,8-21,3)
Não	7,8 (5,1-10,4)	28,0 (24,3-31,7)	42,6 (38,6-46,7)	21,6 (18,5-24,8)
Escore de Capital Social				
6/7 pontos (mais alto)	13,8 (9,8-17,8)	37,9 (32,4-43,4)	33,6 (27,5-39,7)	14,7 (10,0-19,4)
4/5 pontos	13,4 (10,5-16,2)	28,9 (25,0-32,9)	37,9 (33,5-42,3)	19,8 (16,4-23,2)
0 - 3 pontos (mais baixo)	7,3 (4,0-10,6)	24,1 (19,5-28,7)	44,9 (39,8-50,0)	23,6 (19,7-27,6)

Figura 1 – Número médio de comportamentos negativos relacionados à saúde, segundo escore de capital social (0 pontos = mais baixo; 7 pontos = mais alto); (n=1081); (Média ajustada para todas as variáveis de confundimento).

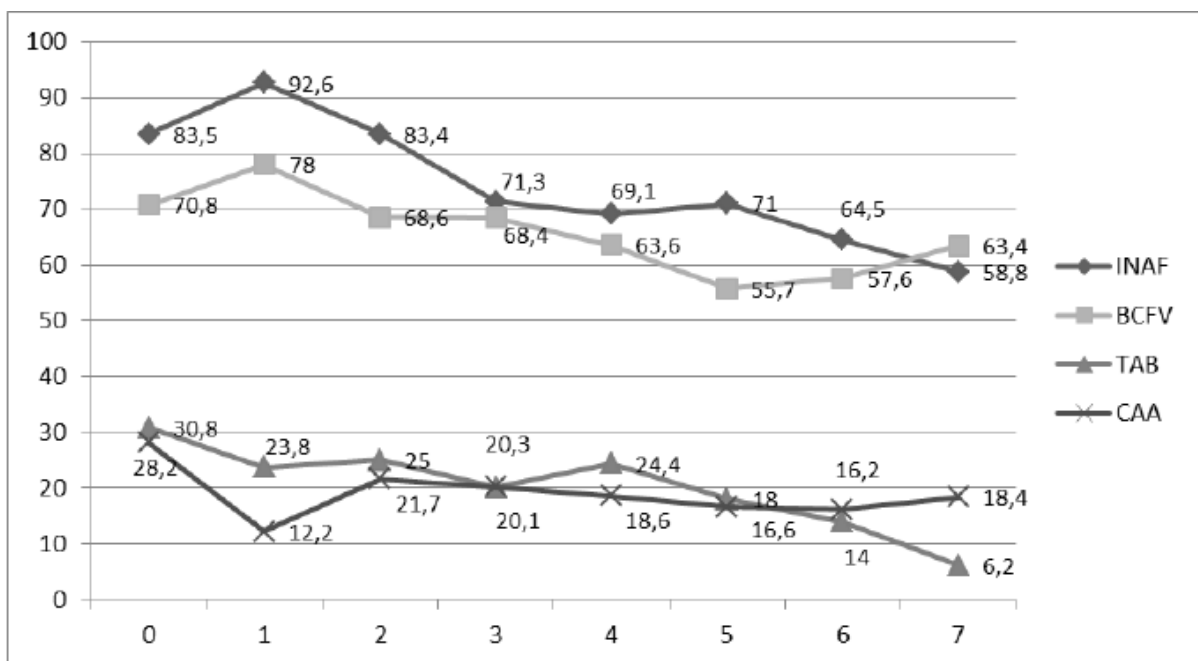


*p<0,001

Analisando-se a prevalência de comportamentos relacionados à saúde segundo escore

re contínuo de capital social (ou seja, de zero a sete pontos), observou-se relação mais ou menos linear, sendo que quanto maior o escore, menor a prevalência de inatividade física no lazer e de tabagismo. Por outro lado, o consumo de álcool não apresentou grandes variações conforme escore de capital social. No baixo consumo de frutas e verduras, a prevalência oscilou de maneira não linear, sendo superior entre os que acumulavam seis ou sete pontos no escore de capital social do que os sujeitos com escore igual a cinco (Figura 2).

Figura 2 – Prevalência dos comportamentos relacionados à saúde, segundo pontuação de capital social (0 pontos = mais baixo capital social; 7 pontos = mais alto capital social). Prevalência ajustada para todas as variáveis de confundimento.



INAF= Inatividade Física no Lazer; BCFV=Baixo consumo de frutas e/ou verduras; CAA=Consumo abusivo de álcool; TAB=Tabagismo.

6.3 – ASSOCIAÇÃO ENTRE INDICADORES DE CAPITAL SOCIAL E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE

A prevalência total de autopercepção negativa de saúde foi de 42,3%. Mulheres, sujeitos com idade entre 50 e 59 anos, obesos, que possuíam algum tipo de dificuldade de deslocamento, que haviam consultado médico nos

últimos 12 meses, que não praticavam nenhuma atividade física no lazer e que tinham baixo consumo de frutas e verduras apresentaram maior chance de autopercepção negativa (tanto na análise bruta, quanto na ajustada). O nível econômico, que havia apresentado associação na análise bruta, perdeu significância após o ajuste para as demais variáveis. O tabagismo e o consumo abusivo de álcool não estiveram associados à autopercepção de saúde (Tabela 8).

Em relação ao capital social, observou-se, na análise bruta, que todos os indicadores estiveram associados com a autopercepção de saúde, exceto a confiança nas pessoas do bairro, sendo que os grupos com piores indicadores tiveram maior chance de perceberem sua saúde de maneira negativa (Tabela 9, análise bruta).

Quando incluídas no modelo as variáveis demográficas e clínicas (modelo 1) se reduziu a magnitude da associação entre os indicadores de capital social e a autopercepção de saúde, sendo que a variável dinheiro emprestado perdeu significância.

Nos modelos 2, 3, 4 e 5, foram incluídas, respectivamente, a inatividade física no lazer, o baixo consumo de frutas e verduras, o tabagismo e o consumo abusivo de álcool. Em todos os modelos, a participação comunitária e o escore de capital social permaneceram significativos. No caso do modelo que incluiu o tabaco (modelo 4), ainda permaneceu com significância estatística o número de amigos. No modelo que incluiu o consumo abusivo de álcool (modelo 5) permaneceram ainda associados à autopercepção de saúde o número de amigos a frequência de ajuda e a segurança no bairro.

Tabela 8 – Razão de Odds – OR (95% intervalo de confiança) para a relação entre autopercepção negativa de saúde (regular/ruim/muito ruim) e indicadores demográficos, clínicos e comportamentais (n=1081).

	% Auto percepção negativa de saúde	OR Bruto OR (IC 95%)	OR Ajustado OR (IC 95%)
Total	42,3	-	-
Sexo			
Feminino	48,5	1,0	1,0
Masculino	34,8	0,57 (0,44-0,73)	0,60 (0,45-0,79)
Faixa Etária			
40 a 49 anos	34,4	1,0	1,0
50 a 59 anos	49,6	1,87 (1,41-2,50)	1,77 (1,30-2,41)
60 anos ou mais	45,5	1,60 (1,18-2,16)	1,48 (1,06-2,09)
p de tendência linear		0,001	0,011
Nível econômico			
AB (mais alto)	34,9	1,0	1,0
CDE	46,0	1,59 (1,22-2,06)	1,29 (0,97-1,70)
DE (mais baixo)	50,5	1,90 (1,22-2,96)	1,26 (0,77-2,05)
p de tendência linear		<0,001	0,141
Índice de massa corporal			
Normal (<25 kg/m ²)	37,7	1,0	1,0
Sobrepeso(25-29,9 kg/m ²)	38,0	1,01 (0,75-1,36)	1,00 (0,73-1,37)
Obesidade (≥30 kg/m ²)	52,1	1,80 (1,32-2,45)	1,52 (1,09-2,12)
p de tendência linear		<0,001	0,011
Dificuldade de deslocamento			
Não possui	40,6	1,0	1,0
Possui	68,3	3,15 (1,80-5,51)	1,94 (1,08-3,48)
Consulta Médica nos últimos 12 meses			
Sim	45,7	1,0	1,0
Não	24,7	0,39 (0,27-0,56)	0,44 (0,30-0,64)
Prática de Atividade Física no Lazer			
Sim	31,6	1,0	1,0
Não	46,4	1,88 (1,42-2,48)	1,78 (1,32-2,39)
Consumo de frutas e verduras			
≥ 5 Dias por semana	37,3	1,0	1,0
< 5 Dias por semana	45,0	1,37 (1,06-1,77)	1,54 (1,16-2,05)
Tabagismo			
Não	41,6	1,0	1,0
Sim	44,6	1,13 (0,84-1,53)	1,19 (0,85-1,66)
Consumo abusivo de álcool			
Não	43,6	1,0	1,0
Sim	36,0	0,73 (0,53-1,01)	0,97 (0,67-1,39)

IC: Intervalo de confiança; *ajustado por todas as variáveis independentes que aparecem na tabela.

Quanto à redução da magnitude da associação entre o modelo 1 e os modelos que incluíam os comportamentos isolados, observou-se que a atividade física (modelo 2) e o consumo de frutas e verduras (modelo 3), nesta ordem,

diminuíram mais a associação do que o tabagismo (modelo 4) e o consumo abusivo de álcool (modelo 5), que praticamente em nada alteraram os valores de OR observados no modelo 1.

Finalmente ao ajustar simultaneamente para todas as variáveis comportamentais (modelo 6), houve diminuição na força da associação e se perdeu a significância estatística em todos os casos, exceto para o escore de capital social. Porém, em todas as variáveis, exceto para confiança nas pessoas do bairro, os valores de OR observados foram maiores do que 1,0, e em alguns casos com valores mínimos de intervalo de confiança bem próximos a 1,0.

Neste último modelo observou-se interação significativa do escore de capital social com o Índice de Massa Corporal ($p=0,061$), constatando-se que a relação entre o capital social e percepção de saúde diferiu bastante, conforme Índice de Massa Corporal. Nos sujeitos com peso normal, os com capital social intermediário percebiam de maneira mais positiva a sua saúde do que os com mais alto capital social. Por outro lado, entre pessoas com excesso de peso e obesidade a relação entre capital social e autopercepção de saúde era linear, sendo melhor a autopercepção quanto maior fosse o escore de capital social. Nas demais variáveis, não se observou nenhuma interação significativa ($p>0,10$ em todos os casos).

Tabela 9 – Razão de odds (95% intervalo de confiança) para a associação entre indicadores de capital social e autopercepção negativa de saúde, conforme diferentes modelos (n=1081).

	Bruto OR (IC95%)	Modelo 1 OR (IC95%)	Modelo 2 OR (IC95%)	Modelo 3 OR (IC95%)	Modelo 4 OR (IC95%)	Modelo 5 OR (IC95%)	Modelo 6 OR (IC95%)
Numero de amigos							
Quatro ou mais	1,0	1,0	1,00	1,0	1,0	1,0	1,0
Um a três	1,51 (1,17-1,96)	1,35 (1,03-1,78)	1,31 (1,00-1,74)	1,31 (0,99-1,74)	1,34 (1,02-1,77)	1,35 (1,03-1,79)	1,28 (0,97-1,69)
Nenhum	1,63 (1,11-2,41)	1,52 (1,01-2,28)	1,43 (0,95-2,16)	1,49 (0,99-2,24)	1,50 (1,00-2,25)	1,52 (1,01-2,28)	1,40 (0,93-2,11)
p de tendência linear	0,001*	0,012*	0,029*	0,021*	0,016*	0,012*	0,047*
Dinheiro emprestado							
Uma ou mais	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Nenhuma	1,32 (1,01-1,73)*	1,17 (0,88-1,56)	1,13 (0,85-1,51)	1,14 (0,86-1,52)	1,16 (0,87-1,54)	1,17 (0,88-1,56)	1,10 (0,83-1,47)
Confiança nas pessoas							
Positiva	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Negativa	1,11 (0,87-1,42)	1,04 (0,81-1,35)	1,00 (0,77-1,29)	1,01 (0,78-1,32)	1,04 (0,80-1,34)	1,04 (0,81-1,35)	0,97 (0,75-1,26)
Frequência de ajuda							
Sempre/quase sempre	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Algumas vezes/raramente/nunca	1,29 (1,01-1,64)*	1,30 (1,01-1,68)*	1,24 (0,96-1,60)	1,28 (0,99-1,65)	1,28 (0,99-1,65)	1,30 (1,01-1,68)	1,21 (0,94-1,57)
Segurança no bairro							
Pacífico	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Violento/Médio	1,53 (1,18-1,97)*	1,33 (1,01-1,74)*	1,27 (0,97-1,68)	1,30 (0,99-1,71)	1,32 (1,00-1,73)	1,33 (1,01-1,74)*	1,25 (0,94-1,65)
Participação comunitária							
Participou	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Não participou	1,42 (1,11-1,80)*	1,39 (1,07-1,80)*	1,31 (1,01-1,70)*	1,34 (1,03-1,74)*	1,38 (1,06-1,79)*	1,39 (1,07-1,80)*	1,26 (0,97-1,65)
Escore de capital social							
Alto	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Intermediário	1,33 (0,97-1,83)	1,20 (0,86-1,68)	1,15 (0,82-1,62)	1,19 (0,85-1,67)	1,18 (0,84-1,65)	1,20 (0,86-1,68)	1,13 (0,81-1,59)
Baixo	2,01 (1,44-2,80)	1,77 (1,24-2,52)	1,61 (1,12-2,31)	1,68 (1,17-2,40)	1,73 (1,21-2,48)	1,76 (1,24-2,52)	1,52 (1,06-2,20)
p de tendência linear	<0,001*	<0,001*	0,004*	0,002*	<0,001*	<0,001*	0,012*

<0,05; Modelo 1 - Ajustado pelas variáveis demográficas e clínicas (sexo, faixa etária, nível econômico, Índice de Massa Corporal, dificuldade de deslocamento e consulta médica nos últimos 12 meses); Modelo 2 - Ajustados pelas variáveis demográficas e clínicas + inatividade física no lazer; Modelo 3 - Ajustados pelas variáveis demográficas e clínicas + baixo consumo de frutas e verduras; Modelo 4 - Ajustados pelas variáveis demográficas e clínicas + tabagismo; Modelo 5 - Ajustados pelas variáveis demográficas e clínicas + consumo abusivo de álcool; Modelo 6 - Ajustados pelas variáveis demográficas e clínicas + tabagismo, consumo abusivo de álcool, baixo consumo de frutas e verduras e inatividade física no lazer.

7 DISCUSSÃO

O principal objetivo deste trabalho foi verificar a relação entre indicadores do capital social e comportamentos relacionados à saúde em uma amostra representativa de moradores com 40 anos ou mais do município de Cambé, PR. Em síntese, níveis baixos de capital social estiveram associados com uma maior chance de inatividade física no lazer, baixo consumo de frutas e verduras e tabagismo. Quanto maior o capital social menor a média de comportamentos negativos relacionados à saúde. Por sua vez, o consumo abusivo de álcool apresentou resultados contraditórios, havendo associação significativa deste comportamento com apenas um indicador de capital social (no caso a frequência com que as pessoas no bairro se ajudam).

Apesar de não haver consenso na literatura sobre a melhor forma de se avaliar o capital social, buscou-se usar critérios semelhantes aos de outras investigações (LINDSTROM; HANSON; OSTERGREN, 2001; MUMMERY et al., 2008; SAPAG et al., 2010; UESHIMA et al., 2010; HURTADO; KAWACHI; SUDARSKY, 2011; LINDSTROM, 2011; MOHNEN et al., 2012). Também foi calculado um escore de capital social, a partir dos indicadores individuais investigados, estratégia esta não muito usual, mas que já foi utilizada em outros trabalhos (JOHNSON; SHARKEY; DEAN, 2010; VIAL et al., 2010). A vantagem desta estratégia está relacionada ao fato de ser um indicador síntese dos demais, porém a atribuição dos pontos é arbitrária e por isso não deve ser encarado como uma medida perfeita do constructo capital social, mas sim uma medida que busca sintetizar diferentes informações sobre este constructo.

Para a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (BRASIL, 2008a), existem poucos estudos conduzidos na população brasileira que relacionam redes sociais e comunitárias com agravos à saúde, e que um dos possíveis motivos seja a dificuldade metodológica para abordar estes aspectos.

Mesmo considerando estas limitações, foi observado que escores mais baixos estiveram associados a maior chance de inatividade física, baixo consumo de frutas e verduras e tabagismo, além de a média de comportamentos negativos ser menor à medida que aumenta o escore de capital social dos sujeitos. Além disso, a relação dose-resposta é um dos critérios de causalidade e que a

magnitude da associação entre o escore de capital social e os comportamentos investigados foi em geral superior à de qualquer indicador isolado de capital social, Assim, há de se considerar a possibilidade da existência de um efeito sinérgico entre estes, e neste sentido o uso de escore foi positivo para demonstrar isto.

Entre os pontos positivos deste estudo está a elevada taxa de resposta e o fato de ter sido realizado com uma amostra representativa de uma cidade de um país em desenvolvimento da América Latina, onde existem poucos estudos sobre a relação do capital social com o estilo de vida (PATTUSSI et al., 2006; KRIPPER; SAPAG, 2009). Há de se destacar ainda a utilização de diferentes indicadores de capital social que buscaram englobar importantes dimensões do constructo e o fato de o estudo não ter se limitado a um único comportamento.

Entre as limitações do estudo está o corte transversal, que não permite estabelecer relações causais entre o capital social e os aspectos comportamentais. Alguns destes aspectos, como a prática de atividade física, também podem resultar em um maior capital social. Estudo dinamarquês utilizou a prática esportiva para desenvolver o capital social em uma comunidade e observou um maior impacto do esporte coletivo (no caso o futebol) do que do esporte individual (no caso a corrida) (OTTESEN; JEPPESEN; KRUSTRUP, 2010). De qualquer modo, o fato de o desenvolvimento do capital social poder potencialmente contribuir para que comportamentos mais saudáveis sejam adotados, e vice-versa, se configura como algo positivo para as intervenções nesta área.

Além disso, não se pode ignorar a possibilidade de viés residual, ou seja, o efeito das variáveis não avaliadas nas variáveis dependentes do estudo.

A seguir, para melhor organização da discussão optou-se pela divisão em quatro tópicos, especificamente: capital social; comportamentos relacionados à saúde; associação entre capital social e comportamentos relacionados à saúde; associação entre capital social e autopercepção de saúde.

7.1 CAPITAL SOCIAL

Foi observada que mais da metade dos sujeitos não tinham participado de nenhuma atividade comunitária/cívica nos últimos 12 meses, mesmo tendo sido utilizado um critério bastante amplo de participação. Segundo D'Araujo

(2003), a participação cívica pode envolver uma grande gama de atividades: atuação, voluntária ou não, em vários tipos de associações comunitárias, clubes de esporte, lazer e arte, partidos políticos, sindicatos, cooperativas, entre outros. Estas participações tendem a aumentar as possibilidades de cooperação horizontal entre os membros, já que o grau de pertencimento pode promover regras de reciprocidade, redimensionando a confiança e possibilitando colaborações entre os participantes. A mesma autora argumenta que, em geral, nas sociedades com forte presença do Estado nas áreas econômicas e sociais, caso, por exemplo, dos países escandinavos, há maior confiança dos cidadãos para com o Estado, que não é visto como suspeito ou como inimigo, como acontece em muitos países onde não existe esta mesma participação do Estado, que acaba sendo visto com certa desconfiança pelos cidadãos.

Do mesmo modo, muitas vezes ocorre a situação inversa: o Estado interpreta a sociedade como inimiga, ao invés de buscar meios para ações baseadas na confiança recíproca, situação esta que muitas vezes resulta em investimentos que não correspondem adequadamente às necessidades da população (BAQUERO, 2010).

Com uma perspectiva histórica, Hobsbawn (2010) em entrevista concedida a Antonio Polito, no final do século XX, afirma que nunca na história da humanidade foi tão difícil mobilizar as pessoas. Parte desta desmobilização se deve, segundo o autor, à crença do pensamento neoliberal que foi hegemônico no mundo nos anos 1980 e 1990.

No caso brasileiro, possivelmente por diferentes motivos, entre os quais está o fato de ser o Brasil uma democracia relativamente nova, a falta de confiança da população com o Estado é grande (BAQUERO, 2010). Soares (2012) menciona que a construção da democracia brasileira se deu a partir de bases patriarcais e conservadoras, o que acabou por comprometer inclusive a prática dos movimentos sociais e o bom funcionamento da democracia.

Aparte do baixo histórico de participação democrática da população brasileira e da baixa participação observada neste estudo, para Putnam (1998) é possível modificar hábitos e dinâmicas sociais de maneira a produzir capital social. Porém, pondera o autor, esta é uma tarefa que envolve mudanças de valores e cultura, e pode levar décadas para ser percebida. D'Araujo (2003) menciona que

esta mudança pode ser facilitada por políticas públicas que enfatizem a participação da comunidade e busquem a organização da mesma. Ademais, para Hobsbawn (2010) a democracia só existe na medida em que é possível organizar os indivíduos e fazer com que atuem coletivamente.

Em função de suas características e história, o SUS pode exercer um papel importante no fortalecimento da democracia brasileira (BASTOS; SANTOS; FERREIRA, 2009), inclusive para que o princípio do controle social, entendido como a participação da comunidade no processo decisório e de fiscalização, seja efetivado. Segundo Bahia et al. (2007) o chamado Movimento da Reforma Sanitária uniu diferentes movimentos sociais ao redor de alguns objetivos comuns, entre os quais as diretrizes do SUS, aí incluídas a questão da universalidade do sistema. Assim, não se pode ignorar que o SUS é também fruto de uma organização coletiva importante e pode também ser relevante no sentido de desenvolver o capital social entre a população brasileira.

Ademais, uma das críticas mais contundentes sobre o capital social é que este substituiria o Estado (na falta de um estado forte e capaz de cumprir metas sociais, esta função caberia à sociedade civil, que seria capaz de corrigir as distorções do mercado sem necessitar de uma presença tão ativa do Estado). Por outro lado, D'Araujo (2003) deixa claro que o Estado precisa ter um papel importante no desenvolvimento do capital social, inclusive para que possa cumprir seu papel com maior eficiência. Além disso, o capital social pode refletir a necessidade de uma parceria mais intensa entre governo e comunidade, sem evidentemente negar as funções do Estado. Assim, fica clara a necessidade de confluência de vários setores, como governo, organizações formais e informais e mercado, o que não significa que a sociedade civil deva assumir as responsabilidades que cabem ao Estado.

Um modelo com maior participação da população no processo decisório estaria relacionado com uma concepção de democracia deliberativa que, segundo Pereira (2012), surge como uma inovação dentro da teoria democrática, pelo menos se comparada à noção de democracia representativa. Por outro lado, o mesmo autor chama a atenção para alguns problemas da democracia deliberativa, entre os quais a excessiva ênfase no consenso, o que secundariza a controvérsia e ignora que o conflito representa um elemento constitutivo do debate público e é também um meio de construção do interesse público.

De qualquer modo, mesmo ponderando eventuais críticas ao modelo de democracia deliberativa e considerando diversos modelos possíveis de democracia, o fato de a maior parte dos sujeitos não ter participado de nenhuma das atividades cívicas ou comunitárias investigadas, realidade que parece não ser uma exclusividade do município em questão, mas sim uma característica quase geral da democracia brasileira, em atividades cívicas e/ou comunitárias, faz-se necessário que políticas públicas sejam pensadas para aumentar esta participação, tentando modificar esta cultura de não participação.

Além disso, não se pode desconsiderar que nos últimos anos tem se fortalecido outras formas de capital social. A própria ideia de comunidade em alguma medida é afetada pelas novas possibilidades de comunicação, expandindo os limites geográficos. Em muitos casos, as pessoas podem estar em contato com outras através das redes virtuais, que podem também ter um papel importante enquanto redes de apoio (GROOTAERT et al., 2003).

7.2 COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE

Dos comportamentos que foram avaliados no presente trabalho, o indicador de inatividade física utilizado foi o comportamento com maior prevalência, o que é condizente com estudos anteriores (TASSITANO et al., 2010; BRASIL, 2011; MUNIZ et al., 2012).

Quanto à relação dos comportamentos com as variáveis demográficas e clínicas, observaram-se alguns resultados semelhantes com a literatura, caso da maior chance de inatividade física no lazer entre aqueles com menor nível econômico, que referiram algum tipo de dificuldade de deslocamento e com pior autopercepção de saúde (HALLAL et al., 2003; FLORINDO et al., 2009; REIS et al., 2009; BAUMAN et al., 2012; DEL DUCA et al., 2013). A chance de inatividade física foi superior entre os sujeitos de menor faixa etária investigada (40 a 49 anos), o que também difere de parte da literatura, que aponta tendência de decréscimo de atividade física com o aumento da idade. Por outro lado, é possível que as ações de promoção da atividade física implantadas nos últimos anos, incluindo o oferecimento de programas de atividade física por parte das Unidades Básicas de Saúde, especialmente a partir dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família,

tenham auxiliado que em alguns contextos houvesse modificação desta tendência. Em Londrina, cidade vizinha ao município investigado, estudo anterior apontou que a maior parte dos participantes dos programas de atividade física eram mulheres, pessoas com mais de 60 anos, que já possuíam algum tipo de doença e que vivem próximo aos locais onde são ofertadas as atividades (LOCH; RODRIGUES; TEIXEIRA, no prelo). Esse fato pode ajudar a explicar parcialmente a ausência de diferenças na prevalência de inatividade física entre homens e mulheres, já que parece que nos grupos de atividade física oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde a adesão de mulheres é superior.

Em relação ao baixo consumo de frutas e verduras, observou-se maior consumo entre as mulheres e entre sujeitos com maior idade, o que é condizente com as investigações de Mondini et al. (2010), que realizaram estudo de base domiciliar com moradores com mais de 30 anos em Ribeirão Preto, São Paulo e de Jaime et al. (2009), que usaram dados do Vigitel das capitais brasileiras, com adultos de 18 anos ou mais. Os achados deste estudo concordam ainda com Mordini et al. (2010) em relação aos mais pobres terem menor consumo e da não associação com o IMC. Sobre a relação com a autopercepção de saúde, observou-se que aqueles que avaliam de maneira regular, ruim ou muito ruim a sua saúde tinham menor consumo de frutas e/ou verduras que aqueles que percebiam sua saúde como muito boa ou boa. Já outro estudo, que também a partir dos dados do Vigitel, mas somente os de Rio Branco, Acre, não encontrou associação entre a autopercepção de saúde e hábitos alimentares saudáveis (BEZERRA et al., 2011).

Quanto ao tabagismo, a prevalência geral encontrada no presente estudo foi de 19,6%, sendo inferior à encontrada em investigação realizada em Lages, Santa Catarina (onde a foi de 30,1%), com sujeitos com idade entre 20 e 59 anos (KUHNNEN et al., 2009). No estudo citado, o tabagismo foi superior entre os sujeitos com menor renda, mas não com o sexo e a autopercepção de saúde. No presente estudo, o tabagismo foi, diferentemente do estudo catarinense, superior entre os homens e os com menor nível econômico. Vale mencionar que o estudo de Lages, diferentemente deste estudo, utilizou a renda familiar como critério. Quanto à não associação entre tabagismo e autopercepção de saúde, nossos achados são condizentes com Kuhnen et al. (2009), mas divergentes de Reichert et al. (2012), que observaram que fumantes (20 a 59 anos) de Pelotas, Rio Grande do Sul,

apresentavam pior autopercepção de saúde do que pessoas que não fumavam. Comparando a prevalência encontrada do presente estudo com a de Curitiba, Paraná, observam-se valores muito próximos (20,2% no estudo com moradores da capital paranaense) (BRASIL, 2011). É possível que parte das diferenças encontradas se deva à faixa etária, já que todos os estudos citados investigaram adultos a partir de faixas etárias mais novas que as deste trabalho.

Comparando-se a prevalência de consumo abusivo de álcool com a de Curitiba (Vigitel), observa-se maior prevalência em Cambé (18,2% contra 14,3%) (BRASIL, 2011). A maior prevalência entre os homens e entre os mais jovens é condizente com os achados de Laranjeira *et al.* (2010). Porém, no estudo citado foi também encontrada associação com o nível econômico, o que não foi observado neste trabalho.

A faixa etária foi a única variável independente a se associar com todos os comportamentos investigados. Em todos os casos, os sujeitos com 60 anos ou mais apresentaram menor prevalência. É possível que o estilo de vida das pessoas inseridas formalmente no mercado de trabalho, que estão concentradas nas faixas etárias mais baixas, dificulte a adoção de alguns comportamentos considerados saudáveis. Outra possibilidade é que, em função da menor expectativa de vida, pessoas com maior idade com comportamentos de risco são mais “raros”, já que muitos acabam por falecer antes de chegarem às idades mais avançadas. Também é possível que sujeitos com maior idade tenham modificado seu comportamento, muitas vezes como parte do tratamento de alguma doença.

De qualquer modo, em função do delineamento transversal do estudo, não é possível saber se os sujeitos com maior faixa etária modificaram o seu comportamento ou se quando eram mais jovens apresentavam os mesmo comportamentos relacionados à saúde referidos no momento da coleta de dados. Uma informação que pode auxiliar a compreensão deste resultado se refere aos ex-fumantes (dados não apresentados). Considerando apenas os fumantes atuais ou que fumaram no passado, observa-se que a proporção de ex-fumantes aumenta conforme a idade (49,5% entre aqueles com 40 a 49 anos; 61,6% entre os com 50 a 59 anos; e 68,4% entre os com 60 anos ou mais), o que reforça a primeira hipótese. Assim, é possível que muitos dos sujeitos com maior idade tenham comportamentos mais saudáveis atualmente do que no passado, o que pode ter relação com a

causalidade reversa (sujeitos adotam comportamentos mais saudáveis como parte do tratamento de alguma doença/condição). Ainda sobre a causalidade reversa, é possível que este fenômeno ajude a explicar o fato de pessoas com excesso de peso terem apresentado menor prevalência de tabagismo e consumo abusivo de álcool.

Todavia, estas considerações (mudança comportamental com o aumento da idade e influência do trabalho sobre o estilo de vida) necessitam de investigações específicas para um maior esclarecimento.

7.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE CAPITAL SOCIAL E COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE

Entre os indicadores isolados de capital social, a frequência com que as pessoas no bairro se ajudam e a participação comunitária foram os que se mostraram com maior associação com os comportamentos. Por outro lado, ter pelo menos uma pessoa que emprestaria dinheiro em caso de necessidade não se mostrou associado a nenhum comportamento relacionado à saúde investigado. Isto é relevante porque a relação entre os indicadores de capital social e o estilo de vida pode apresentar singularidades dependendo do contexto. Por exemplo, enquanto no Japão (UESHIMA et al., 2010), o capital social cognitivo (percepções ou expectativas do comportamento social e do senso de comunidade) apresentou associação mais forte com a atividade física, nos Estados Unidos (GREINER et al., 2004) a maior relação foi observada com o capital social estrutural (participação cívica e política). No presente estudo ambos os aspectos se associaram de forma semelhante com a inatividade física, porém diferentes em relação aos demais comportamentos. Enquanto a frequência de ajuda entre as pessoas do bairro também se associou ao tabagismo e ao consumo abusivo de álcool, a participação comunitária se associou ao baixo consumo de frutas e verduras.

Dos comportamentos investigados, a inatividade física no lazer foi o que apresentou maior relação com o capital social. No caso do número de amigos, observou-se elevada diferença na prevalência de inatividade física entre os que tinham quatro ou mais amigos e as pessoas que referiram não possuir nenhum amigo, o que é condizente com a literatura, já que a falta ou o menor apoio social tem sido apontado como uma importante barreira para a atividade física no lazer

(REICHERT et al., 2007; SILVA; AZEVEDO; GONÇALVES, no prelo).

Em relação à segurança percebida no bairro, que tem sido apontada como um fator importante para a prática de atividade física (BENNETT et al., 2007; TUCKER-SEELEY et al., 2009; CORNELI, 2010; OYEYEMI et al., 2012; WEBER CORSEUIL et al., 2012), vale ressaltar que no Brasil predominou, principalmente na segunda metade do século XX, uma lógica de desenvolvimento social que gerou grandes desigualdades de renda e de poder, somado à inexistência ou ineficiência do Estado o que influenciou inclusive o aumento do crime organizado (ZALUAR, 2007) e a elevada incidência de mortes por causas violentas (REICHENHEIM et al., 2011). Ademais, a violência tende a produzir efeitos desorganizadores, influenciando negativamente o capital social, por gerar um clima de conflito social e uma cultura do medo que tendem a diminuir a eficácia normativa necessária às práticas e às relações de solidariedade (MATOS, 2009). Assim, há de se considerar que a violência pode diminuir o capital social, assim como o capital social pode diminuir os níveis de violência. Estudo realizado na Rússia observou que famílias que tinham um melhor relacionamento com parentes, amigos ou conhecidos em geral, apresentavam menor quantidade de episódios de violência doméstica (STICKLEY; PRIDEMORE, 2010).

O consumo de frutas e verduras esteve associado à participação comunitária e ao escore de capital social. Em ambos os casos aqueles com piores indicadores de capital social apresentaram maior chance de baixo consumo. É possível que estes achados estejam relacionados à existência de 20 hortas comunitárias no município investigado, que consistem em espaços públicos administrados pelos próprios moradores e que tem como objetivo facilitar o plantio e acesso a produtos naturais, especialmente verduras, além de incentivar a participação comunitária e a confiança interpessoal. Pesquisas futuras precisam ser realizadas para melhor conhecimento do impacto deste tipo de iniciativa sobre o capital social e consumo alimentar. Os resultados encontrados são semelhantes aos de um estudo realizado no Texas, Estados Unidos, com moradores da área rural, que também fez uso de um escore de capital social. A partir de diferentes indicadores, observou que sujeitos no quartil mais baixo de capital social consumiam menor quantidade de frutas e verduras (JOHNSON; SHARKEY; DEAN, 2010).

Em relação ao tabagismo, a frequência com que as pessoas no

bairro se ajudam e o escore de capital social se mostraram associados. Estudo realizado no Chile observou relação inversa entre a confiança nos vizinhos e a prevalência de tabagismo, mas não encontrou associação do tabagismo com a confiança nas organizações, a reciprocidade com os vizinhos, na integração com os vizinhos e com a participação social (SAPAG et al., 2010). Investigação com mulheres casadas libanesas apontou que aquelas que mencionaram menor confiança e satisfação com amigos ou parentes próximos apresentavam maior prevalência de tabagismo (AFIFI; NAKKASH; KHAWAJA, 2010). Estudo sueco apontou que sujeitos com maior nível de confiança no sistema de saúde fumavam menos (LINDSTROM; JANZON, 2007). Outro estudo realizado na Suécia apontou não haver nenhuma variação significativa no uso diário de tabaco conforme os indicadores de capital social após o controle pelas variáveis demográficas (LINDSTROM et al., 2003), resultado este diferente do encontrado neste estudo.

Verificou-se ainda que a média no escore de capital social foi superior entre os que nunca foram tabagistas e ex-tabagistas em relação aos fumantes atuais, indicando que o capital social pode ser um aspecto positivo não apenas para a não adoção deste comportamento, mas também para o abandono deste. Uma vez que os dados referentes ao capital social podem não ser os mesmos do momento em que os sujeitos deixaram de fumar, há de se ter cautela com esta afirmação. Estudo com trabalhadores finlandeses apontou que fumantes que tinham maior capital social apresentaram maior chance de abandono do cigarro (KOUVONEN et al., 2008).

No caso do consumo abusivo de álcool, apenas a frequência com que as pessoas no bairro se ajudam esteve associada, sendo maior a chance de consumo abusivo entre os que percebiam como menor a frequência de ajuda. Por outro lado, mesmo sem ser significativo, é relevante apontar que os valores de OR para consumo abusivo de álcool foram inferiores a 1,0 nos sujeitos com mais baixo capital social. Além disso, a interação observada com o escore de capital social também precisa ser destacada, uma vez que os achados deste estudo indicam que a relação entre o capital social e o consumo abusivo de álcool se atenua com o aumento da idade, o que reforça a necessidade de outros estudos para a melhor compreensão desta relação.

Comparando-se os resultados do estudo com a literatura existente

sobre o tema, é possível observar que de fato a relação entre capital social e consumo de álcool parece mesmo ser menos positiva do que em relação aos outros comportamentos, na qual na maioria das vezes ou a associação inexistente ou é positiva. Em um estudo sueco foi observada associação entre a baixa confiança nas instituições e o consumo abusivo de álcool (AHNQUIST; LINDSTROM; WAMALA, 2008), enquanto que outro trabalho, realizado no mesmo país, observou que a maior participação social, principalmente quando combinada à baixa confiança nas instituições, estava associada ao elevado consumo de álcool entre homens (LINDSTROM, 2005). Em Taiwan, a maior participação social foi associada ao maior consumo de álcool em ambos os sexos (CHUANG; CHUANG, 2008). Em Los Angeles, Estados Unidos, os bairros onde a venda per capita de álcool era maior, o nível de confiança interpessoal era menor, e que esta relação era possivelmente explicada pela menor percepção de segurança existente nestes bairros (THEALL et al., 2009).

Considerando estas informações, faz-se necessário destacar o papel cultural dos comportamentos. Estas considerações são importantes, inclusive para destacar que a saúde não é o único motivo que faz com que as pessoas adotem ou não determinados comportamentos. Existem múltiplos determinantes, entre os quais possivelmente se encontra a satisfação obtida ou não com a adoção de cada comportamento. Além disso, é necessário considerar que o significado atribuído a cada comportamento não é um fato natural. Um bom exemplo, como mencionado anteriormente, aconteceu no Brasil com as políticas de combate ao tabagismo, que tiveram como um de seus focos a mudança do significado do ato de fumar, antes associado a sentimentos como liberdade e até mesmo saúde, o que não corresponde ao imaginário atual de boa parte da população brasileira e de outros países onde estas ações foram colocadas em prática nas últimas décadas (YACH et al., 2005; ALMEIDA et al., 2012; LEVY; DE ALMEIDA; SZKLO, 2012).

No caso do álcool, parece evidente que grandes quantidades de álcool são normalmente consumidas em grupos. Neste sentido, a necessidade de um maior controle sobre a publicidade de bebidas alcoólicas, que influencia no consumo e no julgamento de valor que as pessoas possuem sobre o comportamento, tem sido apontada como uma importante prioridade de saúde pública, uma vez que as propagandas normalmente associam o consumo de álcool

às festas, integração social, sexualidade, alegria etc.. É possível que em alguns casos, especialmente entre os mais jovens, para quem é dirigida a maior parte das propagandas deste produto, o ato de beber – muitas vezes de maneira abusiva – seja um fato importante para aceitação em determinados grupos (VENDRAME et al., 2009; MART, 2011; MEIER, 2011; VENDRAME; PINSKY, 2011; BRYDEN et al., 2012).

Muitos estudos realizam análises de cada comportamento isoladamente, entretanto, mais recentemente tem sido sugerida a análise agregada destes comportamentos (TASSITANO et al., 2010; DEL DUCA et al., 2012; DUMITH et al., 2012; LI et al., 2012; SILVA et al., 2013) inclusive em função do entendimento que o estilo de vida não se limita a um único comportamento, mas sim ao conjunto destes, inclusive porque a presença de um determinado comportamento pode influenciar a presença de outros. Além disso, há de se considerar que diversos fatores exercem influência sobre várias doenças crônicas, e que as mudanças para um estilo de vida saudável são normalmente indicadas como parte da prevenção e do tratamento (BEAGLEHOLE et al., 2011; SACCO et al., 2011). Outra justificativa para o estudo agregado de comportamentos de risco é que o efeito negativo que é causado pela exposição simultânea tende a ser maior do que o efeito de cada comportamento isolado (OMS, 2010).

No presente trabalho, a relação entre os indicadores de capital social e a prevalência de comportamentos simultâneos relacionados à saúde ficou clara, o que reforça a ideia de que o capital social, mais do que estar relacionado à único comportamento, pode influenciar o estilo de vida de uma maneira mais geral, mesmo considerando que as evidências deste estudo sugiram uma cautela maior quanto à relação entre capital social e consumo abusivo de álcool. Além disso, não se pode ignorar que o estilo de vida é influenciado por muitas variáveis e certamente o capital social é insuficiente para explicar totalmente a questão do estilo de vida. Isso fica evidente se for considerado que, mesmo que sujeitos com maior capital social tivessem uma menor probabilidade de terem comportamentos negativos relacionados à saúde, ainda assim a prevalência neste grupo, de maior capital social, não é desprezível. Por exemplo, entre os sujeitos com maior escore de capital social, somente 13,8% não apresentaram nenhum comportamento negativo (contra 7,3% daqueles com menor escore de capital social). Estes dados reforçam que o

capital social deve ser considerado no contexto das políticas de promoção de comportamentos saudáveis, mas evitando-se assumir uma abordagem simplista, inclusive em função dos possíveis aspectos negativos do capital social, já destacados no capítulo que abordou as bases teóricas e conceituais deste trabalho.

Além disso, no contexto das teorias e modelos que tentam explicar melhor o comportamento humano, que partem do princípio que existem muitos níveis de influência, seria incorreto imaginar que um único aspecto explicaria toda a questão dos determinantes do comportamento humano. Uma última ponderação diz respeito aos próprios mecanismos pelos quais o capital social pode influenciar positivamente na adoção de comportamentos considerados saudáveis. Já foi mencionado anteriormente que estes mecanismos ainda não estão plenamente esclarecidos, apesar de haver algumas hipóteses, como o fato de o capital social possivelmente promover uma mais rápida difusão do conhecimento sobre a importância dos comportamentos considerados positivos e dos efeitos maléficos para a saúde de outros comportamentos, aumentaria a chance de os comportamentos serem adotados como norma pela comunidade e ainda exerceria algum tipo de controle social sobre comportamentos considerados negativos (KAWACHI; BERKMAN, 2000). Vale mencionar que neste último aspecto pode existir uma indesejada aproximação com o capital social negativo, pois este controle pode inclusive gerar exclusão das pessoas com estes comportamentos considerados negativos.

7.4 ASSOCIAÇÃO ENTRE CAPITAL SOCIAL E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE

Os mecanismos pelos quais o capital social influencia a saúde não estão plenamente estabelecidos. Possivelmente um importante mecanismo seja comportamental, sendo que o capital social pode atuar como um facilitador de determinados comportamentos relacionados à saúde, hipótese esta já apresentada anteriormente e que é na verdade o foco central deste trabalho. Ademais a este mecanismo comportamental, Sapag e Kawachi (2007) apresentam outras duas vias hipotéticas de conexão entre capital social e saúde. Uma delas se refere ao acesso aos serviços de saúde, pois segundo os autores, uma comunidade unida solicitaria e teria acesso mais facilmente a estes serviços. A outra via diz respeito aos processos

psicológicos e sociais, já que o capital social poderia promover um suporte afetivo que favoreceria a autoestima, o respeito mútuo e poderia influenciar positivamente os indicadores de saúde mental.

Neste sentido, um objetivo específico do trabalho foi investigar a relação entre os indicadores de capital social e a autopercepção de saúde dos sujeitos, inclusive testando os possíveis efeitos mediadores desta relação, com ênfase principalmente nos aspectos comportamentais, foco central do estudo. Em linhas gerais, constatou-se que o capital social esteve associado à melhor autopercepção de saúde, mas que parte importante da associação parece se dever a aspectos demográficos e, em menor proporção, a clínicos e comportamentais. Entre os comportamentais, a atividade física e o baixo consumo de frutas e/ou verduras parecem ter algum efeito mediador. Por outro lado, o tabagismo e o consumo abusivo de álcool pouco ou nada alteraram a magnitude das associações.

A prevalência de autopercepção negativa de saúde foi relativamente elevada, se comparada a outros estudos (FONSECA et al., 2008; BARROS et al., 2009; REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA, 2012). Porém, há de se considerar que nem sempre os trabalhos utilizaram os mesmos critérios e a mesma população. Inclusive parte da diferença pode ser atribuída ao fato de a população deste estudo incluir somente sujeitos com idade igual ou superior a 40 anos. Os demais estudos incluíram também pessoas mais jovens. No caso do estudo de Fonseca *et al.* (2008) não se pode excluir também o viés do trabalhador saudável, já que o estudo foi realizado com trabalhadores da indústria de Santa Catarina.

Quanto à associação entre a pior percepção de saúde e variáveis demográficas, clínicas e comportamentais, parte dos resultados é condizente com outras investigações brasileiras. É o caso da maior prevalência de autopercepção negativa entre as mulheres e naqueles que referiram possuir alguma doença crônica (FONSECA et al., 2008; BARROS et al., 2009; REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA, 2012). Por outro lado, nas investigações anteriores, observou-se que quanto maior a faixa etária, maior a prevalência de autopercepção negativa de saúde. No presente estudo, os sujeitos com 60 anos ou mais perceberam de maneira mais positiva a sua saúde do que os com idade intermediária (no caso de 50 a 59 anos). Com relação ao nível econômico, também se encontrou resultado distinto dos de Reichert, Loch e Capilheira (2012) e de Fonseca et al. (2008), pois nos dois estudos mencionados os

sujeitos com maior nível econômico apresentaram percepção mais positiva da sua saúde. Quanto às variáveis comportamentais, os resultados são semelhantes aos de Fonseca et al. (2008) (relação com a atividade física no lazer, mas não com o tabagismo e com o consumo abusivo de álcool). Os estudos mencionados não incluíram nenhuma informação sobre o comportamento alimentar.

Em relação ao capital social, quando a análise foi ajustada pelas variáveis demográficas e clínicas observaram-se resultados diversos ao de um estudo realizado na Colômbia (HURTADO; KAWACHI; SUDARSKY, 2011) que constatou que sujeitos da área urbana, que apresentavam maior nível de confiança interpessoal e capital social cognitivo, tinham maior chance de avaliarem a sua saúde de maneira positiva, ao passo que a reciprocidade não esteve associada. Vale mencionar que no estudo colombiano foram observadas diferenças importantes entre a relação entre capital social e a autopercepção de saúde nos dois grupos (moradores da área rural e urbana). Para a comparação dos resultados deste estudo com os da citação, se consideraram apenas os dados apresentados para o grupo de moradores da área urbana, uma vez que na presente investigação optou-se pela exclusão dos moradores da área rural, já que estes representavam uma proporção muito pequena no município investigado.

Quando foi testado o efeito mediador de cada comportamento isoladamente, na relação entre o capital social e a autopercepção de saúde, foi constatado que o tabagismo e o consumo abusivo de álcool praticamente em nada alteraram a magnitude da associação. Estes resultados estão de acordo com os encontrados na Inglaterra (POORTINGA, 2006) e na Holanda (MOHNEN et al., 2012). Por outro lado, o baixo consumo de frutas e/ou verduras e especialmente a prática de atividade física apresentaram um efeito moderado, sugerindo que estes comportamentos podem apresentar algum papel mediador na relação entre o capital social e autopercepção de saúde. Quanto ao consumo de frutas e verduras, os resultados encontrados diferem parcialmente do estudo realizado na Inglaterra (POORTINGA, 2006), onde o consumo de frutas e verduras praticamente não alterou a magnitude da associação entre o capital social e autopercepção de saúde e na Holanda, que também não encontrou evidências de que o indicador alimentar utilizado (no caso fazer uma refeição quente por dia e tomar café da manhã pelo menos cinco dias por semana) fosse um possível mediador da relação entre capital

social e autopercepção de saúde (MOHNEN et al., 2012). Quanto à atividade física, se por um lado constatou-se resultado semelhante ao estudo holandês, uma vez que foi o comportamento investigado com maior efeito, por outro há de se considerar que a magnitude do efeito no presente trabalho foi inferior.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

A promoção de comportamentos considerados saudáveis é um importante desafio para a saúde pública. Muitos são os determinantes destes comportamentos, e as políticas públicas que facilitem a adoção destes precisam ser elaboradas. Evidentemente que estas políticas devem se pautar em estratégias que busquem não a coerção, mas sim um convencimento sobre a importância dos hábitos saudáveis, ao mesmo tempo que preservem as liberdades individuais e criem de fato condições objetivas para que a adoção dos comportamentos saudáveis seja mais fácil por parte da população. Isto tudo evitando um contexto de excesso de normatização, que pode ter efeitos mais prejudiciais do que benéficos.

Este trabalho demonstrou que a maior parte dos sujeitos referiu ter algum tipo de apoio/suporte mais próximo (a maior parte referiu ter pelo menos um amigo e uma pessoa que emprestaria dinheiro em caso de necessidade), ao mesmo tempo em que não confiava na maioria das pessoas que moram no mesmo bairro, percebiam que as pessoas no bairro ajudam pouco umas as outras e não haviam participado de nenhuma das atividades investigadas em relação à participação cívica ou comunitária.

Quanto aos comportamentos relacionados à saúde, observaram-se prevalências relativamente semelhantes às de outros estudos. Em todos os comportamentos os sujeitos do grupo etário mais jovem do estudo (40 a 49 anos) apresentaram maior proporção de comportamentos considerados negativos para a saúde. Além disso, os homens e pessoas com menor nível econômico apresentaram maior chance de baixo consumo de frutas e verduras, tabagismo e consumo abusivo de álcool. Aqueles com obesidade tinham maior chance de serem inativos no lazer, porém menor de tabagismo e consumo abusivo de álcool. Pessoas com algum tipo de dificuldade de deslocamento e com autopercepção negativa de saúde foram menos ativos no lazer e tiveram menor consumo de frutas e verduras. Aqueles que não haviam consultado médico pelo menos uma vez nos últimos 12 meses foram mais inativos no lazer.

Este estudo mostrou uma associação moderada entre diferentes indicadores de capital social e os comportamentos relacionados à saúde investigados, sendo mais clara com relação à inatividade física e em menor grau

com o baixo consumo de frutas e verduras e o tabaco. O consumo abusivo de álcool foi o que apresentou resultados mais contraditórios. De qualquer modo, considerando que o estilo de vida é influenciado por muitas variáveis, os resultados deste estudo, que indicam associação moderada, devem ser considerados.

Dos indicadores isolados de capital social investigados, a frequência com que as pessoas no bairro se ajudam e a participação comunitária foram as que mais se associariam aos comportamentos relacionados à saúde. Por outro lado, possuir alguma pessoa que emprestasse dinheiro em caso de necessidade, foi o indicador de capital social que apresentou relação mais fraca com os comportamentos. As associações encontradas entre o escore de capital social e os comportamentos relacionados à saúde parecem indicar que, quando combinados, os indicadores de capital social têm uma maior associação com os comportamentos, o que pode indicar algum efeito sinérgico entre os indicadores, ou seja, quando combinados podem ter um efeito maior do que isolados.

Na análise de simultaneidade, observou-se que quanto maior o escore de capital social menor a média de comportamentos negativos relacionados à saúde e que sujeitos com indicadores mais baixos de capital social apresentavam maior chance de terem três ou quatro comportamentos negativos relacionados à saúde de maneira simultânea, enquanto que a chance de ter nenhum ou um comportamento negativo foi maior entre os com mais alto capital social.

Em relação à autopercepção de saúde, observou-se que mulheres, sujeitos com mais de 50 anos, obesos, que possuíam algum tipo de dificuldade de deslocamento, que haviam consultado médico nos últimos 12 meses, que não realizavam atividade física no tempo de lazer e que tinham baixo consumo de frutas e verduras, apresentaram maior chance de perceberem sua saúde de maneira negativa.

O capital social também esteve associado à melhor autopercepção de saúde, apesar de que a associação foi atenuada quando ajustada para as variáveis demográficas, clínicas e comportamentais. Entre estes últimos, parece que a atividade física e o baixo consumo de frutas e/ou verduras possuem algum efeito mediador, enquanto o tabagismo e o consumo abusivo de álcool praticamente em nada alteraram a magnitude das associações entre os indicadores de capital social e a autopercepção de saúde.

Recomenda-se que as políticas de promoção de comportamentos saudáveis considerem o nível e as características do capital social de cada lugar, inclusive implantando ações que contribuam para a criação de sociedades civis mais organizadas, que favoreçam a adoção dos comportamentos saudáveis. Estas políticas não podem partir do princípio que o capital social seja por si só e *a priori* sempre positivo. Não se devem ignorar os possíveis efeitos negativos do capital social, que podem ocorrer principalmente quando não são valorizadas normas inclusivas e universais, mas sim normas restritas que muitas vezes geram preconceitos e exclusões.

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

De qualquer modo, face à literatura existente sobre promoção da saúde e, no contexto brasileiro, também a questão do controle social, que é um dos princípios do SUS com estreita relação com o capital social, não se pode desconsiderar que o desenvolvimento do capital social nas comunidades pode ter um importante papel, e inclusive auxiliar para que políticas públicas mais humanas, democráticas e eficientes sejam de fato efetivadas.

Assim como o capital social, que tem potencialmente um aspecto positivo, mas que pode gerar situações e/ou ter implicações negativas, o estilo de vida, enquanto indicador de saúde, precisa ser sempre contextualizado. Se por um lado, não se pode ignorar que muitas vezes o “discurso do estilo de vida” leva a situações indesejadas, como o excesso de normatização, a responsabilização individual e a não consideração de outros determinantes da saúde, por outro, há de se considerar sua importância no contexto da saúde pública, inclusive – mas não somente – em função de sua relação com as doenças crônicas não transmissíveis.

Não se pode esquecer que as pessoas não adotam comportamentos somente pensando na questão da saúde. Comportamentos humanos são também representações da cultura e, portanto, apresentam significado. Esta dimensão muitas vezes não é considerada na implementação das políticas públicas. Assim, feitas as devidas ponderações – inclusive para se evitar uma abordagem determinística da relação capital social e estilo de vida – considera-se pertinente recomendar que as políticas públicas de promoção de comportamentos saudáveis se apropriem da ideia/conceito de capital social.

Estudos futuros poderiam ser longitudinais, incluírem outros indicadores do capital social, inclusive relacionados às formas não convencionais de capital social (por exemplo a questão das novas tecnologias) e também se aproximarem de análises qualitativas para aprofundarem a compreensão da influência do capital social sobre os comportamentos ou sistematizarem intervenções para o desenvolvimento do capital social e investigar seu possível impacto sobre o estilo de vida. Estudos mais aprofundados sobre os possíveis mecanismos da relação entre capital social e estilo de vida também seriam importantes. Outro desafio relevante se dá com relação à construção de instrumentos que avaliem o constructo CS no contexto dos estudos epidemiológicos. Apesar dos instrumentos existentes permitirem algum avanço, há de se considerar suas limitações.

REFERÊNCIAS

- AFIFI, R. A.; NAKKASH, R. T.; KHAWAJA, M. Social capital, women's autonomy and smoking among married women in low-income urban neighborhoods of Beirut, Lebanon. **Womens Health Issues**, Washington, v. 20, n. 2, p. 156-167, 2010.
- AGYEI-MENSAH, S.; DE-GRAFT AIKINS, A. Epidemiological transition and the double burden of disease in Accra, Ghana. **Journal of Urban Health**, New York, v. 87, n. 5, p. 879-897, 2010.
- AHNQUIST, J.; LINDSTROM, M.; WAMALA, S. P. Institutional trust and alcohol consumption in Sweden: the Swedish National Public Health Survey 2006. **BMC Public Health**, Baltimore, v. 8, p. 283, 2008.
- AHSAN KARAR, Z.; ALAM, N.; KIM STREATFIELD, P. Epidemiological transition in rural Bangladesh, 1986-2006. **Glob Health Action**, Höggeby, v. 2, 2009.
- ALMEIDA FILHO, N.; CASTIEL, L. D.; AYRES, J. R. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. **Salud Colectiva**, Lanús, v. 5, n. 3, p. 323-344, 2009.
- ALMEIDA FILHO, N.; GOLDBAUM, M.; BARATA, R. B. A epidemiologia e o campo da saúde: interfaces disciplinares. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. (Ed.). **Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 55-64.
- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- ALMEIDA, L. et al. Global adult tobacco survey data as a tool to monitor the WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) implementation: the Brazilian case. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 9, n. 7, p. 2520-36, 2012.
- AMUNA, P.; ZOTOR, F. B. Epidemiological and nutrition transition in developing countries: impact on human health and development. **Proceedings of the Nutrition Society**, London, v. 67, n. 1, p. 82-90, 2008.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DAS EMPRESAS DE PESQUISAS - ABEP. **Critério de classificação econômica**. 2008. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0C4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.abep.org%2FNovo%2FFileGenerate.ashx%3Fid%3D250&ei=Pv8uUuSQM4S69QTV2oGABA&usq=AFQjCNFP8vV8uNbiUc_O3euNXYWGIUDToQ&sig2=v5RhWf7-elrqCc-liEPzkg&bvm=bv.51773540,d.eWU>. Acesso em: 5 ago. 2013.
- BAHIA, L.; COSTA, N. R.; VAN STRALEN, C. A saúde na agência pública: convergência e lacunas nas pautas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1791-1818, 2007.

BALL, K. et al. Is healthy behavior contagious: associations of social norms with physical activity and healthy eating. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, London, v. 7, p. 86, 2010b.

_____. Love thy neighbour? Associations of social capital and crime with physical activity amongst women. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 71, n. 4, p. 807-14, 2010a.

BAQUERO, M. Democracia, participação e capital social no Brasil hoje. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Ed.). **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 129-50.

BARATA, R. B. Epidemiologia social. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 7-17, 2005.

BARATA, R. B.; ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. Epidemiologia Social. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. (Ed.). **Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 375-385.

BARRETO, M. L. Papel da epidemiologia no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, p. 4-17, 2002.

BARROS, M. B. et al. Self-rated health and associated factors, Brazil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, s. 2, p. 27-37, 2009.

BASTOS, F. A.; SANTOS, E.; FERREIRA, M. Capital Social e Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 177-188, 2009.

BAUMAN, A. E. et al. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? **Lancet**, London, v. 380, n. 9838, p. 258-271, 2012.

BEAGLEHOLE, R. et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. **Lancet**, London, v. 377, n. 9775, p. 1438-1447, 2011.

BENNETT, G. G. et al. Safe to walk? Neighborhood safety and physical activity among public housing residents. **PLoS Medicine**, San Francisco, v. 4, n. 10, p. 1599-1606, 2007.

BEZERRA, P. C. et al. Self-rated health and associated factors in adults: a population survey in Rio Branco, Acre State, Brazil, 2007-2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2441-2451, 2011.

BOEING, H. et al. Critical review: vegetables and fruit in the prevention of chronic diseases. **European Journal of Nutrition**, Darmstadt, v. 51, n. 6, p. 637-663, 2012.

BORDIEU, P. Capital Social - notas provisórias. In: NOGUEIRA, M. A.; CATANI, A. (Ed.). **Escritos de educação**. Rio de Janeiro: Vozes, 1999. p. 65-69.

BORGES, C. M. et al. Social capital and self-rated health among adolescents in Brazil: an exploratory study. **BMC Research Notes**, London, v. 3, p. 338, 2010.

BRASIL. Comissão Nacional sobre determinantes sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**: relatório final da comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde. 2008a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2013.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 5 ago. 2013.

_____. **Datasus**. 2007. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em 10 de fevereiro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de alimentação e nutrição**. 2003a. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnan.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2013.

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**. Brasília, 2008b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2011.

_____. **Programa de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer**. 2003b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/estrategias.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2013.

_____. **Saúde Brasil 2007**: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008d.

_____. **Vigitel Brasil 2010**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Portaria Ministerial de Saúde n. 154, de 24 de janeiro de 2008**. 2008c. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/PORTARIA%20GM%20N154.pdf>>. Acesso em: 4 set. 2011.

BRYDEN, A. et al. A systematic review of the influence on alcohol use of community level availability and marketing of alcohol. **Health Place**, Exford, v. 18, n. 2, p. 349-57, 2012.

CARLSSON, A. C. et al. Seven modifiable lifestyle factors predict reduced risk for ischemic cardiovascular disease and all-cause mortality regardless of body mass index: A cohort study. **International Journal of Cardiology**, Amsterdam, v. 12, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23181992>>. Acesso em: 4 set. 2011.

- CARTA DE OTTAWA. **Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde**. 1986. Disponível em: <http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 5 maio 2013.
- CARTER, K. et al. Mortality trends and the epidemiological transition in Nauru. **Asia-Pacific Journal of Public Health**, Kuala Lumpur, v. 23, n. 1, p. 10-23, 2011.
- CARVALHO, D. M. Epidemiologia - história e fundamentos. In: MEDRONHO, R. (Ed.). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 3-14.
- CASTIEL, L. D.; SANZ-VALERO, J.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. **Das loucuras da razão ao sexo dos anjos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- CHUANG, Y. C.; CHUANG, K. Y. Gender differences in relationships between social capital and individual smoking and drinking behavior in Taiwan. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 67, n. 8, p. 1321-1330, 2008.
- CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA. Serviço Social da INDÚSTRIA. **Estilo de vida e hábitos de lazer dos trabalhadores das indústrias brasileiras: relatório geral**, Brasília, 2009.
- CORNELL, M. S. Safety and physical activity. **American Journal of Nursing**, New York, v. 110, n. 9, p. 13, 2010.
- COUTINHO, D.; ALMEIDA FILHO, N.; CASTIEL, L. D. Epistemologia da epidemiologia (categorias de determinação: causalidade, predição, contingência, sobredeterminação). In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. (Ed.). **Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 29-42.
- CRAMM, J. M.; NIEBOER, A. P. The influence of social capital and socio-economic conditions on self-rated health among residents of an economically and health-deprived South African township. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 10, p. 51, 2011.
- CROSBY, R. A. et al. Social capital as a predictor of adolescents' sexual risk behavior: a state-level exploratory study. **AIDS and Behavior**, New York, v. 7, n. 3, p. 245-252, 2003.
- D'ARAUJO, M. D. **Capital social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- DE SOUZA, E. M. Intergenerational interaction in health promotion: a qualitative study in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 463-469, 2003.
- DEL DUCA, G. F. et al. Clustering of unhealthy behaviors in a Brazilian population of industrial workers. **Preventive Medicine**, Baltimore, v. 54, n. 3/4, p. 254-258, 2012.
- _____. Prevalence and sociodemographic correlates of all domains of physical activity in Brazilian adults. **Preventive Medicine**, Baltimore, v. 56, n. 2, p. 99-102, 2013.

- DOUBENI, C. A. et al. Health status, neighborhood socioeconomic context, and premature mortality in the United States: the national institutes of health-AARP Diet and Health Study. **American Journal of Public Health**, New York, v. 102, n. 4, p. 680-688, 2012.
- DUMITH, S. C. et al. Clustering of risk factors for chronic diseases among adolescents from Southern Brazil. **Preventive Medicine**, Baltimore, v. 54, n. 6, p. 393-396, 2012.
- DUMITH, S. C. Proposta de um modelo teórico para a adoção da prática de atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Londrina, v. 13, n. 2, p. 52-62, 2008.
- DUMITH, S. C.; GIGANTE, D. P.; DOMINGUES, M. R. Stages of change for physical activity in adults from Southern Brazil: a population-based survey. **The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, London, v. 4, p. 25, 2007.
- EGUCHI, E. et al. Parental history and lifestyle behaviors in relation to mortality from stroke among Japanese men and women: the Japan collaborative Cohort study. **Journal of Epidemiology**, Tokyo, v. 22, n. 4, p. 331-339, 2012.
- FARINATTI, P. T. V.; FERREIRA, M. S. **Saúde, promoção da saúde e educação física: conceitos, princípios e aplicações**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2006.
- FLORINDO, A. A. et al. Practice of physical activities and associated factors in adults, Brazil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 65-73, 2009.
- FONSECA, S. A. et al. Self-perceived health and associated factors in industrial workers from Santa Catarina State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 567-576, 2008.
- FORD, E. S. et al. Healthy lifestyle behaviors and all-cause mortality among adults in the United States. **Preventive Medicine**, Baltimore, v. 55, n. 1, p. 23-27, 2012.
- FOURCADE, L. Epidemiological transition and development: is the increase in non-communicable diseases inevitable? **Médecine Tropicale**, Marseille, v. 67, n. 6, p. 543-544, 2007.
- FRASER, B. Peru's epidemiological transition. **Lancet**, London, v. 367, n. 9528, p. 2049-2050, 2006.
- GANDER, J. et al. Self-rated health status and cardiorespiratory fitness as predictors of mortality in men. **British Journal of Sports Medicine**, London, v. 45, n. 14, p. 1095-1100, 2011.
- GELE, A. A.; HARSLOF, I. Types of social capital resources and self-rated health among the Norwegian adult population. **International Journal for Equity in Health**, London, v. 9, p. 8, 2010.

GIORDANO, G. N.; BJORK, J.; LINDSTROM, M. Social capital and self-rated health -a study of temporal (causal) relationships. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 75, n. 2, p. 340-348, 2012.

GOETZ, E. R. C. et al. Representação social do corpo na mídia impressa. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 226-236, 2008.

GOMEZ, L. et al. Sponsorship of physical activity programs by the sweetened beverages industry: public health or public relations? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 423-427, 2011.

GONÇALEZ, T. T. et al. Motivation and social capital among prospective blood donors in three large blood centers in Brazil. **Transfusion**, Arlington, v. 53, n. 6, p. 1291-1301, 2013.

GREINER, K. A. et al. The relationships of social participation and community ratings to health and health behaviors in areas with high and low population density. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 59, n. 11, p. 2303-2312, 2004.

GROOTAERT, C. et al. **Questionário integrado para medir capital social**. 2003.

Disponível em:

<<http://empreende.org.br/pdf/Capital%20Social%20e%20Cidadania/Question%C3%A1rio%20Integrado%20para%20Medir%20Capital%20Social.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

HALLAL, P. C. et al. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Madison, v. 35, n. 11, p. 1894-1900, 2003.

HOBBSAWN, E. **O novo século**: entrevista a Antonio Polito. São Paulo: Companhia de Bolso, 2010.

HURTADO, D.; KAWACHI, I.; SUDARSKY, J. Social capital and self-rated health in Colombia: the good, the bad and the ugly. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 72, n. 4, p. 584-590, 2011.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>>. Acesso em: 5 ago. 2013.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: tabagismo 2008. Rio de Janeiro, 2009.

IDROVO, A. J. et al. Social capital at work: psychometric analysis of a short scale in Spanish among Mexican health workers. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 536-547, 2012.

JAIME, P. C. et al. Factors associated with fruit and vegetable consumption in Brazil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 57-64, 2009.

JENKINS, D. F. **Construindo uma saúde melhor**: um guia para mudança de comportamento. Porto Alegre: Artmed, 2007.

JOHANSSON, S. E.; SUNDQUIST, J. Change in lifestyle factors and their influence on health status and all-cause mortality. **International Journal of Epidemiology**, London, v. 28, n. 6, p. 1073-1080, 1999.

JOHNSON, C. M.; SHARKEY, J. R.; DEAN, W. R. Eating behaviors and social capital are associated with fruit and vegetable intake among rural adults. **Journal of Hunger & Environmental Nutrition**, Binghamton, v. 5, n. 3, p. 302-315, 2010.

JUNG, M.; VISWANATH, K. Does community capacity influence self-rated health? Multilevel contextual effects in Seoul, Korea. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 77, p. 60-69, 2013.

KAWACHI, I.; BERKMAN, L. Social cohesion, social capital and health. In: BERKMAN, L.; KAWACHI, I. (Ed.). **Social epidemiology**. Oxford: Oxford University Press, 2000. p. 174-190.

KOHL, H. W. et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. **Lancet**, London, v. 380, n. 9838, p. 294-305, 2012.

KOUVONEN, A. et al. Work-place social capital and smoking cessation: the Finnish Public Sector Study. **Addiction**, Abingdon, v. 103, n. 11, p. 1857-1865, 2008.

KRIPPER, C. E.; SAPAG, J. C. Social capital and health in Latin America and the Caribbean: a systematic review. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 25, n. 2, p. 162-170, 2009.

KUHNEN, M. et al. Toothache and associated factors in Brazilian adults: a cross-sectional population-based study. **BMC Oral Health**, London, v. 9, p. 7, 2009.

KVAAVIK, E. et al. Influence of individual and combined health behaviors on total and cause-specific mortality in men and women: the United Kingdom health and lifestyle survey. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 170, n. 8, p. 711-718, 2010.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, 1974. Disponível em: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>>. Acesso em: 4 set. 2011.

LAMARCA, G. A. et al. The association of neighbourhood and individual social capital with consistent self-rated health: a longitudinal study in Brazilian pregnant and postpartum women. **BMC Pregnancy Childbirth**, London, v. 13, p. 1, 2013.

LARANJEIRA, R. et al. Alcohol use patterns among Brazilian adults. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 231-241, 2010.

LATHAM, K.; PEEK, C. W. Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults. **The journals of gerontology**: series B, psychological sciences and social sciences, Washington, v. 68, n. 1, p. 107-116, 2013.

LEE, C. D. et al. Combined impact of lifestyle factors on cancer mortality in men. **Annals of Epidemiology**, New York, v. 21, n. 10, p. 749-54, 2011.

LEE, I. M. et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **Lancet**, London, v. 380, n. 9838, p. 219-229, 2012.

LEGH-JONES, H.; MOORE, S. Network social capital, social participation, and physical inactivity in an urban adult population. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 74, n. 9, p. 1362-1367, 2012.

LESSA, I. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 931-943, 2004.

LEVY, D.; DE ALMEIDA, L. M.; SZKLO, A. The Brazil simsmoke policy simulation model: the effect of strong tobacco control policies on smoking prevalence and smoking-attributable deaths in a middle income nation. **PLoS Medicine**, San Francisco, v. 9, n. 11, 2012.

LI, Y. et al. Co-variations and clustering of chronic disease behavioral risk factors in China: China chronic disease and risk factor surveillance, 2007. **PLoS One**, San Francisco, v. 7, n. 3, 2012.

LIMA, J. C.; MOURA, M. C. Trabalho atípico e capital social: os agentes comunitários de saúde na Paraíba. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 103-133, 2005.

LINDSTROM, M. et al. Social participation, social capital and daily tobacco smoking: a population-based multilevel analysis in Malmo, Sweden. **Scandinavian Journal of Public Health**, Stockholm, v. 31, n. 6, p. 444-450, 2003.

LINDSTROM, M. Social capital, desire to increase physical activity and leisure-time physical activity: a population-based study. **Public Health**, London, v. 125, n. 7, p. 442-447, 2011.

LINDSTROM, M. Social capital, social class and tobacco smoking. **Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research**, London, v. 8, n. 1, p. 81-89, 2008.

LINDSTROM, M. Social capital, the miniaturization of community and high alcohol consumption: a population-based study. **Alcohol and Alcoholism**, Oxford, v. 40, n. 6, p. 556-562, 2005.

LINDSTROM, M.; HANSON, B. S.; OSTERGREN, P. O. Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behaviour. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 52, n. 3, p. 441-451, 2001.

LINDSTROM, M.; JANZON, E. Social capital, institutional (vertical) trust and smoking: a study of daily smoking and smoking cessation among ever smokers. **Scandinavian Journal of Public Health**, Stockholm, v. 35, n. 5, p. 460-467, 2007.

LINDSTROM, M.; MOGHADDASSI, M.; MERLO, J. Social capital and leisure time physical activity: a population based multilevel analysis in Malmo, Sweden. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 57, n. 1, p. 23-28, 2003.

LOCH, M. R. Atividade física e saúde nos programas de pós-graduação no Brasil: breve análise a partir de Tomas Kuhn. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Londrina, v. 17, n. 1, p. 46-51, 2012.

LOCH, M. R. et al. A saúde pública nos anais do Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde (1997-2009): revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Londrina, v. 16, n. 2, p. 162-167, 2011.

LOCH, M. R.; RODRIGUES, C. G.; TEIXEIRA, D. C. E os homens? E os que moram longe? E os mais jovens? ...? Perfil dos usuários de programas de atividade física oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde de Londrina, PR. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Porto Alegre. No prelo.

LOEF, M.; WALACH, H. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis. **Preventive Medicine**, New York, v. 55, n. 3, p. 163-170, 2012.

LOTUFO, P. A.; BENSENOR, I. M. Stroke mortality in Brazil: one example of delayed epidemiological cardiovascular transition. **International Journal of Stroke**, Oxford, v. 4, n. 1, p. 40-41, 2009.

MARSIGLIA, F. F.; AYERS, S. L.; HOFFMAN, S. Religiosity and adolescent substance use in central Mexico: exploring the influence of internal and external religiosity on cigarette and alcohol use. **American Journal of Community Psychology**, Washington, v. 49, n. 1/2, p. 87-97, 2012.

MART, S. M. Alcohol marketing in the 21st century: new methods, old problems. **Substance Use & Misuse**, Monticello, v. 46, n. 7, p. 889-892, 2011.

MATOS, H. **Capital social e comunicação**: interfaces e articulações. São Paulo: Summus, 2009.

MEDRONHO, R. A.; ALMEIDA FILHO, N.; SCLIAR, M. Nota sobre a história da Epidemiologia no Brasil. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. (Ed.). **Epidemiologia e saúde**: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 24-28.

MEIER, P. S. Alcohol marketing research: the need for a new agenda. **Addiction**, Oxford, v. 106, n. 3, p. 466-471, 2011.

MENDES, L. L. et al. Validity and reliability of foods and beverages intake obtained by telephone survey in Belo Horizonte, Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, p. 80-89, 2011.

MERCER, H.; RUIZ, V. A. Participación de organizaciones comunitarias en la gestión de salud: una evaluación de la experiencia del Programa UNI. **Interface**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 289-302, 2004.

MOHAN, J. et al. Social capital, geography and health: a small-area analysis for England. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 60, n. 6, p. 1267-1283, 2005.

MOHNEN, S. M. et al. Health-related behavior as a mechanism behind the relationship between neighborhood social capital and individual health--a multilevel analysis. **BMC Public Health**, London, v. 12, p. 116, 2012.

MONDINI, L. et al. Fruit and vegetable intake by adults in Ribeirao Preto, Southeastern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 686-694, 2010.

MONTEIRO, C. A. et al. Validity of food and beverage intake data obtained by telephone survey. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 582-589, 2008.

MONTEIRO, C. A. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**. São Paulo: Huciteced, 1996.

MUMMERY, W. K. et al. Associations between physical inactivity and a measure of social capital in a sample of Queensland adults. **Journal of Science and Medicine in Sport**, Belconnen, v. 11, n. 3, p. 308-315, 2008.

MUNIZ, L. C. et al. Accumulated behavioral risk factors for cardiovascular diseases in Southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 534-542, 2012.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**. 5. ed. Londrina: Midiograf, 2010.

NEVES, A. C. et al. Validation of food and beverage indicators obtained by telephone survey in Belem, Para State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2379-2388, 2010.

NIEMINEN, T. et al. Social capital as a determinant of self-rated health and psychological well-being. **International Journal of Public Health**, Basel, v. 55, n. 6, p. 531-542, 2010.

NNEBUE, C. C. The epidemiological transition: policy and planning implications for developing countries. **Nigerian Journal of Medicine**, Lagos, v. 19, n. 3, p. 250-256, 2010.

ODEGAARD, A. O. et al. Combined lifestyle factors and cardiovascular disease mortality in Chinese men and women: the Singapore Chinese health study. **Circulation**, Dallas, v. 124, n. 25, p. 2847-2854, 2011.

OLIVEIRA, C. D. et al. Relationship between social capital and test seeking among blood donors in Brazil. **Vox Sang**, Basel, v. 104, n. 2, p. 100-109, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Estratégia global da Organização Mundial de Saúde para alimentação saudável, atividade física e saúde**. 2004. Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/globalDocument.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2012.

_____. **Global status report on non communicable diseases**. 2010. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf>. Acesso em: 5 maio 2013.

OTTESEN, L.; JEPPESEN, R. S.; KRUSTRUP, B. R. The development of social capital through football and running: studying an intervention program for inactive women. **Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports**, Copenhagen, v. 20, p. 118-131, 2010.

OYEYEMI, A. L. et al. Perceived crime and traffic safety is related to physical activity among adults in Nigeria. **BMC Public Health**, London, v. 12, p. 294, 2012.

PAFFENBARGER, R. S. et al. The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 328, n. 8, p. 538-545, 1993.

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

PEREIRA, M. A. Movimentos sociais e democracia: a tensão necessária. **Opinião Pública**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 68-87, 2012.

PETROSKI, E. L. **Antropometria: técnicas e padronizações**. Santa Maria: Pallotti, 2003.

POORTINGA, W. Do health behaviors mediate the association between social capital and health? **Preventive Medicine**, New York, v. 43, n. 6, p. 488-493, 2006.

PORTES, A. Capital social: origens e aplicações na sociologia contemporânea. **Sociologia, Problemas e Práticas**, Oeiras, v. 33, p. 133-158, 2000.

PROCHASKA, J. O. et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. **Health Psychology**, Hillsdale, v. 13, n. 1, p. 39-46, 1994.

PUTNAM, R. Bowling alone: America's declining social capital. **Journal of Democracy**, Baltimore, v. 6, n. 1, p. 35-42, 1995.

_____. **Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna**. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

- REICHENHEIM, M. E. et al. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. **Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1962-1975, 2011.
- REICHERT, F. F. et al. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 97, n. 3, p. 515-519, 2007.
- REICHERT, F. F.; LOCH, M. R.; CAPILHEIRA, M. F. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciencia & Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3353-3362, 2012.
- REIS, H. F. et al. Prevalence and variables associated with physical inactivity in individuals with high and low socioeconomic status. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 92, n. 3, p. 193-198, 2009.
- REIS, R. S.; SALVADOR, E. P.; FLORINDO, A. A. Atividade física e ambiente. In: HALLAL, P. C.; FLORINDO, A. A. (Ed.). **Epidemiologia da atividade física**. São Paulo: Atheneu, 2011, p. 113-128.
- REISS, R. et al. Estimation of cancer risks and benefits associated with a potential increased consumption of fruits and vegetables. **Food and Chemical Toxicology**, Oxford, v. 50, n. 12, p. 4421-4427, 2012.
- RISQUEZ, A.; ECHEZURIA, L.; RODRIGUEZ-MORALES, A. J. Epidemiological transition in Venezuela: relationships between infectious diarrheas, ischemic heart diseases and motor vehicles accidents mortalities and the Human Development Index (HDI) in Venezuela, 2005-2007. **Journal of Infection and Public Health**, Oxford, v. 3, n. 3, p. 95-97, 2010.
- RIVERA, J. A. et al. Epidemiological and nutritional transition in Mexico: rapid increase of non-communicable chronic diseases and obesity. **Public Health Nutrition**, Wallingford, v. 5, n. 1A, p. 113-122, 2002.
- RONCONI, L.; BROWN, T. T.; SCHEFFLER, R. M. Social capital and self-rated health in Argentina. **Health Economics**, Chichester, v. 21, n. 2, p. 201-208, 2012.
- RONZANI, T. M. et al. Media and drugs: a documental analysis of the Brazilian writing media between 1999 and 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1751-1761, 2009.
- ROS, M. M. et al. Fruit and vegetable consumption and risk of aggressive and non-aggressive urothelial cell carcinomas in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. **European Journal of Cancer**, Oxford, v. 48, n. 17, p. 3267-3277, 2012.
- RYDIN, Y. et al. Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century. **Lancet**, London, v. 379, n. 9831, p. 2079-2108, 2012.

SACCO, R. et al. Accelerating progress on non-communicable diseases. **Lancet**, London, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21933747>>. Acesso em: 5 maio 2013.

SALLIS, J. F. et al. (Ed.). **Health behavior and health education: theory, research and practice**. 4. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2008.

SALLIS, J. F.; OWEN, N. **Physical activity and behavioral medicine**. California: Sage, 1999.

SANTIAGO, B. M.; VALENCA, A. M.; VETTORE, M. V. Social capital and dental pain in Brazilian northeast: a multilevel cross-sectional study. **BMC Oral Health**, London, v. 13, p. 2, 2013.

SAPAG, J. C. et al. Tobacco smoking in urban neighborhoods: exploring social capital as a protective factor in Santiago, Chile. **Nicotine & Tobacco Research**, Abingdon, v. 12, n. 9, p. 927-936, 2010.

SAPAG, J. C.; KAWACHI, I. Social capital and health promotion in Latin America. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 139-149, 2007.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social: trajetória da saúde pública**. São Paulo: Senac, 2002.

_____. História do conceito de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SCLIAR, M.; ALMEIDA FILHO, N.; MEDRONHO, R. A. Raízes históricas da epidemiologia. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. (Ed.). **Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 5-23.

SHAW, B. A.; AGAHI, N. A prospective cohort study of health behavior profiles after age 50 and mortality risk. **BMC Public Health**, London, v. 12, p. 803, 2012.

SILVA, D. A. et al. Clustering of risk behaviors for chronic no communicable diseases: a population-based study in southern Brazil. **Preventive Medicine**, New York, v. 56, n. 1, p. 20-24, 2013.

SILVA, I. C.; AZEVEDO, M. R.; GONÇALVES, H. Leisure-time physical activity and social support among brazilian adults. **Journal of Physical Activity & Health**, Champaign, v. 10, n. 6, p. 871-879, 2012.

SOARES, G. S. Entre o projeto de modernidade e a efetivação da democracia: marcas deixadas na construção da vida social brasileira. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 109, n. 1, p. 31-44, 2012.

SOTOMAYOR, A. A. La etnia como fuente de capital social? Una lectura crítica del análisis de las redes co-étnicas como factor del logro educativo de los alumnos inmigrantes. **IESA**, Córdoba, 2007. Disponível em:

<<http://digital.csic.es/bitstream/10261/2052/1/0407completo.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2013.

SOUZA, D. E. S.; ALMEIDA FILHO, N. Medindo a saúde. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. (Ed.). **Epidemiologia e saúde**: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p.118-126.

SOUZA, E. M. Evaluation methods in health promotion programmes: the description of a triangulation in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2521-2532, 2010.

SPREE, R. The retreat of death: the epidemiological transition in Germany during the nineteenth and twentieth centuries. **Historische Sozialforschung**, Stuttgart, v. 23, n. 1/2, p. 4-43, 1998.

STICKLEY, A.; PRIDEMORE, W. A. The effects of binge drinking and social capital on violent victimisation: findings from Moscow. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 64, n. 10, p. 902-907, 2010.

TASSITANO, R. M. et al. Simultaneidade de comportamentos de risco a saúde e fatores associados em trabalhadores da indústria. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Londrina, v. 15, n. 1, p. 42-49, 2010.

TEO, C. R. P. A. Discursos e a construção do senso comum sobre alimentação a partir de uma revista feminina. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 333-346, 2010.

THEALL, K. P. et al. Social capital and the neighborhood alcohol environment. **Health Place**, Kidlington, v. 15, n. 1, p. 323-332, 2009.

TOUZE, J. E. Cardiovascular diseases and the epidemiological transition in tropical regions. **Médecine Tropicale**, Marseille, v. 67, n. 6, p. 541-542, 2007.

TUCKER-SEELEY, R. D. et al. Neighborhood safety, socioeconomic status, and physical activity in older adults. **American Journal of Preventive Medicine**, New York, v. 37, n. 3, p. 207-213, 2009.

UESHIMA, K. et al. Does social capital promote physical activity? A population-based study in Japan. **PLoS One**, San Francisco, v. 5, n. 8, 2010.

VAN DAM, R. M. et al. Combined impact of lifestyle factors on mortality: prospective cohort study in US women. **BMJ**, London, v. 337, 2008.

VAN DEN BRANDT, P. A. The impact of a Mediterranean diet and healthy lifestyle on premature mortality in men and women. **The American Journal of Clinical Nutrition**, New York, v. 94, n. 3, p. 913-920, 2011.

VAN DUIJNHOVEN, F. J. et al. Fruit, vegetables, and colorectal cancer risk: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. **The American Journal of Clinical Nutrition**, New York, v. 89, n. 5, p. 1441-1452, 2009.

VENDRAME, A. et al. Brazilian teenagers and beer advertising: relationship between exposure, positive response, and alcohol consumption. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 359-365, 2009.

VENDRAME, A.; PINSKY, I. Inefficacy of self-regulation of alcohol advertisements: a systematic review of the literature. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 196-202, 2011.

VERGNAUD, A. C. et al. Fruit and vegetable consumption and prospective weight change in participants of the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition-Physical Activity, Nutrition, Alcohol, Cessation of Smoking, Eating Out of Home, and Obesity study. **The American Journal of Clinical Nutrition**, New York, v. 95, n. 1, p. 184-193, 2012.

VIAL, E. A. et al. Urban violence and social capital in a southern Brazilian city: a quantitative and qualitative study. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 28, n. 4, p. 289-297, 2010.

VICTORA, C. G. et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **Lancet**, London, v. 377, n. 9782, p. 2042-2053, 2011.

WEBER CORSEUIL, M. et al. Safety from crime and physical activity among older adults: a population-based study in Brazil. **Journal of Environmental and Public Health**, New York, v. 2012, 2012.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Ed.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 635-667.

YACH, D. et al. Improving diet and physical activity: 12 lessons from controlling tobacco smoking. **BMJ**, London, v. 330, n. 7496, p. 898-900, 2005.

YUN, J. E.; WON, S.; KIMM, H.; JEE, S. H. Effects of a combined lifestyle score on 10-year mortality in Korean men and women: a prospective cohort study. **BMC Public Health**, London, v. 12, p. 673, 2012.

ZALUAR, A. Democratização inacabada: fracasso da segurança pública. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 31-49, 2007.

ZARZAR, P. M. et al. Association between binge drinking, type of friends and gender: a cross-sectional study among Brazilian adolescents. **BMC Public Health**, London, v. 12, p. 257, 2012.

ZARZAR, P. M.; FERREIRA, E. F.; KAWACHI, I. Can social capital contribute to the improvement of oral health? **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 388-389, 2012.

APÊNDICE

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Titulo da pesquisa:

"DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO PARANÁ: MORTALIDADE, PERFIL DE RISCO, TERAPIA MEDICAMENTOSA E COMPLICAÇÕES"

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa "DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO PARANÁ: MORTALIDADE, PERFIL DE RISCO, TERAPIA MEDICAMENTOSA E COMPLICAÇÕES", realizada em todo o município de Cambé/PR entre os meses de janeiro e maio de 2011. O objetivo da pesquisa é verificar o perfil de risco para doenças cardiovasculares, uso de medicamentos e complicações. A sua participação é muito importante e ela se daria respondendo as perguntas feitas pelos entrevistadores, pela realização de medidas (pressão, peso, altura, cintura) e pela coleta de sangue. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios decorrentes de sua participação será o conhecimento da sua situação de saúde, incluindo os resultados dos exames laboratoriais. Além disso, pretende-se contribuir para a melhoria dos serviços de saúde e com o conhecimento científico a respeito do assunto. Caso qualquer alteração em seu estado de saúde seja identificada, o(a) senhor(a) será encaminhado(a) para a Unidade de Saúde mais próxima.

A coleta de sangue será realizada por profissionais experientes e seguirá todas as recomendações da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas. Caso aconteça qualquer intercorrência durante o procedimento de coleta, o(a) senhor(a) receberá os devidos cuidados e, quando necessário, será encaminhado(a) ao serviço de saúde. O sangue coletado será utilizado para a realização de exames laboratoriais e após a realização do exame o sangue será descartado.

Informamos que o senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso o senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode contatar a coordenadora do projeto, professora doutora Regina Tanno, pelo telefone 43 33712398 ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone 3371-2490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Cambé, ___ de _____ de 2011.

Pesquisador Responsável: _____

RG: _____

_____ (nome por extenso do sujeito de pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

APÊNDICE B

Instrumento de Coleta de Dados

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Doenças cardiovasculares no Estado do Paraná: mortalidade, perfil de risco, terapia medicamentosa e complicações

INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO AMOSTRADO

Localização		
Rua:		
Setor Censitário:	Nº:	Complemento:
Telefone:	Obs:	
Moradores		
Nome	Sexo	Idade
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

INFORMAÇÕES DO INDIVÍDUO AMOSTRADO

Nome:	Código:
Data de Nascimento:	Celular:
Recursos: (0) própria pessoa (1) cuidador auxiliar (2) cuidador substituto	
Data da Entrevista:	

INFORMAÇÕES DA COLETA



Entrevistador:		
1º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado	<input type="checkbox"/> Não (motivo):
2º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado	<input type="checkbox"/> Não (motivo):
3º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado	<input type="checkbox"/> Não (motivo):
<input type="checkbox"/> Recusa <input type="checkbox"/> Perda <input type="checkbox"/> Exclusão Motivo:		
Data para coleta de exames laboratoriais: ___/___/___		Digitação: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2




Nome:	Código:
Observações:	

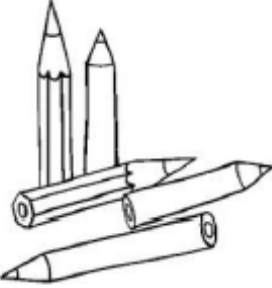

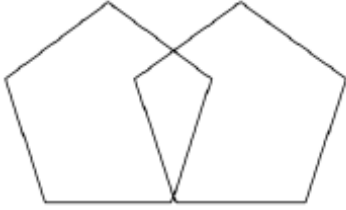
Nome:	Código:
-------	---------





↳ Para todos os indivíduos:



<u>BLOCO 1 – VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO</u>															
1. Qual é o seu Estado Civil? (1) Solteiro (2) Casado (3) Divorciado/Separado (4) Viúvo (5) União estável	CIV														
2. Você se considera da cor ou raça: (1) Amarela (2) Branca (3) Indígena (4) Parda (5) Preta	COR														
3. Quantos anos completos você estudou? [] <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Analfabeto</td> <td style="text-align: right;">0 anos</td> </tr> <tr> <td>Primário completo ou até a 4ª série do fundamental</td> <td style="text-align: right;">4 anos</td> </tr> <tr> <td>1º grau ou ensino fundamental/ginásio completo</td> <td style="text-align: right;">8 anos</td> </tr> <tr> <td>2º grau ou ensino médio</td> <td style="text-align: right;">11 anos</td> </tr> <tr> <td>Ensino superior</td> <td style="text-align: right;">15 anos</td> </tr> <tr> <td>Especialização</td> <td style="text-align: right;">15 + 1</td> </tr> <tr> <td>Mestrado</td> <td style="text-align: right;">15 + 2</td> </tr> </table>	Analfabeto	0 anos	Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos	1º grau ou ensino fundamental/ginásio completo	8 anos	2º grau ou ensino médio	11 anos	Ensino superior	15 anos	Especialização	15 + 1	Mestrado	15 + 2	ESTU
Analfabeto	0 anos														
Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos														
1º grau ou ensino fundamental/ginásio completo	8 anos														
2º grau ou ensino médio	11 anos														
Ensino superior	15 anos														
Especialização	15 + 1														
Mestrado	15 + 2														
4. Quantos amigos próximos você diria que têm hoje? Essas pessoas são aquelas com quem se sente à vontade, para conversar a respeito de assuntos particulares, ou chamar quando precisa de ajuda. []	REDE1														
5. Se de repente você precisasse de uma pequena quantia em dinheiro, (equivalente ao ganho de uma semana de trabalho) quantas pessoas, de fora do seu domicílio, estariam dispostas a lhe fornecer este dinheiro, se você pedisse a elas? (1) Ninguém (2) Uma ou duas (3) Três ou quatro (4) Cinco ou mais	REDE2														
6. Em toda comunidade, algumas pessoas se dão bem e confiam umas nas outras, enquanto outras pessoas não. Agora, eu gostaria de falar a respeito da confiança e da solidariedade na sua comunidade. Em geral, você concorda ou discorda das seguintes afirmações:															
6.1. Pode-se confiar na maioria das pessoas que moram neste(a) bairro/localidade: (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL10														
6.2. Neste(a) bairro/localidade, é preciso estar atento ou alguém pode tirar vantagem de você: (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL11														
6.3. A maioria das pessoas neste(a) bairro/localidade estão dispostas a ajudar caso você precise: (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL12														
6.4. Neste(a) bairro/localidade, as pessoas geralmente não confiam umas nas outras quanto a emprestar e tomar dinheiro emprestado: (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL13														
7. Hoje em dia, com que frequência você diria que as pessoas neste(a) bairro/localidade ajudam umas às outras: (1) Sempre ajudam (2) Quase sempre ajudam (3) Algumas vezes ajudam (4) Raramente ajudam (5) Nunca ajudam	SOL2														



8. Na sua opinião, esse(a) bairro/localidade é geralmente: (1) Muito pacífico (2) Moderadamente pacífico (3) Nem pacífico nem violento (4) Moderadamente violento (5) Muito violento		VIOL1
9. Em relação a sua segurança, como você se sente ao andar sozinho(a) na sua rua depois de escurecer: (1) Muito seguro(a) (2) Moderadamente seguro(a) (3) Nem seguro (a), nem inseguro(a) (4) Moderadamente inseguro(a) (5) Muito inseguro(a)		VIOL2
10. Qual o controle que você sente que tem para tomar as decisões que afetam as suas atividades diárias: (1) Nenhum controle (2) Controle sobre muito poucas decisões (3) Controle sobre algumas decisões (4) Controle sobre a maioria das decisões (5) Controle sobre todas as decisões		POL1
11. Nos últimos 12 meses, você fez alguma dessas coisas:	Marque com um (x)	
11.1. Participou de uma reunião de conselho, reunião aberta ou grupo de discussão?		POL21
11.2. Encontrou um político, telefonou para ele/ela, ou enviou-lhe uma carta/email?		POL22
11.3. Participou de um protesto ou demonstração?		POL23
11.4. Participou de uma campanha eleitoral ou informativa?		POL24
11.5. Alertou algum jornal, rádio ou TV para um problema local?		POL25
11.6. Notificou a polícia ou a justiça a respeito de um problema local?		POL26
AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SEU TRABALHO E OS BENS DA SUA CASA. GOSTARIA DE LEMBRAR QUE OS DADOS DESTA ESTUDO SERVIRÃO APENAS PARA A PESQUISA.		
12. Quantos trabalhos você exerce atualmente? []  Se maior ou igual a 1 (um) pule para questão 14		TR1
13. Caso não exerça nenhum trabalho, como você se classifica? (1) Aposentado (2) Do lar (3) Desempregado  Pular para questão 17		TR2
14. Se trabalha atualmente, qual seu trabalho principal?		TR3
15. Nesse trabalho você é: (1) Empregado (2) Trabalhador doméstico (na casa de terceiros empregado doméstico, diarista etc.) (3) Conta própria (sem empregado ou com ajuda de trabalhador não remunerado) (4) Empregador (5) Não remunerado		TR4
16. O Sr. Trabalha atualmente com alguma dessas atividades:	S/N	Há quanto tempo (anos)?
A1. Fabricação e recuperação de baterias		
A2. Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo		
A3. Produção de ligas (bronze, latão)		
A4. Galvanoplastia (ex: Pado)		
		PB1
		PB11
		PB12
		PB13
		PB14



A5. Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo				PB15	
A6. Fabricação de PVC e outros plásticos				PB16	
A7. Indústria da borracha				PB17	
17. O Sr. já trabalhou com alguma das atividades:  Caso já tenha lido as alternativas: O(a) senhor(a) já trabalhou em algum dos locais que acabei de citar?	S/N	Durante quanto tempo? (anos)	Parou há quanto tempo (anos)?		
A1. Fabricação e recuperação de baterias				PB20	
A2. Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo				PB21	
A3. Produção de ligas (bronze, latão)				PB22	
A4. Galvanoplastia (ex: Pado)				PB23	
A5. Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo				PB24	
A6. Fabricação de PVC e outros plásticos				PB25	
A7. Indústria da borracha				PB26	
18. Alguém que mora com o Sr (a) trabalha com exposição ao chumbo? (1) Sim (2) Não				PB30	
 Se SIM: 18.1. Em qual atividade (códigos acima)? []				PB31	
19. Existe alguma fonte de contaminação por chumbo próxima à sua residência? (conforme alternativas citadas). (1) Sim (2) Não				PB40	
 Se SIM: 19.1. Qual a distância aproximada (metros) da fonte em relação à sua casa? []				PB41	
20. Por quais desses meios de comunicação costuma se informar: (1) Televisão (2) Rádio (3) Jornal Impresso (4) Internet (5) Outros				COM	
21. Classe econômica:				ABEP	
	Número de Itens				
Quais desses itens você possui?	0	1	2	3	4+
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de Lavar	0	2	2	2	2
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (separado ou	0	2	2	2	2
Qual o Grau de Instrução do chefe da família?					
Analfabeto / primário incompleto / até a 3ª série do fundamental					0
Primário Completo / ginásial incompleto / até a 4ª série do fund.					1
Ginásial completo / colegial incompleto / fundamental completo					2
Colegial completo / superior incompleto / ensino médio completo					4
Superior completo					8
Pontuação total []					





<p>27.2 Aponte o lápis e o relógio e pergunte: O que é isso?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>()</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>()</p> </div> </div> <p>Número de respostas corretas []</p>	1 ponto para cada
<p>27.3. Agora ouça com atenção porque eu vou pedir para o Sr (a) fazer 3 tarefas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegue este papel com a mão direita (utilize o TCLE) 2. Com as duas mãos dobre-o ao meio uma vez 3. Jogue-o no chão <p>Número de respostas corretas []</p>	1 ponto para cada tarefa
<p>27.4. Por favor, leia isto e faça o que está escrito no papel. Mostre ao examinado o comando:</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; font-weight: bold;">FECHE OS OLHOS</p> <p>Resposta correta []</p>	1 ponto
<p>27.5. Por favor, escreva uma sentença. Se o paciente não responder, peça: Escreva sobre o tempo.</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 10px 0;"/> <p>Resposta correta []</p>	1 ponto (Não considere erros gramaticais ou ortográficos)
<p>28. Por favor, copie este desenho. (Apresenta a folha com os pentágonos que se interseccionam)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">  <div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 150px; margin-left: 20px;"></div> </div> <p>Número de respostas corretas []</p>	1 ponto (Considere apenas se houver 2 pentágonos que se interseccionem, 10 ângulos, formando uma figura de 4 lados ou com 2 ângulos)
<p>29. PONTUAÇÃO TOTAL DO MINIMENTAL</p>	MM

 Se SIM: 34.1.Com frequência faz uso de bebida alcoólica? (1) Ocasionalmente (menos que 2x/sem) (2) Frequentemente (2 a 6x/sem) (3) Todos os dias	ALC2
34.2. Nos últimos 30 dias o Sr (a) consumiu mais que 4 (para mulher)/5(para homem) doses de bebida alcoólica em uma ocasião? <i>(mais de 4/5 doses seriam 4/5 latas de cervejas ou 4/5 taças de vinho ou 4/5 doses de cachaça/whisky/qualquer outra bebida destilada)</i> (1) Sim (2) Não	ALC3
 Se SIM: 34.2.1 Em quantos dias do mês isso ocorreu? []	ALC4
AGORA, VAMOS FALAR SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS, COMO CAMINHADA, ESPORTES E EXERCÍCIOS FEITOS DE MANEIRA REGULAR E QUE FAÇAM A RESPIRAÇÃO FICAR MAIS FORTE QUE O NORMAL.	
35.Em uma semana normal (típica) o sr(a) faz algum tipo de atividade física no seu tempo livre? (1) Sim (2) Não  Se NÃO , pule para a questão 38	EX1
 Se SIM:	

36. Em uma semana normal (típica) quais são as atividades físicas que o(a) Sr(a) pratica no tempo livre:				
	Se Sim , assinale com X	Quantas vezes por semana? (dias)	Quanto tempo dura por dia? (minutos)	
36.1. Caminhada?				EX21
36.2. Alongamento?				EX22
36.3. Dança?				EX23
36.4. Musculação?				EX24
36.5. Ginástica de academia?				EX25
36.6. Futebol?				EX26
36.7. Outra? Qual?				EX27
37. O(a) Sr.(a) faz atividade física REGULAR há mais de 6 meses? (1) Sim (2) Não  Se Sim , pule para a questão 40				EX5
38. O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 30 dias? (1) Sim (2) Não  Se Sim , pule para a questão 40				EX6
39. O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 6 meses? (1) Sim (2) Não				EX7

<p>40. Com relação ao seu trabalho remunerado, ou às atividades domésticas, em relação ao esforço físico, como você classificaria o seu trabalho:</p> <p>(1) Muito leve (2) Leve (3) Moderado (4) Intenso (5) Muito intenso</p>	EX8
<p>41. O(a) Sr.(a) caminha ou vai de bicicleta até o trabalho?</p> <p>(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica</p> <p> Se NÃO ou NÃO SE APLICA, pule para a questão 43</p>	EX9
<p>42. Quanto tempo o(a) Sr.(a) leva caminhando ou pedalando neste deslocamento (somar tempo de ida e volta): [] minutos.</p>	EX10
AGORA FAZER ALGUMAS PERGUNTAS QUANTO A SEUS HÁBITOS ALIMENTARES	
<p>43. Em quantos dias da semana (a) Sr(a) costuma comer frutas?</p> <p>(1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias</p>	AL1
<p>44. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, chuchu, berinjela, abobrinha), sem contar batata, mandioca ou inhame?</p> <p>(1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias</p>	AL2
<p>45. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer carne vermelha ?</p> <p>(1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias</p> <p> Se nunca, pule para questão 46</p>	AL3






45.1. Quando o(a) Sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) Sr(a) costuma: (1) Tirar sempre o excesso de gordura visível (2) Comer com a gordura (3) Não come carne vermelha com muita gordura	AL4	
46. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frango? (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias  Se nunca, pule para questão 47	AL5	
46.1. Quando o(a) Sr(a) come frango com pele costuma: (1) Tirar sempre a pele (2) Comer com a pele (3) Não come pedaços de frango	AL6	
47. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar leite? (não vale leite de soja) (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias  Se nunca, pule para questão 48	AL7	
47.1. Quando o(a) Sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar? (1) Integral (2) Desnatado ou semi-desnatado (3) Os dois tipos (99) Não sabe	AL8	
<u>BLOCO 3 – VARIÁVEIS DE CAPACIDADE FUNCIONAL</u>		
48. Respondente: (1) Própria pessoa (2) Cuidador	RES	
AGORA VAMOS VALAR DA SUA CAPACIDADE FUNCIONAL, CAPACIDADE MOTORA, COGNIÇÃO E ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA		
49. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para:	Nível:	
49.1. Alimentar-se? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→	Se SIM : (2) Com dificuldade (3) Sozinho, mas precisa de estímulo/supervisão (4) Precisa de ajuda parcial (5) Não consegue, precisa de outra pessoa	CF1
49.2. Tomar banho? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→		CF2
49.3. Vestir-se? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→		CF3
49.4. Cuidar da aparência (escovar dentes, pentear-se, fazer barba, cortar unhas ou se maquiar)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→		CF4
49.5. Utilizar o vaso sanitário (sentar-se, levantar-se da privada, limpar-se e se vestir)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→		CF5
49.6. Para urinar (micção)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→		CF6
49.7. Para fazer cocô (defecação)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→		CF7

<p>50. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para levantar-se, sentar-se e deitar-se, da cama para uma poltrona ou para uma cadeira de rodas e ficar de pé e vice-versa? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p> Se SIM: 50.1. Como o(a) Sr (a) realiza a transferência: (2) Com dificuldade (3) Sozinho, mas precisa de estímulo ou supervisão (4) Precisa de ajuda parcial (5) Não consegue, precisa de outra pessoa</p>	CF10
<p>51. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para andar pela casa ou chegar ao elevador (no caso de morar em apartamento)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p> Se SIM, 51.1. Como o(a) Sr (a) anda pela casa: (2) Com dificuldade (com bengala, prótese, órtese ou andador) (3) Sozinho, mas precisa que alguém o guie, estimule ou supervisione (4) Precisa de ajuda de outra pessoa para caminhar (5) Não anda</p>	CF11
<p>51.2. O senhor utiliza algum dispositivo para auxiliá-lo a caminhar? (1) Bengala simples (2) Trípole (3) Quadrípole (4) Andador</p>	CF111
<p>52. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para caminhar fora de casa? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p> Se SIM, 52.1. Como o(a) Sr (a) caminha fora de sua casa: (2) Com dificuldade (com bengala, prótese, órtese ou andador) (3) Utiliza uma Cadeira de Rodas (CR) ou caminha sozinho, mas precisa que alguém o guie, estimule ou supervisione ou apresenta marcha instável (4) Utiliza CR com dificuldade (5) Precisa de ajuda de outra pessoa para caminhar ou utilizar uma CR (6) Não pode se locomover na área externa (deve ser transportado em maca)</p>	CF12
<p>53. Em relação ao uso de prótese e órtese, o(a) Sr(a) usa? (1) Não utiliza (pule para a questão seguinte) (2) Instala sozinho (3) Instala com dificuldade (4) Precisa que alguém verifique a instalação ou precisa de alguma ajuda para isso (5) A prótese ou órtese deve ser instalada por outra pessoa</p>	CF13
<p>54. Em relação a Cadeira de Rodas, o(a) Sr (a) precisa utilizar? (1) Não utiliza (pule para a questão seguinte) (2) Desloca-se sozinho em CR (3) Desloca-se com dificuldade em CR (4) Precisa que alguém empurre a CR (5) Não pode utilizar uma CR (deve ser transportado em maca)</p>	CF14
<p> Se utiliza, 54.1. Qual o tipo de cadeira de rodas? (1) Cadeira de rodas simples (2) Cadeira de rodas motorizadas</p>	CF141
<p>54.2. O local onde o(a) Sr(a) mora permite a circulação em CR? (1) Sim (2) Não</p>	CF142



<p>55. Em relação à utilizar escadas em algum lugar, o(a) Sr (a) apresenta alguma dificuldade para subir e descer? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↳ Se SIM 55.1. Para utilizar escadas, o(a) Sr(a) sobe e desce: (2) Com dificuldade (3) Sobe e desce de maneira não segura, precisa que alguém o guie, estimule ou supervisione (4) Sobe e desce escadas com ajuda de outra pessoa (5) Não utiliza escadas</p>	CF15
<p>56. O(a) Sr(a) precisa utilizar escadas no domicílio? (1) Sim (2) Não</p>	CF16
<p>57. Sem ajuda de nenhum equipamento o(a) Sr(a) tem alguma dificuldade para ler/enxergar? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↳ Se SIM, 57.1. Para ler/enxergar, o(a) Sr(a): (2) Tem distúrbios visuais, mas enxerga suficientemente para realizar Atividades de Vida Diária (AVDs) (3) Só enxerga o contorno dos objetos e precisa ser guiado nas AVDs (4) Não enxerga/Cego</p>	CF20
<p>57.1.1. Para exercer suas atividades diárias, o(a) Sr(a) utiliza: (1) Lentes corretivas/óculos (2) Lupa (3) Não utiliza</p>	CF201
<p>58. Sem ajuda de nenhum equipamento o(a) Sr(a) tem alguma dificuldade para ouvir? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↳ Se SIM, 58.1. Para ouvir, o(a) Sr(a): (2) Só ouve quando falam alto ou precisa que alguém instale seu aparelho auditivo (3) Só escuta gritos ou algumas palavras ou lê os lábios ou compreende gestos (4) Surdez total e incapacidade de compreender o que alguém quer lhe comunicar</p>	CF21
<p>59. Sem ajuda de nenhum equipamento o(a) Sr(a) tem alguma dificuldade para falar ou comunicar-se normalmente? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↳ Se SIM, 59.1. Para falar normalmente, o(a) Sr(a): (2) Tem certa dificuldade, mas consegue expressar seu pensamento (3) Tem uma dificuldade grave, mas pode comunicar certas necessidades básicas ou responde a questões simples (sim, não) ou utiliza linguagem de gestos (4) Não comunica</p>	CF22
<p>59.2. O(a) Sr(a) utiliza algum dispositivo para ajudar em sua comunicação? (1) Quadro de comunicação (2) Computador (3) Não utiliza</p>	CF221
<p>60. O(a) Senhor(a) tem alguma dificuldade para lembrar-se de fatos (de maneira que comprometa a realização de suas atividades)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↳ Se SIM, 60.1. Com relação a sua memória, o(a) Sr(a): (2) Esquece fatos recentes, mas se lembra dos fatos importantes (3) Esquece habitualmente as coisas da vida cotidiana corrente (4) Amnésia quase total</p>	CF30







<p>61. O(a) Senhor(a) tem alguma dificuldade para localizar-se no tempo, espaço e pessoas? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↳ Se SIM, 61.1. O(a) Sr (a) sente-se que está: (2) Algumas vezes desorientado (3) Encontra-se orientado somente em relação a um curto espaço de tempo (período do dia), local (ambiente em que vive habitualmente) e pessoas familiares (4) Desorientação completa</p>	CF31	
<p>62. O Sr(a) tem alguma dificuldade para compreender bem o que alguém lhe explica ou pede? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↳ Se SIM, 62.1. O(a) Sr (a): (2) É lento para compreender explicações ou pedidos (3) Parcialmente, mesmo após explicações repetidas ou é incapaz de aprender coisas novas (4) Não compreende o que se passa ao seu redor</p>	CF32	
<p>63. O Sr (a) consegue avaliar as situações e tomar decisões sensatas? (1) Sim (pule para a questão seguinte) () Não</p> <p>↳ Se NÃO, 63.1. O(a) Sr (a): (2) Avalia as situações, mas precisa de conselhos para tomar decisões sensatas (3) Avalia mal as situações e toma decisões sensatas apenas se alguém lhe sugerir fortemente uma opinião (4) Não avalia as situações e é preciso que alguém tome-as em seu lugar</p>	CF33	
<p>64. Em relação ao comportamento, o(a) Sr(a) apresenta: (1) Comportamento apropriado (2) Distúrbios, como por exemplo: choro, teimosia e apatia, que precisam de supervisão ocasional ou chamar a atenção ou estímulo (3) Distúrbio que precisam supervisão mais intensiva (agressividade contra si ou aos outros, incomoda os outros, perambulação, gritos constantes) (4) Perigoso, precisa de contenções ou tenta machucar/ferir os outros, ferir-se ou tentar fugir</p>	CF34	
<p>65. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para:</p>	Nível:	
<p>65.1. Cuidar da casa? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	Se SIM:	CF40
<p>65.2. Lavar roupa? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	(2) Com dificuldade (3) Sozinho, mas precisa supervisão ou estímulo para manter um nível adequado de limpeza	CF41
<p>65.3. Preparar as refeições? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	(4) Precisa de ajuda, principalmente para as atividades mais complexas	CF42
<p>65.4. Fazer compras? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim→</p>	(5) Não faz	CF43


<p>66. O (a) Sr (a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para utilizar o telefone (incluindo a pesquisa de um número no catálogo)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↪ Se SIM, 66.1. Com relação à utilizar o telefone, o(a) Sr(a): (2) Utiliza com dificuldade (3) Atende, mas só disca alguns números que sabe de cor ou números em caso de urgência (4) Comunica-se ao telefone, mas não disca e nem atende (5) Não utiliza o telefone</p>	CF44
<p>67. O (a) Sr (a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para utilizar meio de transporte (automóvel, veículo adaptado, táxi, ônibus)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↪ Se SIM, 67.1. Com relação à utilizar meios de transporte, o(a) Sr (a): (2) Utiliza com dificuldade (3) Deve ser acompanhado ou utiliza sozinho um veículo adaptado (4) Utiliza apenas automóvel ou veículo adaptado mediante acompanhamento e ajuda para entrar e sair (5) Deve ser transportado em maca</p>	CF45
<p>68. O (a) Sr (a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para lidar com dinheiro (incluindo movimentação bancária)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↪ Se SIM, 68.1. Em relação à lidar com dinheiro, o(a) Sr(a): (2) Administra com dificuldade (3) Precisa de ajuda para efetuar certas transações complexas (4) Precisa de ajuda para efetuar transações simples (descontar um cheque, pagar contas), mas utiliza corretamente o dinheiro que lhe é passado (5) Não administra o próprio dinheiro</p>	CF46
BLOCO 4 – UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	
<p>69. O(a) senhor(a) possui plano de saúde? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	PS1
<p>↪ Se SIM, 69.1: Qual a modalidade da cobertura? (1) parcial (co-participativo) (2) integral (99) Não sabe/lembra</p>	PS2
<p>70. Você utiliza o serviço do posto (unidade básica) de saúde? (1) Sim (2) Não</p> <p>↪ Se NÃO, pule para a questão 75</p>	SUS
<p>71. O(a) senhor(a) recebe visitas das equipes de saúde da família (do posto de saúde) (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	PSF1
<p>72. O(a) senhor(a) recebe visitas do agente comunitário de saúde (ACS)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	ACS
<p>↪ Se SIM, 72.1: Com que frequência? [] visitas/mês</p>	ACS1
<p>73. Como o(a) Sr(a) avalia o atendimento da equipe de saúde da família? (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim</p>	PSF2
<p>74. Realizou consultas médicas nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	MED1
<p>↪ Se SIM, 74.1: O senhor(a) recorda aproximadamente quantas consultas? []</p>	MED2

74.2: Quantas dessas foram nos últimos dois meses? []	MED3
74.3: Como o(a) Sr(a) avalia a sua relação com seu principal médico? (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	MED4
75. Realizou alguma cirurgia nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	CIR
76. Você esteve internado (unidade hospitalar por mais de 1 dia) nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	INT1
 Se SIM: 76.1. O(a) senhor(a) recorda por qual motivo? _____ (99) Não sabe/lembra	INT2
NESTE MOMENTO VAMOS TRATAR DA SAÚDE DE SEUS DENTES E SUA BOCA	
77. Alguma vez na vida o sr(a) já foi ao consultório do dentista? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra  Se NÃO pule para a questão 82	DNT1
78. Quando o Sr(a) consultou o dentista pela última vez? (1) Menos de um ano (2) Um a dois anos (3) Três anos ou mais (99) Não sabe/lembra	DNT2
79. Onde foi a sua última consulta ao dentista? (1) Serviço público (2) Serviço particular (3) Plano de Saúde ou Convênios (4) Outros (99) Não sabe/lembra	DNT3
80. Qual o motivo da sua última consulta ao dentista: (1) Revisão, prevenção ou check-up (2) Dor (3) Extração (4) Tratamento (5) Outros (99) Não sabe/lembra	DNT4
81. O que o sr(a) achou do tratamento na última consulta: (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	DNT5
<u>BLOCO 5 – CONDIÇÕES DE SAÚDE</u>	
82. Você já perdeu algum dente? (1) Sim (2) Não  Se NÃO pule para a questão 84	SB1
 Se SIM: 82.1. O(a) senhor(a) consegue recordar aproximadamente quantos? (arcada superior 16 e inferior 16 dentes) []	SB2
83. Possui alguma prótese dentária? (pivô, coroa, ponte móvel ou fixa, ou dentadura superior e/ou inferior) (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	SB3
 Se SIM: 83.1. A(s) prótese(s) fica(m) na parte: (1) Superior da boca (2) Inferior da boca (3) Ambas	SB4
84. O(a) sr(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente? (1) Sim (2) Não	SB5
85. Nos últimos 6 meses o(a) sr(a) teve dor de dente? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	SB6
86. Você tem observado sangramento na gengiva: (1) Não (2) Sim, na última semana (3) Sim, há 15 dias (4) Sim, há mais de 1 mês	SB7

87. Sente algum (s) dente(s) amolecido(s)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra/aplica	SB8
↳ Se SIM : 87.1. Quantos dentes estão amolecidos? []	SB9
88. Com relação aos seus dentes/boca o(a) sr(a) está: (1) Satisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem um nem outro (99) Não sabe/lembra	SB10
89. No último mês você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva? (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente ↳ Se NÃO pule para a questão 92	SB11
90. No último mês sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva? (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente	SB12
91. No último mês você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva? (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente	SB13
92. Você já se sentiu envergonhado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva? (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente	SB14
AGORA IREMOS FALAR SOBRE SUA SAÚDE EM GERAL	
93. Como você classifica seu estado de saúde: (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	EST1
94. Comparado a um ano atrás, como você classificaria seu estado de saúde: (1) Muito melhor (2) Um pouco melhor (3) Quase a mesma (4) Um pouco pior (5) Muito pior	EST2
95. Comparado com pessoas da mesma idade que a sua, como você classificaria seu estado de saúde: (1) Muito melhor (2) Um pouco melhor (3) Quase a mesma (4) Um pouco pior (5) Muito pior	EST3
AS SEGUINTE PERGUNTAS SÃO RELATIVAS AOS HÁBITOS DE SONO DURANTE O ÚLTIMO MÊS. SUAS RESPOSTAS DEVEM INDICAR A LEMBRANÇA MAIS EXATA DA MAIORIA DOS DIAS E NOITES DO ÚLTIMO MÊS.	
96. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite? Hora usual de deitar []	SON1
97. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite? Número de minutos []	SON2
98. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã? Hora usual de levantar []	SON3
99. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? Horas de sono por noite []	SON4
100. Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral? (1) Muito boa (2) Boa (3) Ruim (4) Muito ruim	SON6
101. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para lhe ajudar a dormir? (1) Nenhuma no último mês (2) Menos de 1 vez/semana (3) 1 ou 2 vezes/semana (4) 3 ou mais vezes/semana	SON7

106. Já lhe disseram que o(a) senhor(a) ronca todas ou quase todas as noites? (1) Sim (2) Não	SON11
 Se SIM , Isso ocorre há pelo menos 12 meses? (1) Sim (2) Não	SON11a
107. Já lhe disseram que quando o(a) senhor(a) dorme deixa de respirar por alguns momentos? (1) Sim (2) Não	SON12
108. O Sr(a) sabe qual o seu peso? [] kg	PESR
109. O Sr (a) sabe qual sua altura? [,] m	ALTR
110. CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO ESQUERDO: [] cm	CBE
111. AFERIR A PRIMEIRA MEDIDA DE PA: _____ / _____	PA1
VOU PERGUNTAR AGORA SE O(A) SENHOR(A) JÁ FOI DIAGNOSTICADO POR UM MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DA SAÚDE SOBRE ALGUMAS DOENÇAS. ATENÇÃO, POIS <u>SÓ DEVE RELATAR AQUILO QUE UM MÉDICO OU PROFISSIONAL DA SAÚDE JÁ LHE INFORMOU QUE POSSUI.</u>	
112. Quais das doenças abaixo você já foi informado por um médico ou outro profissional da saúde (médico, enfermeiro, farmacêutico, outros.) que tem ou teve:	
	Sim/Não HA
112.1 Hipertensão Arterial/Pressão Alta?	
112.2 Diabetes Mellitus / Açúcar no sangue?	DM
112.3 Colesterol elevado?	CT
112.4 Angina?	AG
112.5 Insuficiência Cardíaca Congestiva?	ICC
112.6 Infarto Agudo do Miocárdio?	IAM1
112.6.1 Seus pais ou irmãos tiveram algum episódio de IAM antes dos 60 anos?	IAM2
112.7 Doença Cerebrovascular/Derrame?	DCV1
 Se SIM , há quanto tempo aconteceu? [] anos	DCV2
112.7.1 Ele já se repetiu alguma vez? (1) Sim (2) Não	DCV3
112.7.2 Seus pais ou irmãos tiveram antes dos 60 anos?	DCV4
112.8 Insuficiência Renal Crônica?	IRC
112.9 Doença pulmonar?	DP
112.10 Fratura de quadril?	FQ
112.11 Artrite / Artrose / Reumatismo?	ART
112.12 Problema na coluna?	COL
112.13 Algum tipo de Neoplasia / Câncer?	CAN
112.14 Depressão?	DEP

112.15 Outras? Qual(is):	DOT
 SOMENTE MULHERES:	
112.20 Tem ovário micropolicístico?	OMP
112.21 Já está na menopausa? (1) Sim (2) Não  Se Não , pule para a questão 113	MP
112.22 Esta gestante no momento?	GRAV
112.23 Esta amamentando no momento?	LAC
113. Você já perdeu seu pai, sua mãe ou algum irmão por morte súbita antes dos 60 anos? (1) Sim (2) Não	MSUB
 Se AFIRMOU alguma doença: 114. Você utiliza algum remédio para controlar suas doenças? (1) Sim (2) Não  Se NÃO pule para a questão 117	TRAT1
NESTE MOMENTO FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O JEITO QUE TOMA SEUS REMÉDIOS . MINHA INTENÇÃO NÃO É AVALIAR VOCÊ . ASSIM, POR FAVOR, RESPONDA AS PRÓXIMAS PERGUNTAS DE MANEIRA SINCERA, SEM SE PREOCUPAR COM O RESULTADO.	
115. Muitas pessoas têm algum tipo de problema ao tomar seus remédios. Nos últimos 15 dias o(a) senhor(a) teve algum problema em tomá-los? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	ADS1
116. Nesses últimos 15 dias o(a) Sr(a) deixou de usar algum remédio que deveria estar usando? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	ADS2
117. Você sofreu alguma queda nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	QUE1
 Se SIM : 117.1. O(a) senhor(a) recorda quantas vezes? []	QUE2
117.2. Onde?	QUE3
<u>BLOCO 6 – TRATAMENTO MEDICAMENTOSO</u>	
118. Nos últimos 15 dias o(a) senhor(a) utilizou qualquer tipo de medicamento (ex.: de uso contínuo, para dores, para o estômago ou outros)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra  Se NÃO pule para a questão 131 (pg. 20)	TRAT2

119. Com relação ao uso de medicamentos, o(a) Sr (a): (1) Toma sozinho (<i>pule para a próxima questão</i>) (2) Toma com dificuldade (3) Precisa de supervisão (incluindo supervisão à distância) para assegurar que lhe tome adequadamente seus medicamentos ou os medicamentos são organizados em uma caixa semanalmente (preparada por outra pessoa) (4) Toma seus medicamentos se eles são preparados diariamente (5) Alguém deve lhe trazer os medicamentos na hora certa	CF47
120. Nesses últimos 15 dias, você teve algum problema ou desconforto que acha que foi causado pelos remédios que toma? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	RAM
121. Os horários, efeitos colaterais ou a forma de tomar seus remédios interfere de alguma forma em sua rotina (trabalho ou atividades diárias)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	ROT
122. Quando um medicamento é receitado, o médico ou o dentista lhe orienta quanto a sua utilização? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	OR1
123. Mais algum profissional da saúde (farmacêutico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde) conversa com o(a) Sr(a) a respeito da forma de utilizar seus remédios? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	OR2
VOLTAREI A FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O JEITO QUE TOMA SEUS REMÉDIOS. <u>ELAS SE REFEREM APENAS AOS MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO (SEM DATA PARA O TÉRMINO DO TRATAMENTO).</u> POR FAVOR, RESPONDA AS PERGUNTAS <u>SEM FICAR PREOCUPADO COM O RESULTADO.</u>	
124. Você às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a medicação? (1) Sim (2) Não	ADS3
125. Você às vezes se descuida de tomar seus medicamentos? (1) Sim (2) Não	ADS4
126. Quando está se sentindo melhor, você às vezes para de tomar seus medicamentos? (1) Sim (2) Não	ADS5
127. Às vezes, se você se sente pior ao tomar a medicação, você para de tomá-la? (1) Sim (2) Não	ADS6
128. Número de respostas “NÃO” das perguntas 124 a 127: []	ADS7
129. Nos últimos quinze dias, você deixou de tomar os medicamentos por terem faltado? (1) Sim (2) Não	ACE1
 Se SIM: 129.1. Qual foi a razão pela qual os medicamentos faltaram? (1) Não consegui obtê-los nos serviços de saúde onde são fornecidos (2) O serviço onde os obtenho é longe e/ou não funciona no horário em que posso ir buscar. (3) Não teve dinheiro para adquiri-los. (4) Outra	ACE2
AGORA PRECISAREI RELATAR OS REMÉDIOS UTILIZADOS PELO(A) SENHOR(A). POR FAVOR, TRAGA TODOS OS MEDICAMENTOS QUE O(A) SENHOR(A) UTILIZA DIARIAMENTE OU QUE UTILIZOU MESMO QUE EVENTUALMENTE NOS ÚLTIMOS 15 DIAS. (PAUSA).	

<p>130. O(a) Senhor(a) possui a prescrição destes produtos? (1) Sim (2) Não</p> <p>↪ Se SIM: Copie as informações sobre o tratamento APENAS da receita MAIS RECENTE:</p> <p>Nome do medicamento:</p> <p>Posologia:</p> <p>Duração do tratamento:</p> <p>Forma de tomar (ações requeridas):</p> <p>Data:</p> <p>Carimbo médico (sim/não):</p> <p>Outras informações contidas:</p> <p>() Receita com problemas de legibilidade</p>	REC
RELATE OS MEDICAMENTOS NA FICHA ABAIXO	
<u>BLOCO 7 – MEDIDAS</u>	
131. AFERIR A SEGUNDA MEDIDA DE PA: _____ / _____	PA2
132. Peso (kg): _____	PESM
133. Altura (m): _____	ALTM
134. Circunferência da cintura (cm): _____	CCIN
135. Circunferência do quadril (cm): _____	CQUA
136. CASO A PRIMEIRA E SEGUNDA MEDIDAS DE PA FOREM DIVERGENTES, AFERIR A TERCEIRA MEDIDA DE PA: _____ / _____	PA3
DATA DA COLETA DE EXAMES:	____/____/____ horas: _____

ANEXO

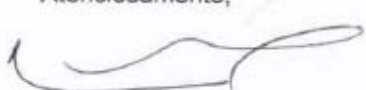
ANEXO A

Parecer Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná
Registro CONEP 268

Parecer de Aprovação Nº 236/10 CAAE Nº 0192.0.268.000-10 FOLHA DE ROSTO Nº 368859	Londrina, 19 de outubro de 2010.
PESQUISADOR: REGINA KAZUE TANNO DE SOUZA CCS/DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA	
<p>Prezada Senhora:</p> <p>O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" (<u>Registro CONEP 268</u>) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:</p> <p style="text-align: center;">"DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO PARANÁ: MORTALIDADE, PERFIL DE RISCO, TERAPIA MEDICAMENTOSA E COMPLICAÇÕES."</p>	
<p>Situação do Projeto: APROVADO</p> <p>Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.</p>	
<p style="text-align: center;">Atenciosamente,</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">Prof.ª. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UEL</p>	