



CAPITAL SOCIAL E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE EM INDIVÍDUOS PARTICIPANTES DE UM CENTRO DE TRADIÇÕES GAÚCHAS DE SÃO MARCOS – RS

Denise Casal^a, Ismael Kolling Tabares^a, Giovana Valentini Pedroni^b, Thalia Sebben Pedrotti^b
Willian Dhein^b, Lidiane Barazzetti^{b*}

a) Fisioterapeutas, acadêmicos egressos do curso de Fisioterapia do Centro Universitário da Serra Gaúcha.

b) Curso de Fisioterapia do Centro Universitário da Serra Gaúcha.

Informações de Submissão

*Lidiane Barazzetti

lidiane.barazzetti@fsg.edu.br;

thalia.sebben@outlook.com;

Endereço: rua Os Dezoito do Forte, 2366 -
Caxias do Sul - RS - CEP: 95020-472

Palavras-chave:

Capital Social. Autopercepção de saúde. Centro de Tradições Gaúchas

Resumo

Introdução: Capital Social é um conceito atual que tem sido muito utilizado para descrever relacionamentos sociais e uma possível relação com aspectos de saúde populacional. O objetivo desse estudo foi verificar a relação entre o Capital Social e a Autopercepção em Saúde de indivíduos que fazem parte do CTG Porteira da Serra de São Marcos – RS. **Metodologia:** Trata-se de um estudo analítico transversal onde a amostra, recrutada por conveniência, foi constituída por sócios vinculados a um CTG. **Resultados:** A maioria apresentou um excelente capital social (63,9%). Foi encontrada uma associação significativa entre capital social e escolaridade com média de 12,78 anos de estudo, atividade física onde realizavam ao menos 1x na semana (44,4%) e autopercepção de saúde onde a maioria tinha uma boa (47,2%) ou ótima (33,3%). **Discussão:** Ser membro de associações tem se tornado um dos indicadores mais utilizados para examinar a formação ou destruição de capital social, indivíduos que apresentam condições de saúde melhores, através de seu auto relato, apresentam um capital social melhor. **Conclusão:** Os achados desse estudo revelaram um excelente capital social na maioria dos indivíduos da amostra, sendo fatores determinantes para este resultado a escolaridade, a prática de atividade física e a autopercepção de saúde.

1 INTRODUÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO

A Organização Mundial de Saúde (OMS, [s.d.]) conceitua saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades. Os

aspectos que envolvem saúde são muito amplos. Vários são os fatores que influenciam no bem-estar físico completo de um indivíduo ou de uma população. Uma das formas de se verificar o nível de saúde de indivíduos ou população é através da autopercepção de saúde.

A autopercepção geral da saúde engloba aspectos da saúde física, cognitiva e emocional e está fortemente associada com o estado objetivo de saúde das pessoas determinado por avaliações normativas (APPELS et al., 1996). Além disso, é um poderoso indicador de mortalidade, ou seja, as pessoas que relatam a sua saúde como sendo pobre apresentam maior risco de mortalidade por todas as causas de morte em comparação com aquelas que relatam ter uma saúde excelente (KAPLAN; CAMACHO, 1983; IDLER; BENYAMINI, 1997; MARCELLINI, 2002). A autopercepção associa-se fortemente com o estado real ou objetivo de saúde das pessoas e pode ser encarada como uma representação das avaliações objetivas de saúde. Fatores demográficos, socioeconômicos e outros relacionados com o estilo de vida estão diretamente associados à auto avaliação da saúde em adultos e idosos (APPELS et al., 1996).

Um conceito atual que tem sido muito utilizado para descrever relacionamentos sociais e uma possível relação com aspectos de saúde populacional, é o capital social.

O termo capital social aparece pela primeira vez descrito na literatura em 1916 por Hanifan, nos Estados Unidos, para descrever centros comunitários de escolas rurais.

O capital social refere-se às características da organização social, tais como confiança, normas e redes de relacionamentos que facilitam ações conjuntas dos atores sociais e, por conseguinte, melhoram a eficácia e eficiência da sociedade como um todo (PUTNAM; LEONARDI; NANETTI, 1993). Sem confiança interpessoal, as chances de mobilização coletiva diminuem e, sem participação política dos cidadãos, mais frágil é a democracia e seus supostos benefícios para os cidadãos (SELIGSON; RENNO, 2000). O teorema é de que quanto mais a pessoa participa de associações, maior a tendência a solidificar um civismo público e, consequentemente, o fortalecimento das virtudes capazes de conduzir a situações, coletivas ou individuais, mais saudáveis (PATTUSSI et al., 2006).

O conceito de capital social ora aparece como propriedade dos indivíduos, ora como característica da sociedade importante para a saúde (MACINKO; STARFIELD, 2001). O interesse pela aplicação do conceito do capital social na saúde é ainda recente, bem como o consenso sobre sua definição. Fica claro, no entanto, que este pode influenciar a saúde em diferentes níveis de ação: individual, comunitário, em bairros, escolas e locais de trabalho. (KAWACHI; SUBRAMARIAN; KIM, 2008; KOLLING, 2012).

As principais características do capital social envolvem noções de que: é um bem público e assim visa o bem estar comum; encoraja confiança social, a qual leva à cooperação e vice-versa; facilita cooperação mútua, por meio das normas de reciprocidade e de expectativas mútuas; encoraja interação e interconexão das relações sociais, por meio da melhoria do fluxo de informação e a confiança entre indivíduos; de modo oposto ao capital físico, é durável e não deprecia com o uso, ao contrário, quanto mais é usado, maior se torna, e pode ser criado como subproduto da sociedade civil organizada e dos movimentos populares (PUTNAM; LEONARDI; NANETTI, 1993; COLEMAN, 1990; PATTUSSI et al. 2006). Ações que se estabelecem a partir da construção de estratégias comunitárias que objetivam desenvolvimento local, protagonizam e incorporam o sentido do capital social, no qual se sustentam os princípios de confiança social e cooperação mútua (PUTNAM, 1995).

O capital social pode ser dividido em seis dimensões: grupos e redes, confiança e solidariedade, ação coletiva e cooperação, informação e comunicação, coesão social e inclusão, empoderamento e ação política. Dentre estas, a primeira representa redes informais que são manifestadas por meio de esforços de cooperação, coordenação e assistência mútua, na qual ajudam a maximizar a utilização de recursos disponíveis. Um exemplo disso são as associações, com papéis e regras delineadas que governam como os membros do grupo para atingir objetivos comuns. *Confiança e solidariedade*, a segunda dimensão, diz respeito a extensão com a qual as pessoas sentem que podem contar com parentes, vizinho, colegas, conhecidos, fornecedores de serviços indispensáveis e até mesmo estranhos. A terceira dimensão, a *ação coletiva e cooperação* explora com maior profundidade como as pessoas trabalham com outras dentro de suas comunidades, em projetos conjuntos e/ou em resposta a um problema ou crise. Esta também considera as consequências da violação de expectativas comunitárias relacionadas com normas de participação. Já a *informação e comunicação*, pode ser destacada através do recebimento e compartilhamento de informações relacionadas com as questões da comunidade, condições do mercado de trabalho, serviços públicos e a extensão do acesso das pessoas à infraestrutura de comunicações. A *coesão social e inclusão*, enfoca a tenacidade dos vínculos sociais e seu potencial dual de incluir ou excluir membros da comunidade. Pode ser demonstrada por meio de eventos comunitários, como casamentos e funerais, ou por meio de movimentos que aumentam a solidariedade, que fortalecem coesão social, melhoram a comunicação, mentalidade cívica e desenvolvem um senso de consciência coletiva. Por fim, o *empoderamento e ação política*, explora o senso de satisfação, eficácia pessoal e capacidade de membros de redes e grupos de influenciar eventos locais e mais amplos resultados políticos. Podem ocorrer dentro de uma associação de bairro menor ou em níveis locais, regionais e nacionais mais

amplos. Esta também considera nichos sociais tanto relacionadas com gênero, etnia, religião, regionalismo ou outros fatores (DUDWICK et al., 2006).

O fato de os indivíduos fazerem parte ou serem membros de associações tem se tornado um dos indicadores mais utilizados para examinar a formação ou destruição de capital social, a partir do próprio conceito do mesmo e das dimensões que estão na sua origem. O que se pode observar é a prevalência de filiação, por parte dos atores sociais, em organizações voluntárias em um determinado contexto (PATTUSSI et al., 2006). Estar associado a estas organizações, comunidades ou associações teria uma associação direta com os níveis de saúde destas populações. Um dos exemplos de organizações que podem ser citados é o Movimento Tradicionalista Gaúcho (MTG), representado fisicamente pelos Centros de Tradições Gaúchas (CTGs) (PATTUSSI et al, 2006).

A cultura gaúcha tem por finalidade adaptar o indivíduo não só ao seu ambiente natural, mas também ao seu lugar na sociedade. Toda a cultura inclui uma série de técnicas que ensinam o indivíduo, desde a infância, a maneira como comportar-se na vida grupal. E graças a esta tradição, essa cultura se transmite de uma geração a outra, capacitando sempre os novos indivíduos a uma pronta integração na vida em sociedade (LESSA, 2000).

O movimento popular representado pela cultura gaúcha tem a necessidade de sensibilizar as pessoas e as predispõe a integrarem-se ao movimento. No movimento, os participantes devem desenvolver o espírito de camaradagem, fazer desaparecer os sentimentos de estranheza ou indiferença. Nenhum movimento persiste sem apoiar-se em aspectos morais que lhe deem legitimidade, vitalidade e solidariedade na adversidade, nenhum movimento pode prosperar sem uma ideologia grupal. É a filosofia do movimento que deve ter respeitabilidade, prestígio e apelo popular. O movimento necessita de estratégias que garantam o recrutamento de novos adeptos, a conservação dos que já a ele pertencem e a busca dos objetivos que se propõe (LIMA, 1995).

Desta forma, levando-se em consideração que o capital social tem sido atualmente utilizado como uma característica da sociedade importante para a saúde, e que a autopercepção de saúde é um bom indicador da saúde real dos indivíduos, este estudo apresenta como objetivo verificar os níveis de capital social e sua relação com a autopercepção de saúde de indivíduos que fazem parte de um Centro de Tradições Gaúchas da cidade de São Marcos – RS. Além disso, também pretende-se descrever a associação do capital social com as características epidemiológicas destes indivíduos.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo analítico transversal onde a amostra, recrutada por conveniência, foi constituída por sócios vinculados ao Centro de Tradições Gaúchas Porteira da Serra da cidade de São Marcos - RS, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos.

A coleta foi realizada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário da Serra Gaúcha, sob parecer número 3.098.869. A mesma aconteceu na sede da entidade, em uma data previamente agendada com a direção do CTG. Os sócios e participantes da entidade foram avisados com antecedência da data, local e horário em que ocorreriam as coletas. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi aplicado pelos pesquisadores em duas vias, onde uma via ficou com o participante. Todas as vias foram assinadas pelos pesquisadores e pelos participantes.

Para a seleção da amostra foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: Indivíduos na faixa etária igual ou acima de 18 anos participantes do Centro de Tradições Gaúchas Porteira da Serra, estar presente na sede da entidade no dia da coleta, aceitar preencher o questionário da pesquisa, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram considerados critérios de exclusão: ter alterações cognitivas, deficientes visuais (uma vez que o questionário era autoaplicável e não possuía versão em braile), pessoas que não frequentam a entidade e que, por ventura, estivessem presentes no local e no dia das coletas.

No dia da coleta, antes do início da mesma, foi realizada uma breve explicação sobre a temática central da pesquisa, especialmente sobre o capital social, e de como a pesquisa iria ocorrer. A coleta de dados foi através do preenchimento de um questionário semiestruturado autoaplicável. O questionário foi preenchido de forma individual, sempre com o acompanhamento de um dos pesquisadores para o esclarecimento de possíveis dúvidas.

O questionário epidemiológico foi composto por variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e estilo de vida, além da exposição principal autopercepção de saúde. As questões para avaliar o capital social foram criadas pelos pesquisadores baseando-se no estudo de Dudwick et al. (2006), que leva em consideração as seis dimensões do capital social, e o significado de cada uma delas, que são: grupos e redes, confiança e solidariedade, ação coletiva e cooperação, informação e comunicação, coesão social e inclusão, empoderamento e ação política. Para cada dimensão foram criadas três perguntas com as opções de sim ou não, totalizando dezoito perguntas. As perguntas respondidas com “sim” foram consideradas como positivas e somaram pontos numa escala de 0 (zero) a 18 (dezoito) pontos, onde 18 representa o melhor capital social possível e 0 o pior capital social

possível. As perguntas foram criadas de acordo com a realidade da entidade pesquisada e dos aspectos e características relevantes para a mesma, ou seja, um Centro de Tradições Gaúchas.

Salienta-se que para a avaliação do capital social, não foi utilizado um instrumento validado, pois o conceito de capital social pressupõem os aspectos e relações específicas de cada população a ser estudada e, desta forma, não existe um instrumento que possa verificar de forma fidedigna estes aspectos em populações diferentes, que podem ser populações de cidades, estados, países (onde alguns dos indicadores utilizados para a verificação do capital social podem ser medidas com o Índice de Desenvolvimento Populacional, renda percapita entre outros), como podem ser populações de organizações, religiões e entidades filantrópicas, associações e outras.

Para a análise dos dados, a variável desfecho capital social foi categorizada em “capital social bom” e “capital social excelente”, sendo que o ponto de corte utilizado foi a mediana da distribuição dos dados (16 pontos). A autopercepção de saúde foi avaliada através de pergunta simples onde o indivíduo deveria escolher entre as seguintes opções: ruim, regular, boa ou ótima.

Para a análise dos dados, um banco de dados foi elaborado utilizando-se o programa Microsoft Excel versão 2016. O programa utilizado para análise estatística foi o Microsoft SPSS versão 20.0, onde foi realizada uma análise univariada para descrever a amostra e uma análise bivariada para se verificar as associações entre as variáveis. O teste estatístico utilizado na análise bivariada foi o teste Qui-quadrado de Pearson para variáveis dicotômicas politômicas nominais e o teste de Qui-quadrado para linearidade para variáveis politômicas ordinais. Foram consideradas associações significativas todas aquelas que apresentaram um p-valor < 0,05.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Participaram da pesquisa 36 indivíduos frequentadores do Centro de Tradições Gaúchas Porteira da Serra de São Marcos – RS que se encaixaram nos critérios de inclusão e que aceitaram fazer parte do estudo.

Em relação às variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais dos indivíduos participantes da amostra, foi encontrada uma média de idade de 30,28 anos (DP 10,00), uma média da renda individual foi de 2,14 salários mínimos (DP 1,27) e de renda familiar de 6,31 salários mínimos (DP 4,98). Quanto aos anos estudados, a média foi de 12,78 anos (DP 2,20). Quanto ao gênero, 66,7% eram mulheres e 33,3% eram homens. A maioria eram brancos (91,7%), tinham ocupação remunerada (91,7%), não fumavam (91,7%), nunca consumiam bebidas alcoólicas (44,4%) e faziam atividades físicas 1x por semana (44,4%). Em relação a sua percepção de saúde, a maioria

tinha uma boa (47,2%) ou ótima (33,3%) percepção de sua saúde, e, quanto aos níveis de capital social, a maioria também apresentou um excelente capital social (63,9%) (Tabela 1). A média em pontos corridos do capital social foi de 15,81 pontos (DP 1,61).

Na análise bivariada, foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre o capital social e escolaridade, onde indivíduos que tiveram 11 ou mais anos de estudo, apresentaram uma prevalência mais elevada de capital social excelente quando comparados com aqueles que tem menos de 11 anos de estudo. Uma associação estatisticamente significativa também foi observada entre capital social e atividade física, onde quanto maior o número de vezes que o indivíduo pratica atividade física na semana, maior é a prevalência de um capital social excelente.

Em relação à associação entre autopercepção de saúde e capital social, esta também apresentou-se com significância estatística, ou seja, indivíduos que apresentam uma autopercepção de saúde boa ou ótima apresentaram uma prevalência mais elevada de capital social excelente (72,4%) quando comparados com aqueles que apresentaram uma autopercepção de saúde ruim ou regular (28,6%) (Tabela 1).

Na tabela 2 estão descritas as seis dimensões que compõem o capital social e as perguntas que foram utilizadas para se avaliar cada uma destas dimensões, além das prevalências de respostas positivas para cada uma das perguntas e da média de respostas positivas para cada uma das dimensões. De forma geral, a maioria dos indivíduos participa ativamente do CTG, não participam de associações de bairros e da comunidade, não participa de grupos de convivência, se sentem bem participando do CTG, e participam por vontade própria, possuem um trabalho/estudo que lhes satisfaz. Quanto a conciliar trabalho, estudos e afazeres, a maioria consegue conciliar sem problemas. Quanto a sua percepção de segurança na moradia, 88,9% se sentem seguros em sua casa e 94,4% indivíduos relataram morar em lugares que fornecem acesso as principais necessidades. Também relatam ter uma boa vizinhança, relatam ter amigos com quem podem contar, e que em caso de problemas, a família lhes dá suporte, sendo que todos relataram ter uma família adequada. Quanto aos eventos da entidade, 97,2% afirmam participarem dos eventos, 88,9% se acham importantes na entidade, 88,9% dos indivíduos afirmam que os participantes do CTG reconhecem o seu trabalho, sendo que todos os indivíduos acreditam que as pessoas confiam nelas e 97,2% relatam se sentirem responsáveis.

Quanto às médias de respostas afirmativas para cada uma das seis dimensões do capital social, levando-se em consideração que foram realizadas três perguntas para cada uma delas, chama a atenção a média da dimensão grupos e redes, com 1,64 pontos (DP 0,93), ficando esse valor bem abaixo das outras dimensões, onde os valores de média foram superiores a 2,5 pontos (Tabela 2).

Tabela1 - Prevalências e respectivas associações para níveis de capital social bom e excelente de acordo com variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e autopercepção de saúde de indivíduos que fazem parte de um Centro de Tradições Gaúchas da cidade de São Marcos – RS (n= 36).

Variável	N (%)	Capital Social		p-valor
		Bom	Excelente	
Sexo				0,806*
Masculino	12 (33,3)	4 (33,3)	8 (66,7)	
Feminino	24 (66,7)	9 (37,5)	15 (62,5)	
Idade				0,298*
Até 30 anos	18 (50)	8 (44,5)	10 (55,6)	
31 ou mais anos	18 (50)	5 (27,8)	13 (72,2)	
Cor da pele				0,917*
Branco	33 (91,7)	12 (36,4)	21 (63,6)	
Não branco	3 (8,3)	1 (33,3)	2 (66,7)	
Renda mensal				0,247**
Sem renda	3 (8,3)	1 (33,3)	2 (66,7)	
Até 3 SM	29 (80,6)	10 (34,5)	19 (65,5)	
Maior que 3 SM	4 (11,1)	2 (50)	2 (50)	
Renda mensal da família				0,133**
Até 3 SM	7 (19,4)	4 (57,1)	3 (42,9)	
De 4 a 7 SM	23 (63,9)	8 (34,8)	15 (65,2)	
Maior que 7 SM	6 (16,7)	1 (16,7)	5 (83,3)	
Escolaridade				0,007*
Até 11 anos	12 (33,3)	8 (66,7)	4 (33,3)	
Mais que 11 anos	24 (66,7)	5 (20,8)	19 (79,2)	
Ocupação				0,693*
Sem ocupação remunerada	2 (5,6)	1 (50)	1 (50)	
Com ocupação remunerada	33 (91,7)	12 (36,4)	21 (63,6)	
Estudante somente	1 (2,8)	0 (0)	1 (100)	
Fumo				0,250*
Ex fumante	3 (8,3)	2 (66,7)	1 (33,3)	
Não fumante	33 (91,7)	11 (33,3)	22 (66,7)	
Consumo de bebida				0,643**
Nunca	16 (44,4)	6 (37,5)	10 (62,5)	
1x na semana	13 (36,1)	5 (38,5)	8 (61,5)	
2x na semana	6 (16,7)	2 (33,3)	4 (66,7)	
3x ou mais na semana	1 (2,8)	0 (0)	1 (100)	
Atividade física				0,030**
1x na semana	16 (44,4)	9 (56,2)	7 (43,8)	
2x na semana	8 (22,2)	2 (25)	6 (75)	

3x ou mais na semana	12 (33,3)	2 (16,7)	10 (83,3)	
Percepção de saúde				0,030*
Regular	7 (19,4)	5 (71,4)	2 (28,6)	
Boa ou Ótima	29 (80,6)	8 (27,6)	21 (72,4)	

*Teste de qui-quadrado de Pearson.

**Teste de qui-quadrado para linearidade.

Tabela2 - Descrição das médias de pontuação para cada dimensão do capital social e prevalências de respostas afirmativas para cada pergunta que compõem cada uma das dimensões, de indivíduos que fazem parte de um Centro de Tradições Gaúchas da cidade de São Marcos – RS (n= 36).

	N (%)	Média (dp)
GRUPOS E REDES		
1. Você participa ativamente do CTG? (Pelo menos 2 vezes por mês)		
Sim	33 (91,7)	
Não	3 (8,3)	
2. Você participa de associações de bairros, associações de comunidade, afiliação política?		
Sim	9 (25)	1,64 (0,931)
Não	27 (75)	
3. Você participa de algum outro grupo de convivência? (Clube de mães, igreja, grupo de convivência, grupo de teatro).		
Sim	17 (47,2)	
Não	19 (52,8)	
CONFIANÇA E SOLIDARIEDADE		
4. Você se sente bem participando do CTG?		
Sim	35 (97,2)	
Não	1 (2,8)	
5. Você participa do CTG por vontade própria ou porque seus pais/amigos querem?		
Sim	35 (97,2)	2,89 (0,319)
Não	1 (2,8)	
6. Você possui um trabalho/estudo que lhe satisfaz, que te deixa feliz?		
Sim	34 (94,4)	
Não	2 (5,6)	
AÇÃO COLETIVA E COOPERAÇÃO		
7. Hoje você acha que consegue conciliar todas as suas atividades diárias? (Trabalho, estudo, CTG, família, amigos, namoro).		
Sim	32 (88,9)	

Não	4 (11,1)	
8. Você reside em um local que considera seguro, ou seja, consegue passar a maior parte do tempo sem sentir medo?		2,72 (0,513)
Sim	32 (88,9)	
Não	4 (11,1)	
9. Você diria que o local em que você mora lhe dá acesso as principais necessidades? (Farmácia, mercado, hospitais)		
Sim	34 (94,4)	
Não	2 (5,6)	
INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO		
10. Você diria que possui uma vizinhança/vizinhos com quem pode estabelecer uma relação confiável?		
Sim		
Não	32 (88,9)	
	4 (11,1)	
11. Você tem amigos verdadeiros em que pode contar sempre?		2,83 (0,447)
Sim	35 (97,2)	
Não	1 (2,8)	
12. Caso você tenha algum problema, a sua família lhe daria apoio para a resolução do mesmo?		
Sim		
Não	35 (97,2)	
	1 (2,8)	
COESÃO SOCIAL E INCLUSÃO		
13. Você diria que possui uma família adequada e que te faz feliz?		
Sim	36 (100)	
Não	0 (0)	
14. Você participa dos eventos que a entidade promove?		2,86 (0,351)
Sim	35 (97,2)	
Não	1 (2,8)	
15. Você se considera importante no CTG?		
Sim	32 (88,9)	
Não	4 (11,1)	
EMPODERAMENTO E AÇÃO POLÍTICA		
16. Os outros participantes do CTG reconhecem o seu trabalho na entidade?		
Sim	32 (88,9)	
Não	4 (11,1)	

17. Você diria que as pessoas, no geral, como a família, os amigos, os participantes do CTG, os colegas de trabalho, confiam em você?		2,86 (0,351)
Sim	36 (100)	
Não	0 (0)	
18. Você se sente responsável?		
Sim	35 (97,2)	
Não	1 (2,8)	

Este estudo investigou os níveis de capital social e sua relação com a autopercepção de saúde de indivíduos que fazem parte de um Centro de Tradições Gaúchas da cidade de São Marcos – RS. Na observação dos resultados, verificou-se uma associação estatisticamente significativa de escolaridade, autopercepção de saúde e prática de atividade física com o desfecho, além de uma prevalência elevada de capital social excelente e também de uma autopercepção de saúde boa ou ótima.

Neste estudo, todos os indivíduos abordados apresentaram um capital social bom ou excelente. Diferentemente do que foi encontrado neste, outros estudos relatam a presença de baixos escores de capital social. O estudo de Vial et al (2010), com delineamento transversal de base populacional, com a participação de 1100 indivíduos e com o objetivo de verificar níveis de capital social, foi encontrado que, com relação aos escores globais de capital social, uma tendência de áreas e indivíduos com baixo capital social possuem maiores relatos de discussão violenta entre vizinhos e de homicídios. Já no estudo realizado por Bezerra e Goes (2014), com o objetivo de avaliar a associação entre capital social e fatores sociodemográficos e comportamentais relacionados à saúde bucal em escolares de 15 a 19 anos e que foi realizado com 1.417 indivíduos, os resultados mostraram que o capital social mais prevalente entre os adolescentes foi o de nível intermediário (52,4%), bem como entre cada uma das suas dimensões, com exceção da ação social onde a maioria foi classificada como de baixo nível (39,5%). Ou seja, locais com problemas sociais apresentam um capital social pior quando comparados, por exemplo, com locais ou entidades onde a realidade de confiança e relações pessoais é diferente. Um exemplo claro disso seria a entidade objeto deste estudo, o CTG, que através de abordagem em redes e articulação com múltiplos indivíduos e territórios, podem nortear ações capazes de promover esta interlocução entre cultura, capital social e saúde. Percebe-se, na tradição gaúcha, elementos incorporados ao conceito de capital social como o espírito associativo – um dos valores básicos da tradição gaúcha, que consiste nas práticas de cooperação, solidariedade e apreço pela comunidade-, o compromisso apregoado da afirmação de valores da amizade, a mentalidade cívica, a participação cultural, a constituição do grupo local como unidade social coesa e a

transmissão da cultura a partir de uma rede de relações que compartilham saberes próprios (KOLLING, 2012).

Neste estudo, a média de pontos da dimensão grupos e redes (1,64) ficou abaixo das outras dimensões, onde os valores de média foram superiores a 2,5 pontos. Isso se deve ao fato de, possivelmente, as pessoas que participam ativamente do Centro de Tradições Gaúchas encontram no mesmo um local de discussão ativa, além das várias atividades que são oferecidas (participação da diretoria, danças, folclore, almoços, jantares, bailes e outros), e isso acabaria por suprir completamente a necessidade de convivência social destes indivíduos, fazendo com que não participem de outros grupos ou associações da comunidade.

Quanto à escolaridade, indivíduos que tiveram 11 ou mais anos de estudo, apresentaram uma prevalência mais elevada de capital social excelente quando comparados com aqueles que têm menos de 11 anos de estudo. Alguns estudos, que tem utilizado outras variáveis como desfecho e sua associação com capital social, também encontraram associações significativas entre a escolaridade e o desfecho estudado. Um exemplo disto, é o estudo de Borges et al (2014), onde o objetivo foi descrever o perfil das perdas dentárias em adultos de 35-44 anos de idade, residentes em municípios do entorno de Belo Horizonte, Minas Gerais. Este estudo transversal exploratório analisou dados referentes a 1.013 indivíduos. A variável dependente foi a perda dentária. As variáveis exploratórias foram o capital social e as características demográficas e socioeconômicas. Neste estudo, em relação ao capital social, a maioria dos adultos (n = 628) pertenceu ao grupo de baixo capital social contra 339 adultos que representaram o grupo de alto capital social. A renda per capita (p = 0,003) e a escolaridade (p=0,001) dos adultos se associaram às perdas dentárias sendo que os adultos de baixa renda (47,3%), analfabetos (52,4%) ou que tinham cursado apenas o ensino fundamental (50,0%) perderam mais que quatro dentes quando comparados aos de renda mais alta (37,9%) e com maior nível de estudo formal (25,6%), ou seja, aqueles indivíduos que tem maior perda dentária, tem uma escolaridade menor e também um capital social menor. A educação teria um papel tão útil quanto o capital econômico na determinação das posições sociais. A seletividade educacional pode eliminar e marginalizar os alunos oriundos das classes populares, enquanto pode privilegiar os alunos mais dotados de capital econômico, cultural e social. Isso leva a reprodução de geração em geração, dos capitais acumulados, onde indivíduos que possuem maior condição financeira e escolaridade também acumulariam um capital social maior, e, este, por sua vez, geraria mais renda e mais cultura.

Em relação à associação entre autopercepção de saúde e capital social, esta também apresentou-se com significância estatística, ou seja, indivíduos que apresentam uma autopercepção

de saúde boa ou ótima apresentaram uma prevalência mais elevada de capital social excelente quando comparados com aqueles que apresentaram uma autopercepção de saúde ruim ou regular. Esta relação, ou sua inversa (onde níveis piores de capital social, ou sua semelhantes, como a confiança social, são associados com uma autopercepção de saúde ruim) também é demonstrada em outros estudos.

No estudo de Subramanian, Kim e Kawachi (2002), que avaliou os efeitos contextuais e individuais da confiança social na saúde, onde participaram 21.456 indivíduos de comunidades dos EUA incluídas na Pesquisa de Referência de Capital Social da Comunidade de 2000, níveis mais altos de confiança social da comunidade foram associados a uma menor probabilidade de relatar problemas de saúde. Para indivíduos de baixa confiança, o efeito da confiança social da comunidade na auto avaliação da saúde foi o oposto.

No estudo realizado por Meireles et al (2015), percebeu-se que entre os indivíduos com morbidade referida as variáveis associadas à auto avaliação da saúde ruim eram mais abrangentes, incluindo aspectos que fazem parte do constructo do capital social, como, por exemplo, aspectos físicos (vizinhança desagradável) e sociais (baixo convívio social e não confiar nos vizinhos). No grupo sem morbidade referida, o baixo convívio social foi associado a auto avaliação da saúde ruim. A prevalência de auto avaliação da saúde ruim na amostra estudada foi de 29,9% (IC95%: 28,0-31,9%), sendo que a prevalência de auto avaliação da saúde ruim no estrato com morbidade referida foi de 42,6% (IC95%: 40,2-45,0. Aproximadamente 57% dos entrevistados relataram apresentar uma ou mais doenças, e à proporção que o número de morbidades referidas aumentava, piorava a auto avaliação da saúde, ou seja, a autopercepção de saúde dos indivíduos refletia seu real estado de saúde.

Ainda, outro estudo, conduzido por Loch et al (2015), onde o objetivo foi investigar a associação entre capital social e autopercepção de saúde, com participação de 1.081 indivíduos com 40 ou mais anos de idade de uma cidade de médio porte no sul do Brasil, sujeitos com menos amigos (OR = 1,39, IC95% 1,08; 1,80), que ajudam menos as pessoas vizinhança (OR = 1,30, IC95% 1,01; 1,68), que descrevem o bairro como violento (OR = 1,33; IC95% 1,01; 1,74) e que não haviam participado de nenhuma atividade comunitária (OR = 1,39; IC95% 1,07; 1,80) apresentaram autopercepção mais negativa de sua saúde.

Quanto a uma possível explicação para esta relação, pode-se dizer que o convívio social está relacionado à forma como uma pessoa incorpora atividades sociais em seu cotidiano, como grupos religiosos, voluntários, grupos políticos ou de lazer, sendo considerado um dos principais componentes do capital social. De fato, estudos têm sugerido a associação da auto avaliação da saúde

com o nível de convívio social do indivíduo, indicando que este construto pode ser benéfico na manutenção da boa saúde, proporcionando apoio emocional, realização pessoal e acesso a informações sobre estilos de vida saudáveis, além de proteger contra os efeitos negativos do isolamento social. As atividades sociais podem modular o cotidiano das pessoas, facilitando a realização de escolhas saudáveis e as incentivando a evitar comportamentos de risco (LEE et al, 2008). Também uma das hipóteses sobre a relação entre a saúde e o capital social é a influência de comportamentos saudáveis por meio de difusão rápida de informação, aumentando a probabilidade das pessoas acatarem recomendações positivas para uma vida mais saudável (BERKMAN, 2000). Além disso, quando comparamos capital social com o capital humano (conhecimentos que favorecem a realização de um trabalho de modo a produzir valor econômico), verifica-se que o capital social aumenta a saúde física e emocional mais do que o capital humano, demonstrando que o capital social faz uma contribuição independente para a saúde e também que indivíduos que possuem melhor saúde estão aptos para produzir melhores relacionamentos e, assim, apresentarem melhores níveis de capital social (ROSE, 2000).

Neste estudo, foi encontrada uma associação significativa entre a atividade física e o capital social, onde quanto maior o número de vezes que o indivíduo pratica atividade física na semana, maior a prevalência de capital social excelente. Outros estudos encontraram resultados semelhantes, corroborando com os achados deste estudo.

Segundo o estudo de Ribeiro e Barata (2016), que analisou a associação entre atividade física, grau de vulnerabilidade social e vizinhança na área central de São Paulo, onde foram realizadas 917 entrevistas, havia 25,6% (IC95%: 22,9 – 28,5) de adultos inativos, 41,1% (IC95%: 38,0 – 44,3) de adultos pouco ativos e 33,3% (IC95%: 30,3 – 36,4) de adultos ativos. Foi possível observar que o grupo com maior vulnerabilidade social (que morava em zonas da cidade consideradas mais perigosas, com mais assaltos, menos iluminação, etc) apresentou menor probabilidade de ter indivíduos inativos e maior probabilidade de ter indivíduos ativos, o que parece contradizer a associação esperada entre melhores condições sociais, melhor vizinhança e maior atividade física, que foi encontrada no presente estudo. No entanto, os autores do estudo de São Paulo relatam que é preciso considerar que o grupo sem vulnerabilidade social tinha distribuição etária com menor proporção de jovens e maior proporção de idosos, o que afeta a distribuição do grau de atividade, além de também possuírem muito menos automóveis, já que atividade física considerada foi o tempo que a pessoa permanecia em movimento constante durante seu dia a dia.

A prática de atividade física é um importante fator que contribui para a saúde geral dos indivíduos, que pode apresentar uma ligação direta com níveis mais elevados de capital social. Isso se deve ao estilo de vida ativo não depender apenas do conhecimento sobre os benefícios que a atividade física pode trazer, mas principalmente das condições concretas para sua prática por diferentes grupos sociais. A ausência de equipamentos e espaços sociais para a prática de esportes e exercícios físicos, poluição sonora e atmosférica, excesso de tráfego de veículos motorizados, degradação dos entornos físicos, violência urbana e sensação de insegurança são aspectos que podem reduzir a proporção de adultos ativos, ou seja, maiores níveis de capital social também proporcionariam melhores condições para a prática de atividades físicas e vice-versa (JONGENNEL-GRIMEN et al, 2014; FERNANDES et al, 2015; JOHNSON-LAWRENCE et al, 2015).

É importante ressaltar as limitações deste estudo. A causalidade reversa, típica dos estudos transversais, provavelmente se faz presente. Por exemplo, não é possível explicar a sequência temporal entre autopercepção de saúde e níveis de capital social. Como já descrito anteriormente, é possível que indivíduos que tem níveis mais elevados de capital social apresentem uma autopercepção de saúde mais positiva, o que, não necessariamente, deve condizer com a realidade de saúde do indivíduo. O contrário, como apresentado neste estudo, também pode ser possível, onde condições de saúde melhores podem favorecer vínculos e relacionamentos sociais mais consistentes.

Também pode-se citar como limitação o fato de o termo capital social ainda ser pouco estudado, o que dificulta o encontro de material científico adequado, e também o fato de ainda ser verificado em populações muito diversificadas, o que acaba por impactar nas comparações feitas entre os estudos. Desta maneira, a verificação do capital social, especialmente em estudos de base populacional, é fundamental para a aquisição de maior conhecimento sobre o mesmo, e principalmente da sua relação com o estado de saúde dos indivíduos.

Além das limitações do estudo, também torna-se importante estabelecer qual o papel do profissional fisioterapeuta na observação e entendimento das condições sociais em que os indivíduos estão inseridos. Antigamente, sua função era executar técnicas, prescritas por médicos, com objetivo de reabilitar pessoas lesionadas. Porém estudos nos trazem que os profissionais devem ter a capacidade de mais do que executar procedimentos, mas também analisar e produzir novos saberes. As mudanças no perfil epidemiológico e as transformações no sistema de saúde brasileiro, com destaque para a implantação do SUS, impõem novos desafios à fisioterapia e novas responsabilidades aos profissionais. Hoje, o fisioterapeuta é um profissional que se dedica ao estudo e à investigação do movimento humano, das funções corporais, atividades de vida diária, desenvolvimento das

potencialidades, e tudo isso privilegiando o estado fisiológico do ser humano, adaptando o homem ao ambiente em que vive (BISPO JÚNIOR, 2010). Além disso, o trabalho do fisioterapeuta na atenção básica deve priorizar as ações de prevenção e a promoção da saúde e estabelecer uma relação permanente entre os profissionais de saúde e a população (ALVES, 2004). Desta forma, torna-se indissociável para este profissional, a observação não somente do ambiente em que o indivíduo vive, mas também do como ele se relaciona em sociedade. A forma como se comporta na comunidade, na família e as relações que estabelece apresentam um impacto na sua saúde e o inverso também pode acontecer, ou seja, a sua saúde ou a forma como a visualiza pode determinar a sua forma de conviver.

Ainda é necessário levar em consideração a multidisciplinaridade, onde o profissional de saúde precisa atuar de forma a identificar qual a fundamentação do saber do outro e as relações causais determinadas por processos por ele vivenciados, o modo de se cuidar e o seu quadro socioeconômico (PAULA, 2009). E, a partir disto, terá o embasamento necessário para realizar encaminhamentos para outros profissionais da saúde, podendo ser o psicólogo, o terapeuta ocupacional, o nutricionista, enfermeiro e outros.

Os achados desse estudo revelaram um excelente capital social na maioria dos indivíduos da amostra, sendo fatores determinantes para este resultado a escolaridade mais elevada, a prática de atividade física e a autopercepção de saúde boa ou ótima. O fato de os indivíduos fazerem parte ou serem membros de associações tem se tornado um dos indicadores mais utilizados para examinar a formação ou destruição de capital social, a partir do próprio conceito do mesmo e das dimensões que estão na sua origem. Estar associado a estas organizações, comunidades ou associações teria uma associação direta com os níveis de saúde destas populações. Mais estudos são necessários para o melhor entendimento da relação do capital social com as condições de saúde da população.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. G. O processo de capacitação desenvolvido em um PSF: a experiência da utilização da educação popular e da pesquisa ação como estratégia educativa. **Boletim de Saúde**, [s.l.], v. 18, n. 1, p. 41-58, 2004.

APPELS, A. et al. Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population. **Soc. Sci. Med.**, [s.l.], v. 42, n. 5, p. 681-689, mar. 1996.

BERKMAN, L. Social cohesion, social capital, and health. In: Berkman L, Kawachi I, organizadores. **Social Epidemiology**. New York: Oxford University Press, p. 174-190, 2000.

BEZERRA, I. A.; GOES, P. S. A. Associação entre capital social, condições e comportamentos de saúde bucal. **Ciênc. saúde coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 6, p. 1943-1950, 2014.

BISPO JÚNIOR, J. P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 15, n. S1, p. 1627–1636, 2010.

BORGES, C. M. et al. Perfil das perdas dentárias em adultos segundo o capital social, características demográficas e socioeconômicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 6, p. 1849-1858, 2014.

COLEMAN, J. S. **Foundations of social theory**. Cambridge, London: Belknap/Harvard University Press, 1990.

DUDWICK, N. et al. **Analyzing social capital in context: a guide to using qualitative methods and data**. Washington, D.C.: World Bank Institute, 2006.

FERNANDES, A. P. et al. Atividade física de lazer no território das Academias da Cidade, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: o efeito da presença de um programa de promoção da saúde na comunidade. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 31, sup, pp. S1-S13, 2015.

FUKUYAMA, F. **A grande ruptura: a natureza humana e a reconstituição da ordem social**. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

IDLER, E. L.; BENYAMINI, Y. Self- rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. **J. Health Soc. Behav.**, [s.l.], v. 38, n. 1, p 21-37, mar. 1997.

JONGENNEL-GRIMEN, B. et al. The relationship between physical activity and the living environment: a multi-level analyses focusing on changes over time in environmental factors. **Health & Place**, Oxford, v. 26, pp. 149-160, 2014.

JOHNSON-LAWRENCE, V. et al. Does territoriality modify the relationship between perceived neighborhood challenges and physical activity? A multilevel analysis. **Annals of Epidemiology**. Nova York, v. 25, pp. 107-112, 2015.

KAPLAN, G. A.; CAMACHO, T. Perceived health and mortality: a nine- years follow-up of the human population laboratory cohort. **Am. J. Epidemiol.**, [s.l.], v. 117, n. 3, p. 292-304, mar. 1983.

KAWACHI, I.; SUBRAMARIAN, S. V.; KIM, D. **Social capital and health**. New York: Springer, 2008.

KOLLING, V. **Cultura, capital social e promoção da saúde no sul do Brasil**. 2012. 110 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Vale do Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Leopoldo, 2012.

LEE, H. Y. et al. The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: a cross-sectional survey. **Int J Nurs Stud**, [s.l.], v. 45, p. 1042-54, 2008.

LESSA, B. **Sentido e o valor do tradicionalismo**. Movimento Tradicionalista Gaúcho. 2000. Disponível em: <<http://www.mtg.org.br/historico/240>>. Acesso em: 18 set. 2018.

LIMA, J. **Sentido e o alcance social do tradicionalismo**. Movimento Tradicionalista Gaúcho. 1995. Disponível em: <<http://www.mtg.org.br/historico/243>>. Acesso em: 18 set. 2018.

LOCH, Mathias Roberto et al. Association between social capital and self-perception of health in Brazilian adults. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 49, p. 53, 2015.

MACINKO, J.; STARFIELD, B. The utility of social capital in research on health determinants. **Milbank Q.**, [s.l.], v. 79, p. 387-427, 2001.

MARCELLINI, F. Health perception of elderly people: the results of a longitudinal study. **Arch Gerontol Geriatr Suppl.**, [s.l.], p. 181-189, 2002.

MEIRELES, A. L. et al. Auto avaliação da saúde em adultos urbanos, percepção do ambiente físico e social e relato de comorbidades: Estudo Saúde em Beagá. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, Sup: S1-S17, 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Disponível em:

<<http://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>>. Acesso em: 18 set. 2018.

PAULA, A. R. **Relação Multiprofissional do Trabalho em Equipe na Atenção Básica de Saúde**. 2009. Trabalho de Conclusão de curso - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, 2009.

PATUSSI, M. P. et al. Capital social e a agenda de pesquisa em epidemiologia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1525-45, ago. 2006.

PUTNAM, R. Bowling alone: America's declining social capital. **Journal of Democracy**, [s.l.], v. 6, n. 1, p. 65-78, jan. 1995.

PUTNAM, R. D.; LEONARDI, R.; NANETTI, R. Y. **Making democracy work: civic traditions in modern Italy**. Princeton: Princeton University Press; 1993.

RIBEIRO, M. C. S. A.; BARATA, R. B. Saúde: vulnerabilidade social, vizinhança e atividade física. **Cad. Metrop.**, São Paulo, v. 18, n. 36, p. 401-420, jul. 2016.

ROSE, R. How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians. **Soc Sci Med**, v.51, p. 1421-35, 2000.

SELIGSON, M. A.; RENNO, L. R. Mensurando confiança interpessoal: notas acerca de um conceito multidimensional. **Dados Ver. Cienc. Sociais**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 783-803, jun. 2000.

SUBRAMANIAN, S. V.; KIM, D. J.; KAWACHI, I. Social trust and self-rated health in US communities: a multilevel analysis. **J Urban Health**, v. 79, supl. S21-34, 2002.

VIAL, E. A. et al. Violência urbana e capital social em uma cidade no Sul do Brasil: um estudo quantitativo e qualitativo. **Rer Paman Salud Publica**, v. 28, n 4, 2010.