



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Capital social e autopercepção da saúde:
revedo conceitos, combinando abordagens e
técnicas em três estudos articulados**

Shirley Andrade Cruz

Abril de 2015

**Capital social e autopercepção da saúde: revendo conceitos,
combinando abordagens e técnicas em três estudos articulados**

Shirley Andrade Cruz

Professora Orientadora: Lígia Maria Vieira da Silva.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública, área de concentração em Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Salvador

2015

Ficha Catalográfica

Elaboração: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

C988c Cruz, Shirley Andrade.

Capital social e autopercepção da saúde: revendo conceitos, combinando abordagens e técnicas em três estudos articulados / Shirley Andrade Cruz. – Salvador: S. A. Cruz, 2015.

122f.

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Ligia Maria Vieira da Silva.

Tese (doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1.Capital Social e Saúde. 2. Capital Social e Autopercepção da Saúde. 3. Espaço Social e Saúde. I. Título.

CDU 3: 614

Capital social e autopercepção da saúde: revendo conceitos, combinando abordagens e técnicas em três estudos articulados

Shirley Andrade Cruz

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública, área de concentração em Política, Planejamento e Gestão em Saúde.



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

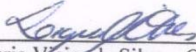
SHIRLEY ANDRADE CRUZ

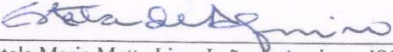
Capital social e autopercepção da saúde: revendo conceitos e combinando abordagens e técnicas em dois estudos articulados.

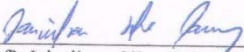
A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

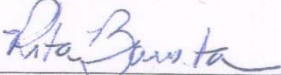
Data de defesa: 28 de Abril de 2015


Banca Examinadora:


Prof.^a Lígia Maria Vieira da Silva – Orientadora – ISC/UFBA


Prof.^a Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino – ISC/UFBA


Prof.^a Jairnilson Silva Paim – ISC/UFBA


Prof.^a Rita de Cássia Barradas Barata – FCMSCSP


Prof.^a Juarez Pereira Furtado – UNIFESP

Salvador
2015

Ao meu grande amor, Elias, meu parceiro e cúmplice
nesta caminhada

Aos meus filhos, Isadora e Bernardo, tão queridos e
solidários

Aos meus pais, começo desta trajetória

Agradecimentos

É grande o reconhecimento que guardo por todos os que me acompanharam e apoiaram, e tentarei representá-los, reunindo aqui aqueles que de alguma forma estiveram comigo na elaboração deste trabalho.

A Lígia, minha querida professora, orientadora e grande amiga, por tudo: por ter me ajudado na descoberta da ciência e da investigação em saúde coletiva, pela disponibilização dos seus livros e arquivos, do seu precioso tempo e dos seus conselhos quando precisei tomar decisões importantes. Pela dedicação, pelo rigor, pela firmeza e sabedoria com que realiza esta difícil tarefa de orientar e, não poderia omitir, pela imensa alegria e leveza, com que celebramos nossa amizade, desde que nos conhecemos.

Ao professor Jairnilson Paim, pela generosidade, pelo extremo cuidado que teve e tem com a minha formação, pela confiança em mim depositada, quando me encarregou de tarefas que sempre duvidei se seria capaz de cumprir, mas nunca lhe disse não, e pela paixão com que abraça as causas que nos move.

À professora Estela Aquino, pela forma abertura e acolhedora, com que recebeu nossa proposta que possibilitou à consolidação de parte significativa deste trabalho.

À professora Monique Esperidião, pelo apoio recebido na fase de elaboração e submissão do meu projeto, pela atenção e cuidados a mim dispensados.

A todos que entrevistei, pela generosidade e pela confiança em mim depositada, sendo este um momento de grande aprendizado e de prazer por compartilhar suas histórias acompanhadas muitas vezes de exemplos de superação que não esperava encontrar.

Ao ISC, pelo apoio, pela infraestrutura, pela qualidade e simpatia dos seus professores e funcionários.

A Walter Andrade, meu sobrinho querido, pela colaboração, pelo cuidado e dedicação à difícil tarefa de transcrever as entrevistas deste trabalho.

A Israela, pela inestimável ajuda na revisão final dos textos, pela qualidade do seu trabalho.

À Denise Nogueira, pela solidariedade, por tudo que dividimos juntas, e não foram poucos os momentos de riso e de choro, mas, sobretudo, pela sua generosidade.

À Diorlene, pela colaboração nos instrumentos estatísticos.

Às minhas queridas amigas da SESAB: Léa Fagundes, Joana Demarchi e Denise Pestana pela força e pelo companheirismo. Aqui, agradeço aos demais colegas da Secretaria de Saúde e, particularmente, à equipe da COAH/DAE.

Aos meus amigos e familiares, pela compreensão e pela tolerância com a minha ausência em muitas ocasiões.

À minha mãe querida, por tudo e por nada, não sei como descrever todo o apoio e cuidado que sempre recebi, não caberia aqui toda a gratidão que lhe devo.

Ao meu pai, pela parceria incondicional e pelo carinho recebido.

Especialmente aos meus irmãos, Paulo Ubiratan, César, Moa e Endrigo.

Aos meus filhos amados, Isadora e Bernardo, que dividiram comigo muitos momentos de estresse e de alegria, mas sempre juntos.

Muito especialmente a Elias, meu amor, companheiro e cúmplice que começou e terminou esta empreitada ao meu lado tornando-a mais leve, tornando-a possível.

*“O mundo me contém e me engole como um ponto,
mas eu o contenho.”*

Pascal

LISTA DE TABELAS E ILUSTRAÇÕES

Artigo 1

Tabela 1 - Autor, ano, conceito de capital social e principais fontes, dimensões e categorias utilizados em estudos de saúde coletiva.	33
Tabela 2 - Estudos de revisão sobre capital social e saúde, autor, ano, título, publicação, objetivo e resultados, 2015	35
Tabela 3 - Autor, ano, título, publicação, objetivo, conceito e medidas de capital social em estudos de saúde, segundo definição.	40
Tabela 4 - Autor, ano, título, publicação, objetivo, e medidas de capital social em estudos de saúde, segundo definição de Coleman e Putnam. 2015	47
Tabela 5 - Autor, ano, título, publicação e medidas de capital social, segundo conceito de capital social em Bourdieu. 20015	49

Artigo 2

Tabela 1 Número e percentual de funcionários de IPEs*, centro de investigação e características sócio demográficas, segundo níveis de capital social. Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil, 2008-2010)	75
Tabela 2 Funcionários de IPEs*, capital social e autopercepção de saúde, segundo níveis de capital econômico	76
Tabela 3 Funcionários de IPEs*, segundo níveis de capital cultural, capital social e autopercepção de saúde. (ELSA-Brasil, 2008-2010)	77
Tabela 4 Análise de correspondência múltipla. Funcionários de IPEs*, Brasil, (2008-2010). Coordenadas das variáveis ativas e ilustrativas	78
Tabela 5 Análise de correspondência múltipla. Funcionários de IPEs, ELSA-Brasil, (2008-2010). Contribuições Absolutas e contribuições acumuladas, segundo variáveis ativas	79
Figura 1 Análise de Correspondência Múltipla. Funcionários de IPEs, Brasil, 2008-2010. Variáveis ativas e variáveis ilustrativas	80
Quadro 1 Escala Resource Generator adaptada para a Elsa-Brasil. Frequência segundo dimensões do capital social.	85

Artigo 3

Tabela 1	Entrevistado, idade, categoria, sexo, renda e escolaridade. Salvador, 2014	111
Tabela 2	Critérios para análise da composição das diferentes espécies de capital no espaço universitário. UFBA, 2015	112
Tabela 3	Entrevistado, volume do capital social e autopercepção de saúde. Salvador, 2014	113
Tabela 4	Entrevistado, segundo distribuição e volume dos capitais econômico, cultural, social, científico e burocrático. 2014	114
Tabela 5	Entrevistado, origem sócio ocupacional, sentido da trajetória e autopercepção da saúde	115

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC	Análise de Correspondência
ACM	Análise de Correspondência Múltipla
AP	Situação Funcional Aposentado
APUB	Associação dos Professores Universitários da Bahia
ASSUFBA	Associação dos Servidores da Universidade Federal da Bahia
AT	Situação Funcional Ativo
AVMBB	Auto-avaliação Muito Boa/Boa
AVMRR	Auto-avaliação Muito Ruim/Ruim
AVREG	Auto-avaliação Regular
CA	Estado Civil: Casado
CCA	Capital Cultural Alto
CCB	Capital Cultural Baixo
CCM	Capital Cultural Médio
CEA	Capital Econômico Alto
CEAA	Capital Econômico Muito Alto
CEB	Capital Econômico Baixo
CEM	Capital Econômico Médio
CEP/ISC	Comitê de Ética em Pesquisado Instituto de Saúde Coletiva
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CSA	Capital Social Alto
CSB	Capital Social Baixo
CSM	Capital Social Médio
ELSA	Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto
GPN	Conhecimento Grupos Políticos: (Não)
GPS	Conhecimento Grupos Políticos: (Sim)
GRF	Atividade Religiosa: Frequente
GRMF	Atividade Religiosa: Muito frequente
GRNF	Atividade Religiosa: Não frequenta
GRR	Atividade Religiosa: Raramente

GSS	Canadian General Social Survey
IC	Intervalo de confiança
IPE	Instituições Públicas de Ensino e Pesquisa
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
MBA	Morbidade Referida Ausente
MBP	Morbidade Referida Presente
OUT	Estado Civil: Outro
RG	Resource Generator
RG	Resource Generator
RP	Razão de prevalência
RRR	Riscos Relativos
SMU	Serviço Médico Universitário
SPAD	Système Portable pour l'Analyse des Données
SV	Estado Civil: Solteiro/Separado/Viúvo

Sumário

Apresentação	13
Artigo 1- Capital social e saúde: conceitos e medidas	16
Resumo	17
Abstract	18
Introdução	19
Metodologia	24
Resultados e Discussão	25
Considerações Finais	30
Referências	51
Artigo 2- Estratos sociais, capital social e autopercepção da saúde entre servidores de Instituições Públicas de Ensino e Pesquisa (IPEs), Brasil (2008-2010)	58
Resumo	59
Abstract	60
Introdução	61
Metodologia	65
Resultados	69
Discussão	72
Considerações Finais	74
Referências	81
Anexo	85
Artigo 3 - Espaço social, capital social e autopercepção da saúde	86
Resumo	87
Abstract	88
Introdução	89
Metodologia	92
Resultados e Discussão	97
Considerações Finais	104
Apêndice 1	107
Apêndice 2	108
Apêndice 3	109

Apêndice 4	110
Referências	116
Anexos	119

Apresentação

Existe um amplo consenso sobre a relação existente entre os processos sociais e a saúde e a doença. Persiste, contudo, como questão de investigação não resolvida o *modus operandi* dessa determinação social. Buscando responder a essa questão, pesquisadores de diversas disciplinas e com apoio de variados referenciais teóricos têm investigado aspectos e dimensões ligados à posição social como classe social, ocupação, renda, educação, entre outros.

Em particular, tem ganhado destaque a investigação de diversos fenômenos denominados como “capital social”. O interesse pelo capital social pode ser observado tanto pela abrangência das áreas de conhecimento científico – desde a sociologia, a economia, a geografia, o urbanismo, a política até os estudos epidemiológicos –, como pelo número de trabalhos publicados sobre o tema nas últimas duas décadas. E, a despeito da emergência recente do uso deste constructo nos estudos de saúde, um grande volume de trabalhos tem sugerido relações entre os vários fenômenos investigados com essa denominação e aspectos da saúde e da doença em populações, associado à mortalidade, à violência, à saúde mental, a utilização dos serviços, à promoção e a autopercepção de saúde.

Revisões prévias conduzidas por Fassin (2003) e Moore (2005) ressaltaram que o desenvolvimento de muitos trabalhos empíricos não tem se apoiado em uma teoria social, observando-se, com frequência justaposição de referenciais ou de metodologias. Embora o conceito de capital social tenha sido elaborado a partir de três enfoques sociológicos distintos, estes têm sido parcialmente mobilizados. As contribuições, contradições e limitações dessas principais abordagens para a compreensão dos processos envolvidos com a determinação social da saúde-doença têm sido pouco analisadas, com implicações metodológicas, políticas e ideológicas.

Passados vinte anos em que estas questões foram apontadas, pergunta-se sobre a sua persistência e atualidade. Tendo em vista os diversos sentidos atribuídos ao conceito de capital social, bem como o fato de que grande parte dos trabalhos epidemiológicos e sociológicos ou não explicitam o conceito usado ou o utilizam de forma inadequada, é

provável que estejam sendo medidos fenômenos diferentes. Ademais, a sua operacionalização caracterizada pela utilização de uma ampla gama de medidas, ou pela sobreposição de constructos que compartilham de aspectos comuns, como a existência de trocas sociais ou de confiança mútua através de indicadores apoiados por vezes em uma ou poucas perguntas a esse respeito, conduz a algumas questões: O que está sendo investigado como capital social? Quais os diferentes significados? Como o capital social pode influenciar a autopercepção da saúde? Teria o capital social o mesmo sentido para indivíduos em diferentes posições sociais?

Defende-se nesta tese que o capital social, no sentido que lhe é dado por Bourdieu (1979, 1980), não teria uma existência autônoma, devendo ser compreendido como resultante de um processo de trocas sociais desenvolvidas em um espaço onde os agentes sociais encontram-se posicionados, a depender do volume e composição das diferentes espécies de capital, adquiridos ao longo de suas trajetórias no interior dos diversos campos sociais.

Os resultados da presente investigação são apresentados sob a forma de três artigos articulados entre si e orientados pelo mesmo referencial teórico. O primeiro artigo corresponde a um ensaio, produto de revisão sistemática da literatura sobre os conceitos de capital social e as teorias em que estes estão apoiados, a análise substantiva das citações e a forma como estão sendo operacionalizados. Discute-se a ausência de explicitação conceitual e a dissociação entre a concepção empregada e as formas de apreensão do constructo.

O segundo artigo, de caráter exploratório, examina o acesso a recursos relacionados ao capital social, com dados do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), através da combinação de técnicas estatísticas (análise de correspondências e análise estratificada).

Por fim, o terceiro artigo analisa em profundidade os processos que podem intermediar as relações entre a posição ocupada pelos agentes ao interior de um campo social (no caso o espaço universitário), que permitiu melhor analisar o processo de produção do capital social e as relações entre o pertencimento aos diversos grupos e a autopercepção da saúde. Abordam-se os sentidos do capital social para indivíduos situados em diferentes posições sociais.

Estes estudos foram conduzidos e orientados pelo referencial teórico de Pierre Bourdieu, autor do primeiro desenvolvimento sistemático deste conceito, no interior de sua teoria sobre as práticas sociais, segundo a qual os agentes posicionam-se no espaço social em diversos campos – microcosmos sociais, que correspondem à rede de relações entre agentes

cujas posições são definidas pelo volume e composição das diversas espécies de capital (econômico, cultural e social entre outros) que acumulam. Para este autor o conceito de capital social foi necessário para explicar os rendimentos desiguais obtidos por indivíduos de capitais (econômico, cultural ou outros) equivalentes. Capital, aqui entendido como uma forma de energia, poder e recursos das mais diversas espécies (BOURDIEU, 1979, 1984).

Os achados do presente estudo sugerem que, sob o rótulo de capital social, fenômenos distintos estão sendo apreendidos, fenômenos que descrevem aspectos diferentes, mas que se aproximam porque recortam as relações sociais. E, portanto, a investigação pressupõe, de um lado, a explicitação conceitual clara e, do outro, uma operacionalização consistente com o conceito adotado. Dessa forma, procuramos contribuir para com a operacionalização do conceito de capital social conforme formulado por Bourdieu, tentando suprir lacunas de estudos anteriores principalmente por meio da articulação entre técnicas extensivas e intensivas em um dado universo social. Contudo, diante da complexidade da empreitada, muitas lacunas restaram a ser preenchidas em estudos futuros, principalmente no que diz respeito a recomposição das redes de relações entre os entrevistados, bem como a busca de articulação entre as séries de trajetórias e as condições históricas de possibilidade que permitiram o seu desenvolvimento e a influencia na auto-percepção da saúde.

Artigo 1

Capital social e saúde: conceitos e medidas

ABRIL 2015

RESUMO

A priorização do capital social como uma das possíveis explicações para as desigualdades em saúde, tem enfrentado vários obstáculos. As contribuições, contradições e limitações das principais abordagens sociológicas para a compreensão dos processos envolvidos com a determinação social da saúde-doença têm sido pouco analisadas. Com o objetivo de analisar estas relações, foi realizada revisão sistemática de literatura em 2014 nas bases Web of Science, Medline, Fundação Cochrane e SciELO. Como descritores utilizaram-se “*social capital and health*”, “*social capital and health inequalities*”, “*social capital and health review*” e “*social capital social space and health*”. Foram localizados 1.686 trabalhos, selecionados 96 resumos, sendo 14 artigos de revisão. Verificou-se que apenas 29% dos estudos explicitavam o conceito de capital social utilizado. Os modelos apresentaram variações na apreensão do conceito de capital social, como atributo do indivíduo, do agregado e ainda do espaço geográfico. Dentre os estudos que explicitavam o conceito, muitos o faziam de forma superficial e poucos de forma substantiva. Dessa forma, o estudo empírico sobre as relações entre capital social e saúde requer, como momento preliminar, a análise sobre os significados e possíveis intersecções entre os conceitos formulados por Bourdieu, Coleman e Putnam, bem como as formas de sua incorporação e operacionalização, nos estudos já publicados. O conceito de Bourdieu, considerado como de maior poder explicativo, por estar fundamentado por uma teoria sobre as práticas sociais, tem sido incorporado de forma isolada e, por vezes, como equivalente ao de Coleman ou ao de Putnam. Foi constatada a ausência de consenso sobre o que é capital social, qual a sua natureza e como pode ser apreendido. Os autores do presente trabalho discutem as implicações dessa polissemia nos estudos sobre os determinantes sociais da saúde tendo em vista que, sob o nome de capital social, diferentes fenômenos tem sido estudados.

ABSTRACT

The prioritization of social capital as one of the possible explanations for health inequalities, has faced several obstacles. The contributions, contradictions and limitations of the main sociological approaches to the understanding of the processes involved with the social causes of health and illness have been little studied. In order to analyze these relationships, systematic literature review was conducted in 2014 in the Web of Science databases, Medline, Cochrane Foundation and SciELO. As descriptors, we used "social capital and health", "social capital and health inequalities", "social capital and health review", and "social capital space and health". We identified 1,686 articles that satisfied the inclusion criteria and 96 abstracts were selected, including 14 review papers. It was found that only 29% of the studies made explicit the concept of social capital used. The models showed variations in the seizure of the capital social concept, as attribute of the individual, of the aggregate and even of the geographic space. Among the studies that made the concept explicit, many did so superficially and few substantively. Thus, the empirical study on the relationship between social capital and health requires, as a preliminary point, the analysis of the meanings and possible intersections between the concepts formulated by Bourdieu, Coleman and Putnam, and the forms of its incorporation and operation in published studies. The concept of Bourdieu, that is considered to have greater explanatory power, for being based on a theory about the social practices, has been incorporated in isolation and sometimes as equivalent to Coleman or Putnam. The lack of consensus on what is social capital, what is its nature and how it can be seized was found. We discuss the implications of this polysemy in studies on the social determinants of health to which, under the name of social capital, different phenomena have been studied.

Keywords: social capital and health, health inequalities, social capital and health review

Introdução

Diante do crescente volume de evidências sobre a distribuição desigual da saúde, medida por meio de indicadores de mortalidade e morbidade, entre diferentes grupos sociais, pesquisadores têm procurado explicar as razões dessas diferenças. Nessa perspectiva têm sido propostas diversas teorias explicativas ao lado da busca de sua comprovação empírica de diferentes dimensões das práticas sociais potencialmente associadas à saúde (KAWACHI et al., 1997; MARMOT; WILKINSON, 1999). Cabe um destaque ao conceito de capital social, que aparece ora como propriedade dos indivíduos, ora como característica da sociedade importante para a saúde (MACINKO; STARFIELD, 2001) ou de ambos (Kawachi, 2008), influenciando nas desigualdades na mortalidade (KAWACHI et al., 1997), saúde mental (DE SILVA et al., 2005; WEBBER, M.; HUXLEY; HARRIS, 2011), uso de serviços (DEROSE, 2008; PERRY et al., 2008) na autopercepção da saúde (GIORDANO; BJÖRK; LINDSTRÖM, 2012; KAWACHI; KENNEDY; GLASS, 1999; KOBAYASHI et al., 2013). No entanto, algumas associações foram consideradas discretas (SAPAG et al., 2008; YIP et al., 2007; ZIERSCH et al., 2005), inconsistentes (DEROSE; VARDA, 2009) ou ausentes (BLAKELY et al., 2006; CHAPPELL; FUNK; VEENSTRA, 2000).

Segundo Macinko (2001), parte desta dubiedade pode estar relacionada ao modo como o conceito de capital social tem sido estendido, modificado e extrapolado para cobrir vários tipos de relações e muitos níveis de análise sem um consenso sobre a natureza e o próprio significado das medidas utilizadas.

A incorporação do capital social em estudos de saúde foi investigada por Moore (2005) que avaliou o conteúdo, as redes de citação do conceito, sua adequação e remodelagem por meio de 227 textos (artigos, livros e relatórios) até 2003. A literatura foi revisada com o objetivo de identificar a sequência e a conformação da rede de citações. Em outras palavras, a genealogia das citações consiste em identificar os artigos que primeiro usaram um conceito ou citaram um autor, frequentemente denominados de seminais, o grau de centralidade (mais citados por outros textos) e o percurso ao longo do tempo (a origem e o ponto final na rede). No caso específico do capital social nos estudos sobre os determinantes sociais da saúde, os artigos mais citados foram "Making Democracy Work" (1993) de R. Putnam seguido de "Social capital, income inequality and mortality" de Kawachi et al (1997). Em relação aos autores, a análise longitudinal das redes de citações evidenciou 19 nomes. Na base

encontravam-se Durkheim, Cassel e Berkman, enquanto que na revisão da emergência do conceito de capital social em saúde coletiva Kennedy, Wilkinson e Kawachi foram considerados autores seminais. Estas escolhas metodológicas que privilegiaram definições comunitárias resultaram em perda de alguns aspectos importantes, particularmente o entendimento do capital social como um recurso acessado através do pertencimento a uma rede social. Para Moore, este movimento de “translação” de um conceito de uma disciplina para outra enfatiza como ideias são reformuladas neste percurso para serem incorporadas em distintos paradigmas e contextos institucionais (MOORE, S. et al., 2006; MOORE, S et al., 2005).

Em outra perspectiva, a emergência do conceito de capital social na agenda da saúde pública, o diálogo interdisciplinar e como ocorrem às trocas entre as ciências sociais e as ciências da saúde foram também analisados criticamente por Fassin (2003). Para este autor, a exemplo de outros constructos como integração social, redes sociais, suporte social e coesão social, este intercâmbio tem sido feito por vezes de forma parcial. Além disso, a sua incorporação aos estudos epidemiológicos tem ocorrido de forma inadequada e o significado original do termo, bem como o seu valor heurístico (através de evidências empíricas) estão sendo postos a prova, tanto pela quantidade, quanto pela diversidade de abordagens. Apesar das concepções elaboradas pelos principais autores (Pierre Bourdieu, James Coleman e Robert Putnam), de uma maneira geral apenas este último é citado de forma parcial. Esta assimilação é, portanto, reducionista e limitada resultando em problemas teóricos, metodológicos e políticos (FASSIN, 2003).

Revisões prévias da literatura têm explorado a relevância do capital social para a elaboração de políticas (SHORTT, 2004), a forma como o conceito vem sendo operacionalizado nas pesquisas (MACINKO; STARFIELD, 2001), a relação entre as medidas utilizadas e a saúde em países de rendas média e baixa (AGAMPODI et al., 2015) a causalidade na associação contextual direta em estudos prospectivos (MURAYAMA; FUJIWARA; KAWACHI, 2012), a relação entre o capital social e a utilização dos serviços de saúde (DEROSE; VARDA, 2009; PERRY et al., 2008), a associação entre capital social e mortalidade em países com diferentes padrões de distribuição de riqueza (ISLAM et al., 2006), a validade das ligações entre a presença ou ausência do capital social e indicadores de saúde na América Latina e Caribe (KRIPPER; SAPAG, 2009) e as desigualdades sociais em saúde (CARLSON; CHAMBERLAIN, 2003) (Tabela 2). Em síntese, os trabalhos revisados

evidenciaram vários problemas: inconsistências nas medidas, falta de clareza sobre o que exatamente o pesquisador está querendo aferir (confiança; confiança cívica; confiança interpessoal), ausência de consenso sobre o nível de análise (individual, agregado, comunidades, nações) e utilização de indicadores pouco padronizados e testados psicometricamente (MACINKO; STARFIELD, 2001).

Embora estas revisões tenham identificados questões e problemas relevantes nos estudos sobre capital social e saúde, não analisaram as relações entre as principais concepções do capital social, as distintas teorias mobilizadas e a forma de medir o capital social ou ainda as possíveis dissociações na sua operacionalização. Os conceitos adotados variam entre as definições oriundas do senso comum até a denominação comum a diferentes conceitos como, por exemplo, apoio social e coesão social. Esses problemas refletem-se nas formas utilizadas para operacionalização do que seria o capital social comprometendo a sua validade.

Autor da primeira abordagem sociológica contemporânea sobre capital social, Pierre Bourdieu desenvolveu-o no interior de uma teoria sobre as práticas sociais no artigo intitulado “O Capital Social, notas provisórias”, conceituando-o como

.conjunto de recursos reais ou potenciais ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizada [...] (pertencimento a um grupo), como conjunto de agentes que são não apenas dotados de propriedades comuns (suscetíveis de serem percebidas pelo observador, pelos outros e por ele mesmo), mas são também unidos por ligações permanentes e úteis (BOURDIEU, 1980, pp. 2-3).

A seguir, em 1988, James Coleman concebe o capital social pela sua função em três formas fundamentais - obrigações, expectativas e confiabilidade das estruturas; normas e sanções efetivas; e canais de informação - como “*uma variedade de entidades que tem dois elementos em comum: consistem em algum aspecto da estrutura social e facilitam as ações dos atores dentro desta estrutura*” (COLEMAN, 1988). Já o cientista político Robert Putnam, embora apresente sua definição, a atribui explicitamente a Coleman. Segundo este autor o capital social “... *diz respeito a características da organização social, como confiança,*

normas e sistemas que contribuam para aumentar a eficiência da sociedade, facilitando as ações coordenadas” (PUTNAM, 1993).¹

Tendo em vista a variação do conceito em tradições sociológicas distintas (Tabela 1), ressalta-se que estas formulações guardam similitudes e oposições que precisam ser consideradas na sua operacionalização. O elemento comum a estas três definições refere-se a especificidade do capital social em relação a outros tipos de capital pois este não pode ser apropriado sob a forma de bens materiais ou conhecimento (capital cultural), mas guardam distância na sua dimensão teórica que tem implicação em relação à unidade de análise e no modo em que este pode ser apreendido.

Embora as definições de Coleman e Bourdieu se aproximem em relação ao modo como o capital social é produzido e reproduzido através das trocas entre as pessoas, elas se afastem na medida em que o modelo teórico concebido por Bourdieu se opõe à descrição objetivista de Coleman, que ao reduzir a troca de dádivas ao “toma lá- dá- cá”, oculta a diferença entre troca de dádiva e uma ação de crédito, enquanto para Bourdieu “... *as trocas não têm como princípio um sujeito calculista, mas um agente socialmente predisposto a entrar sem razão nem cálculo, no jogo da troca*” (BOURDIEU, 2009).²

A definição excessivamente ampla de Coleman, que inclui alguns dos mecanismos gerados pelo capital social, as consequências de sua posse, acesso a informação privilegiada e a apropriada organização social que forneceu o contexto para que ambos, as fontes e efeitos se materializem, resulta em problemas de seleção e definição de indicadores de capital social, bem como de sua operacionalização (CORADINI, 2010; PORTES, 1998). Assim descrito, o conceito alude às consequências positivas das relações sociais, enquanto ignora as

¹ Embora haja registros da utilização do termo em publicações anteriores aos referidos (HANIFAN, 1916, JACOBS, 1961; LOURY, 1977) o primeiro desenvolvimento sistemático na sociologia contemporâneo foi conduzido por Bourdieu no livro (A distinção, 1979) e posteriormente no artigo (Le capital social: notes provisoires, 1980).

² A introdução da noção de capital social, sistema de relações primordiais, de relações não econômicas, pode diferenciar a abordagem de Coleman, mas não pode ser excluído dos esquemas econômicos neoclássicos e da teoria da ação racional. O pressuposto da racionalidade da ação nestas relações é também circunscrito dentro do que é considerado como intencionais, ignorando não apenas a sociologia das disposições mas tudo que não signifique utilitarismo. (CORADINI, 2010)

características menos atrativas, pois normas, controle e confiança incorporados nas estruturas sociais como bem público, podem também se transformar em sociabilidades menos desejáveis (PORTES, 1998).

Os conceitos discutidos previamente estão baseados em análises sociológicas sobre as relações entre indivíduos ou entre indivíduos e grupos. Já Robert Putnam iguala o capital social com o nível de civismo em comunidades (cidades, estados e países) e como característica da estrutura social. Para (Portes, 1998) o principal problema desta formulação é a circularidade. Como propriedade de comunidades e não dos indivíduos o capital social é simultaneamente causa e efeito. Também não há uma distinção teoricamente fundamentada entre o que seria a “comunidade”.

Além das considerações teóricas e metodológicas, as consequências políticas são também observadas. Segundo Fassin (2003), demonstrar que a participação cívica e o grau de confiança determinam as desigualdades em detrimento das condições socioeconômicas, as transformações na esfera da produção e a evolução da divisão mundial do trabalho e da riqueza, é ocultar uma parte significativa da explicação. Ao final, este modelo induz a enfatizar a responsabilidade colocada no indivíduo em função da virtude cívica em detrimento da estrutura social. Para Coleman e Bourdieu o capital social é um capital relacional, trata das desigualdades referentes às relações sociais, sejam elas familiares, de amigos, de colegas, correligionários ou de associações suscetíveis de serem mobilizadas para a ação inerente as relações sociais (FASSIN, 2003).

A análise de Bourdieu é considerada a mais consistente teoricamente entre aqueles que introduziram o conceito de capital social (CORADINI, 2010; FASSIN, 2003; PORTES, 1998), tendo em vista que o situa no interior de uma teoria das práticas segundo a qual os agentes posicionam-se no espaço social em diversos campos ou microcosmos sociais - que correspondem a rede de relações entre agentes - cujas posições são definidas pelo volume e composição das diversas espécies de capital (econômico, cultural e social entre outros) que acumulam. Essa teoria foi testada por meio de inúmeras investigações empíricas (BOURDIEU, 1979; 1984; 1992). Sua contribuição está ainda relacionada à possibilidade de articulação entre duas abordagens que, frequentemente, são colocadas em oposição, a saber: aquela que prioriza as relações objetivas que estruturam o mundo social e as relações inter-subjetivas entre os indivíduos (ELOIRE, 2014). Ademais, chama atenção para maior

rendimento dos capitais acumulados pelos agentes sociais em função do pertencimento a um grupo. enfatizando que esse capital social não é uma propriedade estática e depende de um trabalho incessante para sua criação (PORTES, 1998).

Tendo em vista as considerações anteriores, fica claro que, sob a denominação de capital social, fenômenos diferentes estão sendo pesquisados. Essa problemática embora tenha sido registrada, não tem sido adequadamente investigada nos trabalhos revisados, deixando questões não respondidas: Que fenômenos estão sendo investigados sob o rótulo de capital social? Qual a relação entre os conceitos utilizados e sua operacionalização? Enfim, qual o conceito de capital social que pode auxiliar na explicação das desigualdades em saúde?

Vale ressaltar que as questões levantadas por Moore (2005) e Fassin (2003) referiam-se a emergência do uso do conceito e foram investigadas há dez anos. Cabe, portanto, primeiramente verificar a persistência ou não das mesmas.

O presente trabalho propõe-se a contribuir com a compreensão de algumas dessas questões, buscando sistematizar como o conceito de capital social vem sendo empregado na produção científica internacional, quais os diversos sentidos e significados que lhe são atribuídos e se existem consistência entre os principais conceitos de capital social utilizados nos estudos sobre determinantes sociais da saúde e aqueles utilizados por Bourdieu, Coleman e Putnam. A análise será orientada pelo referencial teórico de Bourdieu tendo em vista as razões acima mencionadas.

Metodologia

Realizou-se em 2014 revisão sistemática da literatura nas bases Web of Science, Medline, Google Acadêmico e SciELO. Utilizaram-se como descritores as palavras-chaves: “social capital and health”, “social capital and health inequalities” e “social capital and health review”. Incluiu-se no estudo, a partir de listagem inicial, os textos com disponibilidade de resumos em inglês, português e espanhol. Foram excluídos os artigos relacionados a outras áreas do conhecimento e que não pertenciam às categorias previamente estabelecidas (revisões sistemáticas, artigos e ensaios). Não foi determinado intervalo de tempo.

Para a análise dos achados foram inicialmente sistematizadas as principais concepções sociológicas sobre capital social, ampliando a revisão bibliográfica através de livros e ensaios relacionados. As revisões prévias e ensaios foram lidos integralmente assim como os artigos selecionados, uma vez que a leitura dos resumos mostrou-se insuficiente para o objetivo da revisão. Os resumos foram classificados de acordo com a utilização do conceito em três categorias: 1) Não cita o conceito; 2) Citação nominal (pura/simples, refere ao termo ou noção, mas não desenvolve; 3) Refere e desenvolve consistentemente.

Em seguida foram elaboradas matrizes, com vistas a sumarizar os principais conceitos e teorias adotados, objetivos da investigação, metodologia utilizada para operacionalização dos conceitos e resultados.

O presente estudo procurou identificar nos trabalhos selecionados se o conceito de capital social foi explicitado, qual o referencial teórico utilizado, qual o conceito adotado pelo pesquisador e a relação deste com a metodologia empregada.

Resultados e Discussão

Foram selecionados 96 resumos disponíveis a partir dos descritores entre os quais, 14 revisões da literatura e 06 ensaios ou editoriais (opinião) e uma meta análise. A maioria dos artigos revisados 62,5% não explicitou qual o conceito de capital social utilizado, 8,5% citaram mas não desenvolveram e 29% abordaram substancialmente, ou seja, citaram e desenvolveram. Dos artigos que desenvolveram em seus resumos consistentemente o conceito de capital social, Putnam foi o autor mais citado isoladamente, o que confirma os achados de Moore (2005, 2006) em 08 estudos, seguido de Bourdieu (04) e Coleman (2), e os demais utilizaram a combinação de dois destes autores ou outras fontes.

Foram as seguintes as principais definições encontradas:

1- Capital social como as *“características da organização social como redes, normas e confiança social que facilitam as ações coordenadas e cooperação para benefício mútuo”*, ou *coesão social* (KAWACHI 1997, 1999) (YIP et al., 2007) ou *integração social* (DE SILVA et al., 2005) ou ainda *abordagem comunitária* (MOORE, 2005) .

Houve um predomínio na utilização desta concepção, referindo-se principalmente a Putnam e secundariamente a Coleman. Observe-se que esta é uma definição abrangente que envolve diversos componentes não desenvolvidos teoricamente pela maioria desses autores tais como redes, confiança social, integração social e comunidade. Sob esta denominação, as formas de operacionalização (Tabela 3) variam de acordo com a dimensão priorizada por cada autor, conforme descrição sumarizada, a seguir:

a) confiança - normalmente aferida pela resposta à pergunta derivada da investigação de Kawachi (1997, 1999) “você acha que as pessoas tentariam tirar vantagem de você se elas tivessem oportunidade ou elas tentariam ser justas?” ou o grau de concordância com a afirmação “de um modo geral você pode confiar em outras pessoas” (LINDSTROM; AXEN; et al., 2006; POORTINGA, 2006), mas também como confiança cívica, confiança nas instituições e confiança generalizada (BORGONOV, 2010; DAHL; MALMBERG-HEIMONEN, 2010). Novamente a confiança é uma nova categoria que não é devidamente explicitada e a pergunta que buscava apreendê-la por sua vez introduz elementos outros como “tirar vantagem” e “justiça,” todos polissêmicos. Por outro lado, segundo (ABBOTT; FREETH, 2008), estas perguntas expressam o ponto de vista dos respondentes sobre o comportamento de outras pessoas mais do que a sua inclinação ou capacidade de ser confiável e medem confiança nas pessoas em geral, mais do que em um grupo específico. Embora confiança e reciprocidade sejam identificados comumente como componentes centrais do capital social, a literatura atual oferece poucas evidências ou justificativas teóricas da contribuição destes componentes com efeitos benéficos para a saúde. (ABBOTT; FREETH, 2008).

b) participação - participação social, participação cívica e ativismo (em associações, em atividades religiosas e eleitorais) (ALTSCHULER; SOMKIN; ADLER, 2004; DAHL; MALMBERG-HEIMONEN, 2010; LINDSTROM; MOGHADDASSI; MERLO, 2006; NAKHAIE; ARNOLD, 2010; POORTINGA, 2006). Cabem aqui algumas considerações, pois se à primeira vista o capital social pressupõe interações entre indivíduos ou entre indivíduos e grupos, ou seja, pertencimento é possível que a apreensão deste constructo seja justificável. Mas, seria a assinatura de um abaixo-assinado, a presença em reuniões ou protestos e o contato com políticos o mesmo que ter militância política, ser membro de uma determinada igreja ou frequentar regularmente um clube ou outras atividades que pressupõem a

existência de ligações permanentes e úteis? Possivelmente não, e estas diferenças precisam ser melhor explicitadas ou justificadas.

c) Apoio - apoio social e apoio prático (DAHL; MALMBERG-HEIMONEN, 2010; POORTINGA, 2006).

Estas dimensões foram enfatizadas por Putnam (1993):

Os sistemas de participação cívica, assim como associações comunitárias, as associações orfeônicas, as cooperativas, os clubes desportivos, os partidos de massa [...], representam uma intensa interação horizontal [...] quanto mais desenvolvido forem esses sistemas numa comunidade, maior será a probabilidade de que seus cidadãos sejam capazes de cooperar em benefício mútuo. (PUTNAM 1993, p.173).

A definição parece redundante. Apoio social é definido como participação cívica. Mas o que seria? Para Putnam, este processo teria com consequência um círculo virtuoso, ou seja, quanto mais cívica determinada comunidade mais desenvolvida e próspera. Contudo, são reunidos em uma mesma rubrica espaços sociais que envolvem cooperação, mas envolvem também lutas, disputas e conflitos podendo ser também geradores de estresse em graus variados. Dessa forma, outros autores como Pearce; (2003) consideram que o foco sobre o comportamento individual e de grupos podem não apenas ter resultados positivos, mas ter como consequência a culpabilização da vítima, em detrimento da identificação dos processos macroeconômicos e da desigualdade de renda que influenciam a saúde ao longo da vida, e podem levar a intervenções inúteis ou prejudiciais à saúde.

2- Capital social igual a “*uma variedade de entidades que tem dois elementos em comum: consistem em algum aspecto da estrutura social (obrigações, expectativas e confiabilidade, normas e sanções efetivas, canais de informações) e facilitam as ações dos atores dentro desta estrutura*” ou *estoque de redes que são usadas para produzir serviços na sociedade* (ROSE, 2000) ou *recursos das redes sociais* (MOORE, 2005).

Os trabalhos baseados nesta proposição de Coleman (Tabela 4) apontam a centralidade da definição e ou operacionalização para as redes sociais³ (MOORE, SPENCER et al., 2011),

³ As estratificações das redes podem remeter ao tipo (informal ou formal) extensão e intensidade das ligações (forte ou fraca) a direção (horizontal ou vertical) e o nível de diversidade: “bonding” – homogêneas ex. classe, religião - “bridging” - heterogêneas ex. idade, étnica, gênero - e “linking” - diferentes posições hierárquicas.

mas não raras vezes o fazem conjuntamente com referência a Putnam e incluem integralmente ou parcialmente os constructos descritos anteriormente (KAWACHI et al., 1997; ROSE, 2000; VEENSTRA, 2000; 2005). Para operacionalização das redes sociais são comumente utilizadas algumas escalas (Name Generator, Position Generator ou Resource Generator). (CARPIANO; HYSTAD, 2011; LIN, 1995; MOORE, SPENCER et al., 2011; VAN DER GAAG; SNIJDERS, 2005; WEBBER, M. P.; HUXLEY, 2007).

Segundo Berkman (1987), as redes são definidas pelas relações que circundam o indivíduo e suas características, enquanto o apoio social é o suporte emocional, instrumental ou financeiro que é obtido por meio destas. Assim, as redes sociais podem ser protetoras ou não, e misturar estes dois conceitos implica em dizer que todas as redes são uniformemente úteis, o que pode ser um equívoco.

A operacionalização na perspectiva de Coleman inclui sob o mesmo termo os processos gerados pelo capital social (expectativa de reciprocidade e execução de normas), as consequências de sua posse (acesso a informação privilegiada) e a organização social apropriada (redes fechadas). (PORTES, 1988). Além disso, pode ser uma armadilha a incorporação acrítica pela literatura de capital social e saúde de uma visão romântica de comunidades e grupos unidos, porque pressupõe que estes sejam necessariamente saudáveis e, no entanto, é possível que elas sejam excludentes para aqueles que não fazem parte deles, ou para os que discordam da maioria (BAUM; ZIERSCH, 2003).

3- Em terceiro lugar tem-se o conceito formulado por Bourdieu, segundo o qual o capital social corresponde a um “... conjunto de recursos reais ou potenciais ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizada [...] unidos por ligações permanentes e úteis”.

A despeito das diferenças com as definições anteriores, uma vez que o capital social não é um dado, mas produto de investimento, parcialmente irreduzível ao espaço físico e com

Embora possam apresentar sobreposições entre elas as dimensões deverão ser operacionalizadas de acordo com a conceitualização adotada. (FERLANDER, 2007)

significados distintos para diferentes classes⁴, foram utilizados como *proxi* de capital social alguns constructos como ações cívicas e voluntárias, confiança e reciprocidade (VEENSTRA, 2007; ZIERSCH et al., 2005), confiança nos membros da comunidade e em políticos (Veenstra, 2007), apoio social, controle social informal, investimento social, organização e participação em bairros (CARPIANO, 2006) (Ver Tabela 5).

Os estudos que utilizaram o conceito de capital social segundo Bourdieu, embora tenham o mérito de buscar operacionalizá-lo recorreram a noções genéricas e pouco precisas; não explorando o potencial da metodologia bourdieusiana. Alguns trabalhos utilizaram entrevistas em profundidade ou semi estruturadas (BROWNE-YUNG, 2013; STEPHENS, 2008, ZIERSCH et al., 2005) e foram introduzidas questões sobre as relações interpessoais no local de moradia (Stephens, 2008), a socialização com a família e os amigos (frequência de contatos), pertencimento a grupos e contatos tipo “linking” (BROWNE-YUNG, 2013). O espaço social foi explorado por (GATRELL; POPAY; THOMAS, 2004) e os capitais (econômico, cultural) por (PINXTEN; LIEVENS, 2014; VEENSTRA, 2007).

Nestes estudos, por um lado, os autores indicam claramente qual será o referencial adotado, mas o fazem de forma parcial e por vezes sem explicitar o conceito adotado, a exemplo de Gatrell (2004) e Veenstra (2007). Por outro lado, o utilizam associado a proposições que são contraditórias e inconciliáveis como, por exemplo, reciprocidade no sentido de ações praticadas de forma deliberada para obtenção de resultados ou “toma-lá-dá-cá” em lugar das trocas materiais ou simbólicas como práticas onde “*quem dá e quem recebe colaboram de maneira inconsciente com um trabalho de dissimulação que visa negar a verdade da troca*” (BOURDIEU, 2009) ou ainda ações cívicas, confiança e controle social, constructos oriundos de outros modelos.

Salienta-se que as variáveis utilizadas para apreensão do capital social são ainda insuficientes para apreensão do constructo. A incorporação deste referencial nos estudos dos determinantes sociais da saúde possibilita a superação de alguns dos principais problemas apontados pelas revisões anteriores e pelos críticos, tanto no polo teórico, quanto no polo

⁴ A família e os amigos para a pequena burguesia deixaram de ser uma certeza contra a infelicidade. A preocupação de concentrar esforços e reduzir custos leva o pequeno burguês a romper os vínculos-até mesmo familiares-que criam obstáculos à ascensão individual. (PIERRE, 1979 pg. 306/307)

empírico, que remetem às oposições macro/micro, estrutural/cognitivo, objetivo/subjetivo, uma vez que as dimensões que constituem o espaço social (capital econômico, capital cultural, capital social e trajetória social) situados no espaço e no tempo articulam as estruturas objetivas e as interações sociais.

O uso do conceito de capital social, no sentido de Bourdieu, deve ser entendido como parte de uma teoria social e não tratado como uma categoria autônoma ou uma variável independente, mas em um contexto social mais amplo que inclui a competição por recursos entre grupos em diferentes posições sociais (STEPHENS, 2008). Disputas em torno de questões específicas de cada campo que mobilizam os capitais acumulados e em particular o simbólico, onde o capital social foi mobilizado para explicar os rendimentos desiguais obtidos por indivíduos de capitais (econômico, cultural ou outros) equivalentes em um dado espaço social. E que são, também, parcialmente irreduzíveis a relações objetivas de proximidade no espaço físico (geográfico) ou mesmo no espaço econômico e social, porque estas relações só existem em estado prático e porque são fundadas sobre as trocas, cuja instauração supõe reconhecimento e proximidade (BOURDIEU, 2008).

Considerações Finais

A revisão realizada mostra que o capital social é um conceito de diversos significados ligados ou não a tradições sociológicas distintas. Tornou-se um senso comum douto, que para grande parte dos autores, prescinde de uma explicitação conceitual. Além disso, fenômenos com significados distintos estão sendo investigados sob a rubrica de capital social. Por exemplo, quando alguém indaga se o entrevistado confia nas pessoas, está investigando a sua percepção sobre uma categoria psicológica (confiança) ou civismo (política), que precisaria, por sua vez, ser melhor definida. Esse fato tem implicações importantes nas conclusões desses estudos, bem como em sua validade.

Para alguns autores, como Bernard (1999), essa polissemia resulta de um estágio inicial de desenvolvimento conceitual, de maneira análoga à coesão social

que poderia ser considerado como um **quase conceito**, ou seja, construções que se constituem de duas faces, de um lado são fundamentadas sobre uma análise de dados e de situação que lhe imprime cientificidade e por outro

conserva uma indeterminação que lhe torna possível adaptar às diferentes situações e esta indeterminação explica porque é difícil determinar exatamente qual o seu significado. E, estes quase conceitos exigem um trabalho de crítica e de desconstrução. (BERNARD, 1999, pp. 48).

Os resultados sugerem ainda o predomínio na utilização do capital social como característica da estrutura social, externa ao indivíduo, referindo-se principalmente a Putnam e secundariamente a Coleman, persistindo, portanto, as questões apontadas por Fassin (2003) e Moore (2005).

A maioria dos estudos identificados na bibliografia revisada não explicitou o conceito utilizado e, quando o fizeram, frequentemente observou-se uma dissociação entre a concepção adotada e a sua operacionalização. Estes usos estão relacionados a três fenômenos diferentes que se aproximam, mas não completamente, porque recortam o apoio social e as relações sociais.

Na perspectiva de Portes (1998), a análise do capital social pressupõe observar certas causalidades lógicas: 1) separar a definição de capital social, teórica e empiricamente, dos seus alegados efeitos; 2) estabelecer alguns controles de direcionalidade de modo que a presença de capital social seja comprovada antes dos resultados que se espera que sejam produzidos; 3) controlar a presença de outros fatores que possam explicar tanto o capital social quanto os seus alegados efeitos; 4) identificar de forma sistemática as origens históricas do capital social na comunidade.

O conceito de Bourdieu, considerado de maior poder explicativo por estar situado ao interior de uma teoria sobre as práticas sociais, tem sido incorporado de forma isolada e insuficiente. Para ser coerente com os seus pressupostos epistemológicos, é necessário desenvolver um programa de investigações empíricas para testar essas hipóteses em estudos adicionais, tanto extensivos, como em profundidade. Particularmente, é necessário o estudo dos campos sociais e dos seus subespaços na sua emergência e atualidade, visando captar na dinâmica das lutas os processos que podem interferir na autopercepção da saúde e até mesmo no adoecimento.

Os resultados da presente investigação apontam para o fato de que qualquer estudo sobre capital social requer para fins de sua operacionalização uma explicitação conceitual bem como a adoção de medidas consistentes com o conceito adotado, evitando a justaposição

de teorias e métodos ou mesmo a produção de trabalhos descritivos destituídos de uma teoria social.

Tabela 1- Autor, ano, conceito de capital social e principais fontes, teorias, dimensões e categorias utilizadas em estudos de saúde coletiva. 2015.

Autor	Conceito	Referência	Teorias	Dimensões	Categorias
BOURDIEU (1979; 1980)	<i>"conjunto de recursos reais ou potenciais ligados à posse uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizada de interconhecimento e inter reconhecimento (pertencimento a um grupo), como conjunto de agentes que são não apenas dotados de propriedades comuns (suscetíveis de serem percebidas pelo observador, pelos outros e por ele mesmo), mas são também unidos por ligações permanentes e úteis"</i>		Práticas Sociais	Redes Sociais; Recursos materiais e simbólicos; Espaço Social	Espaço social; Capital econômico; Redes formais e informais; Apoio social; Ação cívica; Confiança
COLEMAN (1988)	<i>Capital social é definido pela sua função. Ele não é uma entidade singular, mas um conjunto de diferentes entidades que têm dois elementos em comum: todas elas consistem em algum aspecto da estrutura social e facilitam certas ações dos atores nestas estruturas. Como outras formas de capital, o capital social é produtivo, tornando possível a conquista de certos fins, que na sua ausência não seria possível. Uma dada forma de capital pode ser válida facilitando certas ações, pode não ser útil ou ser prejudicial para outras. Principais formas: obrigações, expectativas e confiabilidade das estruturas; Canais de informação e Normas e sanções efetivas.</i>	Nan Lin; Mark Granovetter	Práticas e Ação Racional	Normas sociais; Reciprocidade Informação; Confiança	Confiança (governo, vizinhos, pessoas); Confiança generalizada; Integração social; Participação associações; Apoio (emocional e prático) Reciprocidade; Segurança no bairro; Controle social; Percepção de poluição; Ligações com vizinhos; Participação Cívica.

PUTNAM (1995)	<i>Características da organização social como redes de engajamento cívico, normas e confiança que facilitam a coordenação e cooperação para benefícios mútuos e podem melhorar a eficiência da sociedade; Redes sociais e normas de reciprocidade.</i>	Coleman; Loury	Ação Racional	Redes Sociais; Normas sociais;	Sentido de vizinhança; Ativismo no bairro; Organizações voluntárias; Grupos de ativistas; Redes sociais; Atividades comunitárias; Prestação de serviços religiosos; Interação na comunidade; Interconexão Psicossocial; Estado civil; Ser amado.
LOURY (1977)	<i>Representa as consequências da posição social como facilitador na aquisição de características do capital humano padrão. Enquanto abundam problemas de medição, esta ideia tem vantagem de forçar o analista a considerar a extensão em que os ganhos individuais são explicados por forças sociais fora do controle de um indivíduo.</i>		Dinâmica das Desigualdades Raciais	Posição Social; Redes sociais	
NAN LIN (1995)	<i>Os recursos sociais constituem o elemento central do capital social, estes recursos podem e devem ser mobilizados independentemente dos resultados</i>	Lin; Granoveter	Redes Recursos sociais	Ação expressiva (Homofilia); Ação instrumental (Heterofilia)	Escalas (Position Generator, Name Generator e Resource Generator); Redes e Recursos sociais.

Tabela 2. Estudos de revisão sobre capital social e saúde, autor, ano, título, publicação, objetivo e resultados, 2015.

Autor/Ano	Título	Revista	Objetivo	Resultados
Hawe and Shell, 2000	Social capital and health promotion: a review	Social Science & a Medicine	Apresentar um quadro anterior da literatura acerca da influência do ambiente social sobre a saúde e dos mecanismos implicados nesta relação.	A pesquisa em capital social até agora capturou inadequadamente construtos subjacentes ao conceito,
Macinko, 2001	The Utility of Social Capital in Research on Health Determinants	The Milbank Quarterly	1) Explorar as diferentes dimensões de Capital Social;	Pouca consistência entre o nome e a medida correspondente. Não há consenso sobre o nível de agregação; Quase todas as abordagens são imprecisas sobre a distinção entre o capital social como um recurso, um produto ou uma resposta individual-
Carlson, 2003	Social capital, health, and health disparities	J Nurs Scholarsh	Identificar as implicações para a pesquisa de disparidades em saúde	Inconsistências conceituais e no uso das variáveis operacionais. Embora na definição utilizada por Coleman a "confiança generalizada" seja o atributo dominante do conceito tem sido negligenciado e tem aumentado o uso de todos os tipos de " participação" sem a devida fundamentação conceitual ou teórica.
Shortt, 2004	Making sense of social capital, health and policy	Health Policy	Sumarizar o conhecimento atual sobre capital social e suas implicações para as políticas de saúde.	A utilidade do emprego do capital social para a formulação de política de saúde continua a ser uma questão complexa e aberta.

- Moore, 2005 The Privilege of American Comunitarian Ideas Citation Public Health Prctices and the translation of Social Capital into Public Health Research Avaliar, como o conceito de capital social têm sido traduzidos e readequados na pesquisa em saúde pública, ao migrar das ciências sociais. A hegemonia da abordagem comunitária pode ser vista não só no conteúdo da literatura saúde pública, mas também na sua estrutura. Abordagens de rede como representado em citações de Coleman e Bourdieu têm sido marginalizadas e fragmentadas.
- De Silva, 2005 Social capital and illness: a systematic review J Epidemiol Community Health Revisar estudos quantitativos e examinar a associação entre capital social e doença mental Capital social no nível Individual e ecológico pode medir diferentes aspectos do ambiente social. As evidencias atuais são inadequados para indicar o desenvolvimento de medidas específicas para enfrentar a doença mental.
- Moore,2006 Lost translation: genealogy of the “social capital” concept in public health in J Epidemiol Community Health Examinar a genealogia do conceito de capital social em saúde pública, especialmente na epistemologia e práticas acadêmicas e a maneira como a este conceito foi modelado e adaptado das ciências sociais para a saúde coletiva. O mais central e proeminente texto da análise foi "Making Democracy Work" de R. Putnam seguido de "Social Capital , income inequality and mortality" de Kawachi et al.

Islam, 2006	Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review	International Journal for Equity in Health	Analisar criticamente a noção de capital social e revisão da literatura empírica sobre a associação entre capital social e saúde entre os países.	Independentemente do desenho do estudo e do grau de equidade entre os países, os achados indicam que existe uma associação positiva (efeito fixo) entre o capital social e melhores condições de saúde.
Ferlander, 2007	The importance of different forms of social capital for health	Acta Sociologica	Fornecer uma visão geral do conceito de capital social para distinguir suas diferentes formas, com foco em seus potenciais efeitos sobre a saúde individual e coletiva.	As redes foram caracterizadas de acordo com a direção dos laços, os níveis de força, a formalidade e diversidade, produzindo ligações horizontais e verticais, formais e informais, fracas e fortes em (bonding, bridging, e linking).
Abott, 2008	Social and Health Starting to Make Sense of the Role of generalized Trust and Reciprocity	Capital Health Sociology Review	Analisar os conceitos de confiança e reciprocidade e sua utilização nos trabalhos de capital social.	Apesar de confiança e reciprocidade serem muito comumente identificados como componentes centrais do capital social a literatura sobre capital social atualmente oferece pouca evidência ou justificativa teórica para acreditar que estes componentes contribuem para o núcleo de efeitos benéfico do capital social na saúde.

Derose, 2009	Social capital and health care access: systematic review	Medical Care Research and a Review do capital social e avaliar sua utilidade para pesquisa em serviços de saúde.	Fazer revisão sistemática para avançar na compreensão teórica do capital social e avaliar sua utilidade para pesquisa em serviços de saúde.	Falta de congruência em como o capital social é concebido e medido e inconsistência geral nos achados o que dificulta um panorama com conclusões seguras sobre os efeitos do capital social no acesso a serviços de saúde.
Murayama, 2012	SSocial Capital and Health: Review of Prospective Multilevel Studies	J Epidemiol com análise multinível para investigar a associação entre capital social e saúde.	Revisar estudos prospectivos, com análise multinível para investigar a associação entre capital social e saúde.	Foram identificados 13 estudos prospectivos de análise multinível, divididos em dois tipos de acordo com a unidade de análise: comunidade e local de trabalho. Os estudos utilizavam o capital social a nível de agregados por área ou local de trabalho através de confiança ou participação cívica. Os resultados sugeriram que tanto o social capital a nível de área / local de trabalho quanto no nível individual tiveram efeitos positivos para a saúde.
Uphoff, 2013	A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a	International Journal for Equity in Health and socioeconomic inequalities in health: a	Avaliar as evidências atuais e identificar as lacunas no conhecimento sobre associações e interações entre o capital social, as desigualdades sócio econômicas e a saúde.	A maioria dos estudos confirmaram a correlação entre as desigualdades socioeconômicas e a saúde. Destes, 19 estudos testaram o efeito da interação. Para 12 estudos o capital social teria um efeito protetor/apaziguador em indivíduos de baixa posição sócio econômica e 05 estudos concluíram que o capital social tem um forte efeito positivo para as pessoas nestas condições.

contribution to
understanding
the psychosocial
pathway of
health
inequalities

Agampodi,
2015
Measurement of Social
social capital in Science
relation to health Medicine
in low and
middle income
countries
(LMIC): A
systematic
review

Identificar que metodologias Foram analisados 46 estudos, 22 em países de renda
& vêm sendo utilizada para média alta, 10 de renda média baixa e 07 países em
apreensão do capital social em renda baixa. Os autores indicam algumas lacunas nos
países menos hiperdesenvolvido estudos revisados, como a adaptação dos instrumentos a
avaliar as possibilidades e cultura local, testes de confiabilidade dos instrumentos.
limites desta utilização.

Tabela 3- - Autor, ano, título, publicação, objetivo, conceito e medidas de capital social em estudos de saúde, segundo definição de Putnam. 2015.

Autor/Ano	Título	Revista	Objetivo	Conceito	Medidas de capital social
	<i>“Características da organização social como redes, normas e confiança social que facilitam as ações coordenadas e cooperação para benefício mútuo”</i>				
Altschuler, 2004	Local services and amenities, neighborhood social capital, and health	Social Science & Medicine	Avaliar se o conceito de capital social pode aumentar a nossa compreensão sobre o impacto dos bairros na saúde dos moradores.	Características encapsuladas na estrutura social e confiança e reciprocidade e ajuda mútua que funcionam como recursos que facilitam a ação coletiva e individual.	Sentido de vizinhança, recursos do bairro, mobilização e ativismo.
Dahl, 2010	Social inequality and health: the role of social capital	Sociology of Health & Illness	Analisar se a distribuição desigual do capital social na população explica a relação entre posição socioeconômica e de saúde na Noruega, e em que intensidade.	Neste artigo, vamos abordar o capital social como empiricamente aparece no nível do indivíduo apenas e limitar a discussão do conceito para este nível.	Apoio emocional, Apoio prático, Número de amigos e conhecimento, satisfação com o bairro, participação cívica, confiança generalizada.

Vial, 2010	Violência urbana e capital social em uma cidade no Sul do Brasil: um estudo quantitativo e qualitativo	Rev Panam Salud Publica	Investigar as relações entre a violência urbana referida e capital social em uma cidade de médio porte no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil	As organizações, as redes de relações e entre organismos e os grupos formais e informais de pessoas, são bens inalienáveis da comunidade que favorecem e fortalecem a cidadania e a participação política, com impacto direto na prevenção do crime. Esta rede de relação tem sido entendida como capital social.	O capital social foi avaliado em 5 dimensões: a partir do grau relatado de confiança social entre vizinhos, apoio social, controle social informal, percepção política e ação social nos bairros avaliados.
Chappell, 2010	Social Capital: Does it Add to the Health Inequalities Debate?	Soc Indic Res	Examinar a relação entre alta posição social, capital social e saúde, explorando os efeitos diretos e indiretos.	...é pensado geralmente como relações e conexões positivas dentro de uma comunidade. Resulta de fazer parte de uma comunidade onde os vizinhos se cumprimentam e fomenta normas de reciprocidade, confiança e capacidade de associação	Participação social (tamanho da rede informal = a soma dos residentes, amigos próximos, vizinhos conhecidos, N° de atividades comunitárias, membro de grupo formal e uso de serviços) Confiança

Nakhaie, 2010	A four year (1996-2000) analysis of social & capital and health status of Canadians: The difference that love makes	Social Science & Medicine	1. Identificara a relação causal entre o CS e a saúde 2. Quais os caminhos e em que extensão o capital social afeta a saúde?	Confiança, normas de reciprocidade, redes sociais, participação em associações e outras ações sociais. “	Índice de confiança: governantes, vizinhos, comunidade, pessoas em geral. Índice de participação cívica: escrever para o jornal e assistir a programação do jornal local de TV, doar sangue.
Perry, 2008	Social capital and health care experiences among low-income individuals	Am J Public Health	J Examinar as relações entre o capital social e serviços de saúde dentre os indivíduos de baixa renda considerando as propriedades psicométricas de uma medida baseada na teoria do capital social	Capital social como o produto das redes sociais e da reciprocidade, confiabilidade e engajamento cívico.	Apoio social - Se uma emergência médica surgisse em sua casa, você chamaria seus vizinhos para ajudar? (2) Se você precisasse de uma carona para a clínica, você chamaria um vizinho? (3) Se você precisasse de ajuda para uma consulta médico ou social, etc.

Smith, 2003 Social norms, Aust N Z Explorar modelo de capital " a existência de normas socialmente Confiança, Altruísmo social behaviours J Public social, especificamente a orientadas (oposto de normas e Cidadania; and health: an Health associação entre normas próprias) - confiança; reciprocidade; Participação em empirical socialmente orientadas e os altruísmo e cidadania- e instituições e examination of a efeitos que estes factores na comportamentos (participação em atividades políticas. model of social auto-avaliação da saúde em grupos dentro da sociedade). capital três estados com diferentes níveis de "bem-estar" social.

van The diversity in Internati Analisar diversidade entre as Características de estruturas sociais Extensão da interação Hooijdonk, associations onal associações entre o capital (como níveis de confiança interpessoal na comunidade, 2008 between Journal social da comunidade e a e normas de reciprocidade e ajuda pertencimento, community of saúde. mútua), que atuam como recursos que satisfação e social capital and Epidemi facilitam a ação para os indivíduos envolvimento, health per health ology estratificadas segundo grupo de população e outcome, population group and location studied grau de urbanização.

Aida, 2009 The different Social Verificar se o Capital Social Não discute o conceito. O foco do Redes horizontais e effects of vertical Science vertical e horizontal teve estudo são as redes sociais. verticais. Participação social capital and & diferentes associações com a e pertencimento a

	horizontal social capital on dental status: A multilevel analysis	Medicine	condição dentária de idosos japoneses.		grupos e organizações sociais
Baron-Epel, 2008	Individual-level analysis of social capital and health: A comparison of Arab and Jewish Israelis	Social Science & Medicine	Avaliar os níveis e variedade de indicadores que representam o capital social entre judeus e árabes residentes em Israel e a associação entre o este e a autopercepção de saúde nestes dois grupos.	Características da organização social como redes, normas e confiança social que facilitam as ações coordenadas e cooperação para benefício mútuo.	Confiança, segurança do bairro, percepção de ajuda, confiança em autoridades e apoio social.
Borgonovi, 2010	A life-cycle approach to the analysis of the relationship between social capital and health in Britain	Social Science & Medicine	Examinar a associação entre experiências vividas na infância, o status de saúde o ambiente familiar e social e o capital social.	Não refere.	Membro de grupo e associações, atender em serviços religiosos - Rede formal Confiança na comunidade e confiança nas instituições (linkig)

Iversen, 2008	An exploratory study of associations between social capital and self-assessed health in Norway	Health Economics, Policy and Law	Estimar a associação entre capital social e saúde quando outros fatores são controlados	Capital social é dividido em N° de pessoas que frequentam serviços religiosos em relação à população Participação em organizações em relação a organizações voluntárias e em à população redes formais e informais. Refere também a bounding e bridging.
Kawachi, 1997	Social Capital, Inequality, and Mortality	American Journal of Public Health	Verificar a hipótese de que desigualdade de renda está relacionado a redução da coesão social e que o aumento na mortalidade está relacionado com o	" Características da organização social Engajamento cívico e nível de confiança mútua entre membros da comunidade. Densidade de participação em grupos

				desinvestimento em capital social.		voluntários per capita por estado e nível de confiança social.
Lindstrom, 2006	Social capital and administrative contextual determinants of lack of access to a regular doctor: A multilevel analysis in southern Sweden	Health Policy	Investigar a influência contextual do capital social e fatores individuais sobre a falta de acesso regular a consulta médica	Tem sido operacionalizado como confiança e participação social		Participação social; Confiança generalizada.
Poortinga, 2006	Do health behaviors mediate the association between social capital and health?	Preventiv Medicine	Investigar se o capital social está associado à saúde e se e a comportamentos relacionados a autopercepção de saúde;	" características da organização social tais como densidade das associações cívicas, níveis de confiança interpessoal e normas de reciprocidade que facilitam a ação coletiva"		Participação social; Confiança social

Tabela 4- Autor, ano, título, publicação, objetivo, e medidas de capital social em estudos de saúde, segundo definição de Coleman e Putnam. 2015.

“Uma variedade de entidades que tem dois elementos em comum: consistem em algum aspecto da estrutura social e facilitam as ações dos atores dentro desta estrutura”

Autor/Ano	Título	Revista	Objetivo	Medidas de capital social
Rose, 2000	How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians	Social Science & Medicine	Avaliar em que extensão o capital social influencia a saúde individual dos russos.	Participação em associações, controle sobre a própria vida, informações, integração social.
Vial 2010	Violência urbana e capital social em uma cidade no Sul do Brasil: um estudo quantitativo e qualitativo	RevPanam Salud Publica	Investigar as relações entre a violência urbana e capital social em uma cidade de médio porte no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil	Grau relatado de confiança social, controle social, percepção política e ação social nos bairros avaliados.
Murayama 2012	Social Capital and Health: A Review of Prospective Multilevel Studies	J Epidemiol	Revisar estudos prospectivos, com análise multinível para investigar a associação entre capital social e saúde.	Foram selecionados estudos que investigavam a associação contextual direta entre capital social e saúde.
Kawaschi, 1997	Social Capital, Income Inequality, and Mortality	American Journal of Public Health	Verificar a hipótese de que desigualdade de renda está relacionada a redução da coesão social e que o aumento na mortalidade está relacionado com o desinvestimento em capital social.	Engajamento cívico e nível de confiança mútua entre membros da comunidade.
Luz Tatiana 2011	Perceptions of social capital and cost-related non-adherence to medication among the elderly/	Cadernos Saude Publica	Investigar a associação entre percepções de capital social e subutilização de medicamentos por motivos financeiros entre idosos	Foi utilizado um sumário baseado em outros trabalhos para questões relativas ao capital social.

Moore S, 2011	Social capital and core network ties: A validation study of individual-level social capital measures and their association with extra- and intra-neighborhood ties, and self-rated health	Health & Place	Examinar a associação de variáveis do capital social com a autopercepção de saúde.
Veenstra, G2000	Social capital, SES and health: an individual-level analysis	Social Science & Medicine	Explorar as relações entre confiança, investimento, participação em clubes e associações, participação social, associações, participação cívica e cívica. saúde.
Veenstra Gerry, 2005	Location, location, location: contextual and compositional health effects of social capital in British Columbia, Canada	Social Science & Medicine	Analisar o efeito do apoio social. Confiança nos governantes e questões de apoio social. capital social sobre a saúde

Tabela 5. Autor, ano, título, publicação e medidas de capital social, segundo conceito de capital social em Bourdieu. 2015

"Conjunto de recursos reais ou potenciais ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizada [...] (pertencimento a um grupo), como conjunto de agentes que são não apenas dotados de propriedades comuns (suscetíveis de serem percebidas pelo observador, pelos outros e por ele mesmo), mas são também unidos por ligações permanentes e úteis".

Autor/Ano	Título	Revista	Medidas de capital social
Virtanen, 2000	Social Science & Medicine	Locality and habitus: the origins of sickness absence practices	O capital social foi definido como estrutura socioeconômica das famílias (percentual de residentes de acordo com a classificação ocupacional local.
Gatrel, 2004	Health & Place	Mapping the determinants of health inequalities in social space:can Bourdieu help us?	Questões sobre acesso a recursos, percepção de violência e contatos com vizinhos. Análise de regressão logística com a análise múltipla de correspondências
Ziersch, A,2005	Source: Science & Medicine	Social Neighbourhood & social capital:the implications for health	Percepção de poluição, conexões com vizinhos, segurança no bairro, ações cívicas locais, reciprocidade e confiança.
Veenstra, 2007	Health & Place	Social space, social class and Bourdieu: Health inequalities in British Columbia, Canada	Análise de Correspondência Múltipla. Confiança na comunidade, confiabilidade dos políticos, senso de pertencimento a comunidade e avaliação ou percepção de solidão, ações cívicas e voluntarismo.
Stephens, 2008	Social Science & Medicine	Social Capital in its place: Using social theory to understand social capital and inequalities in health	Estudo etnográfico. Ligações diárias, senso de identidade em relação ao local, aos vizinhos e a comunidade e o envolvimento pessoal no local de moradia.
Ziersch, A, 2009	Australian and New Zealand Journal	Social capital and health in rural and urban communities in South Australia	Análise de fator confirmatório e Modelo de Equação Estrutural. Capital social (confiança, reciprocidade, apoio social, redes, coesão e participação).
Yung, 2013	Social Science & Medicine	'Faking til you make it': Social capital accumulation of individuals on low incomes living in contrasting	Entrevistas. Nível de socialização com amigos e família, participação em grupos e ligação com profissões prestigiosas.

			socio-economic neighbourhoods and its implications for health and wellbeing	
Pinxten, 2014	Sociology Health & Illness	of	The importance of economic, social and cultural capital in understanding health inequalities: using a Bourdieu-based approach in research on physical and mental health perceptions	Análise bivariada. Apoio social e coesão social.
Mithen, 2015	Social Science & Medicine		Inequalities in social capital and health between people with and without disabilities	O capital social foi apreendido pela extensão das redes sociais em três domínios: informais e formais e redes de apoio social.

Referências

ABBOTT, S.; FREETH, D. Social capital and health: starting to make sense of the role of generalized trust and reciprocity. **J Health Psychol**, v. 13, n. 7, p. 874-83, Oct 2008.

AGAMPODI, T. C. et al. Measurement of social capital in relation to health in low and middle income countries (LMIC): A systematic review. **Social Science & Medicine**, v. 128, n. 0, p. 95-104, 3// 2015.

AIDA, J. et al. The different effects of vertical social capital and horizontal social capital on dental status: A multilevel analysis. **Social Science & Medicine**, v. 69, n. 4, p. 512-518, Aug 2009.

ALTSCHULER, A.; SOMKIN, C. P.; ADLER, N. E. Local services and amenities, neighborhood social capital, and health. **Soc Sci Med**, v. 59, n. 6, p. 1219-29, Sep 2004.

BARON-EPEL, O. et al. Individual-level analysis of social capital and health: a comparison of Arab and Jewish Israelis. **Soc Sci Med**, v. 66, n. 4, p. 900-10, Feb 2008.

BAUM, F. E.; ZIERSCH, A. M. Social capital. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 57, n. 5, p. 320-323, May 2003.

BERKMAN, L. F. Assessing Social Networks and Social Support in Epidemiologic Studies. **Revue D Epidemiologie Et De Sante Publique**, v. 35, n. 1, p. 46-53, 1987.

BERNARD, P. La cohésion sociale : critique dialectique d'un quasi-concept. **Lien social et Politiques**, v. 41, p. 47-59, 1999.

BLAKELY, T. et al. No association of neighbourhood volunteerism with mortality in New Zealand: a national multilevel cohort study. **International Journal of Epidemiology**, v. 35, n. 4, p. 981-989, Aug 2006.

BORGONOVI, F. A life-cycle approach to the analysis of the relationship between social capital and health in Britain. **Social Science & Medicine**, v. 71, n. 11, p. 1927-1934, Dec 2010.

BOURDIEU, P. **La Distinction. Critique social du jugement**. Minuit. Paris. 1979.

BOURDIEU, P. Le capital social. Notes provisoires. **Actes de la recherche en sciences sociales**, v. 31, p. 2-3, 1980.

_____. **Homo Academicus**. Paris: Ed minuit, 1984. 317.

_____. **Les règles de l'art. Genèse et structure du champ littéraire**. Paris: Ed du Seuil, 1992.

_____. The Forms of Capital. In: (Ed.). **Readings in Economic Sociology**: Blackwell Publishers Ltd, 2008. p.280-291. ISBN 9780470755679.

BROWNE-YUNG, K. Z. A. F. B. 'Faking til you make it': social capital accumulation of individuals on low incomes living in contrasting socio-economic neighbourhoods and its implications for health and wellbeing. **Soc Sci Med**; , v. 85, p. 9-17, 2013.

CARLSON, E. D.; CHAMBERLAIN, R. M. Social capital, health, and health disparities. **J Nurs Scholarsh**, v. 35, n. 4, p. 325-31, 2003.

CARPIANO, R. M. Toward a neighborhood resource-based theory of social capital for health: can Bourdieu and sociology help? **Soc Sci Med**, v. 62, n. 1, p. 165-75, Jan 2006.

CARPIANO, R. M.; HYSTAD, P. W. "Sense of community belonging" in health surveys: what social capital is it measuring? **Health & Place**, v. 17, n. 2, p. 606-17, Mar 2011.

CHAPPELL, N. L.; FUNK, L. M. Social Capital: Does it Add to the Health Inequalities Debate? **Social Indicators Research**, v. 99, n. 3, p. 357-373, Dec 2010.

COLEMAN, J. S. Social Capital in the The Creation of Human Capital. **American Journal Sociology**., v. S94, p. 95-120, 1988.

CORADINI, O. L. The divergences between Bourdieu's and Coleman's notions of social capital and their epistemological limits. **Social Science Information Sur Les Sciences Sociales**, v. 49, n. 4, p. 563-583, Dec 2010.

DAHL, E.; MALMBERG-HEIMONEN, I. Social inequality and health: the role of social capital. **Sociology of Health & Illness**, v. 32, n. 7, p. 1102-1119, 2010.

- DE SILVA, M. J. et al. Social capital and mental illness: a systematic review. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 59, n. 8, p. 619-627, Aug 2005.
- DEROSE, K. P. Do bonding, bridging, and linking social capital affect preventable hospitalizations? **Health Services Research**, v. 43, n. 5, p. 1520-1541, Oct 2008.
- DEROSE, K. P.; VARDA, D. M. Social capital and health care access: a systematic review. **Med Care Res Rev**, v. 66, n. 3, p. 272-306, Jun 2009.
- ELOIRE, F. **The effects of social capital on economic and symbolic profits in Rethinking Economics**. New York: Asimina Chirtoforou and Michel Lainé, 2014. 303.
- FASSIN, D. Social capital, from sociology to epidemiology: critical analysis of a transfer across disciplines. **Revue D Epidemiologie Et De Sante Publique**, v. 51, n. 4, p. 403-413, Sep 2003.
- FERLANDER, S. The importance of different forms of social capital for health. **Acta Sociologica**, v. 50, n. 2, p. 115-128, Jun 2007.
- GATRELL, A. C.; POPAY, J.; THOMAS, C. Mapping the determinants of health inequalities in social space: can Bourdieu help us? **Health & Place**, v. 10, n. 3, p. 245-257, Sep 2004.
- GIORDANO, G. N.; BJÖRK, J.; LINDSTRÖM, M. Social capital and self-rated health – A study of temporal (causal) relationships. **Social Science & Medicine**, v. 75, n. 2, p. 340-348, 2012.
- HANIFAN, L. J. The rural school community center. **The Annals of the American Academy of Political and Social Science**, v. 67, p. 130-138, 1916.
- ISLAM, M. K. et al. Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review. **International Journal for Equity in Health**, v. 5, n. 1, p. 3, 2006.
- IVERSEN, T. An exploratory study of associations between social capital and self-assessed health in Norway. **Health Econ Policy Law**, v. 3, n. Pt 4, p. 349-64, Oct 2008.
- JACOBS, J. The Death and Life of Great American Cities. **The Modern Library, New York 1993**, 1961.

KAWACHI, I.; KENNEDY, B. P.; GLASS, R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. **Am J Public Health**, v. 89, n. 8, p. 1187-93, Aug 1999.

KAWACHI, I. et al. Social capital, income inequality, and mortality. **American Journal of Public Health**, v. 87, n. 9, p. 1491-1498, Sep 1997.

KOBAYASHI, T. et al. Individual-level social capital and self-rated health in Japan: An application of the Resource Generator. **Social Science & Medicine**, v. 85, n. 0, p. 32-37, 2013.

KRIPPER, C. E.; SAPAG, J. C. [Social capital and health in Latin America and the Caribbean: a systematic review]. **Rev Panam Salud Publica**, v. 25, n. 2, p. 162-70, Feb 2009.

LIN, N. Les ressources sociales : une théorie du capital social. **Revue française de sociologie**, v. 36-4, p. 685-704, 1995.

LINDSTROM, M. et al. Social capital and administrative contextual determinants of lack of access to a regular doctor: A multilevel analysis in southern Sweden. **Health Policy**, v. 79, n. 2-3, p. 153-164, Dec 2006.

LINDSTROM, M.; MOGHADDASSI, M.; MERLO, J. Individual and contextual determinants of self-reported poor psychological health: A population-based multilevel analysis in southern Sweden. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 34, n. 4, p. 397-405, Aug 2006.

LOURY, G. C., Ed. **A Dynamic Theory of Racial Income Differences. Women, Minorities, and Employment Discrimination. (Cap. 08)** p.(153-176) ed. 1977.

LUZ, T. C. B.; DE LOYOLA, A. I.; LIMA-COSTA, M. F. Perceptions of social capital and cost-related non-adherence to medication among the elderly. **Cadernos De Saude Publica**, v. 27, n. 2, p. 269-276, Feb 2011.

MACINKO, J.; STARFIELD, B. The utility of social capital in research on health determinants. **Milbank Q**, v. 79, n. 3, p. 387-427, IV, 2001.

MARMOT, M.; WILKINSON, R. G. **Social Determinants of Health**. New York: Oxford University Press, 1999. 291.

MITHEN JOHANNA , Z. A., ANNA ZIERSCH , ANNE M. KAVANAGH. Inequalities in social capital and health between people with and without disabilities. **Social Science & Medicine**, v. 126 p. 26e35, 2015.

MOORE, S. et al. Social capital and core network ties: A validation study of individual-level social capital measures and their association with extra- and intra-neighborhood ties, and self-rated health. **Health & Place**, v. 17, n. 2, p. 536-544, 2011.

MOORE, S. et al. Lost in translation: a genealogy of the "social capital" concept in public health. **J Epidemiol Community Health**, v. 60, n. 8, p. 729-34, Aug 2006.

MOORE, S. et al. The Privileging of Communitarian Ideas: Citation Practices and the Translation of Social Capital Into Public Health Research. **American Journal of Public Health**, v. 95, n. 8, p. 1330-1337, 2005.

MURAYAMA, H.; FUJIWARA, Y.; KAWACHI, I. Social Capital and Health: A Review of Prospective Multilevel Studies. **Journal of Epidemiology**, v. 22, n. 3, p. 179-187, May 2012.

NAKHAIE, R.; ARNOLD, R. A four year (1996-2000) analysis of social capital and health status of Canadians: The difference that love makes. **Social Science & Medicine**, v. 71, n. 5, p. 1037-1044, Sep 2010.

PEARCE, N.; DAVEY SMITH, G. Is social capital the key to inequalities in health? **Am J Public Health**, v. 93, n. 1, p. 122-9, Jan 2003.

PERRY, M. et al. Social capital and health care experiences among low-income individuals. **Am J Public Health**, v. 98, n. 2, p. 330-6, Feb 2008.

PIERRE, B. A distinção: crítica social do julgamento. **São Paulo: Edusp; Porto Alegre: Zouk, 2006 [1979]**, p. 556, 1979.

PINXTEN, W.; LIEVENS, J. The importance of economic, social and cultural capital in understanding health inequalities: using a Bourdieu-based approach in research on physical and mental health perceptions. **Sociology of Health & Illness**, v. 36, n. 7, p. 1095-1110, Sep 2014.

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

PORTES, A. Social Capital: Its origins and applications in modern sociology. **Annual Review of Sociology**, v. 24, p. 1-24, 1998.

PUTNAM, R. Making Democracy Work: Civic traditions in modern Italy. **Princeton University Press. Princeton, New Jersey**, 1993.

ROSE, R. How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians. **Social Science & Medicine**, v. 51, n. 9, p. 1422, Nov 2000.

SAPAG, J. C. et al. Social capital and self-rated health in urban low income neighbourhoods in Chile. **J Epidemiol Community Health**, v. 62, n. 9, p. 790-2, Sep 2008.

SHORTT, S. Making sense of social capital, health and policy. **Health Policy**, v. 70, n. 1, p. 11-22, 2004.

SMITH, P.; POLANYI, M. Social norms, social behaviours and health: an empirical examination of a model of social capital. **Aust N Z J Public Health**, v. 27, n. 4, p. 456-63, 2003.

STEPHENS, C. Social capital in its place: using social theory to understand social capital and inequalities in health. **Soc Sci Med**, v. 66, n. 5, p. 1174-84, Mar 2008.

UPHOFF ELEONORA P, K. E. P., BALTICA CABIESES,, NEIL SMALL3 AND JOHN WRIGHT4. A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities inhealth: a contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities. **International Journal for Equity in Health** 2013.

VAN DER GAAG, M.; SNIJDERS, T. A. B. The Resource Generator: social capital quantification with concrete items. **Social Networks**, v. 27, n. 1, p. 1-29, 2005.

VAN HOOIJDONK, C. et al. The diversity in associations between community social capital and health per health outcome, population group and location studied. **International Journal of Epidemiology**, v. 37, n. 6, p. 1384-1392, Dec 2008.

VEENSTRA, G. Social capital, SES and health: an individual-level analysis. **Soc Sci Med**, v. 50, n. 5, p. 619-29, Mar 2000.

_____. Location, location, location: contextual and compositional health effects of social capital in British Columbia, Canada. **Soc Sci Med**, v. 60, n. 9, p. 2059-71, May 2005.

_____. Social space, social class and Bourdieu: Health inequalities in British Columbia, Canada. **Health & Place**, v. 13, n. 1, p. 14-31, Mar 2007.

VIAL, E. A. et al. Urban violence and social capital in a southern Brazilian city: a quantitative and qualitative study. **Revista Panamericana De Salud Publica-Pan American Journal of Public Health**, v. 28, n. 4, p. 289-297, Oct 2010.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Saúde e espaço social. In: *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária/ Cebes*. Rio de Janeiro: Roberto Passos Nogueira (Organizador). 2009.

VIRTANEN, P. et al. Locality and habitus: the origins of sickness absence practices. **Social Science & Medicine**, v. 50, n. 1, p. 27-39, Jan 2000.

WEBBER, M.; HUXLEY, P.; HARRIS, T. Social capital and the course of depression: Six-month prospective cohort study. **Journal of Affective Disorders**, v. 129, n. 1-3, p. 149-157, Mar 2011.

WEBBER, M. P.; HUXLEY, P. J. Measuring access to social capital: The validity and reliability of the Resource Generator-UK and its association with common mental disorder. **Social Science & Medicine**, v. 65, n. 3, p. 481-492, Aug 2007.

YIP, W. et al. Does social capital enhance health and well-being? Evidence from rural China. **Soc Sci Med**, v. 64, n. 1, p. 35-49, Jan 2007.

ZIERSCH, A. M. et al. Neighbourhood life and social capital: the implications for health. **Social Science & Medicine**, v. 60, n. 1, p. 71-86, Jan 2005.

Artigo 2

**Estratos sociais, capital social e autopercepção da saúde
entre servidores de Instituições Públicas de Ensino e Pesquisa.
Brasil (2008-2010)**

ABRIL 2015

RESUMO

As relações entre o capital social e a autopercepção da saúde ainda não estão bem estabelecidas, havendo variabilidade em diversos resultados de estudos encontrados na literatura em saúde. Estas diferenças podem estar relacionadas à polissemia atribuída ao conceito e à sua operacionalização por meio de uma ampla gama de medidas com implicações tanto para a precisão conceitual como para a comparabilidade entre os distintos achados. Com o objetivo de analisar o acesso a recursos relacionados ao capital social, a posição ocupada no espaço social e a autopercepção da saúde, foi realizado um estudo transversal, com dados do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), envolvendo seis Instituições Públicas de Ensino e Pesquisa das regiões Nordeste, Sul e Sudeste do Brasil e 15.105 funcionários que trabalhavam nestas instituições no período compreendido entre 2008 e 2010. O acesso a recursos do capital social foi aferido por meio da escala “Resource Generator” (RG) e utilizou-se análise de correspondências múltiplas e análise estratificada para explorar o processo de produção do capital social, as relações entre o pertencimento aos diversos grupos e a autopercepção da saúde. Os resultados indicam que o capital social apreendido pela escala RG, adaptada para o Brasil, está relacionado à autopercepção de saúde na população investigada, evidenciando diferenciais tanto entre os estratos sociais quanto dentro de um mesmo estrato. De acordo com os resultados obtidos, quanto maior o acesso aos recursos relacionados ao capital social melhor a saúde autorreferida e quanto menor o capital social maiores são as proporções dos que consideraram ruim ou muito ruim o seu estado de saúde. Os autores deste trabalho concluem que a combinação de várias técnicas de investigação, bem como a concepção do capital social fundamentada por uma teoria social, favorece uma melhor compreensão da complexidade do conceito de capital social e da sua relação com a saúde.

ABSTRACT

The relationship between social capital and self-rated health are not well established, and there is variability in results of several studies in the health literature. These differences may be related to multiple meanings attributed to the concept and its implementation through a wide range of measures affecting both the conceptual precision as to comparability between the different findings. In order to analyze access to resources related to social capital, one's position in the social space and the self-perceived health, a cross-sectional study was conducted with data from the Study of Adult Health Longitudinal (ELSA - Brazil), involving six Public Education and Research institutions in the Northeast, South and Southeast of Brazil and 15,105 employees working in these institutions in the period between 2008 and 2010. Access to the capital resources was measured by "Resource Generator" (RG) scale and multiple correspondence analysis and stratified analysis were used to explore the production process of social capital, the relationship between belonging to various groups and self-perceived health. The results indicate that social capital seized by RG scale, adapted to Brazil, is related to self-perceived health in the study population, highlighting differences both between social strata as within the same stratum. According to the results, the greater the access to resources related to social capital the better the self-reported health and the lower social capital the higher are the proportions of those who considered poor or very poor their own health. The authors of this study concluded that the combination of various investigative techniques, and the support of the social capital concept on a social theory, promotes better understanding of the complexity of the concept of social capital and its relationship to health.

Keywords: social capital, self-reported health; multiple correspondence analysis

Introdução

Após duas décadas da introdução do conceito de capital social em estudos específicos de saúde é crescente a sua utilização em trabalhos sobre desigualdades e mortalidade (KAWACHI et al., 1997) saúde mental (WEBBER; HUXLEY, 2007), acesso a serviços (DEROSE; VARDA, 2009), promoção (ERIKSSON, 2011) e autopercepção de saúde (KAWACHI; KENNEDY; GLASS, 1999; KOBAYASHI et al., 2013). No entanto, as relações deste com a autopercepção da saúde ainda não estão bem estabelecidas, havendo variabilidade nos resultados encontrados (CARPIANO; FITTERER, 2014; DAHL; MALMBERG-HEIMONEN, 2010; VEENSTRA, 2000; VERHAEGHE et al., 2012).

Duas razões podem estar relacionadas com essas diferenças. Em primeiro lugar, tendo em vista os diversos sentidos atribuídos ao conceito de capital social em tradições sociológicas distintas (FASSIN, 2003), bem como o fato de que grande parte dos trabalhos epidemiológicos ou não explicitam o conceito usado ou o utilizam de forma inadequada (MOORE et al., 2005), fenômenos diferentes são mensurados⁵. Em segundo lugar, a sua operacionalização caracterizada pela utilização de uma ampla gama de medidas ou pela sobreposição de constructos que compartilham de aspectos comuns como a existência de trocas sociais ou de confiança mútua através de indicadores apoiados por vezes em uma ou poucas perguntas a esse respeito. Por exemplo, Gilbert et al. (2013) em meta análise, cujos critérios de inclusão foram a adoção de técnicas estatísticas, autopercepção ou mortalidade como desfecho de saúde, enumerou 102 indicadores específicos para apreensão do capital social de 39 artigos selecionados. Diversidade que, segundo estes autores, pode indicar tanto uma gama de possibilidades, quanto a imprecisão do constructo contribuindo para a dificuldade de comparação entre estudos e para a sua utilização para a formulação de políticas, como indicado por revisões da literatura sobre o tema (HAWE; SHIELL, 2000; MACINKO; STARFIELD, 2001).

A superação dessas limitações requer tanto explicitar qual o conceito de capital social adotado, como buscar apreender a sua complexidade por meio de técnicas de investigação articuladas, ou, pelo menos, por meio de indicadores capazes de contemplar seus múltiplos aspectos.

⁵ Conforme discutido no Artigo 1 da presente tese. (Capital Social e saúde: conceitos e medidas)

Alguns dos mais citados trabalhos na literatura, a exemplo daqueles conduzidos por Kawachi e Kennedy (1997, 1999), utilizaram definição de capital social genérica e pouco precisa. Segundo esses autores, apoiados em Durkheim, Putnam e Coleman, o capital social seria um atributo da organização social, ecológico e externo aos indivíduos, tais como participação cívica, normas de reciprocidade e confiança nos outros que resultariam em benefício mútuo. Para aferir a confiança e reciprocidade, estes e outros autores utilizaram apenas duas perguntas oriundas de inquéritos populacionais ou amostras específicas, a saber: 1. Você considera que a maioria das pessoas são confiáveis? e / ou 2. Você diria que na maior parte do tempo as pessoas tentam ser úteis? (DAHL; MALMBERG-HEIMONEN, 2010; KAWACHI et al., 1999; VEENSTRA, 2000). Dificilmente poderia se concluir que a opinião sobre a confiabilidade das pessoas corresponda a uma situação de fato. Uma atmosfera otimista ou mesmo o resultado do efeito da interrogação escolar – imposição de problemática no sentido de Bourdieu – pode resultar em elevados percentuais de respostas positivas sendo o inverso também verdadeiro: uma situação pessimista pode influenciar nas respostas negativas. Os resultados dos trabalhos supracitados sugerem que os efeitos contextuais (morar em uma área desprovida de capital social) influenciaram na avaliação negativa da saúde em estados com baixos níveis de confiança cívica na população americana segundo Kawachi (1999) e colegas. Entretanto, o grau de distribuição desigual do capital não apresentou relação significativa com a autopercepção de saúde nos trabalhos conduzidos por Dahl (2010) e Veenstra (2000) que utilizaram um indicador composto para apreender a confiança no governo, nas pessoas, comunidade, vizinhos, em grupos éticos e religiosos canadenses e também não identificaram associação significativa com a autopercepção, ao menos na comunidade investigada.

Outro modelo testado por Giordano (2012) e colaboradores, através de análise de séries temporais dos determinantes sociais da saúde, considerou entre as variáveis exploratórias o apoio social - situação conjugal, frequência de encontro com amigos e familiares, viver sozinho – e o capital social utilizando como *proxis* – confiança generalizada, participação social e contato com vizinhos – ao longo do tempo (t) em relação a autopercepção da saúde. Foram identificadas associações positivas com boa parte das medidas de capital social empregadas e, sobretudo, para confiança generalizada no modelo de regressão múltipla testado simultaneamente. Os autores ressaltam a título de conclusão que a falta de consenso entre as diversas disciplinas sobre o que a confiança generalizada

estaria medindo gera ambiguidade acerca de quais mecanismos ligariam altos níveis de confiança com melhor percepção da saúde (GIORDANO; BJÖRK; LINDSTRÖM, 2012). Embora “confiança” e “reciprocidade” sejam identificados como principais componentes do capital social, a literatura atual oferece pouca evidência empírica ou justificativa teórica da contribuição dos efeitos benéficos destes componentes sobre a saúde (ABBOTT; FREETH, 2008). A avaliação da validade da utilização deste constructo, com dados do Canadian General Social Survey (2008), indicou que a despeito de capturar aspectos psicológicos relevantes o seu uso por meio de questões norteadoras da percepção de “confiança” não permite fazer suposições claras sobre as conexões formais e informais dos indivíduos e os recursos reais ou potenciais inerentes à redes sociais, sendo inadequada a sua apreensão como componente ou *proxy* do capital social, uma vez que são conceitualmente distintos (CARPIANO; FITTERER, 2014).

O presente estudo se apoiará no conceito de capital social desenvolvido por Pierre Bourdieu fundamentado por uma teoria das práticas sociais, segundo a qual, o capital social corresponde a

um conjunto de recursos reais ou potenciais ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizada [...] (pertencimento a um grupo), como conjunto de agentes que são não apenas dotados de propriedades comuns [...] , mas são também unidos por ligações permanentes e úteis (BOURDIEU, 1980, pp. 2-3)

O capital social para este autor não teria uma existência autônoma, devendo ser compreendido como resultante de um processo de trocas sociais desenvolvidas em um espaço onde os agentes sociais⁶ encontram-se posicionados a depender do volume e composição das diferentes espécies de capital, adquiridos ao longo de suas trajetórias ao interior dos diversos campos sociais. As práticas sociais, dentre as quais as práticas de saúde podem ser consideradas como um caso particular, relacionam-se com a dinâmica dos campos, orientada pelo *habitus* e pela *illusio* dos agentes. Também a autopercepção da saúde poderia estar influenciada pela posição ocupada no espaço social pelos agentes, não apenas em decorrência de um maior acesso a bens materiais e a condições de vida capazes

⁶ Bourdieu denomina os indivíduos de agentes das práticas sociais. Ele recusa os conceitos de atores sociais e de sujeitos fundamentando esta recusa na sua crítica às teorias da ação racional. (BOURDIEU; WACQUANT, 1992)

de assegurar uma melhor nutrição, melhor incorporação de hábitos saudáveis e melhor utilização dos serviços de saúde, mas também em decorrência de uma maior normatividade, no sentido que lhe é dado por Canguilhem (CANGUILHEM, 1966; VIEIRA-DA-SILVA, 2010). A opção pelo conceito de Bourdieu relaciona-se com o fato de que os outros conceitos de capital social existentes na literatura não funcionam ao interior de uma teoria social com poder explicativo. Por exemplo, para Coleman (1988), o capital social está relacionado aos recursos da estrutura social (obrigações, expectativas e confiabilidade das estruturas, normas e sanções, canais de informação) que facilitam a ação dos atores. Já para Robert Putnam (1993), o autor mais citado na saúde coletiva (MOORE et al., 2005), contam sobretudo as redes de engajamento cívico, normas e confiança que facilitam obtenção de benefícios mútuos e podem melhorar a eficiência da sociedade (PUTNAM, R., 1993; PUTNAM, R. D., 2004).

Por outro lado, a operacionalização do conceito de Bourdieu é complexa e requer o recurso a múltiplas estratégias de pesquisa concomitantes (PIERRE, 1979). Algumas aproximações podem ser feitas, contudo. A escala “Resource Generator” (RG), baseada na concepção de capital social como conjunto de recursos potencialmente disponíveis nas redes dos indivíduos resultante da história destas relações (VAN DER GAAG; SNIJDERS, 2005) e orientados pela teoria dos recursos sociais (LIN, 1995), foi desenvolvida com o propósito de superar parte das limitações apresentadas anteriormente. A escala RG busca apreender com questões concretas uma gama de recursos que dizem respeito a várias dimensões das relações sociais potencialmente ligadas à saúde, bem como ao pertencimento a alguns grupos como a família, amigos ou conhecidos. Além disso, a adoção de um instrumento comum possibilitaria o desenvolvimento de trabalhos que possam estabelecer comparações entre os estudos (VAN DER GAAG; SNIJDERS, 2005).

Poucos estudos publicados utilizaram a escala RG em populações distintas após testes de validade e confiabilidade, além de adaptação aos diferentes contextos culturais: (GRIEP et al., 2013; KOBAYASHI et al., 2013; VAN DER GAAG; SNIJDERS, 2005; WEBBER; HUXLEY, 2007). Na aplicação da versão adaptada para a população do Reino Unido, o acesso aos recursos do capital social, aferido pela RG, foi inversamente associado aos distúrbios mentais mais comuns (WEBBER; HUXLEY, 2007). A escala RG foi também utilizada no Japão considerando a possibilidade do estresse atuar como mediador entre o capital social e auto avaliação de saúde dos japoneses. Os achados evidenciaram

diferentes padrões de acordo com os gêneros. Enquanto as mulheres apresentaram dose resposta às quatro dimensões relacionadas à vida cotidiana avaliadas (recursos domésticos, conselhos de especialistas, habilidades pessoais e resoluções de problemas práticos), apenas o acesso a “conselhos de especialistas” demonstrou associação com a saúde masculina. Para ambos os sexos, o capital social apreendido pela “Resource Generator Japonesa”, foi relacionado com a autopercepção de saúde, mesmo considerando potenciais confundidores (KOBAYASHI et al., 2013).

O presente estudo pretende contribuir para a superação parcial de algumas das lacunas mencionadas, orientado em primeiro lugar pelo conceito de capital social ao interior de uma teoria que permite compreender a dinâmica do espaço social, na qual a percepção do estado de saúde do indivíduo é influenciada sobretudo pela posição ocupada neste espaço e pela apropriação de recursos materiais e simbólicos daí decorrentes (VIEIRA-DASILVA, 2010) e em segundo lugar, examinar o acesso a recursos relacionados ao apoio social apreendidos pela escala Resource Generator na base do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), um estudo de servidores públicos brasileiros através da combinação de estratégias e métodos que possibilitará melhor analisar o processo de produção do capital social, as relações entre o pertencimento aos diversos grupos e a autopercepção da saúde.

Metodologia

Foram utilizados dados de estudo longitudinal realizado em seis Instituições Públicas de Ensino e Pesquisa (IPEs) das regiões Nordeste, Sul e Sudeste do Brasil, envolvendo 15.105 funcionários que trabalhavam nestas instituições no período compreendido entre 2008 e 2010 e que constituíram a linha de base do ELSA-Brasil do qual o presente trabalho faz parte. Os dados foram coletados mediante entrevistas, através de questionários onde os voluntários respondiam a diversos itens acerca das características sócio demográficas, história médica pregressa e de doença familiar, ocupação, saúde reprodutiva, estilos de vida, cuidado com a saúde, fatores psicossociais e saúde mental, além da realização de exames físicos, clínicos, laboratoriais e de imagem (ESTELA M. L. AQUINO*; BRUCE B. DUNCAN; VALE´RIA MARIA AZEREDO PASSOS, January 10, 2012.).

O capital social foi inicialmente aferido por meio de duas abordagens metodológicas complementares: a posse de recursos variados relativos à posição ocupada no espaço social, o pertencimento a grupos e o acesso a recursos relacionados ao apoio social, apreendidos pela versão brasileira “Resource Generator“ (RGB), com algumas adaptações à cultura local (GRIEP et al., 2013).

A coleta de dados dos 31 itens relacionadas ao capital social foram apresentadas presencialmente e respondidas de maneira dicotômica pelos participantes que identificavam ainda o tipo de grupo responsável por sua produção (família, amigos ou conhecidos), caso a resposta fosse positiva. O referido instrumento foi elaborado originalmente com o propósito de apreender quatro dimensões do que seria considerado como capital social segundo VAN Der Gaag e SNIJDERS (2005), de acordo com as características dos recursos disponíveis ou não nas redes de relações dos participantes a exemplo de: conhecer alguém que tenha habilidades para consertar equipamentos e/ou veículos (computadores, carros, bicicletas), possua conhecimento especializado (idiomas), conhecimento específicos (de leis, finanças, política) ou possa apoiá-los em situações cotidianas (conselhos sobre conflitos no trabalho, ajuda em mudanças, empréstimos, cuidado das crianças) (GRIEP et al., 2013).

A posição dos indivíduos no espaço social foi definida pelo capital econômico e o capital cultural que correspondem a características consideradas como centrais por Bourdieu (1979) a esse respeito. Para este autor, as pessoas por ele denominadas de agentes sociais, situam-se no espaço social a depender do volume e composição do seu capital. Numa primeira dimensão, de acordo com a composição global do seu capital e, numa segunda dimensão, conforme a estrutura do mesmo, ou seja, a depender do peso das diferentes espécies de capital (principalmente econômico e cultural, mas também político, burocrático, científico e social) (BOURDIEU, 1977; 1997, 1980). Uma aproximação do capital econômico foi obtida através da utilização da variável renda familiar líquida e do capital cultural por meio do variável grau de instrução, ambas constantes da base pelo ELSA-Brasil.

O capital econômico foi classificado em Capital Econômico Baixo (CEB): rendimentos até 2489 reais; Capital Econômico Médio (CEM): de 2490 a 4979 reais; Capital Econômico Alto (CEA): de 4980 a 7469 reais e Capital Econômico Muito Alto (CEAA) acima de 7470 reais ou o que equivaleria a U\$2.888,00, cambio em relação ao dólar no momento da coleta em dezembro de 2014.

O grau de instrução obedeceu à seguinte classificação: Capital Cultural Baixo (CCB): fundamental incompleto a fundamental completo; Capital Cultural Médio (CCM): ensino médio completo e superior incompleto; Capital Cultural Alto (CCA): superior completo e pós-graduação. Não estavam disponíveis as informações sobre o tipo de pós-graduação (aperfeiçoamento, especialização, mestrado ou doutorado).

O estado de saúde foi apreendido pela autopercepção (Muito boa/boa; Regular e Ruim/muito ruim) visto que este marcador foi considerado um preditor consistente de morbidade e futura mortalidade (IDLER, 1997). A idade foi categorizada em quatro faixas (35 a 44; 45 a 54; 55 a 64 e 65 a 74 anos), situação conjugal foi agrupada em categorias similares (Casado/Unido; Separado/Divorciado/Solteiro/Viúvo e Outro), renda e escolaridade conforme descrição anterior. A morbidade foi apreendida pela história médica pregressa, segundo respostas à presença ou ausência de enfermidades crônicas. Foram calculadas as frequências simples referente às características sócio demográficas, psicossociais e história médica pregressa.

Foi realizada investigação de natureza exploratória das relações entre as variáveis, através da Análise de Correspondência Múltipla (ACM). Este recurso foi utilizado considerando que a ACM é uma técnica estatística que permite explorar graficamente a relação entre um grande número de variáveis categóricas ou binárias, simultaneamente. A ACM possibilita ainda uma representação visual dos perfis das categorias de variáveis de acordo com a distância ou proximidade entre os pontos no espaço (GREENACRE, 1993) e para Bourdieu, corresponde a uma análise relacional capaz de objetivar melhor o espaço teórico de relações entre os agentes sociais (BOURDIEU, 1979).

Foram testados dois modelos na ACM. Modelo 1: foram consideradas variáveis ativas (capital econômico, capital cultural e capital social), que representam graficamente as dimensões ou eixos fatoriais, e ilustrativas (auto-avaliação de saúde, situação conjugal e funcional, frequência de atividades religiosas, morbidade e conhecimento relacionados à militância política). Modelo 2: variáveis ativas (capital econômico e capital cultural) e ilustrativas (auto-avaliação de saúde, capital social, situação conjugal e funcional, frequência de atividades religiosas, morbidade e conhecimento relacionados a militância política). Foi realizada a exclusão de todos os dados sem informação referentes às variáveis utilizadas na aplicação da ACM.

Em seguida, realizou-se análise estratificada. Para a obtenção dos estratos, foram adotados os seguintes passos: 1) Gerados os grupos de indivíduos segundo níveis de capital social por dimensão da escala RG; 2) Gerados estratos de acordo com os níveis de capitais (econômico, cultural ou social).

A classificação deu origem a sete estratos: 1 (CEAA/CSA), (CEAA/CSM) (CEAA/CSB); 2 (CEA/CSA), (CEA/CSM), (CEA/CSB); 3 (CEM/CSA), (CEM/CSM) (CEM/CSB); 4 (CEB/CSA), (CEB/CSM), (CEB/CSB); 5 (CCA/CSA), (CCA/CSM), (CCA/CSB); 6 (CCM/CSA), (CCM/CSM) (CCM/CSB) e estrato 7 (CCB/CSA), (CCB/CSM) (CCB/CSB).

Para análise das associações entre os capitais (Econômico, Cultural e Social) e a autopercepção de saúde utilizou-se distribuição de frequências uni e bivariadas e respectivos intervalos de 95% de confiança. A magnitude das associações foi verificada mediante uso da Razão de Prevalência (RP) e respectivos Intervalos de 95% de confiança, estimados através da Regressão Logística Multinomial em função da Razão de Riscos Relativos (RRR). Adotou-se como categoria referente o Capital Social Alto. Em todas as análises, o nível de significância adotado foi de 5% ($\alpha \leq 0,05$).

Os dados foram exportados para o programa Stata versão 12.0 (Stata Corp., College Station, TX, USA) para tratamento e geração dos resultados. A aplicação da Técnica ACM foi mediante uso do software SPAD 3.5 (Système Portable pour l'Analyse des Données).

A pesquisa do ELSA-Brasil, por tratar-se de um estudo multicêntrico, teve seu protocolo aprovado não só pelo comitê de ética da cada instituição, mas também pelo Comitê de Ética de Pesquisa Nacional. Além disso, este trabalho também foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisado Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA).

Resultados

Verificou-se uma elevada proporção ($\geq 80\%$) de respostas positivas às 25 questões. Apenas a resposta à questão “Você conhece alguém que cuide das crianças se estiver fora?” foi respondida positivamente por 19,6% dos entrevistados. Em seguida, respectivamente com 73,6% e 75% vêm as perguntas “Você conhece alguém que pode emprestar bastante R\$ se precisar?” e “Você conhece alguém que conheça bem assuntos financeiros?” sendo que 10 das 25 questões que compuseram a escala no questionário apresentaram percentuais de respostas afirmativas superiores a 90% (ver anexo Quadro 1).

Os resultados sugeriram que os melhores indicadores de acesso a recursos relacionados ao apoio social corresponderam aos participantes de cor branca com altos níveis de renda e escolaridade, idade entre 35 a 44 anos, casados ou vivendo junto com alguém, situação funcional ativa e de sexo feminino. Por outro lado, os indígenas e aqueles com rendimentos inferiores ou igual a R\$2.489, apresentaram menores proporções de Capital Social Alto CSA: 19,6% e 46,5% respectivamente. (Tabela 1).

O estado de saúde autorreferido foi considerado “muito bom” ou “bom” para a maioria dos respondentes (80%) enquanto que 2% o consideraram “ruim” ou “muito ruim” no total da amostra. A análise estratificada indicou diferenciais proporcionais na autopercepção da saúde relacionados ao capital social. Para o mesmo estrato de capital econômico e cultural, crescentes níveis de capital social estavam associados a melhores percepções de saúde. Essa variação ocorre tanto entre estratos distintos como também dentro de um mesmo estrato (Tabelas 2 e 3). Considerando o capital econômico, por exemplo, no primeiro estrato, classificado como muito alto (CEAA/CSA), 89,4% dos entrevistados fizeram uma boa avaliação da saúde, ao passo que no quarto estrato (CEB/CSA) este percentual foi de 76,5% (Tabela 2).

Verificou-se um gradiente entre as percepções de saúde, segundo capital social: na medida em que diminuía os níveis do capital social analisados, também diminuía a avaliação positiva. Por exemplo, no Estrato 1, entre o primeiro nível (CEAA/CSA) e o último (CEAA/CSB) a diferença foi de 2,2%; no estrato 2, entre (CEA/CSA) e (CEA/CSB) ela foi de 8,3%. Já no estrato 3 entre o (CEM/CSA) e o (CEM/CSB) foi de 10,5% e no estrato 4 as diferenças eram de 17,5% entre (CEB/CSA) e (CEB/CSB) (Tabela 2). As

avaliações negativas ou regulares também apresentaram variação de acordo com o estrato analisado e os níveis de capital social, diferenças expressivas nos estratos mais baixos, a exemplo do CEB cuja proporção foi equivalente a 2% na faixa de alto de capital social (CEB/CSA) para 6% na última faixa, de capital social baixo (CEM/CSB) e do CCB que no nível mais alto de recursos do capital social (CCA/CSA) o percentual dos que autorreferiam a saúde “ruim” ou “muito ruim” foi 3,5% e de 6% para a faixa de capital social baixo (CCB/CSB) (Tabelas 2 e 3).

O mapa bidimensional do espaço social, gerado pela análise de correspondências múltiplas, foi constituído com amostra de 14.992 respondentes, após exclusão das respostas ausentes. Neste espaço cada uma das categorias das variáveis selecionadas é representada por um ponto. (Figura 1).

A representação dos fatores correspondentes às variáveis ativas explicou 42,46% e 55,8% da variabilidade global dos dados nos modelos 1 e 2 respectivamente. Nesse estudo, optou-se pela análise do modelo 2 por apresentar maior valor e por conservar os dois primeiros eixos como principais por apresentarem uma maior contribuição na explicação da variabilidade global, respectivamente 33% e 22,8% (Figura 2; ver modelo 1 anexo figura 3).

Em ambos os eixos, as contribuições do CE e CC foram semelhantes (50,0%). Na definição do semi-eixo correspondente ao terceiro quadrante, 22,2% da variabilidade foi explicada pelo CEB/AD_4, em oposição às categorias CEA/AD_2 e CEAA/AD_1, com 5,9% e 19,9% respectivamente. Por sua vez, o CCA/AF_1 explicou 23,1% e manteve-se em proximidade ao CEAA no quarto quadrante, em oposição às categorias CCB/AF_3 e CEB/AD_4 situadas no quadrante inferior esquerdo. (Figura 1). Isso corresponde a dizer que os Capitais Econômico Alto e Muito Alto estão próximos do Capital Cultural Alto e se opõem aos capitais econômicos e cultural baixos.

No eixo 2, as maiores contribuições foram atribuídas ao CEM/AD_3 e CCM/AF_2, localizados no segundo quadrante, com 28,1% e 18,3%, respectivamente, enquanto no semi-eixo relativo ao terceiro quadrante, o CEB/AD_4 e CCB/AF_3, com 14,3% e 31,1%, respectivamente, foram responsáveis pelas maiores contribuições, ao tempo em que mantiveram uma relação de proximidade (Figura 1 e Tabela 5).

A representação gráfica das variáveis ilustrativas permitiu a visualização de quatro subgrupos, distribuídos de acordo com os dois primeiros fatores. No quadrante superior direito, encontram-se em proximidade o grupo composto pelos respondentes com boa percepção de saúde AVMBB /AG_1 capital social alto CSA/AE_1, conhecimento de grupo político GPS/ AA_1 e pouca frequência de atividade religiosa regular GRR/AI_3 (Figura 1).

No segundo quadrante, em proximidade com os estratos intermediários, definidos pelos capitais econômico CEM/AD_3 e cultural CCM/AF_2, formou-se uma nuvem mais próxima ao eixo central composta por um grupo com alta frequência em atividades religiosas GRMF/AI_1, GRF/AI_2, situação conjugal não definida OUT/AH_3 e solteiros SV/AH_2, servidores ativos AT/AC_1 e capital social médio CSM/AE_2. Este último, situou-se na linha entre o segundo e o terceiro quadrantes sugerindo estar em relação com ambos (Figura 1).

Simetricamente oposto ao grupo de capital econômico alto no primeiro quadrante, o grupo representado pelo capital econômico baixo CEB/AD_4 e capital cultural baixo CCB/AE_3 situado no quadrante inferior esquerdo, caracterizou-se também pela associação das seguintes características: capital social baixo CSB/AE_3, autopercepção regular AVREG/AG_2 e ruim ou muito ruim do estado de saúde AVMRR/AG_3.

O quadrante identificado pelo capital cultural alto CCA/AF_1 e capital econômico muito alto CEA/AD_1 estava associado a alguns atributos como estar casados ou viver junto com alguém CSA/AH_1, não frequentar atividades religiosas GRNF/AI_4 e aposentados AP/AC_2. Cabe destacar que a ausência de morbidade crônica MB/AB_2 e a situação funcional ativa apresentaram-se como pontos coincidentes no espaço relativo ao segundo quadrante enquanto a presença de doença crônica MB/AB_1, situadas em proximidade ao centroide do gráfico, não está claramente relacionada ou em proximidades com as categorias de análise.

Discussão

O presente estudo revela que o capital social apreendido pela escala “Resource Generator” (RG), adaptada para o Brasil, está relacionado a autopercepção de saúde na população investigada, com diferenciais entre os estratos sociais e dentro de um mesmo estrato. De acordo com os resultados obtidos, quanto maior o acesso aos recursos relacionados ao capital social, melhor a saúde autorreferida e quanto menor capital social maiores proporções dos que consideraram ruim ou muito ruim o seu estado de saúde. Salienta-se que esta tendência, embora com discretas variações, manteve-se tanto para indivíduos situados no mesmo estrato de capital econômico, quanto para aqueles com capital cultural equivalente, categorias que orientaram a análise. Embora numa primeira dimensão a autopercepção da saúde, varie positivamente com o capital econômico e cultural, secundariamente ela está associada ao capital social medido pela escala RG. Tendo em vista que elevados percentuais de autopercepção da saúde estão relacionados com as posições dominantes no espaço universitário, tanto do ponto de vista do capital econômico como cultural, sendo as diferenças pequenas entre esses grupos, essa posição parece influenciar mais fortemente a autopercepção da saúde do que o capital social.

Estes resultados, sobretudo as variações internas nos estratos distintos, são coerentes com a concepção de capital social de Bourdieu, que o utiliza para explicar como indivíduos que ocupam a mesma posição no espaço social podem obter benefícios diferentes a partir da mobilização de recursos associados à sua rede de relações, esteja ele em uma posição de dominação ou de subordinação, no referido espaço (BOURDIEU, 1979).

Adicionalmente, a exploração das possíveis relações estabelecidas entre as posições ocupadas no espaço social e a saúde, através da análise de correspondência, sugere a existência de relações de oposição e proximidade consistentes com a análise estratificada. Oposições representadas pela boa avaliação da saúde, ausência de doenças crônicas, melhores condições sócio econômicas, situação funcional ativa e desenvolvimento de práticas coletivas, ter companhia amorosa de um lado se opõe aos baixos capitais (econômico, cultural e social), isolamento e autopercepção de saúde negativa do outro lado. Distribuições semelhantes foram registradas por Veenstra (2007) em análise do espaço social e das desigualdades em saúde.

Cabem aqui algumas considerações sobre a adoção da escala RG no presente estudo e suas implicações teóricas e metodológicas. A adoção de um instrumento desenvolvido visando especificamente à adequada apreensão do capital social, definido como conjunto de todos os recursos potencialmente disponíveis aos membros das redes sociais, representa maior objetivação em relação a trabalhos que se baseiam em uma única questão e não guardam relação com o constructo. Além disso, esta escala permite a comparabilidade entre os diferentes trabalhos, conforme considerações preliminares. Adicionalmente, a RG combina algumas vantagens das escalas “Position Generate” e “Name Generate” que têm sido usadas com este propósito e indicam possíveis relações dos indivíduos medidas pelo tamanho das redes ou pelas ocupações dos seus membros, mas não informam sobre situações concretas e o acesso aos recursos reais ou potenciais provenientes das mesmas, limitações consideradas importantes para Van Der Gaag e Snijders (2005). Também as perguntas da escala em grande parte não aferem a posse de recursos reais ou mesmo a sua mobilização pelo entrevistado em situações concretas e sim o conhecimento sobre a existência desses recursos. As elevadas respostas obtidas podem refletir esse fato. No entanto, ainda que a apreensão da possibilidade de mobilização de recursos relacionados ao capital social utilizado escala RG se aproxime da concepção desenvolvida por Bourdieu, o referido instrumento se distancia deste referencial na medida em que não incorpora outras dimensões, particularmente a dinâmica das trocas sociais onde a manutenção do capital social implica em um trabalho constante de criação e fortalecimento dos vínculos que nunca são dados nem como propriedades dos indivíduos, nem como características da organização social e também não considera o pertencimento a grupos. Além disso, compreender a posição de um agente em um dado campo social requer compreender a dinâmica e a lógica interna deste campo dada por um *habitus* e pela *illusio* específicas e que resulta em acumulação de diversas espécies de capitais, entre os quais o capital social.

Salienta-se que os dados produzidos não foram originalmente desenhados a partir das hipóteses deste estudo, conseqüentemente o mesmo não pôde incorporar inteiramente a dinâmica do espaço social bem como os aspectos relacionados à organização social dos grupos. A alusão ao tipo de fonte para acesso aos recursos (amigo, parente ou conhecido) não é suficiente para identificação do volume do capital social, pois este depende da extensão da rede de relações que pode ser efetivamente mobilizada e do volume do capital (econômico, cultural ou simbólico) que possui o próprio indivíduo e também aqueles ao qual

ele está ligado. A indagação sobre situações concretas onde essa rede de relações tenha sido ou não mobilizada traria maior informação a respeito do capital social.

A aferição dos capitais (econômico e cultural) pela renda e grau de instrução, embora seja um recurso consistente e já utilizado em outras investigações (PINXTEN, LIEVENS, 2014; VEENSTRA, 2000) e pelo próprio Bourdieu em “A Distinção”, é uma aproximação imperfeita. A classificação de capital cultural alto a partir da informação da pós-graduação como nível mais elevado configura falsa homogeneidade a este estrato, pois não permite distinguir profissionais com mestrado e doutorado das demais especializações, sendo este dado substantivo na diferenciação do espaço universitário. A análise das categorias ocupacionais poderia suprir algumas lacunas. Contudo, fugira ao escopo do presente artigo.

Considerações Finais

Os resultados obtidos pela presente investigação sugerem que a autopercepção da saúde é influenciada pelo grau de apropriação ou melhor dizendo pela possibilidade de apropriação de um conjunto de recursos materiais e simbólicos. Esta apropriação é potencializada pelo volume e pela composição do seu capital, influenciadores tanto da normatividade dos agentes sociais frente à doença como das possibilidades de desenvolvimento de um estilo de vida promotor de saúde. Apesar destas limitações, as estratégias de objetivação aqui adotadas (estratificação e análise de correspondência) permitiram apreender dimensões do capital social, definido no sentido de Bourdieu bem como situá-lo em relação a outras espécies de capital como o econômico e cultural.

A contribuição do presente trabalho fundamenta-se não apenas no aprimoramento de estratégias que busquem apreender a complexidade do conceito de capital social e suas relações com a saúde por meio de várias técnicas de investigação articuladas, ou, pelo menos, por meio de indicadores capazes de capturar seus múltiplos aspectos, mas também está relacionada ao fato de que o conhecimento sobre capital social ao interior de uma teoria, em lugar de um dado (ou variável) isolado que pode ser distribuído para melhorar a eficácia da sociedade, pode ser relevante para subsidiar a elaboração de políticas e ações de saúde voltadas para a promoção da equidade a partir da identificação de grupos de maior vulnerabilidade.

Tabela 1. Número e percentual de funcionários de IPEs*, centro de investigação e características sócio demográficas, segundo níveis de capital social. Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-BRASIL, 2008-2010).

	Capital Social							
	Baixo			Médio			Alto	Total
	%	RP	IC95%	%	RP	IC95%	%	%
Idade categorizada								
35 a 44	12	1		16			72	22
45 a 54	17	1.7	1.4-1.9	19	1.2	1.1-1.4	64	39
55 a 64	24	2.7	2.4-3.1	21	1.6	1.4-1.8	55	28
65 a 74	32	4.2	3.6-4.9	21	1.9	1.6-2.2	47	11
Situação Conjugal								
Casado/Unido	18	1		19			63	66
Solteiro/Separado	21	1.2	1.1-1.3	19	1.0	.98-1.1	59	31
Outro	22	1.3	1.0-1.6	22	1.3	1.0-1.6	56	3
Sexo								
Feminino	18	1		19	1		62	54
Masculino	21	1.1	1.0-1.2	19	.98	.90-1.0	61	46
Escolaridade								
Superior	12	1		16	1		72	53
Médio Completo	22	2.2	2.0-2.5	22	1.7	1.6-1.9	56	35
Fundamental Completo	36	5.3	4.5-6.2	26	3.0	2.5-3.5	39	7
Fundamental	46	7.9	6.7-9.3	21	2.7	2.2-2.3	33	6
Renda familiar líquida								
7470 reais ou mais	13	1		17	1		28	23
De 4980 até 7469 reais	13	1.2	.1.1-1.4	17	1.2	1.0-1.4	22	19
De 2490 até 4979 reais	30	2.1	1.8-2.4	33	1.7	1.5-1.9	30	31
Até 2489 reais	42	4.5	3.9-5.1	33	2.6	1.3-3.0	20	26
Cor ou raça								
Branca	16	1		17	1		66	52
Parda	23	1.6	1.3-1.7	21	1.3	1.2-1.5	57	28
Amarela	18	1.0	1.4-1.7	17	1.0	.76-1.3	65	3
Indígena	33	2.8	.83-1,4	20	1.6	1.0-2.5	47	1
Preta	22	1.5	1.3-1.7	22	1.4	1.2-1.6	57	16
Situação Funcional								
Ativo	17	1		18.5	1		64	80
Aposentado	29	2.1	1.9-2.3	20.8	1.4	1.2-1.5	50	20

*IPEs-Funcionários que trabalhavam nas Instituições de Ensino e Pesquisa no período compreendido entre 2008 e 2010 e que constituíram a linha de base do ELSA-Brasil.

Tabela 2- Funcionários de IEPs*, capital social⁷ e autopercepção de saúde, segundo níveis de capital econômico. (ELSA-Brasil, 2008-2010).

Capital Econômico	Capital Social	Autopercepção de saúde							
		Muito Bom		Regular		Ruim			
		Total	%	Varição Percentual %	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Muito Alto	Alto		89	1	88.7-90.5	9	8.4-10.6	1	.75-1.4
	Médio	3465	88	1,7	84.8-90.5	11	8.6-14.3	0,8	.30-2.1
	Baixo		87	2,4	83.4-90.2	11	8.6-15.0	1,3	.54-3.0
Alto	Alto		88	1	86.4-89.6	11	9.8-12.5	0,9	.59-1.4
	Médio	2913	86	2,0	82.7-88.9	12	9.5-15.4	1,6	.83-3.2
	Baixo		80	8,3	75.3-83.3	18	14.5-22.1	2,3	1.2-4.3
Médio	Alto		82	1	80.5-83.3	17	15.3-18.1	1,3	.95-1.8
	Médio	4640	78	5,4	74.9-80.2	20	17.6-22.7	2,2	1.4-3.8
	Baixa		72	10,5	68.4-74.4	27	23.6-29.5	1,9	1.2-3.0
Baixo	Alta		76	1	74.4-78.3	21	19.6-23.3	2,1	1.5-2.9
	Média	3987	67	11,8	64.3-70.3	29	26.0-31.8	3,6	2.6-5.0
	Baixo		59	17,5	56.1-61.6	35	32.3-37.6	6,1	4.9-7.5

*IPes-Funcionários que trabalhavam nas Instituições de Ensino e Pesquisa no período compreendido entre 2008 e 2010 e que constituíram a linha de base do ELSA-Brasil.

⁷ Dimensão 3 da Escala Resource Generation. (VAN DER GAAG; SNIJDERS, 2005)

Tabela 3- Funcionários de IEPs*, segundo níveis de capital cultural⁸, capital social e autopercepção de saúde. (ELSA-Brasil, 2008-2010).

Capital Cultural	Capital Social	Autopercepção de saúde							
		Total	%	Muito Bom Variação Percentual %	IC95%	Regular	%	IC95%	Ruim
Alto	Alto		88,7	1	87.8-89.5	10,3	9.5-11.1	0,89	.68-1.1
	Médio	7927	87	1,7	85.0-88.8	11,4	9.8-13.3	1,5	.9-2.3
	Baixo		83,2	5,5	80.8-85.5	15,1	13.2-17.7	1,3	.7-2.2
Médio	Alto		79,9	1	78.4-81.3	18,4	17.1-19.9	1,6	1.2-2.1
	Médio	5222	74,4	5,5	71.8-76.8	22,5	20.2-25.0	3	2.2-4.2
	Baixa		68,8	11,1	66.0-71.4	26,9	24.4-29.5	4,2	3.2-5.5
Baixo	Alta		66,1	1	62.5-69.5	30,4	27.0-33.9	3,4	2.3-5.1
	Média	1916	58,6	7,5	54.0-63.1	38,5	33.8-42.8	3,1	1.8-5.1
	Baixo		52	14,1	48.5-55.5	42,1	38.6-45.6	5,8	4.3-7.7

*IPEs-Funcionários que trabalhavam nas Instituições de Ensino e Pesquisa no período compreendido entre 2008 e 2010 e que constituíram a linha de base do ELSA-Brasil.

⁸ Dimensão 3 da Escala Resource Generation. (VAN DER GAAG; SNIJDERS, 2005)

Tabela 4. Análise de correspondência múltipla. Funcionários de IPEs*, Brasil, (2008-2010). Coordenadas das variáveis ativas e ilustrativas.

Variável	Símbolo	Categorias	Coordenadas das variáveis ativas e ilustrativas	
			Fator 1	Fator 2
Capital Econômico	AD_1	Capital econômico muito alto	1.19	-0.60
	AD_2	Capital econômico alto	0.71	0.16
	AD_3	Capital econômico médio	-0.33	1.02
	AD_4	Capital econômico baixo	-1.17	-0.78
Capital Cultural	AF_1	Capital cultural alto	-0.85	-0.11
	AF_2	Capital cultural médio	-0.83	0.77
	AF_3	Capital cultural baixo	-1.28	-1.68
Conhecimento Militantes Políticos	AA_1	Sim	0.13	0.02
	AA_2	Não	-0.25	-0.04
Morbidade Referida	AB_1	Sim	0.00	-0.02
	AB_2	Não	-0.01	0.05
Situação Funcional	AC_1	Ativo	-0.02	0.05
	AC_2	Aposentado	0.07	-0.19
Capital social	AE_1	Capital social alto	0.20	0.07
	AE_2	Capital social médio	-0.19	0.01
	AE_3	Capital social baixo	-0.44	-0.22
Situação Conjugal	AH_1	Casado	0.05	-0.02
	AH_2	Solteiro/Separado/Viúvo	-0.10	0.04
	AH_3	Outro	-0.09	0.09
Frequência atividade religiosa	AI_1	Muito frequente	-0.26	0.06
	AI_2	Frequente	-0.15	0.05
	AI_3	Raramente	0.05	0.04
	AI_4	Não frequenta	0.31	-0.12
Auto avaliação	AV_1	Muito boa/boa	0.11	0.04
	AV_2	Regular	-0.44	-0.17
	AV_3	Muito ruim/ruim	-0.55	-0.29

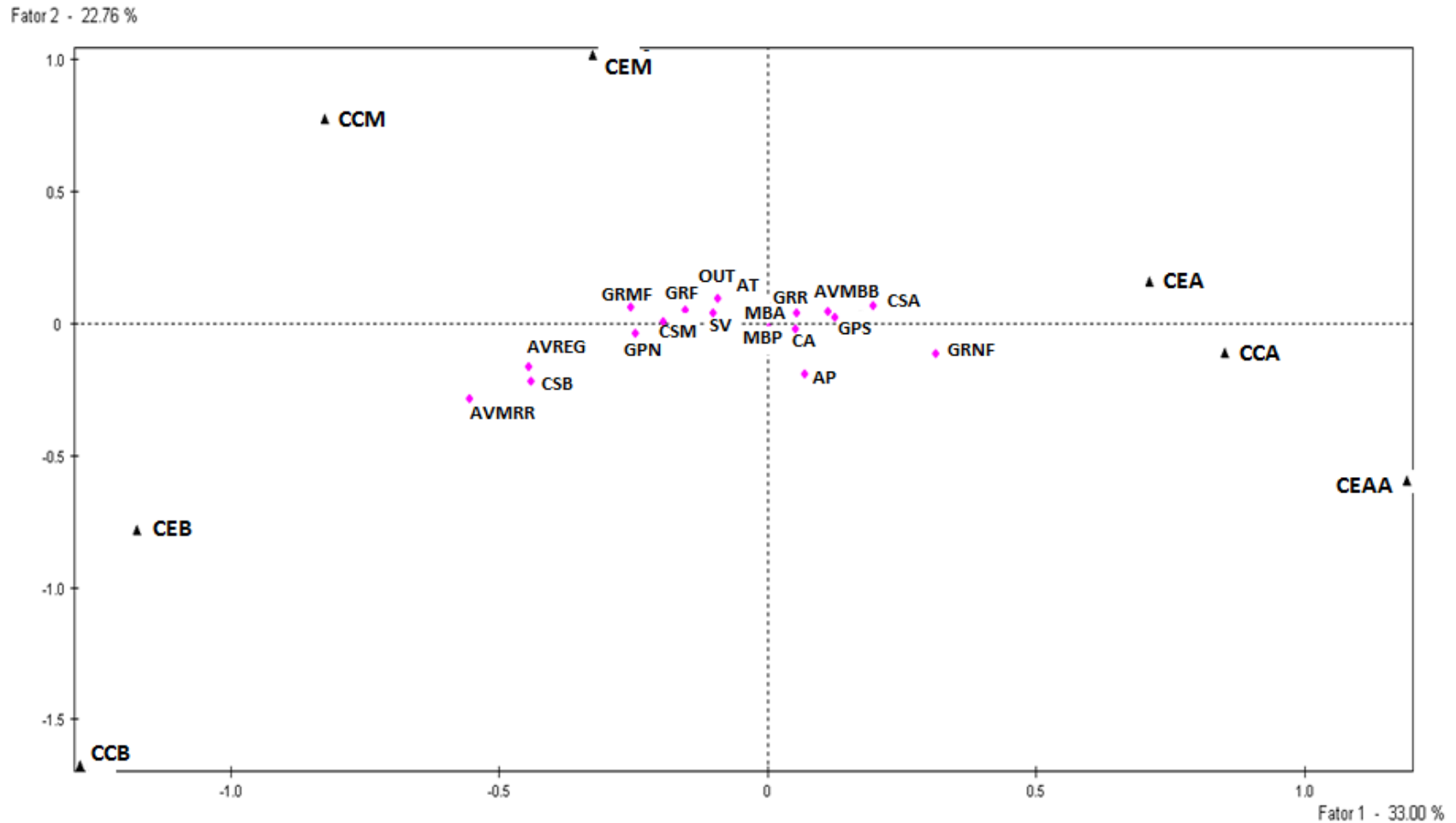
IPEs*- Funcionários que trabalhavam nas Instituições de Pesquisa e Ensino no período compreendido entre 2008 e 2010 que constituíram a linha de base do ELSA-Brasi

Tabela 5. Análise de correspondência múltipla. Funcionários de IPEs*, ELSA-Brasil, (2008-2010). Contribuições Absolutas e contribuições acumuladas, segundo variáveis ativas.

Variáveis Ativas	Estratos	Contribuição das variáveis ativas *	
		Fator 1	Fator 2
CEAA	Capital econômico muito alto	19.9	7.2
CEA	Capital econômico alto	5.9	0.4
CEM	Capital econômico médio	2.0	28.1
CEB	Capital econômico baixo	22.2	14.3
% Contribuição acumulada		50	50
CCA	Capital cultural alto	23.1	0.6
CCM	Capital cultural médio	14.3	18.3
CCB	Capital cultural baixo	12.6	31.1
% Contribuição acumulada		50	50

*IPEs - Instituições de Ensino e Pesquisa

Figura 1- Análise de Correspondência Múltipla. Funcionários de IPEs*, Brasil, 2008-2010. Variáveis ativas e variáveis ilustrativas:



CCA: Capital Cultural Alto; CCB: Capital Cultural Baixo; CCM: Capital Cultural Médio; CCA: Capital Econômico Alto; CEAA: Capital Econômico Muito Alto; CEB: Capital Econômico Baixo; CEM: Capital Econômico Médio; CSA: Capital Social Alto; CSB: Capital Social Baixo; CSM: Capital Social Médio; AP: Situação Funcional Aposentado; AT: Situação Funcional Ativo; AVMBB: Auto-avaliação Muito Boa/Boa; AVMRR: Auto-avaliação Muito Ruim/Ruim; AVREG: Auto-avaliação Regular; GPN: Conhecimento Grupos Políticos: (Não); GPS: Conhecimento Grupos Políticos: (Sim); GRF: Atividade Religiosa: Freqüente; GRMF: Atividade Religiosa: Muito freqüente; GRNF: Atividade Religiosa: Não freqüente; GRR: Atividade Religiosa: Raramente; OUT: Estado Civil Outro; SV: Solteiro/Separado/Viúvo.

* IPEs*- Funcionários que trabalhavam nas Instituições de Pesquisa e Ensino no período compreendido entre 2008 e 2010 e que constituíram a linha de base do ELSA-Brasil

Referências

- ABBOTT, S.; FREETH, D. Social capital and health: starting to make sense of the role of generalized trust and reciprocity. **J Health Psychol**, v. 13, n. 7, p. 874-83, Oct 2008.
- BOURDIEU, P. **La Distinction. Critique social du jugement**. Minit. Paris. 1979
- BOURDIEU, P. Le capital social. Notes provisoires. **Actes de la recherche en sciences sociales**, v. 31, p. 2-3, 1980a.
- _____. **Le Sens Pratique**. Paris: Minit, 1980c.
- _____. **Razões Práticas. Sobre a teoria da ação**. 1ª reimpressão (ed francês, 1994). Campinas, São Paulo: Papirus, 1997. 222p.
- BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. J. D. **Réponses. Pour une anthropologie réflexive**. Paris: Seuil, 1992.
- CANGUILHEM, G. **Le Normal et le Pathologique**. Paris: Presse Universitaire de France, 1966.
- CARPIANO, R. M.; FITTERER, L. M. Questions of trust in health research on social capital: What aspects of personal network social capital do they measure? **Social Science & Medicine**, v. 116, p. 225-234, Sep 2014.
- COLEMAN, J. S. Social Capital in the The Creation of Human Capital. **American Journal Sociology**., v. S94, p. 95-120, 1988.
- DAHL, E.; MALMBERG-HEIMONEN, I. Social inequality and health: the role of social capital. **Sociology of Health & Illness**, v. 32, n. 7, p. 1102-1119, 2010.
- DEROSE, K. P.; VARDA, D. M. Social capital and health care access: a systematic review. **Med Care Res Rev**, v. 66, n. 3, p. 272-306, Jun 2009.
- ERIKSSON, M. Social capital and health - implications for health promotion. **Global Health Action**, v. 4, 2011.

ESTELA M. L. AQUINO*, S. M. B., ISABELA M. BENSENOR, MARILIA S. CARVALHO, DO´ RA CHOR,; BRUCE B. DUNCAN, P. A. L., JOSE´ GERALDO MILL, MARIA DEL CARMEN MOLINA, EDUARDO L. A. MOTA,; VALE´ RIA MARIA AZEREDO PASSOS, M. I. S. S., AND MOYSES SZKLO. Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil): Objectives and Design. **American Journal of Epidemiology**, v. Vol. 175, No. 4, January 10, 2012.

FASSIN, D. Social capital, from sociology to epidemiology: critical analysis of a transfer across disciplines. **Revue D Epidemiologie Et De Sante Publique**, v. 51, n. 4, p. 403-413, Sep 2003.

GILBERT, K. L. et al. A meta-analysis of social capital and health: A case for needed research. **Journal of Health Psychology**, v. 18, n. 11, p. 1385-1399, Nov 2013.

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

GREENACRE, M. J. **Correspondence Analysis In Practice**. US. San Diego, CA 92101: Academic Press Limited, 1993. ISBN 0-12-299052.

GRIEP, R. H. et al. Social capital in ELSA-Brasil: test-retest reliability of the Resource Generator scale. **Revista De Saude Publica**, v. 47, p. 131-139, Jun 2013.

HAWE, P.; SHIELL, A. Social capital and health promotion: a review. **Social Science & Medicine**, v. 51, n. 6, p. 871-885, Sep 2000.

IDLER, E. I., EL); BENYAMINI, Y (BENYAMINI, Y). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. **JOURNAL OF HEALTH AND SOCIAL BEHAVIOR**, v. 38 Edição: 1 Páginas: 21-37, Publicado: MAR 1997, p. 21-37, MAR 1997.

KAWACHI, I.; KENNEDY, B. P.; GLASS, R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. **Am J Public Health**, v. 89, n. 8, p. 1187-93, Aug 1999.

KAWACHI, I. et al. Social capital, income inequality, and mortality. **American Journal of Public Health**, v. 87, n. 9, p. 1491-1498, Sep 1997.

KOBAYASHI, T. et al. Individual-level social capital and self-rated health in Japan: An application of the Resource Generator. **Social Science & Medicine**, v. 85, n. 0, p. 32-37, 2013.

LIN, N. Les ressources sociales : une théorie du capital social. **Revue française de sociologie**, v. 36-4, p. 685-704, 1995.

MACINKO, J.; STARFIELD, B. The utility of social capital in research on health determinants. **Milbank Q**, v. 79, n. 3, p. 387-427, IV, 2001.

MOORE, S. et al. The Privileging of Communitarian Ideas: Citation Practices and the Translation of Social Capital Into Public Health Research. **American Journal of Public Health**, v. 95, n. 8, p. 1330-1337, 2005.

PIERRE, B. A distinção: crítica social do julgamento. **São Paulo: Edusp; Porto Alegre: Zouk, 2006 [1979]**. p. 556, 1979.

PUTNAM, R. Making Democracy Work: Civic traditions in modern Italy. **Princeton University Press. Princeton, New Jersey**, 1993.

PUTNAM, R. D. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health - Commentary: 'Health by association': some comments. **International Journal of Epidemiology**, v. 33, n. 4, p. 667-671, Aug 2004.

VAN DER GAAG, M.; SNIJDERS, T. A. B. The Resource Generator: social capital quantification with concrete items. **Social Networks**, v. 27, n. 1, p. 1-29, 2005.

VEENSTRA, G. Social capital, SES and health: an individual-level analysis. **Soc Sci Med**, v. 50, n. 5, p. 619-29, Mar 2000.

VERHAEGHE, P.-P. et al. The association between network social capital and self-rated health: Pouring old wine in new bottles? **Health & Place**, v. 18, n. 2, p. 358-365, 2012.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Saúde e espaço social. In: Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária/ Cebes. Rio de Janeiro: Roberto Passos Nogueira (Organizador), 2010.

WEBBER, M. P.; HUXLEY, P. J. Measuring access to social capital: The validity and reliability of the Resource Generator-UK and its association with common mental disorder. **Social Science & Medicine**, v. 65, n. 3, p. 481-492, Aug 2007.

ANEXO

Quadro 1- Escala Resource Generator* adaptada para o Elsa-Brasil. Frequência segundo dimensões do capital social.							
Questões de capital social			Sim	Não			
Voce conhece alguém que ...			%	%			
Dimensões	1	1.possa consertar um carro, uma bicicleta, etc.	82	17,9			
		5. habilidade consertar equip. doméstico	80,5	19,4			
			7. fale uma língua estrangeira	85,9	14,0		
			9. trabalhar com um computador	98,4	1,6		
			11. tocar algum instrumento musical	89,2	10,8		
			13. leia livros de literatura	89,6	10,4		
			15. Se formou no segundo grau	99,0	1,0		
			17. leia revistas profissionais	82,8	17,7		
			2		21.tenha mais de R\$ 2000 na poupança	83,5	16,5
					23. trabalhe Prefeitura/governo do Estado	84,1	15,8
					25. ganhe mais de R\$2.000 por mês	93,2	6,8
					27. tenha casa de campo ou praia	89,6	10,5
	29. contrate pessoas para trabalhar	83,9			16,1		
	31. conheça bastante leis	81,2			18,8		
	35. conheca bem assuntos financeiros	75,9			24,1		
	3				39. dar conselho sobre conflitos de trabalho	84,9	15,1
					41. ajudar a fazer uma mudança de casa	93,4	6,6
					43. ajudar tarefas domesticas	93,5	6,5
					45. fazer compras se estiver doente	97,3	2,7
47. emprestar bastante R\$ se precisar					73,6	26,4	
		49. abrigar 1 semana se precisar			96,9	3,1	
		51, dar conselho conflitos de familia	92,1	7,9			
		55. de referencias se precisar emprego	97,2	2,8			
		57. cuidar das crianças se estiver fora	19,6	7,4			
		59. conversar assunto muito importante	96,8	3,2			

Resource Generator- Escala de acesso a recursos relacionados ao capital social.

Dimensão1- Recursos do capital social relacionados a habilidades simples

Dimensão2- Prestígio e educação

Dimensão 3- Apoio social

Artigo 3

Espaço social, capital social e autopercepção da saúde

ABRIL 2015

RESUMO

Com o objetivo de explorar os processos que intermediam as relações entre indivíduos em diferentes posições sociais – capital social – e a autopercepção de saúde, foi realizado um estudo em profundidade com servidores públicos federais do corpo docente e do corpo técnico-administrativo da Universidade Federal da Bahia, pertencentes ao campo universitário, segundo conceitos de campo e de capital social no sentido de Bourdieu. A posição dos agentes sociais neste campo foi caracterizada por meio da aferição do capital global (econômico, cultural, científico, burocrático), incluindo ainda o capital social, centro desta análise. Foram realizadas 28 entrevistas. Dois grupos apresentaram perfis consistentes com as evidências apontadas na literatura. Um destes grupos constituiu-se de quatro indivíduos com baixo capital social e baixa percepção da saúde, enquanto no outro grupo encontraram-se oito indivíduos com capital social alto e boa ou ótima avaliação da própria saúde. Por outro lado, três entrevistados, que avaliaram negativamente o seu estado de saúde pertenciam ao grupo de capital social elevado e nove participantes de baixo capital social consideraram sua saúde boa ou ótima, constituindo um paradoxo. Observou-se que para participantes com baixo volume de capital social, cuja origem popular aliada à ausência de elos com o próprio passado resultou em baixo capital cultural, as ligações sociais no interior do subespaço universitário são também sinais de prestígio, de oportunidades e de acesso ao cuidado com a saúde. Entretanto o alto volume de capital social para alguns indivíduos pertencentes a grupos específicos resultou, por um lado, em prestígio e reconhecimento (capital simbólico) e, por outro lado, uma cobrança excessiva sobre si próprio, estresse e até mesmo o adoecimento. Os resultados deste estudo indicam que a trajetória social e a posição ocupada pelo indivíduo no subespaço ao qual ele está inserido estão relacionadas ao capital social e à autopercepção da saúde, seja ela positiva ou negativa. O capital social pode ter sentidos e significados diferentes segundo as posições ocupadas pelos indivíduos nos diversos subespaços do campo universitário. Os autores apontam a necessidade da articulação entre estudos extensivos e em profundidade para a investigação das relações entre o capital social – no sentido de Bourdieu – e a saúde.

ABSTRACT

In order to explore the processes that mediate the relationships between individuals in different social positions - social capital - and self-rated health, a study was conducted in depth with professors and teachers and with members of the technical and administrative staff of the Federal University of Bahia, belonging to the university field, according to concepts of field and social capital in Bourdieu's sense. The position of the social partners in this field is characterized by the measurement of global capital (economic, cultural, scientific, bureaucratic), including the social capital, the center of this analysis. 28 interviews were conducted. Two groups showed consistent profiles with the evidence presented in the literature. One of these groups consisted of four individuals with low social capital and low perception of their own health, while the other group met eight individuals with high social capital and good or excellent assessment of their own health. On the other hand, three interviewees, which negatively assessed their health status belonged to the high social capital group and nine participants with low social capital considered their health good or excellent, showing a paradox. It was observed that for participants with low volume of social capital, whose popular origin and the lack of links with the past showed low cultural capital, social connections within the university subspace are also prestigious signs, opportunities and access to health care. However the high volume of capital for some individuals belonging to specific groups resulted, on the one hand, in prestige and recognition (symbolic capital) and, on the other hand, in excessive charging on itself, stress and even illness. The results of this study indicate that the social trajectory and the position occupied by the individual in the subspace to which it is inserted are related to social capital and self-rated health, whether positive or negative. The social capital may have different senses and meanings depending on the positions of individuals in the various subsets of the university field. The authors point out the need for coordination between extensive and in depth studies to investigate the relationships between social capital – in the sense of Bourdieu - and health.

Keywords: Social espace, social capital, self-rated health

Introdução

Embora exista pouco consenso sobre o que é o capital social, se este é um atributo de um indivíduo, de uma rede social ou de um espaço geográfico (CARLSON; CHAMBERLAIN, 2003; MACINKO; STARFIELD, 2001), o papel de diversos fenômenos denominados de capital social⁹ tem sido investigado internacionalmente (HARPHAM; GRANT; THOMAS, 2002), sobretudo em países com maiores níveis de renda (AGAMPODI et al., 2015). Revisões prévias têm evidenciado associação entre essas diversas modalidades de capital social e a saúde (CARLSON; CHAMBERLAIN, 2003; ISLAM et al., 2006) (GILBERT et al., 2013) e sugerido que esses diversos fenômenos podem atuar como mediadores entre a desigualdade de renda e a autopercepção da saúde (SAPAG et al., 2008) embora alguns a neguem (ARROWSMITH; SISSON, 2002; DAHL; MALMBERG-HEIMONEN, 2010; VEENSTRA, 2000). Ademais, a utilização da noção de capital social na literatura sobre as desigualdades na saúde apresenta limitações teóricas e metodológicas, discutidas por diversos autores (MACYNKO, 2001; FASSIN, 2003. MOORE, 2005) e que persistem segundo revisão recente realizada na presente investigação (CRUZ, 2015)¹⁰.

Por essas razões é necessário inicialmente explicitar qual conceito de capital social que se está utilizando. Dentre as diferentes tradições sociológicas que discutem o conceito de capital social entre as quais se situam os trabalhos de Coleman (1988) e Putnam (1993), que o consideram como atributo ou características da estrutura social e, portanto externas ao indivíduo, optou-se pela formulação de Bourdieu, (1980), autor do primeiro desenvolvimento sistemático deste conceito, ao interior de sua teoria sobre as práticas sociais. Para Bourdieu, o conceito de capital social foi necessário para explicar os rendimentos desiguais obtidos por indivíduos de capitais (econômico, cultural ou outros) equivalentes, correspondendo ao

conjunto de recursos reais ou potenciais ligado à posse uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizada de inter-conhecimento e inter- reconhecimento (pertencimento a um grupo), como conjunto de agentes que são não apenas dotados de propriedades comuns (suscetíveis de serem percebidas pelo observador, pelos outros e por ele mesmo), mas são também unidos por ligações permanentes e úteis (BOURDIEU, 1980, pp. 2-3).

⁹ Conforme discutido no Artigo 1 da presente tese. (Capital social e saúde: conceitos e medidas)

¹⁰ Idem. Artigo 1 da presente tese. (Capital social e saúde: conceitos e medidas)

Porém, o capital social adquire significado em um espaço social concreto, em um campo e em um determinado momento histórico que cria as condições de possibilidade para as disputas que aí ocorrem bem como para as trocas sociais possíveis entre as quais estão aquelas decorrentes do pertencimento a uma rede durável de relações - a um grupo. Além disso, o capital social não pode ser considerado como uma propriedade fixa dos indivíduos tendo em vista a dinâmica envolvida nas trocas sociais que requer um incessante movimento para a sua preservação (BOURDIEU, 1980; 2009). Em outras palavras, a dinâmica das dádivas e retribuições que se opõe radicalmente ao “toma lá -dá -cá”, requer dispêndio de tempo e energia pela delicadeza e infinidade de cálculos envolvidos nessas trocas¹¹ (BOURDIEU, 1979, 2009).

Alguns estudos têm incorporado o conceito de Bourdieu, a exemplo de Gatrell e Thomas (2004) que conduziram investigação onde a noção de espaço social foi utilizada com o objetivo de investigar que espaços alternativos poderiam representar as desigualdades e seus determinantes em relação a morbidade referida. Foram analisadas duas áreas urbanas de Londres e em cada uma delas dois setores, um carente e outro próspero. O espaço social foi construído em duas dimensões: a primeira pelo capital econômico (recursos materiais) e a segunda pelo capital social (estabilidade social). Para este último, foram utilizadas informações como: propriedade da casa, vontade de se engajar com os vizinhos e de permanecer no local, e faixa etária superior a 65 anos. Os resultados sugeriram associação entre a posição no espaço social e morbidade psicológica referida. O mapeamento de entrevistados nesses espaços sociais revelou uma paisagem social complexa e heterogênea em que os membros de áreas relativamente carentes encontram vizinhos de áreas mais afluentes e vice-versa. Os autores concluíram que a proximidade no espaço geográfico não significa que os indivíduos possuam os mesmos recursos sociais e econômicos.

Já Browne-Yung (2013) investigaram a percepção de saúde, as variações demográficas e de oportunidades na criação do capital social em indivíduos de baixa renda vivendo em bairros socioeconomicamente contrastantes. Para este fim, foram utilizados dados do Location

¹¹ Bourdieu cita o exemplo dos médicos que embora não cobrem consultas dos seus colegas estes sentem-se obrigados a uma retribuição, sob a forma de um presente, mais ou menos no valor da consulta (cálculo não consciente) e passado um certo tempo e escolhida uma oportunidade onde o presente não apareça como um pagamento da consulta.

and Health Project (2004) e realizadas entrevistas com 24 participantes de duas comunidades, uma considerada como com relativa vantagem (Burnside) e outra mais carente (Playford) em Adelaide. Foi utilizado como *proxi* de capital social o nível de socialização, apreendido pela regularidade de encontros presenciais com amigos e família, participação em grupos e ligação com profissões de maior prestígio. A autopercepção de saúde foi considerada boa para 82% e 67% para Burnside e Playford respectivamente sendo que os moradores de Burnside se diferenciavam do segundo grupo pela melhor distribuição dos capitais econômico e cultural. Os autores discutem a variação na distribuição do capital social e as diferenças entre o tamanho e a qualidade das redes de relações entre os dois grupos, relacionando-as às experiências positivas e negativas relativas às trajetórias e ao capital acumulado pelos indivíduos nos dois grupos.

Em relação às diversas noções de capital social revisadas, observa-se que as variáveis adotadas para sua operacionalização ou são insuficientes ou não guardam relação com o conceito ao qual refere, bem como não o relacionam com os demais capitais. Analisando criticamente a utilização do referencial bourdiesiano em parte destes trabalhos, Vieira da Silva (2010) ressalta o mérito desses estudos em decorrência da sistematização de importantes aspectos da teoria das práticas sociais de Bourdieu, mas identifica importantes limitações no seu polo empírico dentre as quais, destaca-se a ausência de outras estratégias de objetivação e a análise de campos e/ou subespaços sociais em situações historicamente datadas. Além disso, estes estudos não situam o capital social em relação à posição que os indivíduos ocupam no espaço social, às relações que ele estabelece com aqueles que ocupam outras posições, relações estas que podem ser de dominação, subordinação ou de homologia. Essa dinâmica dos campos sociais guarda relação com sua capacidade de ser normativo no sentido de Canguilhem (1966), ou seja, a sua percepção sobre o estado de saúde e a “*capacidade de que o corpo faça o que ele não parecia prometer*” são sobretudo influenciados pelo conjunto de recursos materiais e simbólicos de que os indivíduos se apropriam nas lutas específicas nos diversos campos do espaço social, do universo de possibilidades e dos limites definidos pela estrutura social. A saúde é também uma percepção, uma sensação em relação a um estado orgânico, ela torna-se um fenômeno social no sentido que é fortemente determinada pelo ambiente social ao qual o indivíduo pertence. (VIEIRA-DA-SILVA, 2010).

Pretende-se aqui, portanto, a partir da análise de um campo social universitário no nordeste brasileiro, na segunda década do século XXI, em um momento histórico de

democracia política e mobilização social em diversos âmbitos, explorar quais os processos que podem ter intermediado as relações entre a posição ocupada pelos agentes, o capital social e a autopercepção de saúde o que, dito de outro modo, diz respeito às relações entre a saúde e os fenômenos sociais, visando contribuir na resposta às seguintes perguntas: Como o capital social pode influenciar a autopercepção da saúde? Teria o capital social o mesmo sentido para indivíduos em diferentes posições sociais?

Metodologia

Foi realizado estudo sobre as relações entre a posição no campo universitário, o capital social e a saúde em indivíduos com diferentes espécies de capital (científico, burocrático e político) situados ao interior de dois grupos constituídos por servidores públicos federais do corpo docente e do corpo técnico administrativo da Universidade Federal da Bahia, segundo conceito de campo em Bourdieu¹².

Foram entrevistados 28 servidores entre docentes e técnicos, aqui por vezes denominados de agentes das práticas¹³. A seleção da amostra foi intencional e obedeceu aos seguintes critérios: 1) Pertencimento a grupos políticos, sindicais, religiosos ou outros; 2) Voluntários do Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) que em investigação preliminar situavam-se em estrato social alto e fizeram avaliação negativa do estado de saúde e o seu oposto, ou seja, baixas condições sócioeconômicas e boa percepção; 3) Situar-se em unidades e posições diferentes do espaço universitário (professores e técnicos) e com ocupações distintas. Estes pré-requisitos foram adotados tendo em vista a complexidade do campo universitário onde coexistem indivíduos oriundos de campos (científico, burocrático e político) com lógicas distintas bem como a tentativa de selecionar casos paradoxais (elevado capital global e baixa autopercepção da saúde e vice-versa).

¹² Segundo Bourdieu a noção de campo está aí para designar o microcosmo ou espaço social relativamente autônomo. Universo intermediário (literário, artístico ou científico) no qual estão inseridos os agentes e as instituições, um mundo social como os outros, mas que obedecem a leis sociais mais ou menos específicas (BOURDIEU, 2004).

¹³ Bourdieu como Weber, considera os indivíduos como agentes das práticas sociais. Ele recusa tanto a noção de ator como de sujeito apoiado em sua teoria das práticas sociais. Ver a esse respeito Bourdieu, O Senso Prático (p 43,70,77,83-84 e réponses p 98).

Os entrevistados eram oriundos de dezesseis unidades compreendendo áreas de ensino, do nível central e administrativo, da assistência, do apoio operacional, e dos sindicatos das categorias.

Os participantes do estudo ELSA foram identificados, após autorização prévia para realização das entrevistas, resultando em 20 indivíduos. Este grupo foi composto por 02 voluntários do estrato alto e 18 do estrato baixo. Foram entrevistados 13 participantes deste estudo, 02 recusaram-se a participar, 03 já estavam aposentados e desligados da unidade de origem e 02 não estavam disponíveis em função de escala de trabalho. Os demais entrevistados foram localizados a partir da indicação de informantes-chave utilizando a técnica da “bola de neve” que consiste na indicação de amigos, parentes e contatos pessoais para composição da amostra. Foi observado o critério de saturação para definição do tamanho da amostral final (PATTON, 2002).

A posição dos agentes no campo universitário foi caracterizada por meio da aferição do capital global acumulado bem como da composição deste capital como capital científico, burocrático e político além do capital social, centro da análise. Cabe aqui ressaltar que o conceito de capital, oriundo da teoria econômica, é estendido por Bourdieu, para outros recursos que estão em jogo nos diversos campos sociais. O capital, para este autor é uma forma de energia ou de reserva de poder. O capital pode existir em estado objetivado como propriedades materiais (capital econômico) ou, no caso do capital cultural sob a forma da posse de bens culturais (quadros, esculturas).

Pode também existir no estado incorporado, como disposições duráveis do corpo e da mente (domínio da língua, conhecimento e reconhecimento no mundo social e de seus códigos, etc.) e institucionalizado sob a forma de qualificação educacional ou ainda feito de relações sociais e de trocas materiais e simbólicas (capital social), ao contrário de outras formas de capital (BOURDIEU, 2008).

De modo que, segundo Bourdieu, os indivíduos, agentes das práticas, situam-se no espaço social segundo o volume do seu capital (econômico, cultural, social entre outros). E, se o microcosmos social, com suas divisões, é algo que os agentes têm a constituir individual e, sobretudo coletivamente, na cooperação e ou no conflito (estas construções não se dão no vazio social), a posição ocupada no espaço social, na distribuição de diferentes tipos de

capital, que também são armas, comanda as representações desse espaço e as tomadas de posição nas lutas para conservá-lo ou transformá-lo (BOURDIEU, 2011).

Estes critérios foram adotados considerando que o capital econômico, habitualmente medido pela renda, define as possibilidades de acesso à alimentação e habitação, duas variáveis ligadas à capacidade de fazer face ao risco de doenças e acidentes. Da mesma maneira o capital cultural, medido de forma aproximada pelo nível de escolaridade estaria ligado numa primeira aproximação, aos conhecimentos e representações da doença, dos riscos, dos meios de prevenção e dos serviços disponíveis (VIEIRA-DA-SILVA, 2010). E, por fim teríamos o capital social como conjunto de recursos reais ou potenciais decorrentes do pertencimento a grupos ou às redes sociais que podem influenciar a saúde.

Para operacionalização destes capitais, foram utilizados como *proxi* renda, nível de escolaridade, redes e recursos sociais, títulos e posições ocupadas (Tabela 2), da seguinte forma:

Capital Econômico

Capital Econômico Baixo (CEB) - renda bruta mensal $> R\$ 1086,32 \leq R\$ 3.258,00$;

Capital Econômico Médio (CEM) - renda bruta mensal $> R\$ 3.258,00$ e $\leq R\$ 6.516,00$;

Capital Econômico Alto (CEA)- renda bruta mensal $> R\$ 6.516,00$ e $\leq R\$ 9.057,94$;

Capital Econômico Muito Alto (CEAA) - renda bruta mensal acima de 9057,94.

Para esta classificação foram utilizados dados das tabelas de estrutura e de vencimento básico do plano de carreira dos cargos dos servidores técnicos e docentes. As informações sobre a renda do entrevistado, foram acessadas através do portal da transparência pública (Brasil, 2015).¹⁴

Capital Cultural

Capital Cultural Baixo (CCB) - sem escolaridade até fundamental completo;

¹⁴ Portal da Transparência, disponível em: (<http://www.brasil.gov.br>). Acesso em dezembro de 2014.

Capital Cultural Médio (CCM) - segundo grau completo ou superior incompleto;

Capital Cultural Alto (CCA) - superior completo;

Capital Cultural Muito Alto (CCAA) - mestrado ou doutorado;

Capital Social

Capital Social Baixo (CSB) - não pertence a grupos formais ou informais; suas ligações sociais são restritas à família;

Capital Social Médio (CSM) - participação em grupos sem regularidade, relaciona amigos do local de trabalho ou familiares, participa esporadicamente de eventos sociais, militante ou dirigente municipal de partido político;

Capital Social Alto (CSA) - participação em grupos com regularidade, assume função representativa secundária, membro efetivo de entidades, relacionamento estável, cita amigos de trabalho e /ou familiares, frequência irregular em reuniões, viagens, jantares, etc. Dirigente estadual de partido político.

Capital Social Muito Alto - participação em grupos com regularidade, exerce função de liderança, cita os amigos de infância, de local de trabalho e familiares, frequência regular em eventos, promove e participa de encontros, eventos festivos, dirigente nacional de partido político (Tabela 2).

Questões para apreensão do capital social: Com quem você se sente à vontade para falar de você? Como é a sua relação com os colegas? Com quem você mais se relaciona aqui? E fora daqui, quem são seus amigos? Você participa regularmente das atividades relacionadas ao movimento da sua categoria? Em caso positivo, já assumiu cargos? Quais? É filiado a algum partido? Participa de atividades ligadas a (igreja, associação de moradores, ONG, esportivas etc.) É casado(a)? Qual a profissão dele(a)? Quem organiza as festas da família? Você costuma receber visitas em casa, organizar reuniões ou festas para amigos e/ou familiares? Você se lembra de algum episódio relacionado à sua saúde no último ano? Quem te acompanha(ou) quando você precisa(ou)? E você, já precisou ajudar alguém nesta situação (ver versão completa no Anexo 2)?

Trajectoria social

A origem social foi aferida pela ocupaçao e escolaridade paternas, classificada em alta, média e baixa e a trajetória social pela distância entre a posição atual do indivíduo e a respectiva origem. Assim, o sentido ou a direção da trajetória foi classificada como estável (não há variação entre a posição e a origem social), ascendente (indicando progressão na ocupaçao do espaço social, com maior acúmulo de capital e seus tipos) ou descendente (no caso contrário), medidas utilizadas por Esperidião (2010).

Autopercepção

O estado de saúde foi apreendido pelo autopercepção, através da resposta à seguinte pergunta: De uma maneira geral você diria que a sua saúde é ótima, boa, regular ou ruim? A escolha deste marcador relaciona-se à relativa facilidade de sua inserção durante a entrevista bem como ao fato do mesmo ser considerado um preditor consistente de morbidade e futura mortalidade (IDLER, 1997). A autopercepção foi cotejada com a posição do indivíduo no campo universitário, com o capital social e com a sua trajetória.

As entrevistas foram estruturadas com questões abertas, apoiadas no referencial teórico adotado, acerca da trajetória social e profissional, da rede de relações sociais e do investimento para manutenção das mesmas, do apoio social referido em situações concretas relativas aos episódios de doenças (Anexo 2). Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e analisadas. Para esta fase, foram elaboradas matrizes onde foram sumarizadas as principais dimensões e categorias de análise relativas à posição do indivíduo no espaço, à sua trajetória, às tomadas de posição e estilos de vida que correspondem mais estreitamente às práticas sociais (Anexo 3).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisado Instituto de Saúde Coletiva (CEP/ISC), conforme Resolução nº 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todos os participantes que concederam entrevistas assinaram o termo de consentimento informado e tiveram seus nomes substituídos para preservação do anonimato (Anexo 1).

Resultados e Discussão

A amostra final foi composta por 28 indivíduos sendo 05 professores e 23 técnicos. A idade variou de 30 a 74 anos e dois deles estavam formalmente aposentados, mas em atividade. A maioria era casada (67,8%) e do sexo masculino (60,7%). Informaram ter nível superior completo 15 entrevistados entre técnicos e docentes, dentre os quais 05 com doutorado, enquanto 09 servidores declararam ter cursado até o fundamental completo ou incompleto (Tabela 1). Todos os participantes recebiam rendimentos superiores ao piso da categoria, 06 recebiam salários acima de R\$ 9.057,94, 17 entre 3.258 e R\$ 6.516,00 e 05 entre R\$ 6.516,00 e R\$9.057,94. A saúde foi considerada boa ou ótima para 75% dos entrevistados enquanto 25% avaliaram seu estado de saúde como regular.

O campo universitário: recursos, trajetórias e autopercepção da saúde

Parte da heterogeneidade do campo universitário, no qual os indivíduos situam-se foi apreendida por meio desta amostra. Embora a seleção dos entrevistados tenha resultado em uma composição predominantemente de servidores técnico administrativos em relação à categoria dos docentes, foram configurados grupos com distribuição variada destes capitais e, portanto, situados em posições distintas do espaço universitário. Assim, o capital econômico dos entrevistados variou de variou de médio CEM a muito alto CEAA, enquanto o capital cultural oscilou de baixo CCB a muito alto CCAA. De maneira similar aos anteriores, o capital social variou de baixo CSB a muito alto CSAA, sendo que houve correspondência entre níveis mais elevados do capital social com os capitais econômico e cultural. De acordo com a composição das diversas espécies de capitais, foram identificados 5 grupos: 1) um primeiro grupo com capital econômico e cultural muito alto; 2) um segundo grupo com capital econômico e cultural alto; 3) um terceiro com capital econômico médio e capital cultural alto; 4) um quarto com capital econômico médio e cultural médio e um quinto grupo com capital econômico médio e cultural baixo (Tabela 4). A análise da variação do capital social entre esses grupos revela uma variação em todos os grupos com exceção do quinto grupo onde todos os entrevistados possuem baixo capital social. Nos demais grupos não há um padrão e verifica-se uma variedade na distribuição de capital social entre os entrevistados (tabela 4).

Os casos paradoxais selecionados não foram confirmados na análise em profundidade pelas seguintes razões: Os servidores caracterizados no banco ELSA como capital econômico baixo não correspondiam a esta classificação pois apresentaram rendimentos superiores a este grupo e os de condição opostas, aqui representados por dois casos, dos quais um não foi identificado e o outro não manteve a avaliação negativa de saúde na ocasião da entrevista. Dessa forma, mesmo com as limitações da amostra confirma-se a constatação da hipótese de Bourdieu sobre o papel diferencial do capital social entre as classes e grupos sociais ou como no caso presente entre diferentes posições no campo universitário. Para aquele autor, o capital social principalmente familiar para as classes populares corresponde a um apoio e segurança frente às dificuldades da vida. Já a pequena, burguesia concentrada no seu esforço de ascensão social, vê o esforço envolvido na manutenção de redes de relações como uma perda de tempo (BOURDIEU, 1979). Observa-se que nos grupos 1 e 2 os entrevistados ou não tinham filhos (E3, E5 e E9) ou tinham de um a três (E2, E6, E1 e E7) enquanto nos demais este número se ampliava, sendo que (E 26) declarou ter tido oito filhos.

Os entrevistados, mesmo entre os docentes apresentaram capital burocrático que variou entre alto e baixo e capital científico que variou entre médio e baixo, compatível com a composição da amostra (Tabela 4). Salienta-se que o grupo formado por integrantes do ELSA de baixo volume de capital econômico foi reclassificado em CEM em virtude dos salários recebidos pelos entrevistados ultrapassarem o estabelecido para esta faixa, de maneira análoga à classificação em outros estudos nacionais, à exemplo de Barata (2011), (Tabela 2).

O sentido da trajetória social foi ascendente (Tabela 5) para a maioria dos indivíduos, independente da classe social de origem e apenas dois entrevistados apresentaram trajetórias descendentes.

A autopercepção não apresentou um padrão regular em função da posição ocupada pelo indivíduo no campo universitário, da classe de origem ou da trajetória, resultado diverso ao obtido na amostra extensiva¹⁵. Tanto as respostas positivas quanto as negativas variaram de maneira irregular entre os indivíduos e grupos de elevado ou de baixo capital global. Poderia

¹⁵ Artigo 2 (Estratos sociais, capital social e autopercepção da saúde entre servidores de Instituições Públicas de Ensino e Pesquisa (IPEs), Brasil (2008-2010))

se caracterizar apenas um padrão nos entrevistados de origem popular e média, com trajetória ascendente que avaliaram a saúde como boa ou muito boa. Contudo, mesmo nesses subgrupos há exceções. Também nos dois únicos casos onde a trajetória social é descendente a autopercepção da saúde é regular.

Capital social e autopercepção

Para a relação entre o capital social e a autopercepção de saúde no campo universitário os resultados apresentaram dois grupos com perfis consistentes com as evidências apontadas na literatura ou seja, indivíduos com baixo capital social e baixa percepção da saúde (E16 a E19) e capital social CSAA / CSA e boa ou ótima avaliação da saúde (E3 a E10; E12 a E14) (KAWACHI; KENNEDY; GLASS, 1999; POORTINGA, 2006; ROSE, 2000; VERHAEGHE; TAMPUBOLON, 2012). No entanto, paradoxalmente, 03 entrevistados (E1, E2 e E11) dentre os que avaliaram negativamente o seu estado de saúde pertenciam ao grupo de capital social elevado e 08 participantes (E20 a E28) de baixo capital social consideraram sua saúde boa ou ótima (Tabela 3). Estes casos foram analisados em profundidade.

Os indivíduos com CSAA e CSA e avaliação regular da saúde, declararam participação ativa em grupos nos campos político (E2 e E11), sindical (E1, E2 e E11) e também religioso (E11), inclusive em cargos de direção. Em seus depoimentos algumas pistas podem esclarecer este paradoxo:

Onde você se sente melhor, tipo “um peixe dentro d’água”?

Na própria sala de aula, gosto de ser professora mesmo, gosto de sala de aula e adoro quando eu vejo uma turma acompanhando os trabalhos, interagindo, gosto muito. [...] eu acho que hoje pra mim é um espaço [no sindicato] que eu digo que é mais de sofrimento porque eu não queria estar aqui (Margarida¹⁶, dirigente sindical, professora 50 anos¹⁷).

Você teve algum episódio relacionado à saúde no último ano?

Mas estou muito cansada viu? Muito, muito. Eu falando com você já está me dando vontade de chorar. Eu desencadeei uma labirintite, já tem menos de dez anos, é uma labirintite que eu tenho só em momentos de muita pressão... Tive recentemente uma

¹⁶ Nome fictício

¹⁷ Idade aproximada para evitar identificação

sensação de mal estar, fui parar na emergência, foi até na época da eleição para reitor... (Margarida, dirigente sindical, professora 47 anos)

Tive um problema grave: diverticulite. Fiz uma cirurgia, tive muitas complicações, precisei fazer colostomia e levei um longo período para me recuperar. Tive pico de pressão alta, o médico solicitou que eu colocasse um holter para acompanhar, mas ainda não fiz, na época eu tinha uma assembleia da APUB e não queria aparecer com o aparelho (Francisco, professor, 70 anos).

Eu me tornei hipertenso.[...] Embora ainda seja bem baixa, porque eu tomo remédio muito fraco. Mas eu terminei desenvolvendo isso por conta do dia-a-dia[...] Da pressão, estresse no trânsito, todo o tempo tem demanda então você tem que responder, você tem que estar sempre atualizado sobre tudo, entendeu? Então você é cobrado. As pessoas ligam para sua casa. Eu sou representante da minha unidade, [X] onde existem técnicos, onde existem psicólogos, existem odontólogos, uma camada de pessoas que a gente tem a confiança dessas pessoas. Represento a minha unidade (Alberto, técnico, 60 anos).

Neste grupo, o nível de exigência sofrida é atribuído ao pertencimento a um grupo porque ocupa uma posição de liderança e representação. Essa posição aparentemente é mais geradora de estresse do que de proteção e teve como consequência a negligência com a saúde e em alguns casos até o adoecimento. O primeiro depoimento (E1) indica ainda um grau de desajuste entre o que a respondente faz e o que gostaria de fazer. Em oposição ao anterior, os indivíduos (E20 a E28), são oriundos das classes populares, desconhecem ou conhecem parcialmente seu passado, estudaram até o nível fundamental (com exceção de E21) e suas ligações sociais mais importantes estão no trabalho ou na família. Duas hipóteses podem estar associadas a esta contradição: em primeiro lugar a evidente ascensão em relação a sua origem social, ainda que esta mobilidade tenha se dado ao interior das classes populares, o que os diferencia em relação aos que estão em posição hierarquicamente inferior. Em segundo lugar, o ajuste que se dá com o local de trabalho, com a com a posição ocupada neste espaço universitário, conforme expressões recorrentes em seus depoimentos:

Aqui eu me sinto muito bem. Muito bem mesmo, aqui [...]. Eu tenho amizade dos meus colegas, dos professores, de todo mundo. Dos alunos. De todo mundo aqui. Aqui o que eu mais tenho é amizade [...] Renato, Raí, Tatti Moreno (artistas plásticos renomados) [...] “Aqui é uma família (Sandro, trabalhador manual, 60 anos).

A família aqui de manhã e, de tarde, em casa. São duas famílias que a gente tem” (Gorette, trabalhadora manual. 63anos).

Bem, bem, bem mesmo (Oto, trabalhador manual, 57anos)

A UFBA inteira aí, todo mundo é (seus amigos). Todos são gente boa, não só daqui não (da unidade de origem). Porque eu sou conhecido por aí tudo. Não são só os

daqui não, tem os colegas de fora também, das outras unidades. (Edson, Bombeiro hidráulico)

Tem amigos no bairro onde mora?

Não. Só os colegas próximos, pra não se misturar com as coisas lá. (Jota, contínuo, 54 anos)

Não. Lá, é só bom dia! Boa tarde! (Oto, trabalhador manual, 57anos)

As redes de ligações sociais também guardavam diferenças de acordo com o volume de capital acumulado pelo indivíduo. Para os que se situavam nos estratos de maior volume de capital global as relações descritas ultrapassavam as ligações familiares e se estendiam aos grupos diversos (militância política, sindical, igreja etc.), dentro e fora da universidade. Já para o estrato oposto, a família e o local de trabalho, considerado por alguns como a segunda família, constituíam as principais ligações sociais. Os estudos conduzidos por Stephens (2008) também revelaram que as principais ligações sociais não estão situadas no bairro, mas nos diferentes espaços de práticas (família, trabalho, escola), enquanto Moore et al. (2009), encontrou diferenças na extensão das ligações sociais entre indivíduos com distintos níveis educacionais.

Os docentes E1; E2; E5; e E6 que ocupam posição dominante, pois detêm maior capital econômico, cultural e social diferenciam-se dos técnicos que ocupam as posições dominadas (Tabela 4), sendo esta a oposição fundamental no campo universitário, embora possam coexistir com oposições secundárias entre as frações ao interior dos grupos¹⁸. Nesta perspectiva, observou-se na fala de alguns entrevistados:

Não sei se você já entrevistou alguém [da ASSUFBA,] mas eles são diferentes. Na [ASSUFBA] eles têm uma liberação de trabalho e nós docentes não temos, também nós docentes não queremos, não queremos nos afastar totalmente das salas de aulas, a gente não enxerga a nossa vida somente voltada para uma atividade sindical, a gente se identifica muito com a nossa atividade como docente, com a nossa atividade acadêmica. (Margarida, professora e sindicalista).

Em oposição aos servidores técnicos administrativos que representam o grupo com menor volume de capital global, portanto dominados em relação ao anterior, disputas

¹⁸ Bourdieu, no seu estudo sobre o campo universitário no Homo Academicus mostrou oposições entre as faculdades de direito e medicina por um lado e ciências e letras por outro. Também entre docentes pesquisadores (que acumulavam capital científico específico) e docentes com carreiras inseridas na burocracia científica (que acumulavam capital burocrático e político) (BOURDIEU, 2011,1984).

mencionadas por alguns entrevistados e que podem ser resumidas na ênfase dada e esta questão nas seguintes afirmações:

A relação docente-funcionário é muito ruim. Ela continua muito ruim. Os docentes se julgam seres superiores e os funcionários são como se fossem figuras subservientes. Estão ali para servir o docente e não à instituição [...] temos casos de pessoas que entram mesmo em depressão e que... Assédio moral! Nós temos um assédio moral muito forte na universidade. Mas as pessoas não denunciam, infelizmente. Mas isso é um problema! Principalmente em função dessa relação docente-servidor administrativo. O docente não se vê como funcionário público. Ele não é um funcionário público. Ele não é um servidor público. Ele é um superior, não é verdade? E os funcionários sofrem as consequências disso (E3. Fátima, técnica, sindicalista)

Ou, ainda, a resposta dada por outro servidor, quando questionado sobre quem eram os seus amigos no local de trabalho (Faculdade de medicina):

Professor nenhum. A maioria dos meus amigos aqui são servidores [...] existe uma coisa bem clara, principalmente para os professores de medicina: 90% deles se acham Deus, ainda existe uma classificação hierárquica no imaginário deles que se acham superior, isso muitas vezes pelo histórico de como o técnico administrativo se inseriu na UFBA. (João, técnico, 46 anos).

No entanto, às oposições não estão limitadas as duas categorias principais e ao interior de cada um destes grupos foi possível identificar questões em jogo que colocam em relação indivíduos que estão em proximidade, mas hierarquicamente situados em cada subespaço do campo científico ou burocrático. Por exemplo, as declarações de docentes sobre o isolamento dado por seus pares, seja pela condição de sindicalista, seja pelas disputas do campo universitário que se assemelham por vezes as relações estabelecidos *versus outsiders*¹⁹ que se expressa na cobrança da produção exigida pelo subespaço científico, aos seus membros (ver Apêndice 4).

A Faculdade (X) também para mim era um lugar muito difícil, hoje em dia está um pouco melhor, porque o meu departamento era um departamento difícil, muitas divergências (que) eram tão profundas e intensas que acarretavam um desgaste do tecido universitário, dessas relações interpessoais da universidade [...] tudo para gente é centrado em uma relação de matar ou morrer [...] Às vezes um docente tá na

¹⁹ Muito se pode extrair de uma melhor compreensão da dinâmica das figurações estabelecidos-outsiders e, portanto, dos problemas implícitos na mudança de posição dos grupos em relação uns aos outros, da ascensão de grupos à posição de ordem estabelecida monopolista da qual os outros são excluídos [...] O grupo estabelecido sente-se compelido a repelir aquilo que vivencia como uma ameaça a sua superioridade de poder (em termos de coesão e seu monopólio dos cargos oficiais e das atividades de lazer) e a sua superioridade humana, a seu carisma coletivo, através de um contra-ataque, de uma rejeição e humilhações contínuas do outro grupo (ELIAS, 2000).

coordenação da pós graduação por coordenar um grande projeto tem um valor simbólico, como eu fiquei muito tempo da minha vida ocupando esses movimentos docentes eu não ocupei muito esses outros espaços, tanto que na faculdade eu não vejo as pessoas me convidando para as coisas, não reconhecem essa minha participação... (E1. Margarida, professora, 47anos)

Quando eu vim pra Salvador e me engajei no mestrado de ... a porca torceu o rabo, era muita produção e eu não tinha ritmo, tinha outro ritmo em relação a essa coisa de publicar, dedicar o tempo pra isso, então foi muito dura essa parte de me forçar, até hoje ainda é, a maior dificuldade que eu tenho é essa, ainda mais com essa corrida maluca de publicar muito, então foi muito difícil pra mim. Hoje em dia o pessoal sai do doutorado e já se engaja em um projeto de pós graduação, no doutorado já vem publicando, já pega o ritmo, comigo foi diferente, eu cheguei e fui ser chefe de departamento (Joana, professora, 62anos).

Já entre os técnicos verificou-se distinções relacionadas às posições ocupadas, sobretudo pela forma de entrada na universidade que divide esta categoria entre antigos e novos concursados:

Todo trabalho tem a parte chata, mas ultimamente como não estou sabendo lidar com os conflitos praticamente toda parte do trabalho está sendo desgastante. De fato é possível identificar a briga pelo poder, seja pelo tempo de serviço ou pelo cargo que ocupa. Existem casos de boicote de informação, de armar situações para te prejudicar ante colegas, ante a chefia. [...] É difícil aqui aceitar a hierarquia, sobretudo quando não é a de professor, acho que tem vestígios da época que a UFBA não tinha concurso, muita gente entrou por apadrinhamento dos docentes e isso deve ter criado uma cultura forte de servidão (Léo, técnico de nível superior, concursado)

E os efetivados sem processo seletivo:

Então, no caso, entrei pela janela. Mas eu tenho o maior orgulho de dizer que entrei pela janela e que trabalho! (Macedo, técnico).

Os resultados sugerem ainda que o capital social pode ter sentidos e significados diferentes ao interior dos grupos e das posições ocupadas pelos indivíduos nos diversos subespaços do campo universitário. Para alguns indivíduos com alto volume de capital social com o crédito dado a ele pelo grupo ao qual ele está ligado, esta posse representou não apenas prestígio e reconhecimento (capital simbólico), mas também uma cobrança excessiva sobre si mesmo, estresse, distanciamento dos cuidados com a saúde e até mesmo o adoecimento. Para outros, com baixo volume de capital social, cuja origem nas classes populares e a ausência de elos com o próprio passado resultou também em baixo capital cultural, as ligações sociais ao interior do subespaço universitário são também sinais de prestígio, de oportunidades, de acesso ao cuidado com a saúde. Aqui a trajetória social não somente contribui para a

compreensão do acesso desigual aos recursos e das diferentes posições ocupadas, mas também para o entendimento dos processos relacionados ao modo como o capital social pode influenciar a autopercepção da saúde.

Considerações finais

A distribuição do capital social, e dos demais capitais, variou de maneira desigual de acordo com a posição ocupada pelo indivíduo no subespaço universitário. A autopercepção da saúde variou com o capital social de modo que maiores concentrações de recursos corresponderam a melhor julgamento do estado de saúde enquanto a autopercepção regular estava associada ao menor volume de capital social, para a maioria dos entrevistados. Contudo, essa variação não foi uniforme existindo diversos casos considerados como paradoxais.

Esta diferenciação do campo universitário da UFBA, que pode ser considerado como parte das condições históricas de possibilidade para a constituição dos subgrupos identificados no presente estudo, relaciona-se não apenas com a consolidação do campo científico em escala nacional, da qual fazem parte vários grupos da UFBA e que cria um polo de elevado capital científico. Como também, no curso do processo de democratização do país iniciado nos anos 1980, constituiu-se um segmento militante e sindicalista com elevado capital social. Por outro lado, a constituição de 1988, com a obrigatoriedade do concurso público, bem como as políticas recentes de expansão da universidade com o ingresso não apenas de novos docentes como de servidores concursados contribuíram nesta diferenciação.

Buscou-se aqui reconstituir, na medida do possível, o subespaço do campo universitário no qual o indivíduo se situava, posição esta que guarda correspondência com as hierarquias sociais externas embora esta relação não seja unívoca. Esta estratégia metodológica se contrapõe aos modelos adotados em alguns estudos revisados sobre as relações entre saúde e capital social que o consideram como uma característica externa ao indivíduo e uma variável a ser operacionalizada isoladamente. Para alguns autores (Browne-yung (2013); Navarro (2004); Wakefield (2005)) estes estudos não têm dado atenção à dinâmica de classes, à importância das relações de poder e às diferenças do capital social pela posição relativa dentro

de hierarquia social, o que, para Navarro (2004) estaria na raiz dos problemas metodológicos dos estudos com esta temática.

A constituição do subespaço e a exploração em profundidade dos processos que intermediam as relações entre o capital social e a autopercepção da saúde, principal objetivo deste estudo, possibilitaram a construção do caminho explicativo para os casos paradoxais aqui destacados.

O presente trabalho revelou ainda que a trajetória social, e a posição ocupada pelo indivíduo no subespaço ao qual ele se inclui, está relacionada ao capital social e a autopercepção da saúde seja ela positiva ou negativa. Salienta-se que os efeitos negativos do capital social, embora apontado como uma possibilidade por alguns autores (GATRELL et al., 2004) tem sido pouco explorado. Aliás, o sucesso do constructo tem sido atribuído mais a sua utilização como um rótulo para os efeitos positivos da sociabilidade do que pelas consequências negativas dos processos de exclusão inerentes às dinâmicas dos campos e às cobranças excessivas sobre os seus membros (PORTES, 1998), embora as duas hipóteses careçam de trabalho empírico de validação (FASSIN, 2003).

A despeito das estratégias para reproduzir o subespaço universitário, uma importante limitação deste estudo relaciona-se à grande heterogeneidade do referido campo e à incapacidade de capturar toda esta diversidade por meio de uma amostra qualitativa, possivelmente algumas dimensões não foram aqui apreendidas. Adicionalmente, os casos paradoxais selecionados intencionalmente da amostra ELSA não lograram êxito pleno, de um lado, em função da reclassificação do capital econômico de baixo para médio e, do outro lado, porque o único caso localizado de voluntário com maior volume de capital global e autopercepção regular não manteve na entrevista a mesma resposta do inquérito anterior, fenômeno que pode ser atribuído ao fato de que tanto o capital social quanto a autopercepção da saúde podem variar ao longo do tempo. O primeiro, a depender da trajetória, a exemplo de um dos nossos entrevistados que em determinado momento de sua vida possuía diversas redes de relações, no momento do seu adoecimento encontrou-se sozinho e sem apoio. Já a autopercepção da saúde, como toda resposta a questionário de investigação pode resultar em imposição de problemática, efeito decorrente da relação estabelecida entre entrevistador e entrevistado (CHAMPAGNE, 1998). Em outras palavras, não são propriedades dadas uma vez por todas e podem estar em constante movimento no espaço e no tempo. Por essas razões

a articulação entre estudos extensivos e em profundidade para a investigação do capital social no sentido de Bourdieu é imprescindível.

O presente artigo mostrou que a análise do capital social no sentido de Bourdieu requer, em primeiro lugar, a apreensão do espaço social e dos campos investigados não só por meio das trajetórias, como foi feito aqui, mas também pela análise das condições históricas de possibilidade que auxiliam na explicação das disputas existentes, nas posições e tomadas de posições dos agentes e suas influências na percepção da saúde. Contudo, devido à complexidade dos fenômenos envolvidos esta articulação nem sempre é possível de ser feita por um único pesquisador. Requer a contribuição de grupos de pesquisa em um programa multidisciplinar e transdisciplinar.

Apêndice 1

Caso 1. O Estigma do sindicalista: Militante política e sindical (Capital Social Alto), passou por um processo de isolamento no local de trabalho durante dois anos, relata: Não, não me sentia bem. Aí fui procurar a minha chefe, que era uma pró-reitora e disse assim: "Olha, eu tô me sentindo aqui muito inutilizada. Não posso ficar desse jeito. Eu tenho uma força de trabalho e quero mostrar o meu potencial. Aí ela me ofereceu um serviço de chefia de um apoio. Tipo uma secretária de apoio. Aí eu disse: "Olha, eu não tenho nada, absolutamente nada, contra as secretárias [e] eu acho que valorizo muito o trabalho delas, mas eu sou uma técnica. Eu acho que eu tenho condição de contribuir mais aqui na instituição." Aí ela conversou com a reitoria, chegou e disse assim: "Olha, [é] o que a gente tem, não tem como. Você que sabe. Se não, você procura um lugar pra ir." Aí eu: "Tá, tudo bem." Aí eu procurei. Fui na procuradoria jurídica, não tinha vaga, fui na unidade, [eles disseram] "Não, não, aqui a gente não tem, não sei o quê.". Eu falei "Eu sei, me jogando pro escanteio. Esse processo aqui, esse período foi muito ruim. Eu tive uma queda de cabelo impressionante. Eu entrei em depressão! Você entra em depressão!"

(Fátima, sindicalista)

Apêndice 2

Caso2. O capital social que protege: Militante sindical, capital social e burocrático alto, exerceu mandatos e ocupou vários cargos, inclusive no nível central. Sofreu o enfarto durante uma partida de futebol e foi socorrido por um especialista renomado que conheceu enquanto ocupava um cargo.

Aí criou um vínculo de amizade e, quando os meus amigos e colegas souberam que eu tinha infartado ligou logo para Dr. (...). Dr. (...) então disse: transfiram ele pra cá imediatamente. Aí conseguiu, e meia noite tavam me levando lá para (FBC), eu estava internado e fui operado...”

...E que muda com o tempo:

Hoje eu tenho dificuldade de ter relacionamento com amigos porque eu nasci na “Roça do Lobo” que hoje é Barris, uma comunidade pobre e aí aconteceu... todo mundo saiu, eu tinha 18 anos e perdi a referência e a amizade, aí eu perdi o contato, eu praticamente não tenho amigos, agente se encontra todo ano no dia 08 de dezembro, é uma alegria muito grande... eu não tenho amigos, então eu praticamente... minha vida se resume a meus filhos a família, meus parentes, a família cresceu muito...agente se encontra muito, graças a Deus, é uma festa.

(Roque, 65 anos sindicalista)

Apêndice 3

Caso 3. Sobre capacidade de fazer com que o corpo faça o que ele não parecia prometer inicialmente

Olha, até essa questão da diabete... Porque assim, eu tenho uma brincadeira... Meu corpo, não sei em que medida, é como se ele fosse estourando. Porque eu estou com um nódulo da tireoide, pequenininho, mas vou ter que fazer a punção para ver e tal. Mas ela [a médica] já me tranquilizou, disse que é uma coisa muito comum. Tenho um mioma pequeno também, quando eu fiz a biopsia do colo do útero, que eles chamam de NIC 1, que é Neoplasia Infracervical Nível 1. Que faz aquele negócio que queima e tira e tal. Aí faço acompanhamento de seis em seis meses. Tenho Endometriose [...] Eu tenho uma saúde boa. Eu acho que eu tenho. Essas coisas, elas ficam aqui mas eu acho que eu tenho uma saúde boa [...] Me sinto super bem. Então não é a saúde, acho que é a minha relação com isso.

(Rosa, 40 anos, sindicalista)

Apêndice 4

Caso 4. **O outsider**

Professor, oriundo de outro estado, ingressou na UFBA, após retornar ao Brasil do doutorado.

Havia questões pessoais aí, políticas, institucionais que eu não tinha noção. Então ao mesmo tempo que eu pude contribuir eu me expus muito. É curioso isso porque você não sabe aonde está pisando[...] E eu fui me sentindo meio estranho[...] essa divisão já tinha , e, eu entrei com mestrado- entre os professores que tinham o doutorado e os que não tinham. Alguns professores diziam coisas assim: “Ah, quem não tem doutorado na universidade é um merda.” Diziam isso abertamente. E eu me senti estranho. Bom fui correr atrás do doutorado [...] pra poder ter uma inserção melhor aqui [...] eu tinha uma dificuldade cultural de adaptação na Bahia. Eu tenho até hoje, isso foi ficando mais forte. Se eu estivesse [no exterior] seria perfeito porque lá na [no exterior] tem um professor e um pesquisador, eu acabaria virando um professor, não um pesquisador.

....um peixe fora d'água:

Caramba! Que pergunta difícil. Eu acho que tem coisas que... Eu não sei eu acho que talvez eu tenha sido um peixe fora d'água aqui. Nas minhas outras experiências eu sempre me senti dentro. Essa coisa que tem a ver com a minha visão de instituição não de carreira pessoal. Mas aí a sensação de peixe fora d'água permaneceu. E isso é muito complicado para a saúde.

(Yon, 60 anos)

Tabela 1. Entrevistado, idade, categoria, sexo, renda e escolaridade. Salvador, 2014.

E*	Idade	Categoria		Sexo		E. Civil		Renda mensal			Escolaridade					
		Tec	Doc	M	F	Cas	Solt	Méd	Alta	Mt. Alta	Fund.	Méd	Sup	Pós	MSc	DSc
E1	47		Doc		F	Cas				Mt. Alta			Sup		MSc	DSc
E2	63		Doc	M		Cas				Mt. Alta			Sup		MSc	DSc
E3	67	Tec			F	Cas	Solt			Mt. Alta			Sup	Pós		
E4	37	Tec			F	Cas			Alta				Sup		MSc	DSc
E5	62		Doc		F	Cas				Mt. Alta			Sup		MSc	DSc
E6	64		Doc	M		Cas				Mt. Alta			Sup		MSc	DSc
E7			Doc		F	Cas				Mt. Alta			Sup		MSc	DSc
E8	57	Tec			F	Cas	Solt		Alta				Sup	Pós	MSc	DSc
E9	57		Doc		F	Cas				Mt. Alta			Sup		MSc	DSc
E10	39			M		Cas				Mt. Alta			Sup		MSc	DSc
E11	53				F	Cas		Méd				Méd				
E12	65				F	Cas							Sup	Pós		
E13	56				F	Cas						Méd				
E14	46			M		Cas	Solt						Sup			
E15	52				F	Cas				Mt. Alta			Sup			
E16					F	Cas				Mt. Alta			Sup			
E17	30			M		Cas			Alta				Sup			
E18	57				F	Cas		Méd				Méd				
E19	52		Doc		F	Cas					Fund.					
E20	54				F	Cas					Fund.					
E21	54				F	Cas						Méd				
E22	57				F	Cas					Fund.					
E23	64			M		Cas					Fund.					
E24	63				F	Cas					Fund.					
E25	57			M		Cas					Fund.					
E26	63				F	Cas					Fund.					
E27	63			M		Cas					Fund.					
E28					F	Cas					Fund.					

*E: Entrevistado.

TABELA 2. Critérios para análise da composição das diferentes espécies de capital no espaço universitário. UFBA, 2015.

Tipo de Capital	Volume do capital			
	Muito Alto ↑↑↑↑	Alto ↑↑↑	Médio ↑↑	Baixo ↑
Capital Econômico	Acima de 9057,94	> R\$6.516,00 e ≤ R\$9.057,94	> R\$3.258,00 e ≤ R\$6.516,00	Salário > R\$ 1086,32 ≤ R\$3.258,00
Capital Cultural	Doutorado /Mestrado	Superior completo	Segundo grau completo ou superior incompleto	Sem escolaridade até fundamental completo
Capital Social	Participação em grupos com regularidade e titularidade/função representativa Presidente /Coordenação (Partido político; sindicato; associação; religioso; esportivo; ONG, etc.)	Participação em grupos com regularidade e titularidade /função representativa secundária (Membro efetivo: (Partido político; sindicato; associação; religioso; esportivo; ONG, etc.)	Participação em grupos sem regularidade	Sem participação ou ligação com grupos formais ou informais
	Casado (a) ou parceiro (a) fixa Cônjuge (Formação Superior/ Ativo) Cita os amigos de infância, de local de trabalho e familiares. Mantém relações regulares (reuniões, viagens, jantares, etc.). Promove e participa de encontros, eventos festivos, esportivos, etc.	Relacionamento Estável Cônjuge (Formação Superior/ Inativo) Cita os amigos de trabalho e /ou familiares. Relações irregulares (reuniões, viagens, jantares, etc.)	Relacionamento Irregular/Recente Cita amigos de trabalho ou familiares. Frequentam esporadicamente lugares comuns de socialização	Solteiro(a) ou Viuvo(a) Relações familiares. Não participa de atividades ou pertence a grupos nem formais nem informais
Capital Científico	Dirigente nacional de partido político Reconhecimento internacional Produtividade CNPq-1 Editor de periódico (Qualis-A)	Dirigente estadual de partido político Reconhecimento nacional Produtividade CNPq-2 Editor de periódico (Qualis-B)	Dirigente municipal de partido político Reconhecimento local 1 artigo (últimos 3 anos) Parecerista <i>ad hoc</i> de periódicos (Qualis-A)	Filiado ou não a partido político Sem indicadores de reconhecimento Publicação irregular Parecerista <i>ad hoc</i> de periódicos (Qualis-B ou C)
Capital Burocrático	Prêmios internacionais Cargos de primeiro escalão na (reitoria e pró-reitorias)	Prêmios nacionais Cargos de segundo escalão (Superintendente, Coordenador de pós-graduação, chefias de unidades)	Prêmios locais Chefe de departamento Chefia com função gratificada	Sem premiação Coordenador de disciplina; Sem cargo e ou representação

Fonte: Adaptado de Vieira-da Silva, (2014) e Furtado e de Vieira-da Silva (2014)

Tabela 3. Entrevistado, volume do capital social e autopercepção de saúde. Salvador, 2014.

Entrevistado	Capital Social				Autopercepção da saúde		
	Muito	Alto	Médio	Baixo	Ruim	Regular	Boa/ ótima
	↑↑↑↑	↑↑↑	↑↑	↑			
E 1	↑↑↑↑						
E 2	↑↑↑↑						
E 3	↑↑↑↑						
E 4	↑↑↑↑						
E 5		↑↑↑					
E 6		↑↑↑					
E 7		↑↑↑					
E 8		↑↑↑					
E 9		↑↑↑					
E 10		↑↑↑					
E 11		↑↑↑					
E 12			↑↑				
E 13			↑↑				
E 14			↑↑				
E 15			↑↑				
E 16				↑			
E 17				↑			
E 18				↑			
E 19				↑			
E 20				↑			
E 21				↑			
E 22				↑			
E 23				↑			
E 24				↑			
E 25				↑			
E 26				↑			
E 27				↑			
E 28				↑			

Tabela 4 - Entrevistado, segundo distribuição e volume dos capitais econômico, cultural, social, científico e burocrático. 2014

Entrevistado	Capitais																			
	Econômico				Cultural				Social				Científico				Burocrático			
	MUITO	ALTO	MÉDIO	BAIXO	MUITO	ALTO	MÉDIO	BAIXO	MUITO	ALTO	MÉDIO	BAIXO	MUITO	ALTO	MÉDIO	BAIXO	MUITO	ALTO	MÉDIO	BAIXO
	↑↑↑↑	↑↑↑	↑↑	↑	↑↑↑↑	↑↑↑	↑↑	↑	↑↑↑↑	↑↑↑	↑↑	↑	↑↑↑↑	↑↑↑	↑↑	↑	↑↑↑↑	↑↑↑	↑↑	↑
E1	↑↑↑↑				↑↑↑↑				↑↑↑↑											
E2	↑↑↑↑				↑↑↑↑				↑↑↑↑											
E5	↑↑↑↑				↑↑↑↑					↑↑↑					↑↑			↑↑↑		
E6	↑↑↑↑				↑↑↑↑					↑↑↑						↑		↑↑↑		
E7	↑↑↑↑				↑↑↑↑					↑↑↑						↑				↑
E3	↑↑↑↑					↑↑↑			↑↑↑↑							↑				↑
E4		↑↑↑				↑↑↑			↑↑↑↑							↑		↑↑↑		
E10		↑↑↑				↑↑↑				↑↑↑						↑				
E17		↑↑↑				↑↑↑						↑				↑			↑↑	
E8		↑↑↑				↑↑↑				↑↑↑						↑				
E9		↑↑↑				↑↑↑				↑↑↑						↑				↑
E12			↑↑			↑↑↑					↑↑					↑		↑↑↑		
E16			↑↑			↑↑↑						↑				↑				↑
E14			↑↑			↑↑↑					↑↑					↑			↑↑	
E15			↑↑			↑↑↑					↑↑					↑				↑
E11			↑↑				↑↑			↑↑↑						↑				
E13			↑↑				↑↑				↑↑					↑				
E21			↑↑				↑↑					↑				↑				↑
E18			↑↑				↑↑					↑				↑				↑
E20			↑↑					↑				↑				↑				↑
E19			↑↑					↑				↑				↑				↑
E22			↑↑					↑				↑				↑				↑
E23			↑↑					↑				↑				↑				↑
E24			↑↑					↑				↑				↑				↑
E25			↑↑					↑				↑				↑				↑
E26			↑↑					↑				↑				↑				↑
E27			↑↑					↑				↑				↑				↑
E28			↑↑					↑				↑				↑				↑

Tabela 5. Entrevistado, origem sócio ocupacional, sentido da trajetória e auto percepção da saúde.

Entrevistado	Classe de Origem			Sentido da Trajetória			Auto percepção		
	Popular	Média	Alta	Estável	Ascendente	Descendente	Ruim	Regular	Boa/ ótima
E6			■		■			■	■
E2			■		■			■	
E7		■	■		■				■
E5		■			■				■
E8		■			■				■
E1	■				■			■	
E12	■				■				■
E16	■				■	■		■	
E14	■				■				■
E15	■				■			■	
E10	■				■				■
E17	■				■			■	
E4	■				■				■
E3	■				■				■
E11	■				■	■		■	
E9	■		■		■				■
E21	■		■		■				■
E13	■				■				■
E18	■				■			■	
E27	■				■				■
E20	■				■				■
E19	■				■			■	
E23	■				■				■
E24	■				■				■
E22	■				■				■
E28	■				■				■
E25	■				■				■
E26	■				■				■

Referências

AGAMPODI, T. C. et al. Measurement of social capital in relation to health in low and middle income countries (LMIC): A systematic review. **Social Science & Medicine**, v. 128, n. 0, p. 95-104, 3// 2015.

ARROWSMITH, J.; SISSON, K. Decentralization in the public sector - The case of the UK National Health Service. **Relations Industrielles-Industrial Relations**, v. 57, n. 2, p. 354-380, Spr 2002.

BARATA, R. B., RIBEIRO, M. C. S. A., CASSANTI, A. C. Social vulnerability and health status: a household SURVEY in the central area of a Brazilian metropolis. **Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro** v. vol.27 supl.2, 2011.

BOURDIEU, P. Le capital social. Notes provisoires. **Actes de la recherche en sciences sociales**, v. 31, p. 2-3, 1980.

_____. **Os usos sociais da ciência. Por uma sociologia clínica do campo científico.** São Paulo: UNESP, 2004. 86

_____. The Forms of Capital. In: (Ed.). **Readings in Economic Sociology:** Blackwell Publishers Ltd, 2008. p.280-291. ISBN 9780470755679.

_____. O senso prático. **Vozes : Petrópolis RJ** 2009.

_____. **Razões Práticas. Sobre a teoria da ação.** 11. Campinas, São Paulo: Papyrus, 2011.

BROWNE-YUNG, K. Z. A. F. B. 'Faking til you make it': social capital accumulation of individuals on low incomes living in contrasting socio-economic neighbourhoods and its implications for health and wellbeing. **Soc Sci Med;** , v. 85, p. 9-17., 2013

CANGUILHEM, G. **Le Normal et le Pathologique.** Paris: Presse Universitaire de France, 1966.

CARLSON, E. D.; CHAMBERLAIN, R. M. Social capital, health, and health disparities. **J Nurs Scholarsh**, v. 35, n. 4, p. 325-31, 2003.

CHAMPAGNE, P. Um exemplo de construção sociológica: as "manifestações midiáticas". In: (Ed.). **Iniciação à prática sociológica.** Petrópolis: Vozes, 1998. p.217 - 226.

DAHL, E.; MALMBERG-HEIMONEN, I. Social inequality and health: the role of social capital. **Sociology of Health & Illness**, v. 32, n. 7, p. 1102-1119, 2010.

ELIAS, N. S., JOHN L. **Os estabelecidos e os outsiders**. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

ESPERIDIÃO, M. Tese de Doutorado: Distâncias Sociais e Julgamento dos Serviços de Saúde. **Instituto de Saúde Coletiva, UFBA**, 2010.

FASSIN, D. Social capital, from sociology to epidemiology: critical analysis of a transfer across disciplines. **Revue D Epidemiologie Et De Sante Publique**, v. 51, n. 4, p. 403-413, Sep 2003.

GATRELL, A. C.; POPAY, J.; THOMAS, C. Mapping the determinants of health inequalities in social space: can Bourdieu help us? **Health & Place**, v. 10, n. 3, p. 245-257, Sep 2004.

GILBERT, K. L. et al. A meta-analysis of social capital and health: A case for needed research. **Journal of Health Psychology**, v. 18, n. 11, p. 1385-1399, Nov 2013.

HARPHAM, T.; GRANT, E.; THOMAS, E. Measuring social capital within health surveys: key issues. **Health Policy Plan**, v. 17, n. 1, p. 106-11, Mar 2002.

IDLER, E. I., EL); BENYAMINI, Y (BENYAMINI, Y). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. **JOURNAL OF HEALTH AND SOCIAL BEHAVIOR**, v. 38 Edição: 1 Páginas: 21-37. Publicado: MAR 1997, p. 21-37, MAR 1997.

ISLAM, M. K. et al. Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review. **International Journal for Equity in Health**, v. 5, n. 1, p. 3, 2006.

KAWACHI, I.; KENNEDY, B. P.; GLASS, R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. **Am J Public Health**, v. 89, n. 8, p. 1187-93, Aug 1999.

MACINKO, J.; STARFIELD, B. The utility of social capital in research on health determinants. **Milbank Q**, v. 79, n. 3, p. 387-427, IV, 2001.

MOORE, S. et al. Not all social capital is good capital. **Health & Place**, v. 15, n. 4, p. 1071-1077, Dec 2009.

NAVARRO, V. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health - Commentary: Is capital the solution or the problem? **International Journal of Epidemiology**, v. 33, n. 4, p. 672-674, Aug 2004.

PATTON, M. Q. **Qualitative Research & Evaluation Methods**. 3a. Thousands Oaks London New Delhi: SAGE Publications, 2002. 597

PIERRE, B. A distinção: crítica social do julgamento. **São Paulo: Edusp; Porto Alegre: Zouk, 2006 [1979]**. p. 556, 1979.

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

PORTES, A. Social Capital: Its origins and applications in modern sociology. **Annual Review of Sociology**, v. 24, p. 1-24, 1998.

ROSE, R. How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians. **Social Science & Medicine**, v. 51, n. 9, p. 1422, Nov 2000.

SAPAG, J. C. et al. Social capital and self-rated health in urban low income neighbourhoods in Chile. **J Epidemiol Community Health**, v. 62, n. 9, p. 790-2, Sep 2008.

STEPHENS, C. Social capital in its place: using social theory to understand social capital and inequalities in health. **Soc Sci Med**, v. 66, n. 5, p. 1174-84, Mar 2008.

VEENSTRA, G. Social capital, SES and health: an individual-level analysis. **Soc Sci Med**, v. 50, n. 5, p. 619-29, Mar 2000.

VERHAEGHE, P.-P.; TAMPUBOLON, G. Individual social capital, neighbourhood deprivation, and self-rated health in England. **Social Science & Medicine**, v. 75, n. 2, p. 349-357, 2012.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Saúde e espaço social. In: *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária/ Cebes*. Rio de Janeiro: Roberto Passos Nogueira (Organizador).2010.

WAKEFIELD, S. E.; POLAND, B. Family, friend or foe? Critical reflections on the relevance and role of social capital in health promotion and community development. **Soc Sci Med**, v. 60, n. 12, p. 2819-32, Jun 2005.

Anexos

Anexo 1

Termo de Consentimento Informado

Você está sendo convidado (a) a participar de um estudo desenvolvido por uma Doutoranda do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA). O sr. (a) foi escolhido por fazer parte do quadro de servidores da UFBA, instituição cujo espaço será analisado neste trabalho.

O objetivo deste estudo é verificar de que forma as desigualdades afetam a saúde e como o pertencimento a um grupo estão associadas a essas modificações especificamente nesse espaço social.

Assumo o compromisso de que toda informação que você irá me fornecer permanecerá estritamente confidencial. Caso você assim o deseje seu nome não aparecerá em nenhuma parte do relatório ou investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela como artigos ou outras publicações. Os dados publicados serão apresentados de forma que seu nome jamais será identificado. Asseguramos que a pesquisa não apresenta qualquer tipo de risco ou constrangimento para você.

Sua participação nessa pesquisa é de fundamental importância para a compreensão crítica da saúde e seus determinantes sociais. Porém, ela é inteiramente voluntária. A qualquer momento você poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar.

Eu,-----, entrevistado por Shirley Andrade Cruz, declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa " Desigualdades em saúde, espaço social e capital social" e aceito nela participar.

Assinatura do entrevistador.

Assinatura do entrevistado.

Data: / /

Anexo 2

Roteiro para entrevistas abertas com servidores do corpo docente e técnico administrativo

Dados Pessoais: (Nome; Naturalidade; Data de nascimento; Local de trabalho; Ocupação; Endereço).

Questões norteadoras da entrevista

Sobre a Posição:

1. Fale-me um pouco de você, onde nasceu?
2. Quando?
3. E seus pais? O que faziam?
4. Qual a formação deles.
5. Você conheceu seus avós, ou seus pais falavam sobre eles... Qual a ocupação deles (avós paternos e maternos), e o grau de instrução?
6. Sua família é grande? É casado (a)?
7. Qual a profissão dele (a)?
8. Você estudou onde, qual a sua formação? Fez outros cursos ou pós-graduação?
9. Fale-me um pouco sobre o seu trabalho.
10. Como se deu sua entrada na Universidade (UFBA)?
11. Com o que trabalha exatamente?
12. Anteriormente que outras atividades/cargos assumiu?

Extensão da Rede e questões em jogo no espaço

13. Como é a sua relação com os colegas?
14. E com os servidores técnicos (ou com os professores)?
15. Tem amigos aqui? Quem são seus amigos? Com quem você se sente à vontade para falar de você...

Tomada de posição

16. Você participa regularmente das atividades relacionadas ao movimento dos²⁰ professores, (APUB)?

17. Em caso positivo, já assumiu cargos? Quais?

18. É filiado a algum partido?

19. Faz ou fez parte da estrutura de direção?

20. Você frequenta igreja, tem religião?

21. Você já atuou como X, assumiu cargos ABC/ onde você se sente melhor, tipo “um peixe dentro d’água”?

Estratégias de Investimento

22. Você costuma receber visitas em casa, organizar reuniões ou festas?

23. Quem organiza as festas da família?

4. Estilo de vida

24. O que mais lhe diverte (ler, viajar...)?

25. Que outras atividades esportivas (futebol, vôlei, etc.), físicas (clube de corrida, academia, pilates, outros etc.) você faz?

26. Fale-me um pouco sobre os seus hábitos alimentares. O que comeu ontem?

Qual o seu prato preferido?

Apoio social, autopercepção, cuidado e uso de serviços de saúde

27. Você se lembra de algum episódio relacionado à sua saúde no último ano?

28. Quem te acompanha (ou) quando você precisa? E você, já precisou ajudar alguém nesta situação?

29. Você tem plano de saúde?

30. Quando você precisa, recorrer ao plano o que faz?

31. Você tem um médico habitual? Como chegou até ele, alguém indicou.

32. Nestas ocasiões (limitações temporárias) o que você faz?

33. De uma maneira geral como você percebe (ou sente) a sua saúde? Você diria que a sua saúde é ótima, boa, regular ou ruim?

²⁰ Nas questões específicas relacionadas à cada categoria, as entidades ou categorias eram trocadas de acordo com o grupo de pertencimento do entrevistado. Para os servidores o sindicato da categoria neste espaço foi substituído pela ASSUFBA.

Anexo 3.

Quadro 1. Matriz para análise da trajetória					
Formação profissional	Graduação:	Especialização:	Mestrado:	Doutorado:	Pós doc:
Profissão avô paterno					
P. avó p					
P. avó m.					
Profissão avô m.					
Prof. do pai					
Prof. da mãe					
Característica da Família					
Sentido da Trajetória social					
Ocupações Anteriores					
Cargos ocupados na APUB					
Cargos ocupados / Organograma UFBA					
Ocupação Atual					
Profissão Cônjuge					
Pertencimento a Grupos					
Principais Relações /Amigos					
Gostos culturais					
Comida Preferida					
Atividade Física					
Questões em jogo no campo					
Capital Científico					
Capital Burocrático					
Capital Político e Militante					
Posição no campo					
C. Social / Práticas					
Morbidade Referida					
Uso do serviço de saúde					
Autopercepção da Saúde					
Normatividade					