

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Analúcia Pereira Matera Machado

**A RELAÇÃO ENTRE O CAPITAL SOCIAL E A
SAÚDE AUTOAVALIADA E O IMPACTO DE
VARIÁVEIS CONTEXTUAIS**

UMA ANÁLISE COM BASE NO *EUROPEAN SOCIAL SURVEY 2018*

Dissertação no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da
Saúde orientada pela Professora Doutora Carlota Maria Miranda
Quintal e apresentada à Faculdade de Economia da Universidade
de Coimbra.

Outubro de 2020



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Analúcia Pereira Matera Machado

A relação entre o capital social e a saúde
autoavaliada e o impacto de variáveis contextuais:
uma análise com base no *European Social Survey 2018*

**Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde,
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre**

Orientadora: Professora Doutora Carlota Maria Miranda Quintal

Coimbra, outubro de 2020

Dedicatória

Aos meus filhos, Guilherme e Mariana, que são tudo para mim.

Ao Guilherme, motivo desta jornada em terras lusitanas. Que tenha coragem para seguir seus objetivos, para manter seus valores e seu coração de *Arrupe* e para assumir seu papel nesse mundo. Que nossa casa lhe sirva sempre de porto, nos momentos de tempestade, mas também de calma. Que nossos passos lhe sirvam de base para uma jornada valorosa e exitosa. Sempre estaremos juntos, independente da distância que nos separe.

À Mariana, o melhor presente que Portugal me deu. Graças a esta jornada tive a oportunidade de “conhecer” minha filha, ocultada pela rotina e correria de quem sempre trabalhou 48 horas por dia, 14 dias por semana. Criativa na arte e no lidar com a vida, decidida em seus sonhos, madura em seus valores, humana nos gestos escondidos pela timidez, doce e ao mesmo tempo forte. Me apoiou, me consolou, me fez chorar e sorrir. Estarei sempre ao seu lado, independente da terra em que estivermos.

Ao meu marido Claudio, na alegria e na tristeza, na saúde e na doença, na riqueza e na pobreza, por onde quer que eu vá, meu amor eterno e incondicional.

Agradecimentos

À professora Carlota Quintal, responsável em muito por termos começado esta pesquisa, e em muito mais por termos chegado até aqui. Não encontro palavras para agradecer os ensinamentos e os questionamentos, a dedicação e a atenção, o apoio e o carinho. Terá sempre minha admiração e gratidão.

Às amigas brasileiras, que encontrei do outro lado do Atlântico, Ângela, Marisa e Lívia, pelo companheirismo e amizade, pela coragem e resiliência, pelos cafés e almoços, por tão pouco tempo compartilhado, mas tanta história para contar. Que possamos nos reencontrar em breve para mais um café, mais um abraço, mais uma história.

RESUMO

Nos últimos anos o capital social tem sido reconhecido como importante elemento para a manutenção e aprimoramento do estado de saúde. Entretanto, a análise das relações entre capital social e saúde é complexa. Este conceito inclui diferentes dimensões, contextos e níveis, e suas relações com a saúde são variáveis dependendo dos grupos sociais analisados. Esta pesquisa se propôs a contribuir com a literatura no debate sobre as relações entre capital social e saúde e como estas relações podem ser influenciadas pelas variáveis contextuais sexo, idade, local de residência, religiosidade e cultura (país de residência). O capital social foi representado por dez variáveis em suas dimensões cognitiva e estrutural. A saúde foi representada pelo estado de saúde autoavaliado, transformado em uma variável binária, interessando de um lado a saúde “boa” e do outro lado a saúde “má”. Foram utilizados dados do *European Social Survey*, de um conjunto de 21 países Europeus, para o ano de 2018. Para as relações entre as variáveis representativas do capital social e a saúde autoavaliada, de acordo com o teste *t* de Student, verificou-se haver diferença, ao nível de significância de 5%, entre as respostas observadas para os grupos com capital social alto e capital social baixo, tanto na análise global da amostra quanto na análise em função das variáveis contextuais, exceto para a faixa etária de 15 a 24 anos e para a França. Tais resultados sinalizam uma associação positiva entre capital social e saúde. Para as mesmas relações, entre as categorias das variáveis contextuais, de acordo com o teste *Difference-in-Differences*, verificou-se haver diferença significativa apenas entre as faixas etárias; sinalizando que apenas esta variável contextual influencia as relações entre capital social e saúde. Em função da heterogeneidade observada para algumas variáveis representativas da dimensão estrutural do capital social, optou-se por repetir as análises sem considerar estas últimas variáveis. Considerando esse subconjunto de variáveis do capital social, no geral os resultados se mantiveram, entretanto, em função das variáveis contextuais, também verificou-se haver diferença ao nível de significância de 5%, para a faixa etária de 15 a 24 anos e para a França; e em relação ao efeito moderador das variáveis contextuais, verificou-se haver diferença significativa, ao nível de significância de 5%, entre Portugal e Reino Unido e entre Espanha e Reino Unido; sinalizando que a variável contextual cultura, para este subconjunto de variáveis do capital social, interfere nas relações entre capital social e saúde. As diferenças observadas nos

resultados, apresentados pelos dois grupos de análises, sinalizam que as relações entre capital social e saúde são dependentes das variáveis do capital social consideradas. Os resultados desta pesquisa confirmam a associação positiva entre capital social e saúde. Com relação ao efeito moderador das variáveis contextuais em análise, em termos globais não se encontrou evidência de sua existência. Entretanto, os resultados obtidos sugerem que o capital social é particularmente importante para a saúde dos mais idosos. Pesquisas futuras merecem estratificar as populações e avaliar, para cada estrato, qual a representação do capital social mais significativa.

Palavras-chave: capital social; saúde autoavaliada; *European Social Survey*

ABSTRACT

In recent years, social capital has been recognized as an important element for the maintenance and improvement of health status. However, the analysis of the relation between social capital and health is complex. This concept includes different dimensions, contexts and levels, and their relation with health varies depending on the social groups analyzed. This research aims to contribute to the literature in the debate on the relation between social capital and health and how these relations can be influenced by the contextual variables of gender, age, residence, religiosity and culture (country of residence). Social capital was represented by ten variables in their cognitive and structural dimensions. Health was represented by the self-rated health, transformed into a binary variable, on the one hand being concerned with “good” health and on the other hand with “bad” health. Data from the European Social Survey 2018, covering a set of 21 European countries. For the relations between the variables representing social capital and self-rated health, according to the Student's *t* test, there was a difference, at the significance level of 5%, amongst the responses observed for groups with high social capital and low social capital, both in the global analysis of the sample and in the analysis according to contextual variables, except for the age group of 15 to 24 years and for France. These results indicate a positive association between social capital and health. The same relations, between the categories of contextual variables, according to the Difference-in-Differences test, demonstrated a significant difference only between the age groups; indicating that only this contextual variable influences the relation between social capital and health. Due to the heterogeneity observed in some variables representing the structural dimension of social capital, it was decided to repeat the analyzes without considering the latter variables. Considering this subset of social capital variables, in general, the results were maintained; however, due to the contextual variables, there was also a difference at the level of significance of 5%, for the age group of 15 to 24 years and for France; and related to the moderating effect of contextual variables, there was a significant difference, at the 5% level of significance, between Portugal and the United Kingdom, as well as between Spain and the United Kingdom; demonstrating that the contextual variable culture, for this subset of social capital variables, interferes in the relation between social capital and health. The differences observed in the results, presented by the two groups of analyses, indicate that

the relations between social capital and health depend on the social capital variables considered. The results of this research confirm the positive association between social capital and health. Regarding the moderating effect of the contextual variables under analysis, in global terms there was no evidence of their existence. However, the results obtained suggest that social capital is particularly important for the health of the elderly. Future researches must stratify the populations and evaluate, for each stratum, which is the most significant representation of social capital.

Keywords: social capital; self-rated health; European Social Survey

Listas de Siglas

ESS - *European Social Survey*

OCDE - Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS - Organização Mundial da Saúde

Listas de Figuras

Figura 1 - Quantitativo das publicações selecionadas em números absolutos por ano	12
Figura 2 - Percentual de respondentes do sexo masculino por país na amostra	22
Figura 3 - Percentual de respondentes do sexo feminino por país na amostra	23
Figura 4 - Percentual de respondentes por faixas etárias por país na amostra	23
Figura 5 - Percentual de respondentes com saúde “boa” por país na amostra	25
Figura 6 - Percentual de respondentes do sexo masculino com saúde “boa” por país	25
Figura 7 - Percentual de respondentes do sexo feminino com saúde “boa” por país	26
Figura 8 - Percentual de respondentes com idade entre 15 e 24 anos com saúde “boa” por país	27
Figura 9 - Percentual de respondentes com idade entre 25 e 64 anos com saúde “boa” por país	27
Figura 10 - Percentual de respondentes com idade entre 65 e 90 anos com saúde “boa” por país	28
Figura 11 - Percentual de respondentes com religiosidade baixa com saúde “boa” por país	30
Figura 12 - Percentual de respondentes com religiosidade alta com saúde “boa” por país	30
Figura 13 - Percentual global de respondentes com CSAto para cada uma das variáveis	32
Figura 14 - Percentual de respondentes com CSAto para cada uma das variáveis por sexo	34
Figura 15 - Percentual de respondentes com CSAto para cada uma das variáveis por religiosidade	36
Figura 16 - Notas para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs sexo masculino	39
Figura 17 - Notas para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs sexo feminino	39
Figura 18 - Notas para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs faixa etária 15 a 24 anos	40
Figura 19 - Notas para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs faixa etária 25 a 64 anos	41
Figura 20 - Notas para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs faixa etária 65 a 90 anos	41
Figura 21 - Notas para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs religiosidade baixa	43
Figura 22 - Notas para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs religiosidade alta	44

Figura 23 - Notas para saúde autoavaliada - capital social alto vs saúde vs culturas	46
Figura 24 - Notas para saúde autoavaliada - capital social baixo vs saúde vs culturas	46

Listas de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição geográfica dos artigos selecionados	11
Tabela 2 - Países participantes do ESS - países incluídos na amostra para os anos de 2016 e 2018 com suas respectivas frequências	15
Tabela 3 - Cálculo da nota para saúde autoavaliada - capital social vs saúde	19
Tabela 4 - Cálculo da nota para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs local de residência	20
Tabela 5 - Percentual de respondentes por faixa etária por país	24
Tabela 6 - Percentual de respondentes com saúde “boa” por local de residência - por país	29
Tabela 7 - Percentual de respondentes com CSAto para cada uma das variáveis - por país	33
Tabela 8 - Percentual de respondentes com CSAto para cada uma das variáveis - por faixa etária	35
Tabela 9 - Percentual de respondentes com CSAto para cada uma das variáveis - por local de residência	36
Tabela 10 - Notas para saúde autoavaliada - capital social vs saúde	38
Tabela 11 - Diferença % notas para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs local de residência	42
Tabela 12 - Diferença % notas para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs país de residência	45
Tabela 13 - Saúde e capital social alto vs Saúde e capital social baixo - Teste <i>t</i> de Student	47
Tabela 14 - Saúde e capital social alto vs Saúde e capital social baixo por variáveis contextuais - Teste <i>t</i> de Student	48
Tabela 15 - Saúde e capital social alto vs Saúde e capital social baixo por países - Teste <i>t</i> de Student	49
Tabela 16 - Análise do efeito moderador do sexo, idade, local de residência e religiosidade - teste <i>Difference-in-Differences</i>	50
Tabela 17 – Análise do efeito moderador da cultura/país - teste <i>Difference-in-Differences</i>	51
Tabela 18 - Saúde vs capital social vs variáveis contextuais - Teste <i>t</i> de Student para a totalidade das variáveis do capital social e para um subconjunto de variáveis do capital social	52
Tabela 19 - Saúde vs capital social vs variáveis contextuais - Teste <i>t</i> de Student para a totalidade das variáveis do capital social e para um subconjunto de variáveis do capital social	53

Tabela 20 - Análise do efeito moderador do sexo, idade, local de residência e religiosidade - teste <i>Difference-in-Differences</i> para a totalidade das variáveis do capital social e para um subconjunto de variáveis do capital social	54
Tabela 21 – Análise do efeito moderador da cultura/país - teste <i>Difference-in-Differences</i> para a totalidade das variáveis do capital social e para um subconjunto de variáveis do capital social	55

SUMÁRIO

Dedicatória	iii
Agradecimentos	iv
Resumo	v
Abstract	vii
Lista Siglas	ix
Lista Figuras	x
Lista Tabelas	xii
1. Introdução	1
1.1. Contextualização	1
1.2. Objetivos	2
1.3. Delimitação	3
1.4. Organização	3
2. Referencial Teórico	5
2.1. Capital Social	5
2.2. Capital Social e Saúde	8
3. Revisão de estudos empíricos sobre Capital Social e Saúde no contexto Europeu	10
4. Metodologia	14
4.1. Amostra	14
4.2. Variáveis	16
4.3. Tratamento dos Dados	18
4.4. Análise Estatística	20
5. Resultados e Discussão	22
5.1. Análise Descritiva da Amostra	22
5.2. Análise Descritiva dos Resultados	37
5.3. Análise da associação entre Capital Social e Saúde Autoavaliada: Testes Estatísticos	47
6. Conclusões	56
Referências Bibliográficas	59
ANEXOS	63

ANEXO I - Características dos artigos	64
ANEXO II - Variáveis Capital Social - alternativas e ponto de corte	70
ANEXO III - Variáveis Contextuais - Categorias e ponto de corte	71
ANEXO IV - Coeficiente de Variação para a totalidade das variáveis, variáveis cognitivas e variáveis estruturais - global e por país	72
ANEXO V - Coeficiente de Variação para a totalidade das variáveis, apenas as variáveis cognitivas e apenas as variáveis estruturais - por categoria	73
ANEXO VI - Cálculo da nota para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs sexo	74
ANEXO VII - Cálculo da nota para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs idade	75
ANEXO VIII - Cálculo da nota para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs local de residência	76
ANEXO IX - Cálculo da nota para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs religiosidade	78
ANEXO X - Cálculo da nota para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs cultura	79

1. Introdução

1.1. Contextualização

No século XIX, sociólogos como Émile Durkheim, Karl Marx e Georg Simmel já propunham que o envolvimento de indivíduos em grupos possuía consequências positivas para estes e para a comunidade. Entretanto, foi apenas no início do século XX que Lyda Hanifan, um supervisor de escolas em West Virgínia nos Estados Unidos da América, utilizou o termo capital social para destacar a importância do envolvimento da comunidade para o sucesso de escolas rurais. O autor descreveu que a integração na comunidade favorecia que houvesse acumulação deste capital, que não traz nenhuma referência à definição usual do termo capital, mas que poderia satisfazer as necessidades sociais dos indivíduos e teria potencialidade suficiente para melhorar as condições de vida de toda a comunidade (Hanifan, 1916).

Após a conceituação inicial de Hanifan, o termo capital social desapareceu da literatura durante várias décadas, vindo a retornar ao debate no final da década de setenta em diversos campos científicos. O conceito atual tem forte influência dos trabalhos de Bourdieu (1986), Coleman (1988) e Putnam (1993) e, apesar de diferenças nas perspectivas apresentadas por estes autores, traz a concepção unificadora de que o capital social emerge da estrutura das relações sociais.

Pode-se considerar ainda como características principais do capital social as noções de que os recursos emergem dos relacionamentos estabelecidos entre os atores sociais; a confiança leva à cooperação e vice-versa; a cooperação é facilitada por meio das normas de reciprocidade; e a interação social é encorajada pelo fluxo de informação e pela confiança mútua. Criam-se redes sociais, estimula-se a confiança e a cooperação, influencia-se a formação de valores e normas e gera-se o sentido de comunidade (Poder, 2011).

Nos últimos anos o capital social tem sido debatido por uma vasta gama de disciplinas entre as quais a sociologia, a economia, as ciências políticas, a criminologia e a saúde pública; e, por suas características, tem sido reconhecido como importante elemento para o funcionamento da democracia, a prevenção do crime e da delinquência, e mais

recentemente, para a manutenção e aprimoramento do estado de saúde (Souza e Grundy, 2004).

Estudos têm verificado que a coesão social, a confiança mútua e o respeito entre diferentes setores da sociedade determinariam impacto positivo na saúde e o papel do capital social vem ganhando destaque nesta área. Níveis crescentes de participação social reduziriam a exclusão, aumentariam e aprimorariam o padrão de vida do indivíduo e da comunidade, promovendo uma reação em direção a uma sociedade mais saudável (Kawachi, 1999; Stansfeld, Marmot e Wilkinson, 2006).

A literatura, entretanto, reconhece a complexidade em se avaliar as relações entre capital e saúde uma vez que este conceito, além das abordagens de coesão e redes sociais, inclui concepções complementares com diferentes dimensões, contextos e níveis. Do ponto de vista da saúde esta análise também pode refletir uma série de abordagens distintas. Estudos considerando as dimensões do capital social geralmente preveem bons resultados em saúde. Entretanto, os resultados são variáveis dependendo do contexto e dos grupos sociais analisados. Estas relações também são inconstantes quando diferentes países são comparados e existem evidências de que o capital social e suas relações com resultados de saúde podem mudar ao longo da vida (Ehsan *et al.*, 2019).

1.2. Objetivos

A partir do contexto de que o capital social poderia promover uma reação individual e coletiva em direção a uma sociedade mais saudável; de que a avaliação das relações entre capital social e saúde é complexa em função das diferentes dimensões, contextos e níveis nos quais o capital social pode ser estudado, bem como das diferentes abordagens relacionadas à análise da saúde; e de que estas relações ainda poderiam ser influenciadas por outras variáveis como, por exemplo, as fases da vida de um indivíduo e as culturas de diferentes nações; esta pesquisa se propôs a contribuir com a literatura no que se refere ao debate sobre as relações entre capital social e saúde e como estas podem ser influenciadas por variáveis contextuais sociodemográficas e psicossociais. Assim, esta pesquisa tem como objetivo analisar as relações entre o capital social, em suas dimensões cognitiva e estrutural, e a saúde, representada pela saúde autoavaliada, e investigar em que medida estas relações variam com o sexo, a idade e o local de residência dos respondentes, bem como com sua religiosidade e cultura (país de residência).

1.3. Delimitação

Em relação à amostra, esta pesquisa utilizou como base de dados os resultados do *European Social Survey* (ESS), uma investigação social estabelecida em 2001 e realizada bianualmente em um conjunto de países europeus, que considera questões relacionadas a atitudes e comportamentos e que utiliza amostras representativas de indivíduos com 15 anos ou mais, residentes em domicílios particulares. Os dados foram selecionados a partir dos relatórios disponibilizados pelo ESS para os anos de 2016 e 2018. Os países incluídos na avaliação realizada nesta pesquisa, em cada um destes relatórios, bem como as justificativas para suas escolhas, serão descritos no capítulo 3.

No que se refere ao capital social, foram consideradas variáveis concernentes às suas dimensões cognitiva, relacionada à percepção de confiança, reciprocidade e satisfação com relacionamentos, normas e valores, e estrutural, relacionada à quantidade de relacionamentos, ações participativas em instituições e padrões de envolvimento cívico e redes de associações; disponibilizadas pela base de dados do ESS e que serão descritas no capítulo 3.

Em relação ao indicador de saúde foi considerado o estado de saúde autoavaliado que, de acordo com o questionário do ESS, pode ser avaliado em cinco categorias distintas (muito bom; bom; razoável, mau e muito mau), mas que foi transformado nesta pesquisa em uma variável binária, interessando de um lado a saúde “boa”, uma percepção positiva da saúde autoavaliada (estado de saúde muito bom ou bom) e do outro lado a saúde “má”, uma percepção negativa da mesma (estado de saúde razoável, mau ou muito mau).

1.4. Organização

Este texto está dividido em cinco capítulos. Este capítulo inicial contextualizou os desafios que os pesquisadores enfrentam na avaliação das relações entre o capital social e a saúde, especialmente no que se refere às diferentes dimensões, contextos e níveis nos quais o mesmo pode ser estudado, bem como às possíveis influências que outras variáveis podem exercer nestas relações, os quais se traduzem em *gaps* da literatura atual e que motivaram a realização desta pesquisa. Descreveu ainda os objetivos pretendidos e a delimitação desta análise.

O capítulo seguinte apresenta o referencial teórico em relação ao capital social e sua relação com a saúde e o terceiro capítulo descreve os principais achados da revisão de

estudos empíricos sobre estas duas variáveis no contexto europeu, sobre os quais esta pesquisa estabeleceu seus objetivos.

O quarto capítulo descreve os processos envolvidos na etapa empírica desta pesquisa: a seleção da amostra a ser estudada; a definição das variáveis representativas do capital social e da saúde; o tratamento dos dados; a análise estatística.

O capítulo cinco apresenta a análise descritiva da amostra e dos resultados e discute os objetivos desta pesquisa em face da análise estatística dos resultados. E por fim, o sexto capítulo apresenta suas principais conclusões, limitações e sugestões para estudos futuros.

2. Referencial Teórico

2.1. Capital Social

A noção de que o envolvimento e a participação dos indivíduos em grupos possuem consequências positivas para os mesmos e para a comunidade não é nova. Tal ideia já estava implícita nos trabalhos de sociólogos do século XIX como Émile Durkheim, Karl Marx e Georg Simmel (Portes, 1998).

Durkheim investigava como os indivíduos constituem a sociedade e o consenso em seu interior, e defendeu o argumento de que os mesmos se completariam através da participação e da devoção à vida em grupos. Marx explorava a concepção de classe social e estabeleceu uma diferença entre o conceito de “classe-em-si”, associada à fragmentação social ou à individualização, e “classe-para-si”, associado à mobilização social, como produto da coesão interna em resposta à exploração. Simmel postulou que a vida social seria composta por uma série de trocas interpessoais onde favores, informações e outros recursos seriam compartilhados, criando assim uma rede de obrigações mútuas (Portes, 1998).

Entretanto, foi apenas no início do século XX que Lyda Hanifan, um supervisor de escolas em West Virgínia nos Estados Unidos da América, utilizou o termo capital social para destacar a importância do envolvimento da comunidade para o sucesso de escolas rurais, postulando que a cooperação e o hábito dos indivíduos se relacionarem por razões econômicas, políticas, religiosas ou sociais, proporcionariam benefícios para toda a comunidade. O autor, além de conceituar o termo capital social, descreveu ainda que a integração na comunidade favoreceria que houvesse acumulação de capital social, que poderia satisfazer as necessidades sociais dos indivíduos e ter potencialidade para melhorar as condições de vida de toda a comunidade.

In the use of the phrase social capital I make no reference to the usual acceptance of the term capital, except in a figurative sense. I do not refer to real estate, or to personal property or to cold cash, but rather to that in life which tends to make these tangible substances count for most in the daily lives of a people, namely, good-will, fellowship, mutual sympathy and social intercourse among a group of individuals and families who make up a social unit, the rural community, whose logical center is the school (Hanifan, 1916:130).

Após esta conceituação, o termo capital social desapareceu da literatura durante várias décadas, vindo a retornar ao debate no final da década de setenta em diversos

campos científicos. O conceito atual, desafiador por incorporar a dimensão social frequentemente menosprezada com a onipotente dimensão capital, promovendo a ideia de que formas e relações não-monetárias podem ser importantes fontes de poder e influência, é fundamentalmente resultado dos trabalhos dos cientistas sociais Bourdieu (1986), Coleman (1988) e Putnam (1993) (Portes, 1998).

Para Pierre Bourdieu, o capital social poderia ser visto como o conjunto dos recursos agregados em um quadro de redes formadas por relacionamentos sociais mais ou mais menos institucionalizados e reconhecidos. A ênfase dada por Bourdieu está nas redes sociais através das quais os indivíduos poderiam ter acesso a estes recursos, servindo estas como facilitadoras para ações dos atores individuais ou coletivos (Bourdieu, 1986).

James Coleman foi um dos primeiros pesquisadores a popularizar o conceito e, de acordo com o mesmo, o capital social seria definido por duas características básicas: constituir-se em um aspecto da estrutura social e facilitar as ações dos indivíduos dentro da mesma. Poderia ser entendido como o empoderamento da cidadania, um recurso complexo que ofereceria explicações sobre como os dilemas da coletividade poderiam ser superados (Coleman, 1988).

Robert Putnam argumentava que o capital social se referia a características da organização social como confiança, normas e redes de relacionamentos que facilitariam ações conjuntas e coordenadas, benéficas aos membros de um grupo social e que, por tal, melhorariam a eficácia e eficiência da sociedade como um todo (Putnam, Leonardi e Nanetti, 1993). Esse conceito de um recurso que poderia melhorar a eficácia e eficiência da sociedade conduz ao argumento de que o mesmo estaria associado ao sucesso ou à falência de projetos de desenvolvimento dentro de uma determinada área (Putnam, 1993).

Apesar das diferenças nas perspectivas apresentadas por estes três cientistas, a concepção de que o capital social emerge de elementos presentes na estrutura das relações sociais é uma componente unificadora do conceito. Pode-se considerar ainda como características principais do capital social as noções de que os recursos emergem dos relacionamentos estabelecidos entre os atores sociais; a confiança leva à cooperação e vice-versa; a cooperação é facilitada por meio das normas de reciprocidade; e a interação social é encorajada pelo fluxo de informação e pela confiança mútua (Poder, 2011).

Cabe ainda aqui citar as definições de três organizações envolvidas com questões relacionadas à erradicação da pobreza, ao máximo desenvolvimento do nível de saúde e ao

crescimento econômico dos povos: o Banco Mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). De acordo com o Banco Mundial, o capital social integra valores, normas e regulamentos partilhados por uma comunidade, bem como a confiança e a responsabilidade cívica, que fazem do mesmo mais do que apenas uma coleção de indivíduos ou grupos (*World Bank*, 1998). Para a OMS, o conceito de capital social diz respeito a redes, normas e confiança social, e também a atividades de cooperação estabelecidas através da interação entre os indivíduos tendo em vista alcançar benefícios mútuos (*World Health Organization*, 1998). Segundo a OCDE, confiança e normas de reciprocidade são inerentes às redes sociais, e a cooperação dentro ou entre grupos é facilitada por estas e por valores e compreensões partilhadas (Healy e Côté, 2001).

Na operacionalização deste conceito, é frequente se considerar duas dimensões: a cognitiva e a estrutural. O capital social cognitivo se refere a percepções sobre confiança interpessoal bem como sobre as normas de reciprocidade e solidariedade. O capital social estrutural se refere às ações participativas dos indivíduos bem como ao engajamento cívico e em redes de associações (Villalonga-Olives e Kawachi, 2015).

Outra abordagem conceitual considera três formas de capital social: vínculos (*bonding*), conexões (*bridging*) e ligações (*linking*). Vínculos referem-se a relacionamentos horizontais entre indivíduos ou grupos com características demográficas similares, como entre membros de uma família e amigos próximos. Conexões referem-se a redes mais amplas de relacionamento e são vitais para ligar indivíduos e comunidades a recursos ou oportunidades que estão fora das suas redes de relacionamentos pessoais. Ligações referem-se a alianças com indivíduos em posições de poder, particularmente sobre recursos necessários para o desenvolvimento social e econômico (Szreter e Woolcock, 2004).

Nos últimos anos o capital social tem sido debatido por uma vasta gama de disciplinas entre as quais: a sociologia, a economia, as ciências políticas, a criminologia e a saúde pública. O capital social cria valor para os indivíduos ligados a redes sociais por promover a cooperação e difundir o conhecimento, através de canais como fluxos de informação, ações coletivas, solidariedade e ajuda mútua; e, por suas características tem sido reconhecido como um importante elemento para o desempenho político e o funcionamento da democracia, para a prevenção do crime e da delinquência e mais recentemente vem sendo relacionado à manutenção e ao aprimoramento do estado de saúde (Souza e Grundy, 2004).

2.2. Capital Social e Saúde

Existe uma extensa literatura relacionando os processos sociais, a saúde e a doença, entretanto persistem dúvidas em relação a como se processa esta determinação social. Pesquisadores de diversas áreas do conhecimento vêm investigando aspectos e dimensões ligados à posição social como classe social, ocupação, renda e educação, e suas relações com a saúde. Mais recentemente, passaram a ganhar destaque nesta área a investigação do conceito de capital social e suas associações com a promoção da saúde, a utilização dos serviços, a saúde mental, a mortalidade e a percepção da saúde autoavaliada.

O primeiro trabalho relacionando o conceito de capital social com saúde foi realizado por Durkheim (1897), que argumentava que taxas aumentadas de suicídio tendiam a ocorrer em grupos socialmente isolados.

Estudos têm verificado que a coesão social, a confiança mútua e o respeito entre diferentes setores da sociedade determinariam impacto positivo na saúde. Níveis crescentes de participação reduziriam a exclusão social, aumentariam e aprimorariam o padrão de vida do indivíduo e da comunidade, promovendo uma reação em direção a uma sociedade mais saudável (Kawachi, 1999; Stansfeld, Marmot e Wilkinson, 2006).

Em função da complexidade em se abordar um conceito tão heterogêneo; que além das abordagens de coesão e redes sociais, inclui concepções complementares com diferentes dimensões, contextos e níveis; muitos pesquisadores optam por analisar o capital social utilizando uma abordagem conceitual específica, geralmente em termos de suas dimensões. Estudos considerando as dimensões do capital social geralmente preveem bons resultados em saúde. Entretanto, os resultados são variáveis dependendo do contexto e dos grupos sociais analisados. Estas relações também são inconstantes quando diferentes países são comparados (Gilbert *et al.*, 2013) e existem ainda evidências de que o capital social e suas relações com resultados de saúde podem mudar no decorrer da vida do indivíduo (Murayama, Fujiwara e Kawachi, 2012).

Não só em relação ao capital social se percebe heterogeneidade neste campo de pesquisa. A análise relacionada à dimensão da saúde também pode refletir uma série de contextos distintos; podendo ser comparadas medidas subjetivas, como a saúde autoavaliada, ou medidas objetivas, como mortalidade, indicadores de saúde mental ou física, gerais ou relacionados a patologias específicas. A saúde autoavaliada tem sido utilizada como um indicador de saúde pela simplicidade de sua obtenção. Indivíduos com

maiores níveis de capital social tendem a ter maior chance de apresentar autoavaliação positiva (Kim, Subramanian e Kawachi, 2008).

Vale ressaltar que, os estudos realizados também apresentam heterogeneidade no que se refere aos grupos analisados, podendo estes ser muito amplos, incluindo populações de estados ou regiões, ou restritos à, por exemplo, faixas etárias específicas, como adolescentes ou adultos em fase de envelhecimento.

Pesquisadores vêm investigando também a associação entre o capital social e a melhoria do estado da saúde com base na facilitação ao acesso aos serviços locais de saúde, no apoio psicológico e na promoção de hábitos de comportamento saudáveis. O capital social poderia aumentar a difusão do conhecimento sobre a importância dos comportamentos considerados positivos, bem como aumentar as chances destes serem adotados como norma pela comunidade, e estaria associado à menor prevalência de determinados comportamentos de risco à saúde (Ball *et al.*, 2010; Mohnen *et al.*, 2012).

Com relação à saúde autoavaliada, apesar de não serem conhecidos os mecanismos pelos quais o capital social a influencia positivamente, supõe-se que entre estes esteja a melhoria do estado emocional ou a contribuição do mesmo para o maior acesso ao sistema de saúde (Idler e Benyamini, 1997).

3. Revisão de estudos empíricos sobre Capital Social e Saúde no contexto Europeu

Uma revisão sistemática de revisões de literatura realizada por Ehsan *et al.* (2019) evidenciou que a maioria destas conclui por resultados positivos ou não significativos para as relações entre capital social e saúde. Os estudos que abordaram as dimensões cognitiva e estrutural do capital social em geral previram bons resultados em saúde, entretanto para a dimensão estrutural os resultados apresentaram maior variabilidade dependendo do contexto analisado.

Quando as relações entre capital social e saúde foram investigadas em função de diferentes níveis e contextos investigados, um estudo observou que morar em uma comunidade com capital social elevado estava mais fortemente relacionado a melhores resultados de saúde em países menos igualitários (Islam *et al.*, 2006) e um estudo observou que as relações eram mais significativas para os Estados Unidos da América em relação aos demais países da amostra analisada (Gilbert *et al.*, 2013). Uma revisão evidenciou ainda que o capital social e suas relações com os resultados de saúde podem variar ao longo das fases da vida (Murayama, Fujiwara e Kawachi, 2012).

Os autores concluem que as evidências de como aspectos do capital social afetam os resultados de saúde permanecem incertas e que existem alguns *gaps* na literatura que precisam ser verificados como, por exemplo, de que forma as relações entre capital social e saúde ocorrem ao longo das fases da vida ou em diferentes contextos socioeconômicos.

Para a nossa pesquisa foi realizada uma revisão da literatura que considerou como intervalo de tempo o período compreendido entre os meses de janeiro de 2009 e dezembro de 2019, e teve como objetivo identificar o estado da arte dos trabalhos que relacionam o capital social e a saúde, no contexto dos países europeus participantes do *European Social Survey* (ESS) e incluídos na amostra desta pesquisa.

A revisão foi realizada a partir de bases dados EBSCO e PubMed, e considerou, em ambas, os descritores “*social capital*” e *health*, tendo como campo de busca para o primeiro descritor o título e para o segundo descritor o resumo do artigo. Foram selecionados apenas artigos científicos publicados na língua inglesa com disponibilidade de texto completo.

A base EBSCO-MEDLINE é reconhecida por fornecer acesso aos principais periódicos biomédicos e de saúde, cobrindo uma ampla gama de assuntos essenciais para profissionais da área da saúde e pesquisadores envolvidos em cuidados clínicos, saúde pública e desenvolvimento de políticas de saúde. Disponibiliza texto completo para mais de 2.200 periódicos.

A PubMed é um motor de busca à base de dados MEDLINE, desenvolvida e mantida pela *National Library of Medicine*, nos Estados Unidos da América, que contém citações e resumos de artigos de investigação em biomedicina, com referências bibliográficas de artigos de mais de 5.000 periódicos científicos na área da saúde a nível mundial.

Foram identificados 902 artigos, 543 na base EBSCO e 359 na base PubMed, que tiveram o título e o resumo analisados, sendo selecionadas 16 publicações. Foram excluídos os artigos em que o termo capital social estava relacionado ao ambiente de trabalho; os artigos que abordavam os dois constructos, mas não os correlacionavam ou estavam interessados na relação destes com uma terceira dimensão não relacionada ao objetivo desta pesquisa, como literacia em saúde ou políticas públicas; os artigos em que a amostra em análise não era representativa dos países participantes do ESS incluídos na amostra desta pesquisa; as revisões sistemáticas da literatura; e os artigos duplicados.

Abaixo está representada a distribuição geográfica dos artigos selecionados para esta pesquisa bem como a evolução temporal das publicações dos mesmos (cf. Tabela 1 e Figura 1). O anexo I resume as características dos artigos no que se refere ao título, autor(es), periódico e ano de publicação, amostra analisada, objetivos, variáveis representativas do capital social e da saúde e os principais resultados.

Tabela 1
Distribuição geográfica dos artigos selecionados

País	Frequência
Áustria	1
Finlândia	4
Itália	1
Holanda	1
Noruega	1
Polónia	1
Portugal	1
Reino Unido	4
Países Europeus	2

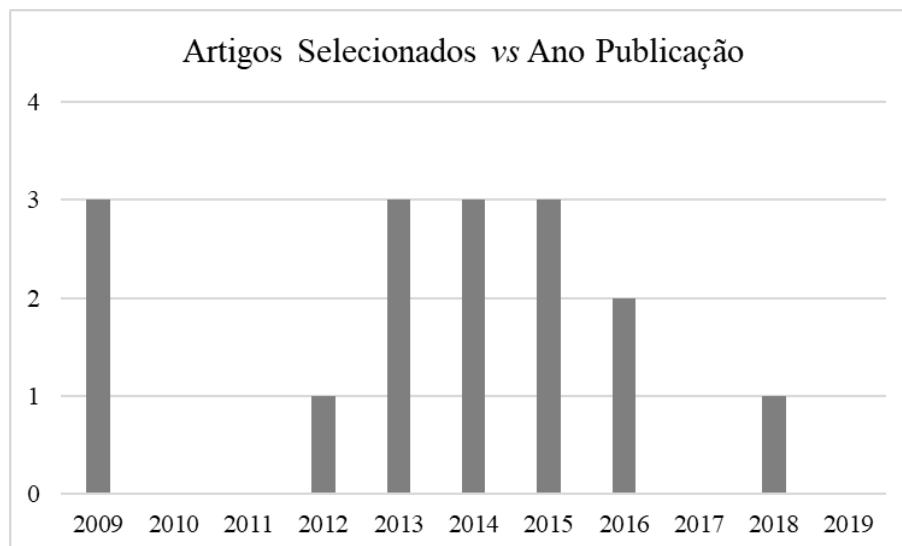


Figura 1. Distribuição temporal dos artigos seleccionados

Com relação ao tamanho das amostras populacionais analisadas, observou-se grande heterogeneidade, tendo sido analisados estudos que incluíram de 865 a 130000 indivíduos. Todos incluíram ambos os sexos, mas com relação à faixa etária da população, um estudo se concentrou em crianças com idade entre 11 e 15 anos (Morgan e Haglund, 2009) e quatro em idosos com idade superior a 65 anos (Nummela, *et al.*, 2009; Forsman, *et al.*, 2012; Nyqvist, Nygård e Steenbeek, 2014; Tobiasz-Adamczyk e Zawisza, 2017).

Com relação ao local de residência, um artigo se concentrou em uma área urbana (Nogueira, 2009), outro realizou comparações entre áreas rurais e áreas urbanas (Nummela, *et al.*, 2009), e outro abordou bairros com populações carentes (Bertotti, *et al.*, 2013). Os demais não fizeram restrições com relação ao local de residência, analisando populações de todo um bairro, região ou país; sendo que dois artigos utilizaram dados de vários países europeus participantes do *European Social Survey* (Rocco, Fumagalli e Suhrcke, 2014; Pinillos-Franco e Kawachi, 2018). Nenhum artigo abordou especificamente questões relacionadas à religiosidade dos indivíduos.

Com relação às variáveis utilizadas para representação do capital social, um estudo abordou o mesmo em relação aos tipos *bonding* (vínculos), *linking* (ligações) e *bridging* (conexões) (Nogueira, 2009); quatro estudos fizeram referência às dimensões estrutura e/ou cognitiva (Forsman, *et al.*, 2012; Bertotti, *et al.*, 2013 Fiorillo e Sabatini, 2015; Muckenhuber, *et al.*, 2016); e dois estudos compararam os níveis individual e da comunidade (Rocco, Fumagalli e Suhrcke, 2014; Waverijn, *et al.*, 2014). Entretanto, a maioria dos estudos se preocupou em qualificar o capital social em termos de apoio,

confiança, participação e redes sociais. Dois estudos analisaram ainda a participação cívica e dois estudos incluíram o sentimento de pertencimento a esta análise.

Com relação às variáveis utilizadas para representar a saúde, um artigo abordou especificamente a depressão (Forsman, *et al.*, 2012) e outro a percepção de dor (Muckenhuber, *et al.*, 2016), utilizando-se de escalas próprias; e um artigo apresentou dados associados à mortalidade (Nieminen, *et al.*, 2015). Os demais utilizaram a saúde autoavaliada como representativa da saúde, sendo que dois artigos analisaram em paralelo o bem-estar (Morgan e Haglund, 2009; Tobiasz-Adamczyk e Zawisza, 2017), e dois incluíram comportamentos de risco (Morgan e Haglund, 2009; Tampubolon, Subramania e Kawachi, 2013), como fumo e consumo de bebidas alcoólicas. Vale ressaltar que um dos artigos questiona a confiabilidade da saúde autoavaliada, por ser um indicador subjetivo, e sugere que novas pesquisas utilizem resultados objetivos de saúde na avaliação das relações com o capital social (Tampubolon, Subramanian e Kawachi, 2013).

Com relação aos resultados, todos os artigos encontraram associação positiva entre capital social e saúde, entretanto a força e a significância destas associações variaram de acordo com características da população analisada como sexo, faixa etária e local de residência, e com a representação do capital social em seus diversos tipos, níveis e dimensões. Vale ressaltar que um artigo questiona se essa poderia ser uma relação retroalimentada, na qual maior capital social proporcionaria melhor saúde e melhor saúde motivaria maior capital social (Rocco, Fumagalli e Suhrcke, 2014). Cabe ainda refletir a promoção do capital social como estratégia no planejamento da saúde destacada por dois artigos (Nogueira, 2009; Maass, *et al.*, 2016).

Assim, os achados da literatura sinalizam para um impacto positivo na saúde determinado pelo capital social, mas, entretanto, ainda existem alguns aspetos em aberto, nomeadamente no que diz respeito a possível influência de variáveis contextuais que necessitam maiores investigações.

Em face das sugestões encontradas na literatura, esta pesquisa pretende investigar se as variáveis sociodemográficas sexo, idade e local de residência e as variáveis psicossociais religiosidade e cultura influenciam as relações entre saúde autoavaliada e capital social, em uma amostra de países europeus participantes do *European Social Survey* (ESS), nos anos de 2016 e 2018.

4. Metodologia

4.1. Amostra

Em relação à amostra, esta pesquisa utilizou como base de dados os resultados do *European Social Survey* (ESS), uma investigação social que tem sido realizada a cada dois anos desde 2001, tendo sido empreendidas nove rondas até o ano de 2018. Dirigida por uma equipa científica central, liderada por pesquisadores da Universidade de Londres no Reino Unido, conta com a parceria de outras seis instituições: *Norwegian Centre for Research Data* na Noruega; *Leibniz Institute for the Social Sciences* na Alemanha; *The Netherlands Institute for Social Research* na Holanda; Universidade Pompeu Fabra na Espanha; Universidade Católica de Leuven na Bélgica e Universidade de Ljubliana na Eslovénia.

Esta investigação tem como principais objetivos reunir, interpretar e divulgar dados sobre questões sociais como mudanças de atitudes, valores, percepções e padrões de comportamento. Os inquéritos realizados consideram questões relacionadas a atitudes, crenças e padrões de comportamentos, utilizando amostras representativas de indivíduos com 15 anos ou mais, residentes em domicílios particulares, em um conjunto de mais de trinta países europeus. O acesso a estes dados é gratuito para quaisquer usuários, profissional ou não, promovendo desta forma o avanço dos métodos de medições e análises sociais quantitativos. Informações adicionais podem ser consultadas no respectivo portal - <https://www.europeansocialsurvey.org/>.

Para esta pesquisa, foram utilizados dados de 21 países participantes do ESS nas rondas para os anos de 2018 (Ronda 9) e 2016 (Ronda 8), conforme disponibilidade dos dados na data da coleta dos mesmos. Para a análise comparativa entre países foram utilizados os dados da ronda para o ano de 2016 (Ronda 8), uma vez que nem todos os países selecionados para esta análise dispunham de dados para o ano de 2018 (cf. Tabela 2).

Tabela 2

Países participantes do ESS - países incluídos na amostra para os anos de 2016 e 2018 com suas respectivas frequências

Países	2016 - Ronda 8 (Frequência)	2018 - Ronda 9 (Frequência)
Albânia		
Alemanha		2358
Austria		2499
Bélgica		1767
Bulgária		2198
Croácia		
Chipre		781
Dinamarca		
Eslováquia		
Eslovênia		1318
Espanha	1958	
Estônia		1904
Finlândia		1755
França	2070	2010
Grécia		
Holanda		1673
Hungria		1661
Irlanda		2216
Islândia		
Israel		
Itália	2626	2745
Kosovo		
Letônia		
Lituânia		
Luxemburgo		
Montenegro		
Noruega		1406
Polônia		1500
Portugal	1270	
Reino Unido	1959	2204
República Tcheca		2398
Romênia		
Rússia		
Sérvia		2043
Suécia		
Suíça		1542
Turquia		
Ucrânia		
Total	9883	35978

Nota. O sombreado indica os países incluídos na amostra desta pesquisa e o respectivo ano do inquérito

4.2. Variáveis

O inquérito do ESS foi projetado de forma a compor uma série temporal de dados que poderia monitorar, ao longo do tempo, variáveis sociais em seus países participantes. Por essa razão, seu questionário compreende um módulo central, contendo itens que avaliam questões de interesse permanente para as ciências sociais relacionadas à: confiança social e na *media*; bem-estar subjetivo; percepção de exclusão social; religião; identidade nacional e étnica; valores; política. Além destes, também são monitoradas as variáveis sociodemográficas: sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, ocupação, local de residência e unidade doméstica.

Em cada ronda do ESS, são incluídos ainda dois módulos rotativos, selecionados após uma chamada aberta para propostas, e que incluem temas de interesse para a sociedade como: desigualdades sociais na saúde e imigração (Ronda 7 - 2014); atitudes em relação ao bem-estar, mudança climática e energia (Ronda 8 – 2016); justiça e legitimidade, e tempo de vida (Ronda 9 – 2018).

Para esta pesquisa foram consideradas apenas variáveis avaliadas pelo módulo central. As respostas às seguintes questões foram consideradas como variáveis em relação à dimensão cognitiva do capital social:

- *Most people can be trusted or you can't be too careful?*
- *Most people try to take advantage of you, or try to be fair?*
- *Most of the time people helpful or mostly looking out for themselves?*
- *Trust in country's parliament?*
- *Trust in the legal system?*

Em relação à dimensão estrutural do capital social, foram consideradas como variáveis as respostas às questões:

- *How often socially meet with friends, relatives or colleagues?*
- *Contacted politician or government official last 12 months?*
- *Worked in political party or action group last 12 months?*
- *Worked in another organization or association last 12 months?*
- *Taken part in lawful public demonstration last 12 months?*

O anexo II apresenta as respostas alternativas para cada uma destas questões e o ponto de corte que foi utilizado para caracterizar a amostra em relação ao capital social. A escolha deste ponto de corte objetivou delimitar dois grupos bastante distintos em relação à magnitude do capital social: capital social alto e capital social baixo.

Em relação ao estado de saúde autoavaliado, foi considerada a seguinte questão “*How is your health in general?*”, que poderia ser respondida entre as alternativas: *very good; good; fair; bad; very bad*. A mesma foi transformada em uma variável binária e se considerou que as respostas *very good* e *good* representavam uma avaliação positiva, pontuada como 1, e as respostas *fair, bad* e *very bad* representavam uma avaliação negativa, pontuada como 0. Novamente se objetivou delimitar dois grupos claramente distintos em relação à percepção da saúde.

Com relação às variáveis contextuais, sexo, idade, local de residência e religiosidade, foram utilizadas, respectivamente, as seguintes questões:

- *Gender (male);*
- *Age of respondent, calculated (age);*
- *Regional unit (place of residence);*
- *How religious are you?*

O anexo III apresenta as categorias para as questões relacionadas ao sexo, local de residência e religiosidade e o ponto de corte estabelecido para esta última variável, de forma a delimitar dois grupos distintos: religiosidade baixa e religiosidade alta. Apresenta ainda as categorias que foram utilizadas com relação à idade.

Com relação à análise da variável contextual psicossocial cultura, as relações entre capital social e estado de saúde autoavaliado foram comparadas entre cinco países: Portugal, Espanha, França, Itália e Reino Unido. A escolha destes países objetivou incluir Portugal nesta análise e considerou, para os demais países, suas fronteiras físicas com a Espanha, sua proximidade geográfica com a França e a Itália e o fato de que o Reino Unido possui um serviço nacional de saúde tal como Portugal. A ronda do ESS para o ano de 2016 foi escolhida para esta análise uma vez que, até o momento da coleta de dados para esta pesquisa, os dados de Portugal e Espanha para o ano de 2018 não estavam disponíveis.

Vale ressaltar que a base de dados do ESS disponibiliza apenas as respostas válidas, não sendo contabilizadas a recusa em responder (*refusal*), a incapacidade em

responder (*don't know*) e a ausência de resposta (*no answer*). Estas respostas válidas foram tratadas em termos percentuais para cada uma das alternativas das variáveis analisadas.

Conforme orientação do ESS os dados foram ponderados por dois pesos: *design weight* (*dweight*) e *population size weight* (*pweight*). O *dweight* tem como objetivo corrigir o fato de que alguns países usam desenhos de amostragem complexos, onde alguns grupos populacionais ou regiões do país têm maiores probabilidades de seleção e, sendo assim, os respondentes têm diferentes probabilidades de fazer parte da amostra. A aplicação do *dweight* permite a correção deste viés do desenho amostral. O *pweight* corrige o fato de que os países têm diferentes tamanhos de população, mas tamanhos de amostra semelhantes. Sem esse peso, combinações de dois ou mais países podem ser tendenciosas, super-representando os países menores em detrimento dos maiores. O *pweight* faz um ajuste para garantir que cada país seja representado proporcionalmente ao tamanho de sua população.

4.3. Tratamento dos Dados

Para a análise das relações entre capital social e saúde, na base do ESS os dados percentuais foram tabulados em uma matriz como linhas, para cada uma das alternativas da variável do capital social em análise; e como colunas, para cada uma das alternativas para a saúde autoavaliada. Esta matriz foi transposta para uma planilha eletrônica de dados (Microsoft Excel®), onde os mesmos foram tratados.

Para o cálculo da nota global para a saúde autoavaliada foram considerados:

- i. para a variável da saúde autoavaliada, os percentuais para as alternativas *very good* e *good*, representando a saúde “boa”, foram ponderados pelo peso 1 e os percentuais para as alternativas *fair*, *bad* e *very bad*, representando a saúde “má”, foram ponderados pelo peso 0;
- ii. a nota global para a saúde autoavaliada, para cada uma das alternativas da variável do capital social em análise, foi calculada pela média ponderada dos percentuais, conforme os pesos definidos acima;
- iii. para as variáveis do capital social em que havia apenas uma categoria acima e uma categoria abaixo do ponto de corte, estas médias ponderadas dos percentuais representaram a nota global para a saúde autoavaliada para os grupos de capital

social baixo (CSBaixo), abaixo do ponto de corte; e de capital social alto (CSAlto), acima do ponto de corte;

iv. para as variáveis do capital social em que havia mais de uma categoria acima e mais de uma categoria abaixo do ponto de corte, foram calculadas as médias destas médias ponderadas dos percentuais de forma a representar a nota global para a saúde autoavaliada para os grupos de capital social baixo (CSBaixo), abaixo do ponto de corte e de capital social alto (CSAlto), acima do ponto de corte.

Estas operações estão exemplificadas abaixo (cf. Tabela 3).

Tabela 3

Cálculo da nota para saúde autoavaliada - capital social vs saúde

Variável capital social (alternativas)	Variável saúde autoavaliada (alternativas)					Médias Ponderadas	Média das Médias Ponderadas
	Very good (1)	Good (1)	Fair (0)	Bad (0)	Very bad (0)		
<i>Most people can be trusted or you can't be too careful?</i>							
You can't be too careful	16.7	34.7	32.5	11.8	4.4	0.514	-
1	16.5	36.4	33.4	11.2	2.5	0.529	-
2	17.6	39.6	30.7	9.6	2.5	0.572	-
3	19.7	41.8	28.5	8.8	1.2	0.615	-
4	19.2	44.4	27.8	7.2	1.3	0.636	-
5	19.7	45.3	27.7	6.2	1.1	0.65	-
6	23.1	46.2	25.4	4.2	1.1	0.693	0.601
PC							
7	26.2	47.5	21.8	4.1	0.4	0.737	-
8	28.7	46.1	20.2	4.4	0.7	0.748	-
9	31.4	42.3	19.8	5.1	1.4	0.737	-
Most people can be trusted	29.3	39.3	25.2	5.5	0.7	0.686	0.727

Nota. PC - Ponto de Corte

Para a análise das influências das variáveis contextuais nas relações entre capital social e saúde, os mesmos processos foram empregados na base do ESS inserindo, entretanto, as variáveis contextuais como linhas para cada uma das alternativas da variável do capital social em análise, segmentando-as. Esta matriz foi transposta para uma planilha eletrônica de dados (Microsoft Excel®), onde os mesmos foram tratados.

Para o cálculo da nota global para a saúde autoavaliada foram utilizadas as mesmas considerações anteriores, considerando as segmentações das alternativas para a variável do capital social pelas variáveis contextuais. Estas operações estão exemplificadas

abaixo para apenas uma das categorias (*A big city*) para a variável contextual local de residência (cf. Tabela 4).

Tabela 4

Cálculo da nota para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs local de residência

Variável contextual (categorias)	Variável capital social (alternativas)	Variável saúde autoavaliada (alternativas)					Médias Ponderadas	Média das Médias Ponderadas
<i>Regional unit (place of residence)</i>	<i>Most people can be trusted or you can't be too careful?</i>	Very good (1)	Good (1)	Fair (0)	Bad (0)	Very bad (0)		
A big city	You can't be too careful	16.20	33.80	29.80	14.70	5.60	0.500	-
	1	18.50	36.10	35.00	9.20	1.20	0.546	-
	2	20.40	43.20	25.40	8.40	2.60	0.636	-
	3	23.00	39.80	27.00	8.60	1.70	0.628	-
	4	20.20	42.80	27.80	7.90	1.40	0.630	-
	5	20.60	42.20	28.10	8.40	0.70	0.628	-
	6	22.00	44.70	28.20	4.60	0.50	0.667	0.605
		PC						
	7	28.30	46.50	20.60	4.40	0.30	0.748	-
	8	29.70	45.70	19.90	3.60	1.10	0.754	-
	9	31.90	47.20	15.60	4.60	0.80	0.791	-
	Most people can be trusted	26.40	44.30	22.90	6.40	0.00	0.707	0.750

Nota. **PC** - Ponto de Corte

As tabelas com as notas finais para a saúde autoavaliada, nas relações entre capital social e saúde, considerando cada uma das variáveis contextuais em análise, estão apresentadas nos anexos 06 a 10.

4.4. Análise Estatística

Para a análise descritiva das amostras foram calculadas a média, o desvio padrão e o coeficiente de variação das variáveis em análise. O coeficiente da variação, razão entre desvio padrão e média (desvio padrão / média), representa uma das formas de se avaliar a variabilidade dos dados excluindo-se a influência da ordem de grandeza da variável. Interpretado como a variabilidade dos dados em relação à média, indica o percentual em que o desvio padrão é menor ou maior do que a média. Um coeficiente de variação é considerado baixo, indicando um conjunto de dados homogêneo, quando o mesmo é menor ou igual a 25% e, quanto menor é o seu valor, mais homogênea é a amostra.

Para a análise das relações entre capital social e saúde, com o objetivo de avaliar se houve diferença significativa entre os resultados observados para o grupo identificado como apresentando capital social alto (CSAlto) e o grupo apresentando capital social baixo (CSBaixo), foi utilizado o teste t de Student. Neste teste, a hipótese nula considerou a ausência de diferença significativa entre as médias das amostras comparadas. Os resultados de cada teste serão apresentados considerando a média das diferenças entre os dois grupos (Dif); os limites inferior e superior do intervalo de confiança de 95% para a média das diferenças (95% IC); e o p-valor do teste (P-valor). Vale ressaltar que, os intervalos de confiança são interpretados em função de conter (diferença não significativa) ou não (diferença significativa) o valor zero.

Para a análise das relações entre capital social e saúde em função das variáveis contextuais, com o objetivo de avaliar se houve diferença significativa entre as categorias de cada variável, em função dos resultados apresentados para os grupos com capital social alto e capital social baixo (CSAlto - CSBaixo), foi aplicado o teste *Difference-in-Differences* (DiD) entre cada par de categorias para cada variável contextual.

Esta é uma técnica estatística usada em pesquisa quantitativa nas ciências sociais que estuda o efeito diferencial de um tratamento sobre um “grupo de tratamento” em comparação com um “grupo de controle”. Ele calcula o efeito do tratamento (uma variável explicativa ou uma variável independente) em um resultado (uma variável de resposta ou variável dependente).

Novamente, a hipótese nula considerou não haver diferença significativa entre as diferenças das amostras comparadas. Os resultados de cada teste serão apresentados considerando o p-valor do teste *Difference-in-Differences* (DiD).

Todas essas análises foram realizadas utilizando o *software* R versão 3.5.2., um ambiente para computação que utiliza a linguagem de programação R para cálculos estatísticos e gráficos.

5. Resultados e Discussão

5.1. Análise Descritiva da Amostra

Foram analisados os dados dos 21 países em relação ao sexo e à idade. Com relação ao sexo, o percentual global para o sexo masculino foi de 47.18%, variando entre 41.70% em Portugal e 55.30% na Noruega, e o percentual global para o sexo feminino foi de 52.82%, variando entre 44.70% na Noruega e 58.30% em Portugal (cf. Figura 2 e Figura 3).

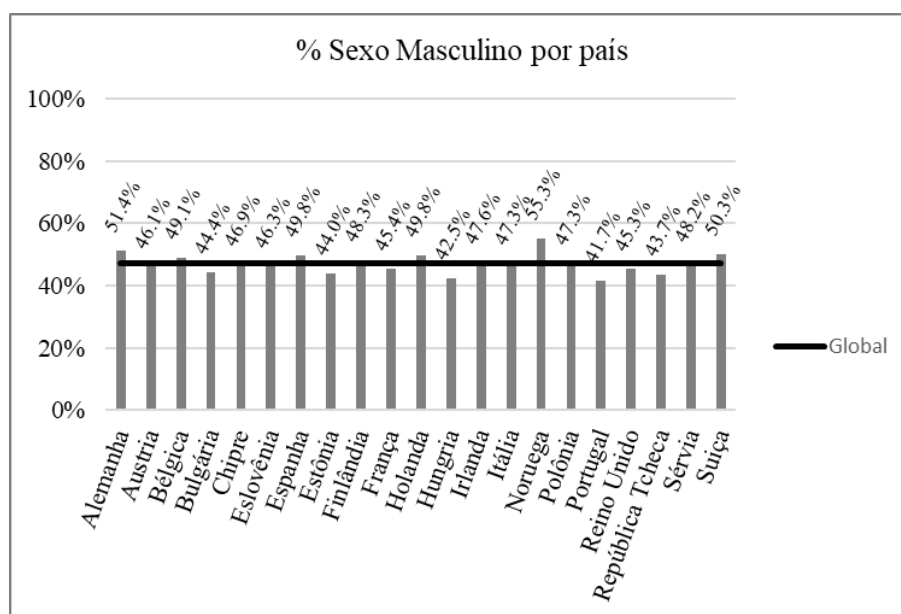


Figura 2. Percentual de respondentes do sexo masculino por país na amostra

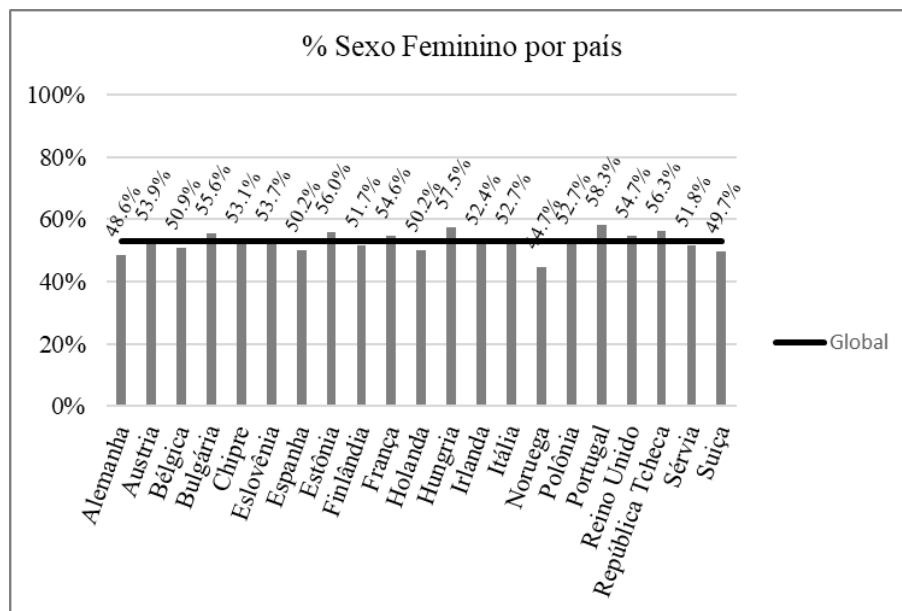


Figura 3. Percentual de respondentes do sexo feminino por país na amostra

Com relação às faixas etárias, o percentual global para a faixa etária de 15 a 24 anos foi de 10.40%, variando entre 6.00% para o Chipre e 14.10% para a Bélgica; em relação à faixa etária de 25 a 64 anos foi de 62.80%, variando entre 57.60% para a Bulgária e 66.10% para a República Tcheca; e para a faixa etária de 65 a 90 anos foi de 27.10%, variando entre 20.00% para a Noruega e 34.00% para a Bulgária (cf. Figura 4 e Tabela 5).

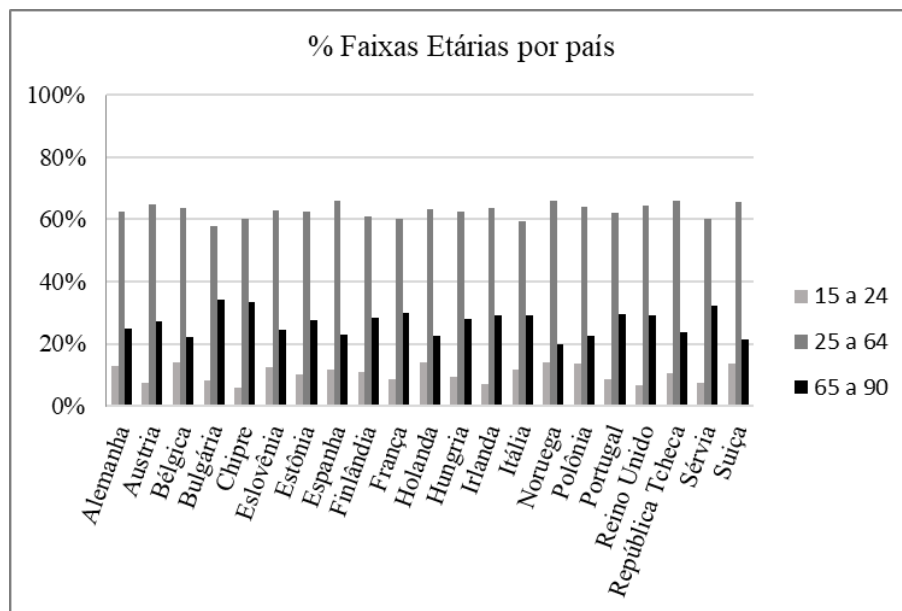


Figura 4. Percentual de respondentes por faixas etárias por país na amostra

Tabela 5

Percentual de respondentes por faixa etária por país

Países	15 a 24 anos	25 a 64 anos	65 a 90 anos
Alemanha	13.00%	62.40%	24.80%
Áustria	7.30%	64.70%	27.30%
Bélgica	14.10%	63.70%	22.00%
Bulgária	8.20%	57.60%	34.00%
Chipre	6.00%	60.20%	33.50%
Eslovênia	12.40%	62.90%	24.50%
Espanha	10.10%	62.30%	27.60%
Estônia	11.60%	65.90%	22.80%
Finlândia	11.00%	60.90%	28.40%
França	8.60%	60.10%	29.80%
Holanda	13.90%	63.20%	22.70%
Hungria	9.40%	62.30%	28.10%
Irlanda	7.00%	63.70%	29.20%
Itália	11.70%	59.20%	29.10%
Noruega	14.00%	65.80%	20.00%
Polónia	13.70%	63.90%	22.60%
Portugal	8.40%	62.10%	29.40%
Reino Unido	6.50%	64.20%	29.30%
República Tcheca	10.70%	66.10%	23.60%
Sérvia	7.50%	60.20%	32.10%
Suíça	13.50%	65.40%	21.20%
CV	26.40%	3.74%	15.26%

Nota. CV - Coeficiente de Variação (Desvio Padrão/Média)

A amostra se mostrou homogênea entre os países para os sexos (coeficiente de variação de 6,77% para o sexo masculino e de 6.05% para o sexo feminino) e para as faixas etárias de 25 a 64 anos e de 65 a 90 anos (coeficiente de variação de 3.74% e de 15.26%, respectivamente), mas limítrofe para heterogeneidade para a faixa etária de 15 a 24 anos (coeficiente de variação de 26.40%).

A variável representativa da saúde, a saúde autoavaliada, foi avaliada para a amostra global e para cada um dos países, em relação ao sexo, à idade, ao local de residência e à religiosidade dos respondentes. O percentual global dos respondentes com saúde “boa” (somatório das alternativas *very good* e *good*) foi de 66.50%, variando entre 48.00% na Sérvia e 84.50% na Suíça (cf. Figura 5). Cabe ressaltar que, Portugal apresentou o segundo valor mais baixo para a saúde autoavaliada (49.10%).

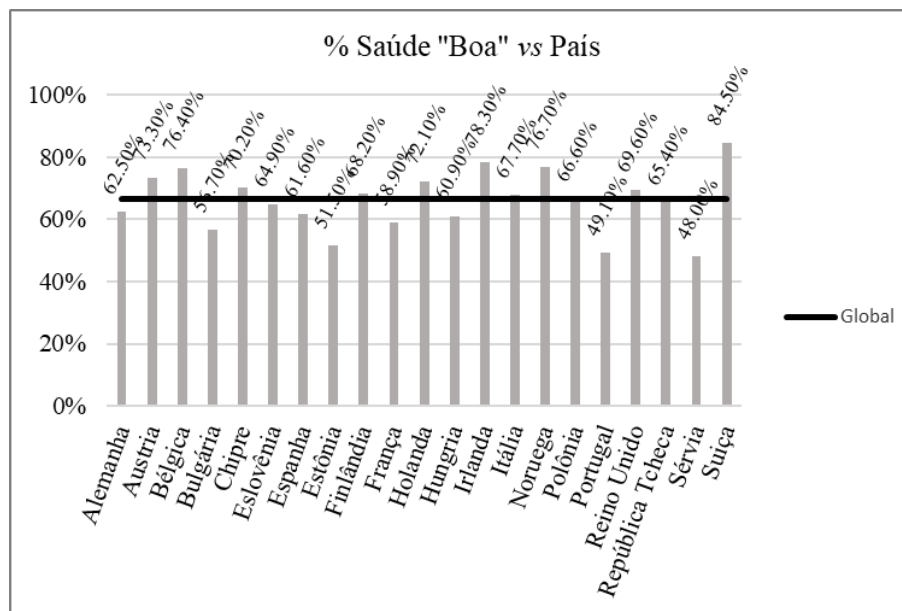


Figura 5. Percentual de respondentes com saúde “boa” por país na amostra

Em relação à distribuição por sexo, o percentual global dos respondentes com saúde “boa” foi de 68.70% para o sexo masculino, variando entre 53.30% na Sérvia e 86.80% na Suíça; e de 64.60% para o sexo feminino, variando entre 43.00% na Sérvia e 82.20% na Suíça (cf. Figura 6 e 7).

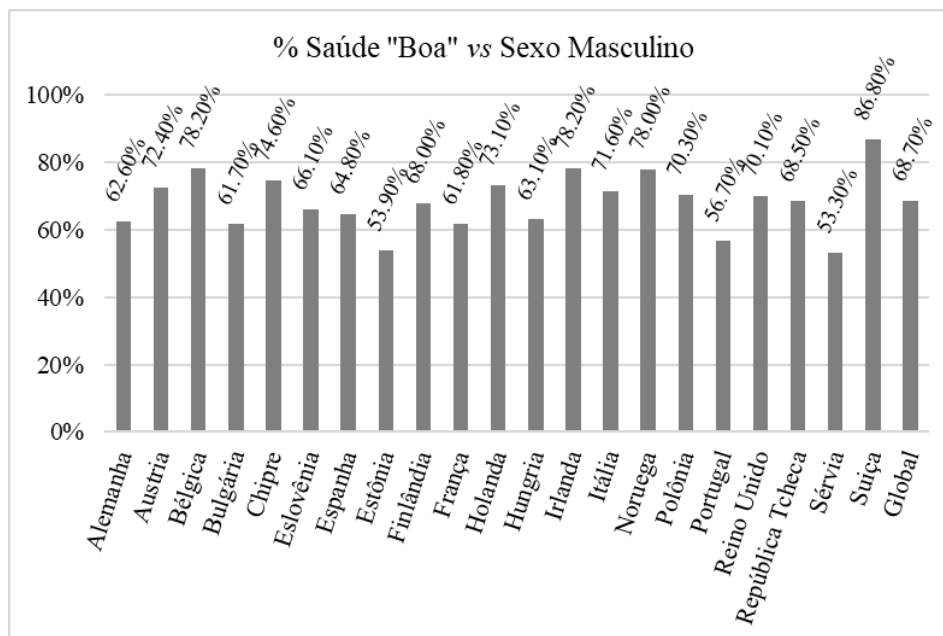


Figura 6. Percentual de respondentes do sexo masculino com saúde “boa” por país

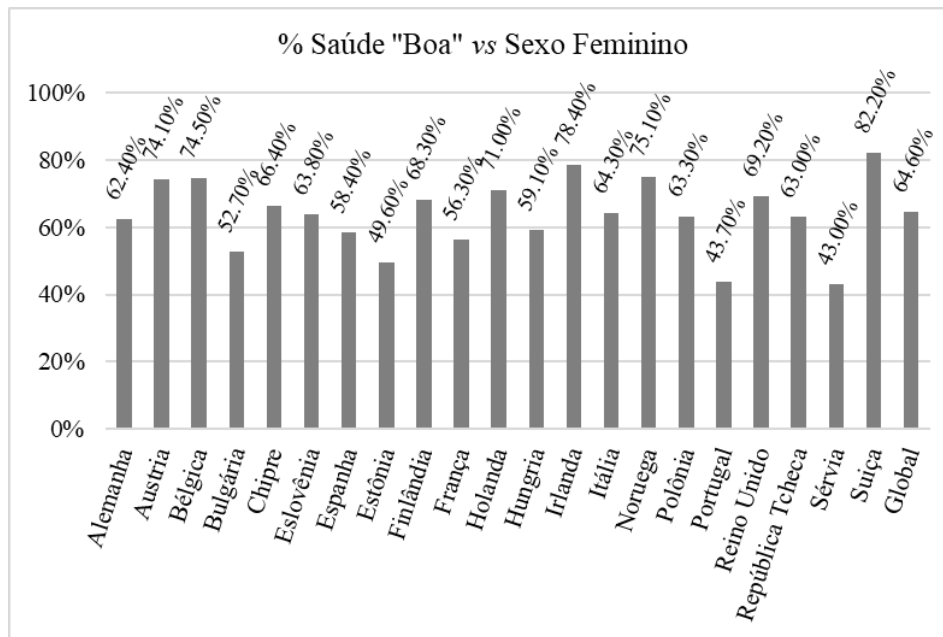


Figura 7. Percentual de respondentes do sexo feminino com saúde “boa” por país

Com relação às faixas etárias, o percentual global dos respondentes com saúde “boa” foi de 87.84% para a faixa etária de 15 a 24 anos, variando entre 48.14% na Hungria e 97.56% na Bulgária; de 73.30% para a faixa etária de 25 a 64 anos, variando entre 35.98% na Hungria e 88.25% na Suíça; e de 36.33% para a faixa etária de 65 a 90 anos, variando entre 10.57% na Hungria e 69.80% na Irlanda (cf. Figura 8, Figura 9 e Figura 10).

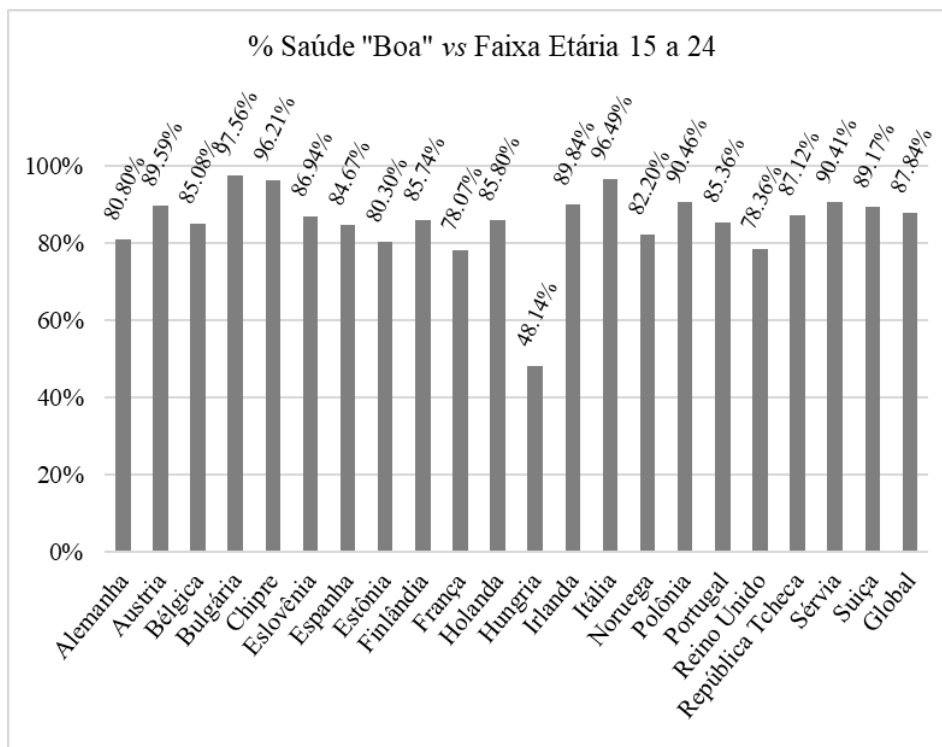


Figura 8. Percentual de respondentes com idade entre 15 e 24 anos com saúde “boa” por país

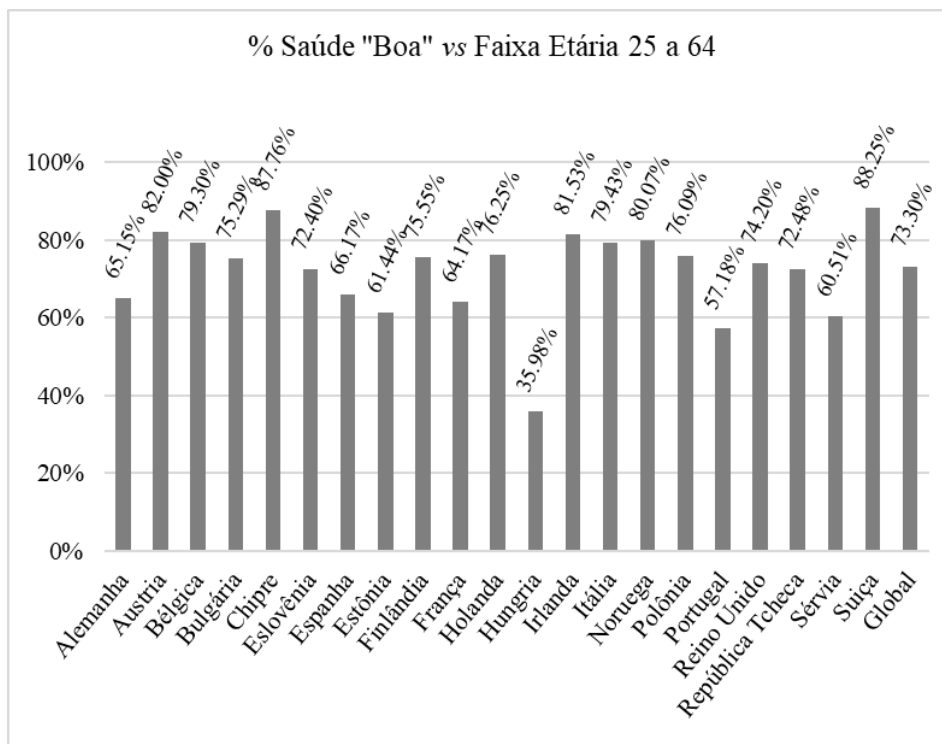


Figura 9. Percentual de respondentes com idade entre 25 e 64 anos com saúde “boa” por país

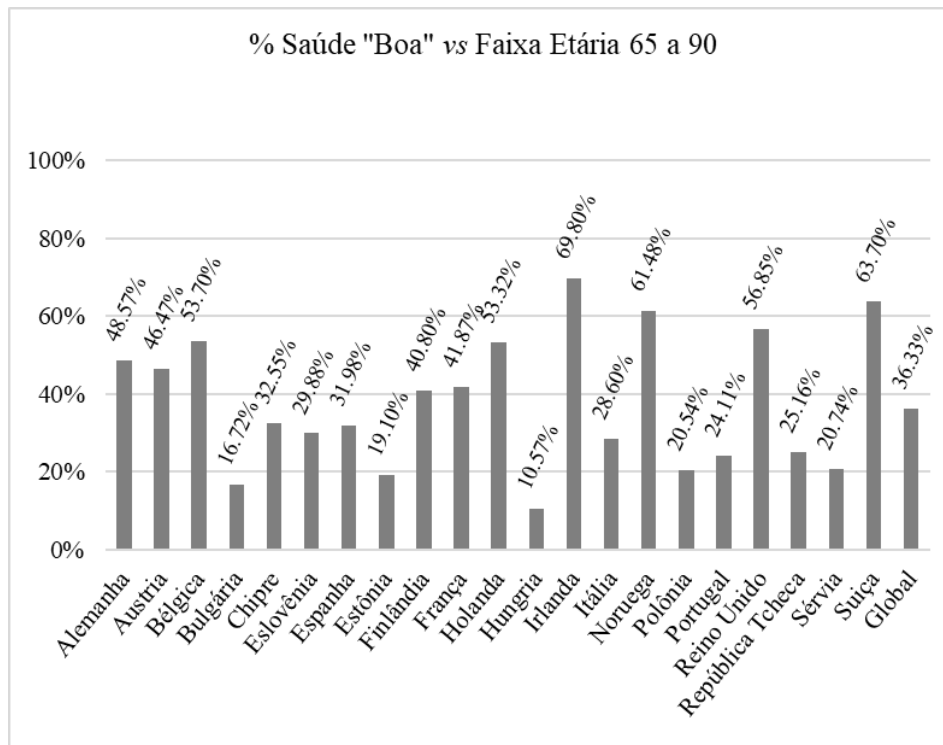


Figura 10. Percentual de respondentes com idade entre 65 e 90 anos com saúde “boa” por país

Com relação ao local de residência, o percentual global dos respondentes com saúde “boa” foi de 66.30% para os residentes nas grandes cidades, 68.20% para os residentes nos subúrbios ou arredores de grandes cidades, 64.40% para os residentes em vilas ou pequenas cidades, 62.80% para os residentes em vilas no interior e 66.50% para os residentes no campo (cf. Tabela 6). (cf. Tabela 6).

Tabela 6

Percentual de respondentes com saúde “boa” por local de residência - por país

Países	<i>A big city</i>	<i>Suburbs or outskirts of big city</i>	<i>Town or small city</i>	<i>Country village</i>	<i>Farm or home in countryside</i>
Alemanha	62.30%	64.70%	61.10%	63.20%	59.40%
Áustria	70.60%	70.50%	75.40%	74.90%	66.00%
Bélgica	77.20%	76.80%	77.50%	75.20%	77.10%
Bulgária	62.80%	38.70%	58.50%	49.30%	0.00%
Chipre	68.30%	72.30%	72.60%	69.40%	0.00%
Eslovênia	67.10%	70.70%	62.80%	65.20%	55.80%
Espanha	62.80%	63.60%	59.80%	62.30%	52.10%
Estônia	52.50%	60.10%	50.30%	47.00%	55.70%
Finlândia	77.50%	67.20%	67.90%	64.00%	60.10%
França	63.30%	64.30%	54.70%	59.70%	53.40%
Holanda	69.20%	73.80%	68.60%	74.70%	75.90%
Hungria	70.10%	73.30%	58.60%	56.30%	33.30%
Irlanda	80.90%	84.30%	74.50%	76.60%	77.20%
Itália	63.40%	63.30%	68.60%	69.70%	61.20%
Noruega	84.40%	74.70%	78.80%	74.70%	70.60%
Polônia	66.40%	74.40%	67.60%	65.70%	55.50%
Portugal	58.20%	56.50%	49.90%	37.90%	42.90%
Reino Unido	70.70%	65.90%	69.30%	71.40%	80.00%
República Tcheca	65.50%	62.80%	64.80%	66.40%	50.00%
Sérvia	58.20%	45.40%	47.70%	41.60%	10.00%
Suíça	82.60%	82.80%	85.90%	84.10%	88.90%
Global	66.30%	68.20%	64.40%	62.80%	66.50%

Com relação à religiosidade, o percentual global dos respondentes com saúde “boa” foi de 67.67% para religiosidade baixa, variando entre 51.63% na Sérvia e 86.04% na Suíça; e de 58.45% para religiosidade alta, variando entre 38.50% em Portugal e 80.80% na Suíça (cf. Figura 11 e Figura 12).

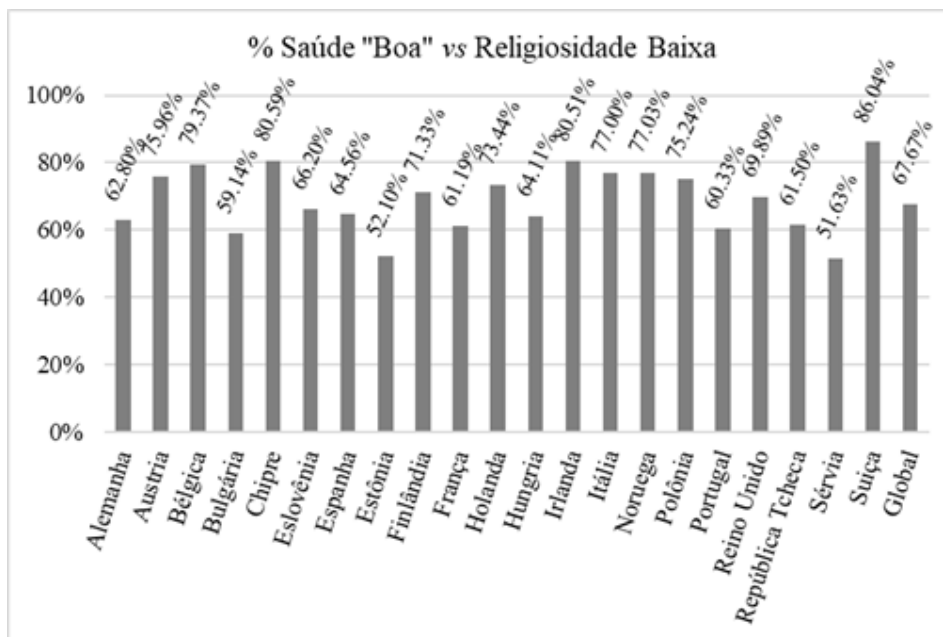


Figura 11. Percentual de respondentes com religiosidade baixa com saúde “boa” por país

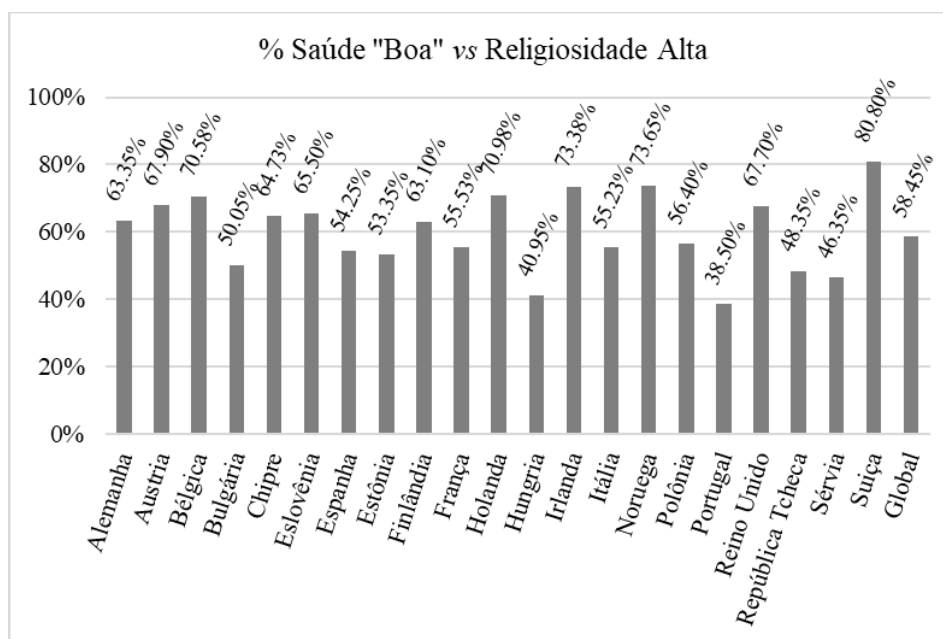


Figura 12. Percentual de respondentes com religiosidade alta com saúde “boa” por país

Vale ressaltar que, ainda em relação à variável representativa da saúde, a amostra se mostrou homogênea entre os países de forma global (coeficiente de variação de 14,65% entre países) e entre os países para ambos os sexos (coeficiente de variação de 12,51% para o sexo masculino e de 16,75% para o sexo feminino); para as faixas etárias de 15 a 24 anos e 25 a 64 anos (coeficiente de variação de 11,87% e 16,57%, respectivamente); para os residentes nas grandes cidades, nos subúrbios ou arredores de grandes cidades, nas vilas ou

pequenas cidades e nas vilas no interior (coeficiente de variação de 12.31%, 16.30%, 15.56%, 18.84%, respectivamente); e para a religiosidade tanto baixa como alta (coeficiente de variação de 14.02% para religiosidade baixa e de 19.01% para religiosidade alta). A mesma se apresentou heterogênea para a saúde autoavaliada entre os países apenas para a faixa etária de 65 a 90 anos (coeficiente de variação de 45.70%) e para os residentes no campo (coeficiente de variação de 46.34%).

Estes achados não foram considerados impeditivos às análises propostas nesta pesquisa tendo em conta que as mesmas foram realizadas, considerando a amostra global ou as amostras nacionais, em função da nota para a saúde autoavaliada que incorpora em seu cálculo uma média ponderada.

Tais análises não foram replicadas para a saúde “má”, uma vez que a variável saúde autoavaliada foi tratada como uma variável binária, sendo as duas alternativas complementares.

As variáveis representativas do capital social foram avaliadas para a amostra global e em relação ao país, ao sexo, à idade, ao local de residência e à religiosidade dos respondentes. Para a amostra global, quando se considerou a média das dez variáveis representativas do capital social, o percentual dos respondentes com capital social alto (CSAlto) foi de 25.43%. Entretanto, quando se considerou cada uma das dez variáveis isoladamente, o percentual de respondentes com capital social alto (CSAlto) variou entre 3.80% para a variável “*Worked in political party or action group last 12 months?*” e 41.80% para a variável “*Trust in the legal system?*” (cf. Figura 13). O coeficiente de variação entre as dez variáveis foi de 56,33%, sinalizando que existe heterogeneidade na amostra global em relação ao capital social quando analisado por estas variáveis.

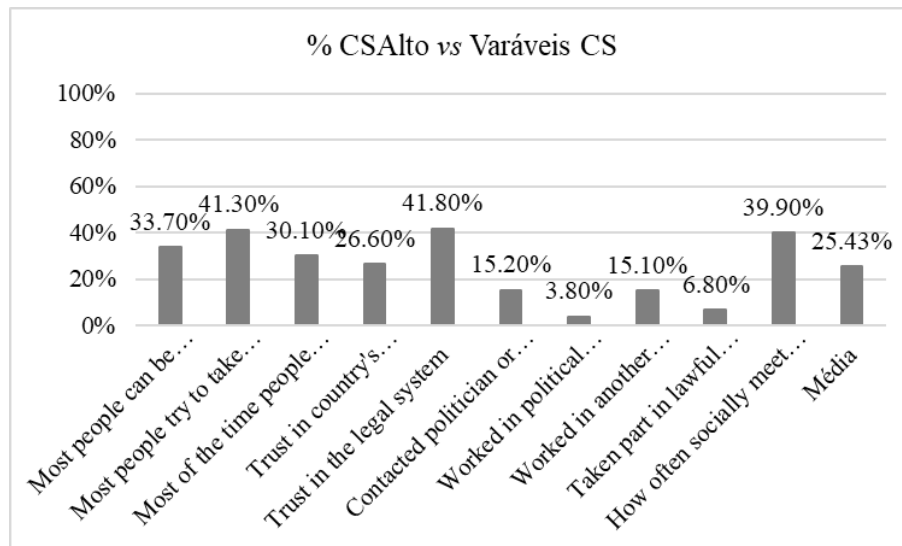


Figura 13. Percentual global de respondentes com CSAto para cada uma das variáveis

Quando se considerou cada país isoladamente, os percentuais de respondentes com capital social alto (CSAto) também variaram de forma importante entre cada uma das dez variáveis, sinalizando igualmente heterogeneidade em relação ao capital social quando analisado por estas variáveis nas amostras nacionais (cf. Tabela 7).

Tabela 7

Percentual de respondentes com CSAlto para cada uma das variáveis - por país

Países	<i>Most people can be trusted...</i>	<i>Most people try to take advantage...</i>	<i>Most of the time people helpful...</i>	<i>Trust in country's parliament...</i>	<i>Trust in the legal system...</i>	<i>Contacted politician</i>	<i>Worked in political party</i>	<i>Worked another organization</i>	<i>Taken part in lawful public</i>	<i>How often socially meet</i>
Alemanha	36.80%	50.80%	33.00%	32.30%	51.00%	18.90%	4.70%	30.90%	9.40%	39.90%
Áustria	40.00%	51.90%	41.40%	33.50%	61.10%	18.20%	5.20%	17.30%	6.30%	43.90%
Bélgica	31.50%	42.20%	24.70%	23.30%	37.40%	19.50%	4.30%	21.80%	7.00%	50.50%
Bulgária	12.00%	16.70%	9.80%	5.20%	9.80%	2.40%	1.20%	1.10%	3.40%	40.30%
Chipre	12.70%	15.80%	12.90%	11.30%	22.10%	15.70%	5.00%	8.30%	7.20%	23.10%
Eslovênia	24.20%	31.80%	27.30%	11.30%	17.20%	15.30%	3.90%	12.20%	5.30%	33.70%
Espanha	27.80%	34.60%	18.60%	16.60%	19.00%	16.60%	8.60%	23.20%	19.00%	50.40%
Estônia	37.80%	42.90%	26.90%	26.60%	46.70%	17.20%	3.70%	5.80%	2.50%	23.50%
Finlândia	71.60%	70.50%	52.50%	47.30%	72.80%	22.00%	3.80%	39.00%	3.90%	41.30%
França	19.70%	45.00%	21.50%	17.00%	35.30%	11.70%	2.60%	14.80%	14.30%	50.10%
Holanda	53.60%	65.30%	39.90%	45.70%	62.30%	19.40%	4.00%	33.90%	3.30%	60.30%
Hungria	26.50%	26.40%	25.40%	25.30%	41.20%	6.00%	0.70%	2.70%	2.20%	10.90%
Irlanda	39.20%	50.60%	50.30%	24.50%	35.80%	22.70%	4.30%	12.30%	9.60%	33.90%
Itália	27.00%	24.20%	18.30%	18.30%	34.70%	9.70%	1.10%	6.60%	8.20%	40.80%
Noruega	64.90%	70.70%	47.40%	61.80%	77.10%	25.10%	8.00%	31.90%	12.60%	66.90%
Polônia	18.60%	25.30%	15.20%	14.90%	19.20%	9.00%	2.80%	7.40%	6.30%	16.50%
Portugal	16.90%	33.90%	13.20%	17.40%	19.50%	22.90%	5.40%	15.40%	6.10%	68.40%
Reino Unido	33.50%	42.50%	42.40%	19.70%	45.80%	19.40%	2.40%	7.60%	5.00%	40.20%
Rep. Tcheca	29.80%	33.70%	26.60%	19.30%	35.80%	13.50%	3.80%	9.40%	9.50%	32.80%
Sérvia	16.90%	20.20%	11.80%	23.10%	20.20%	10.40%	6.90%	11.70%	5.10%	50.30%
Suíça	45.60%	58.60%	40.50%	54.80%	63.40%	16.10%	6.40%	17.90%	5.00%	50.40%
Global	33.70%	41.30%	30.10%	26.60%	41.80%	15.20%	3.80%	15.10%	6.80%	39.90%

Entretanto, quando se observou apenas as variáveis cognitivas, o coeficiente de variação global foi de 19.43% e, quando se observou apenas as variáveis estruturais, o coeficiente de variação global foi de 87.84%; sinalizando que a amostra global é homogênea em relação às variáveis do capital social cognitivo e heterogênea em relação às variáveis do capital social estrutural (cf. Anexo IV).

Este padrão, com coeficientes de variação menores para as variáveis cognitivas e maiores para as variáveis estruturais, se repetiu para todos os países e pode sinalizar que o capital social nesta amostra é melhor representado pelas variáveis cognitivas do que pelas variáveis estruturais. A variável “*How often socially meet with friends, relatives or colleagues?*” representa uma exceção entre as variáveis estruturais apresentando coeficientes de variação bem menores do que as demais e semelhantes aos das variáveis cognitivas.

A variável representativa do capital social que apresentou menor coeficiente de variação entre os países foi a variável estrutural “*How often socially meet with friends, relatives or colleagues?*” (36.46%); e a que apresentou maior coeficiente de variação entre os países foi a variável estrutural “*Worked in another organization or association last 12 months?*” (68.01%).

Cabe ressaltar ainda que, nem sempre os coeficientes de variação para as variáveis cognitivas foram sugestivos de homogeneidade das amostras nacionais; sendo bastante superiores a 25% para Bulgária, Eslovênia, Espanha, França e Portugal; e próximos a 25%, para Bélgica, Chipre, Estônia, Irlanda, Itália e Reino Unido (cf. Anexo IV).

Em relação ao sexo, o percentual dos respondentes com capital social alto (CSAlto), considerando a média das dez variáveis representativas do mesmo, foi de 25.91% para o sexo masculino, variando entre 5.10% e 42.80%; e de 23.49% para o sexo feminino, variando entre 3.20% e 40.70% (cf. Figura 14).

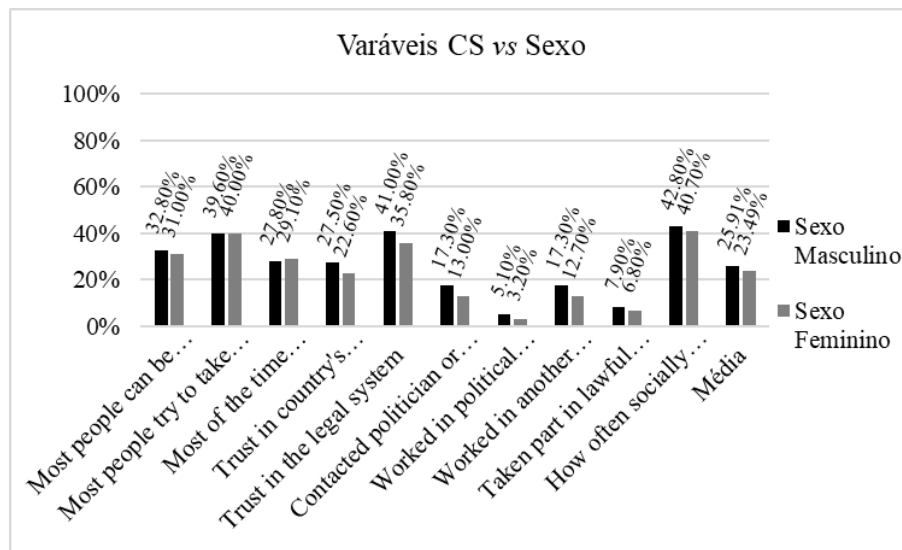


Figura 14. Percentual de respondentes com CSAlto para cada uma das variáveis por sexo

Com relação às faixas etárias, o percentual global dos respondentes com capital social alto (CSAlto) foi de 28.08% para a faixa etária de 15 a 24 anos, variando entre 3.07% e 70.28%; de 24.76% para a faixa etária de 25 a 64 anos, variando entre 4.25% e 40.77%; e de 23.09% para a faixa etária de 65 a 90 anos, variando entre 3.41% e 41.09% (cf. Tabela 8).

Tabela 8

Percentual de respondentes com CSAlto para cada uma das variáveis - por faixa etária

Variáveis Capital Social	15 a 24 anos	25 a 64 anos	65 a 90 anos
<i>Most people can be trusted or you can't be too careful</i>	31.78%	32.42%	30.10%
<i>Most people try to take advantage of you, or try to be fair</i>	38.78%	39.53%	41.09%
<i>Most of the time people helpful or mostly looking out for themselves</i>	27.46%	27.55%	32.04%
<i>Trust in country's parliament</i>	32.99%	24.33%	24.83%
<i>Trust in the legal system</i>	46.01%	38.84%	36.22%
<i>Contacted politician or government official last 12 months</i>	7.65%	16.48%	12.30%
<i>Worked in political party or action group last 12 months</i>	3.07%	4.25%	3.41%
<i>Worked in another organization or association last 12 months</i>	13.37%	15.28%	12.46%
<i>Taken part in lawful public demonstration last 12 months</i>	9.39%	8.18%	3.84%
<i>How often socially meet with friends, relatives or colleagues</i>	70.28%	40.77%	34.62%
Média	28.08%	24.76%	23.09%

Com relação ao local de residência, o percentual global dos respondentes com capital social alto (CSAlto) foi de 23.68% para os residentes nas grandes cidades, variando entre 3.60% e 41.20%; 28.39% para os residentes nos subúrbios ou arredores de grandes cidades, variando entre 3.70% e 44.40%; 25.38% para os residentes em vilas ou pequenas cidades, variando entre 2.70% e 43.00%; 23.95% para os residentes em vilas no interior, variando entre 2.00% e 40.30%; e 31.49% para os residentes no campo, variando entre 2.20% e 52.30% (cf. Tabela 9).

Tabela 9

Percentual de respondentes com CSAalto para cada uma das variáveis - por local de residência

Variáveis Capital Social	A big city	Suburbs or outskirts of big city	Town or small city	Country village	Farm or home in countryside
<i>Most people can be trusted or you can't be too careful</i>	31.00%	35.30%	31.50%	29.90%	41.90%
<i>Most people try to take advantage of you, or try to be fair</i>	36.90%	44.40%	39.90%	37.90%	52.30%
<i>Most of the time people helpful or mostly looking out for themselves</i>	25.50%	31.40%	28.40%	27.10%	41.60%
<i>Trust in country's parliament</i>	24.40%	30.30%	25.40%	22.60%	26.90%
<i>Trust in the legal system</i>	36.10%	42.70%	39.50%	36.20%	42.50%
<i>Contacted politician or government official last 12 months</i>	11.70%	17.30%	14.80%	15.10%	23.00%
<i>Worked in political party or action group last 12 months</i>	13.20%	17.60%	14.30%	14.20%	21.80%
<i>Worked in another organization or association last 12 months</i>	13.20%	17.60%	14.30%	14.20%	21.80%
<i>Taken part in lawful public demonstration last 12 months</i>	3.60%	3.70%	2.70%	2.00%	2.20%
<i>How often socially meet with friends, relatives or colleagues</i>	41.20%	43.60%	43.00%	40.30%	40.90%
Média	23.68%	28.39%	25.38%	23.95%	31.49%

Com relação à religiosidade, o percentual global dos respondentes com capital social alto foi de 24.51% para religiosidade baixa, variando entre 3.83% e 41.20%; e de 25.20% para religiosidade alta, variando entre 4.68% e 43.60% (cf. Figura 15).

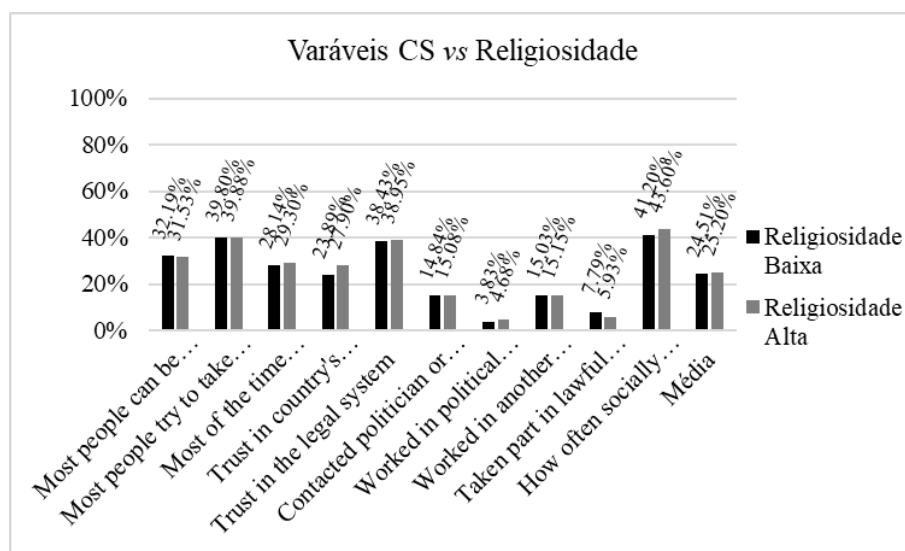


Figura 15. Percentual de respondentes com CSAalto para cada uma das variáveis por religiosidade

Vale ressaltar que, ainda em relação às variáveis representativas do capital social, a amostra se mostrou heterogênea para todas as categorias relacionadas aos sexos, às faixas etárias, aos locais de residência e à religiosidade. Para todas estas categorias os coeficientes de variação se apresentaram menores quando consideradas apenas as variáveis representativas do capital social cognitivo e maiores quando consideradas apenas as variáveis representativas do capital social estrutural (cf. Anexo V).

Estes achados não foram considerados impeditivos às análises propostas nesta pesquisa tendo em conta que as mesmas foram realizadas, considerando a amostra global ou as amostras nacionais, em função da média das dez variáveis representativas do capital social.

Tais análises não foram replicadas para o capital social baixo (CSBaixo), uma vez que as variáveis do capital social também foram tratadas como variáveis binárias, através dos pontos de corte definidos anteriormente, sendo as duas alternativas complementares.

5.2. Análise Descritiva dos Resultados

No tocante aos resultados observados para as relações entre as variáveis representativas do capital social, selecionadas para esta pesquisa, e a saúde autoavaliada, pode-se verificar que para o grupo identificado como apresentando capital social alto (CSAlto), conforme definido pelos pontos de corte descritos anteriormente, se evidenciou notas para a saúde sempre maiores do que aquelas apresentadas pelo grupo identificado como apresentando capital social baixo (CSBaixo). As menores diferenças percentuais, entre as notas para a saúde apresentadas pelos dois grupos, foram observadas para as variáveis representativas da dimensão estrutural do capital social, relacionadas a ações participativas em instituições e padrões de envolvimento cívico (cf. Tabela 10).

Tabela 10

Notas para saúde autoavaliada - capital social vs saúde

	CSAlto	CSBaixo	$[(CSAlto-CSBaixo) / CSBaixo] \times 100$
<i>Most people can be trusted or you can't be too careful</i>	0.727	0.601	20.91%
<i>Most people try to take advantage of you, or try to be fair</i>	0.697	0.591	18.02%
<i>Most of the time people helpful or mostly looking out for themselves</i>	0.689	0.619	11.28%
<i>Trust in country's parliament</i>	0.720	0.630	14.35%
<i>Trust in the legal system</i>	0.716	0.600	19.39%
<i>Contacted politician or government official last 12 months</i>	0.682	0.658	3.65%
<i>Worked in political party or action group last 12 months</i>	0.665	0.660	0.76%
<i>Worked in another organization or association last 12 months</i>	0.693	0.655	5.80%
<i>Taken part in lawful public demonstration last 12 months</i>	0.682	0.659	3.49%
<i>How often socially meet with friends, relatives or colleagues</i>	0.714	0.5542	28.83%
Média	0.697	0.630	-
Desvio Padrão	0.021	0.029	-
Coefficiente de Variação	2.94%	4.55%	-

Nota. O sombreado indica os menores valores para a saúde autoavaliada

Pôde-se observar ainda que, para cada um dos grupos analisados (CSAlto e CSBaixo), os resultados para o desvio padrão, entre as notas para a saúde autoavaliada, são baixos com coeficientes de variação de 2,94% para o grupo com capital social alto e de 4,55% para o grupo com capital social baixo. Estes achados sinalizam que, para cada um dos grupos, a dispersão no que se refere às notas para a saúde é pequena e as variáveis representativas do capital social em análise apresentam uma resposta homogênea em relação à saúde autoavaliada (cf. Tabela 10).

No que concerne os resultados observados para as relações entre as variáveis representativas do capital social e a saúde autoavaliada em função da variável contextual sexo, pôde-se verificar novamente que, em ambos os sexos, para o grupo identificado como apresentando capital social alto (CSAlto) as notas para a saúde são maiores do que aquelas apresentadas pelo grupo identificado como apresentando capital social baixo (CSBaixo), exceto para a variável estrutural do capital social “*Worked in political party or action group last 12 months?*”, no sexo feminino (cf. Anexo VI e Figuras 16 e 17).

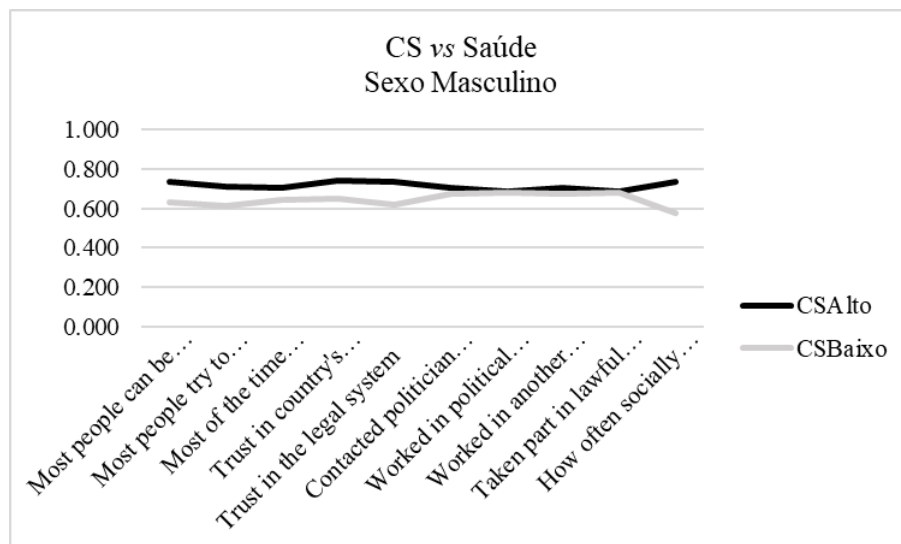


Figura 16. Notas para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs sexo masculino

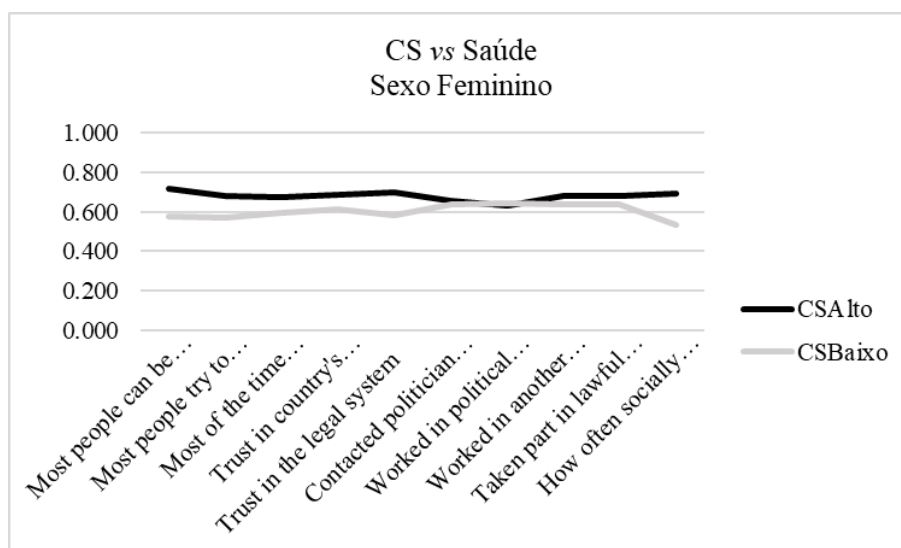


Figura 17. Notas para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs sexo feminino

A nota média para saúde autoavaliada foi maior para o sexo masculino do que para o sexo feminino, tanto para o grupo com capital social alto (0.715 e 0.681, respectivamente), quanto para o grupo com capital social baixo (0.644 e 0.603, respectivamente). Entretanto, as diferenças percentuais médias, entre os grupos com capital social alto e capital social baixo ($[(CSAlto-CSBaixo) / CSBaixo] \times 100$), foram muito próximas, sendo de 11.38% para o sexo masculino e de 13.36% para o sexo feminino. Tais resultados podem sinalizar não haver influência da variável contextual sexo nas relações entre capital social e saúde.

No tocante aos resultados observados para as relações entre as variáveis representativas do capital social e a saúde autoavaliada em função da variável contextual idade, pode-se verificar que para a faixa etária mais baixa, de 15 a 24 anos, não existe um padrão em relação às diferenças percentuais entre as notas para a saúde apresentadas pelos dois grupos (CSAlto e CSBaixo), sendo estas por vezes positivas e por vezes negativas. Cabe ressaltar que, com relação às variáveis cognitivas se observou valor negativo para as diferenças percentuais apenas para uma variável (*Most of the time people helpful or mostly looking out for themselves?*), tendo ocorrido o inverso para as variáveis estruturais, para as quais se observou valor positivo para estas diferenças percentuais para apenas uma variável (*How often socially meet with friends, relatives or colleagues?*) (cf. Anexo VII e Figura 18).

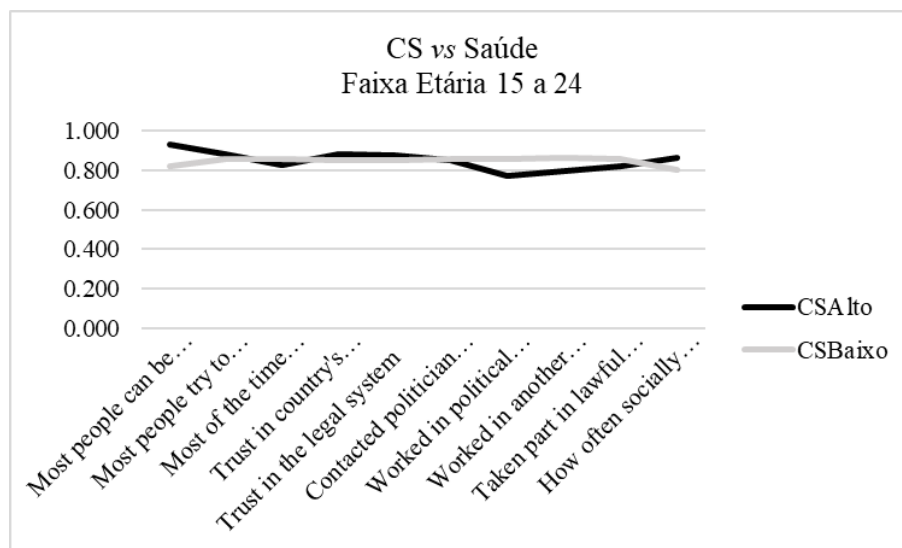


Figura 18. Notas para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs faixa etária 15 a 24 anos

Para a faixa etária intermediária, de 25 a 64 anos, pôde-se verificar que para o grupo identificado como apresentando capital social alto (CSAlto) as notas para a saúde são maiores do que aquelas apresentadas pelo grupo identificado como apresentando capital social baixo (CSBaixo), exceto para a variável estrutural do capital social “*Worked in political party or action group last 12 months?*” (cf. Anexo VII e Figura 19).

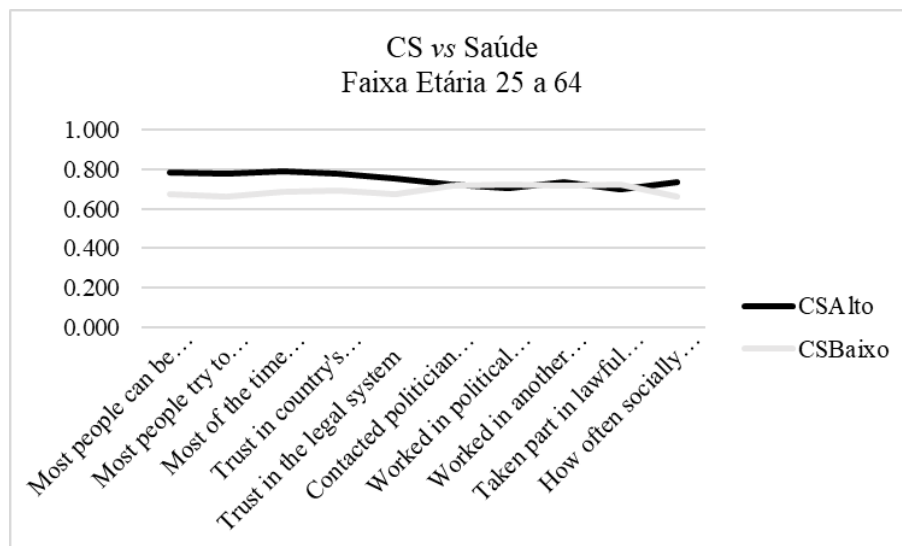


Figura 19. Notas para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs faixa etária 25 a 64 anos

Para a faixa etária superior, de 65 a 90 anos, pôde-se verificar que para o grupo identificado como apresentando capital social alto (CSAlto) as notas para a saúde são sempre maiores do que aquelas apresentadas pelo grupo identificado como apresentando capital social baixo (CSBaixo) (cf. Anexo VII e Figura 20).

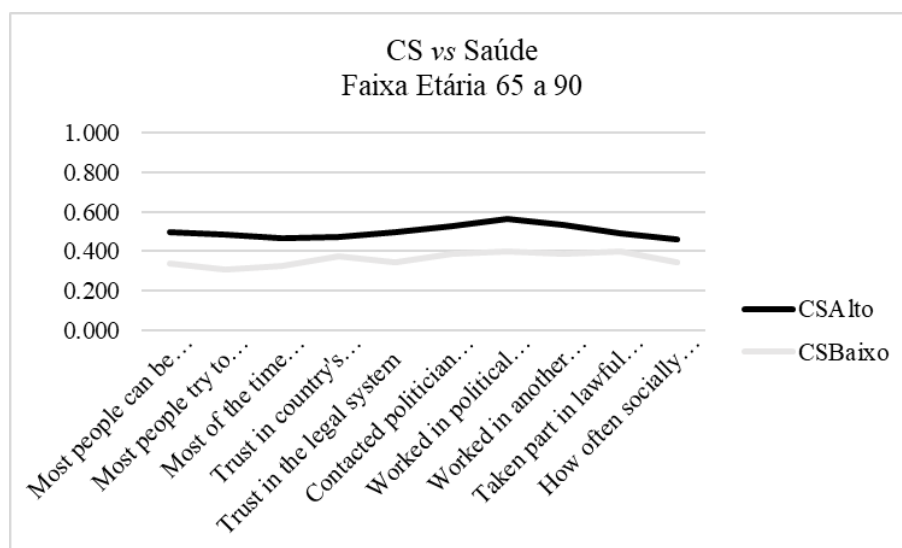


Figura 20. Notas para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs faixa etária 65 a 90 anos

A nota média para saúde autoavaliada foi maior para a faixa etária mais baixa e menor para a faixa etária mais alta, tanto para o grupo com capital social alto (0.851 e 0.499, respectivamente), quanto para o grupo com capital social baixo (0.847 e 0.362, respectivamente). Essa avaliação inferior da saúde para a faixa etária mais alta já havia sido, observada em termos percentuais, quando se analisou apenas as relações entre saúde

e faixa etária e provavelmente reflete as repercussões do processo de envelhecimento na saúde dos indivíduos.

A diferença percentual média, entre os grupos com capital social alto e capital social baixo ($[(CSAlto-CSBaixo) / CSBaixo] \times 100$), foi bem menor para a faixa etária mais baixa e bem maior para a faixa etária mais alta (0.59% e 38.45%, respectivamente). Tais resultados podem refletir uma maior influência do capital social na saúde autoavaliada para a faixa etária mais alta e uma menor influência do capital social na saúde autoavaliada para a faixa etária mais baixa.

No que concerne os resultados observados para as relações entre as variáveis representativas do capital social e a saúde autoavaliada em função da variável contextual local de residência, pôde-se verificar valores negativos para as diferenças percentuais entre as notas para a saúde apresentadas pelos dois grupos (CSAlto e CSBaixo) apenas em três situações dentre as 50 análises realizadas; para as variáveis estruturais “*Contacted politician or government official last 12 months?*” e “*Worked in political party or action group last 12 months?*” (cf. Anexo VIII e Tabela 11).

Tabela 11

Diferença % notas para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs local de residência

Variáveis Capital Social	A big city	Suburbs or outskirts of big city	Town or small city	Country village	Farm or home in countryside
<i>Most people can be trusted or you can't be too careful?</i>	23.97%	25.96%	18.04%	19.04%	24.27%
<i>Most people try to take advantage of you, or try to be fair?</i>	21.39%	23.82%	12.48%	19.88%	16.20%
<i>Most of the time people helpful or mostly looking out for themselves?</i>	8.44%	14.18%	7.86%	14.58%	19.59%
<i>Trust in country's parliament?</i>	9.76%	13.44%	14.73%	14.83%	31.47%
<i>Trust in the legal system?</i>	19.17%	23.11%	20.11%	17.61%	22.85%
<i>Contacted politician or government official last 12 months?</i>	6.36%	-0.88%	1.07%	5.36%	14.84%
<i>Worked in political party or action group last 12 months?</i>	7.09%	-5.89%	-8.66%	8.83%	2.73%
<i>Worked in another organization or association last 12 months?</i>	6.84%	7.63%	3.22%	5.98%	13.42%
<i>Taken part in lawful public demonstration last 12 months?</i>	5.61%	0.29%	4.29%	2.13%	3.34%
<i>How often socially meet with friends, relatives or colleagues?</i>	36.85%	38.54%	25.86%	26.70%	20.40%
Média	14.55%	14.02%	9.90%	13.49%	16.91%

Nota 1. O valor 23.97%, na primeira linha/segunda coluna, significa que, para os residentes em grandes cidades, a nota para a saúde autoavaliada foi 23.97% maior para o grupo com CSAlto em comparação com o grupo com CSBaixo ($[(CSAlto-CSBaixo)/CSBaixo] \times 100$)

Nota 2. O sombreado indica os valores negativos para as diferenças percentuais entre as notas para CSAlto e CSBaixo

A nota média para saúde autoavaliada foi maior para os respondentes com residência no campo (0.720), para o grupo identificado como apresentando capital social alto, e para os respondentes com residência nos subúrbios ou arredores de grandes cidades (0.631), para o grupo identificado como apresentando capital social baixo. Por outro lado, a nota média para saúde autoavaliada foi menor para os grupos com residência em vilas ou pequenas cidades e no campo, tanto para o grupo com capital social alto (0.675) quanto para o grupo com capital social baixo (0.617).

A diferença percentual média, entre os grupos com capital social alto e capital social baixo ($[(CSAlto-CSBaixo) / CSBaixo] \times 100$), foi menor para o grupo com residência em vilas ou pequenas cidades e maior para o grupo com residência no campo (9.90% e 16.91%, respectivamente).

No tocante aos resultados observados para as relações entre as variáveis representativas do capital social e a saúde autoavaliada em função da variável contextual religiosidade, pode-se verificar novamente que para o grupo identificado como apresentando capital social alto (CSAlto) se evidenciou notas para a saúde maiores do que aquelas apresentadas pelo grupo identificado como apresentando capital social baixo (CSBaixo), tanto para religiosidade baixa quanto para religiosidade alta (cf. Anexo IX e Figuras 21 e 22).

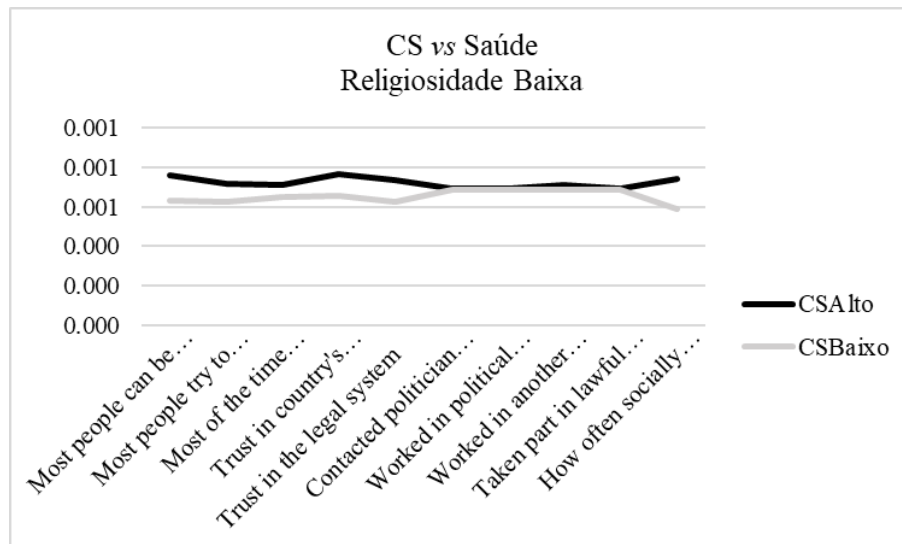


Figura 21. Notas para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs religiosidade baixa

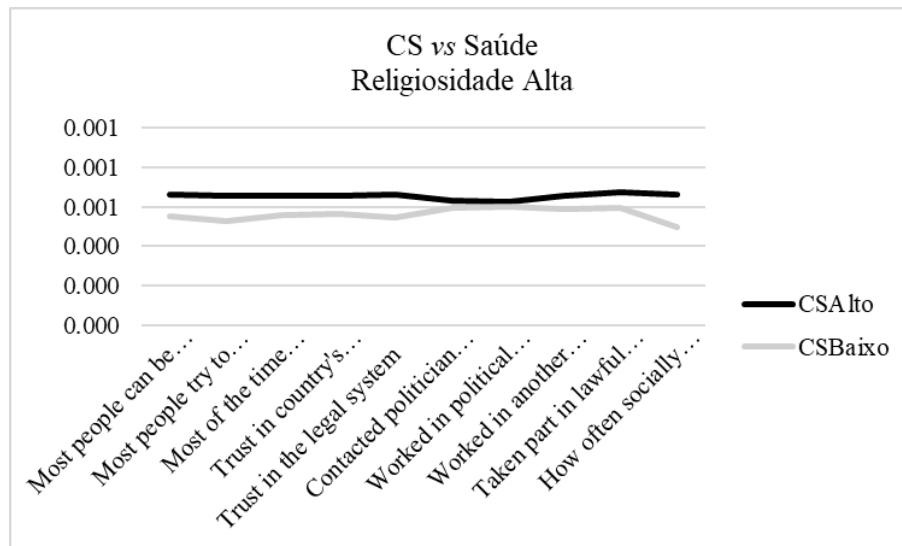


Figura 22. Notas para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs religiosidade alta

A nota média para saúde autoavaliada foi maior para a religiosidade baixa do que para religiosidade alta, tanto para o grupo com capital social alto (0.722 e 0.654, respectivamente), quanto para o grupo com capital social baixo (0.652 e 0.563, respectivamente). Tais resultados podem refletir tanto influências da religiosidade na percepção da saúde pelos indivíduos, quanto influência da saúde na procura da religiosidade pelos indivíduos. Indivíduos com pior saúde podem procurar refúgio na religiosidade, não se podendo desta forma concluir sobre o sentido desta casualidade.

A diferença percentual média, entre os grupos com capital social alto e capital social baixo ($[(CSAlto-CSBaixo) / CSBaixo] \times 100$), foi menor para religiosidade baixa e maior para religiosidade alta (11.10% e 16.81%, respectivamente).

No que concerne os resultados observados para as relações entre as variáveis representativas do capital social e a saúde autoavaliada em função da variável contextual cultura, considerando os cinco países selecionados da ronda de 2016, pôde-se verificar diferenças percentuais negativas, entre as notas para a saúde apresentadas pelos dois grupos, apenas em cinco situações dentre as 50 análises realizadas. Estas ocorreram para a variável cognitiva “*Most of the time people helpful or mostly looking out for themselves?*” e para as variáveis estruturais “*Contacted politician or government official last 12 months?*” e “*Worked in political party or action group last 12 months?*”; e apenas para os países França e Portugal (cf. Anexo X e Tabela 12).

Tabela 12

Diferença % notas para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs país de residência

Variáveis Capital Social	Portugal	Espanha	França	Itália	Reino Unido
<i>Most people can be trusted or you can't be too careful?</i>	0.72%	18.75%	32.11%	20.65%	30.27%
<i>Most people try to take advantage of you, or try to be fair?</i>	26.65%	16.48%	13.37%	0.05%	28.55%
<i>Most of the time people helpful or mostly looking out for themselves?</i>	-6.94%	6.16%	-4.36%	17.44%	17.78%
<i>Trust in country's parliament?</i>	8.12%	5.74%	12.59%	2.47%	22.97%
<i>Trust in the legal system?</i>	19.21%	2.93%	22.21%	6.16%	26.18%
<i>Contacted politician or government official last 12 months?</i>	7.31%	2.45%	-6.46%	6.51%	1.79%
<i>Worked in political party or action group last 12 months?</i>	42.46%	7.22%	-26.82%	15.46%	2.06%
<i>Worked in another organization or association last 12 months?</i>	47.02%	13.45%	5.41%	11.47%	2.48%
<i>Taken part in lawful public demonstration last 12 months?</i>	-2.74%	10.28%	8.91%	17.40%	11.46%
<i>How often socially meet with friends, relatives or colleagues?</i>	31.42%	35.56%	23.56%	47.50%	17.89%
Média	17.32%	11.90%	8.05%	14.51%	16.14%

Nota 1. O valor 0.72%, na primeira linha/segunda coluna, significa que, para os residentes em Portugal, a nota para a saúde autoavaliada foi 0.72% maior para o grupo com CSAlto em comparação com o grupo com CSBaixo ($[(CSAlto-CSBaixo)/CSBaixo] \times 100$)

Nota 2. O sombreado indica os valores negativos para as diferenças percentuais entre as notas para CSAlto e CSBaixo

A nota média para saúde autoavaliada foi maior para o Reino Unido (0.778) e menor para Portugal (0.518) para o grupo identificado como apresentando capital social alto. Para o grupo identificado como apresentando capital social baixo, o mesmo padrão se repetiu, sendo a nota média para saúde autoavaliada maior para o Reino Unido (0.673) e menor para Portugal (0.444). Este padrão se repetiu nos resultados de seis variáveis, para o grupo identificado como apresentando capital social alto, e nos resultados de três variáveis para o grupo identificado com apresentando capital social baixo (cf. Anexo IX, Anexo X, Figura 23 e Figura 24).

Vale ressaltar que Portugal apresentou as notas mais baixas para saúde autoavaliada em nove das dez variáveis, para o grupo com capital social alto, e em dez das dez variáveis, para o grupo com capital social baixo. Por outro lado, para o grupo com capital social alto, o Reino Unido apresentou as notas mais altas para seis das dez variáveis e a Itália para as demais. E para o grupo com capital social baixo, o Reino Unido apresentou as notas mais altas para cinco das dez variáveis e a Itália para as demais. Tais resultados podem representar que existe uma percepção mais pessimista da saúde

autoavaliada em Portugal ao passo que existe uma percepção mais otimista da saúde autoavaliada no Reino Unido e na Itália.

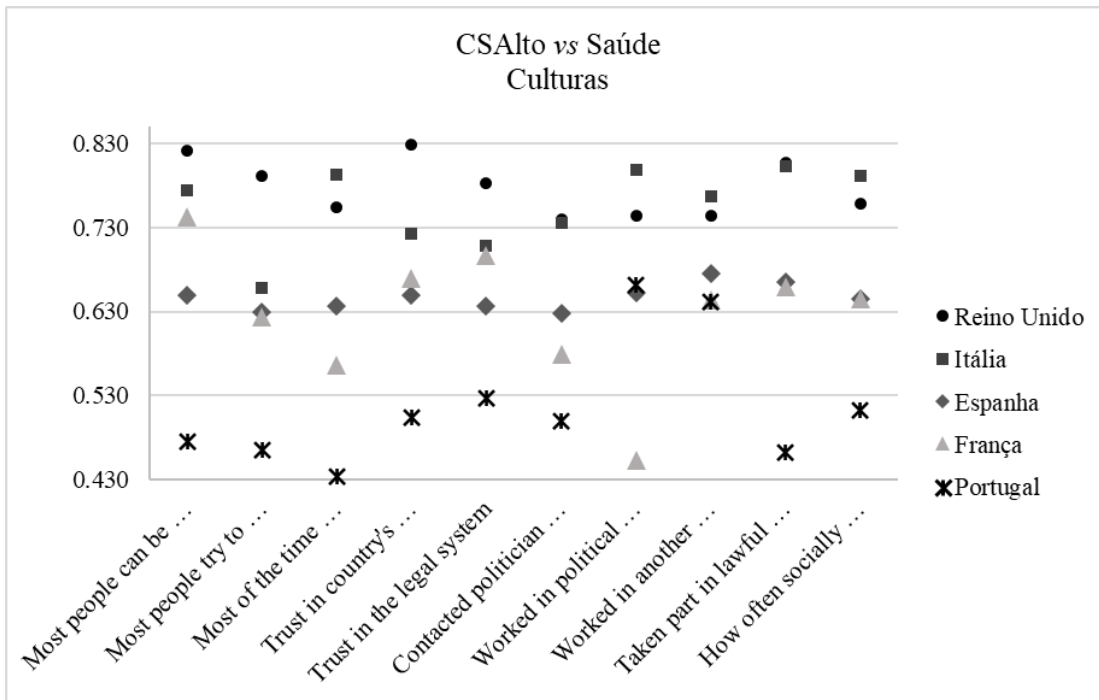


Figura 23. Notas para saúde autoavaliada - capital social alto vs saúde vs culturas

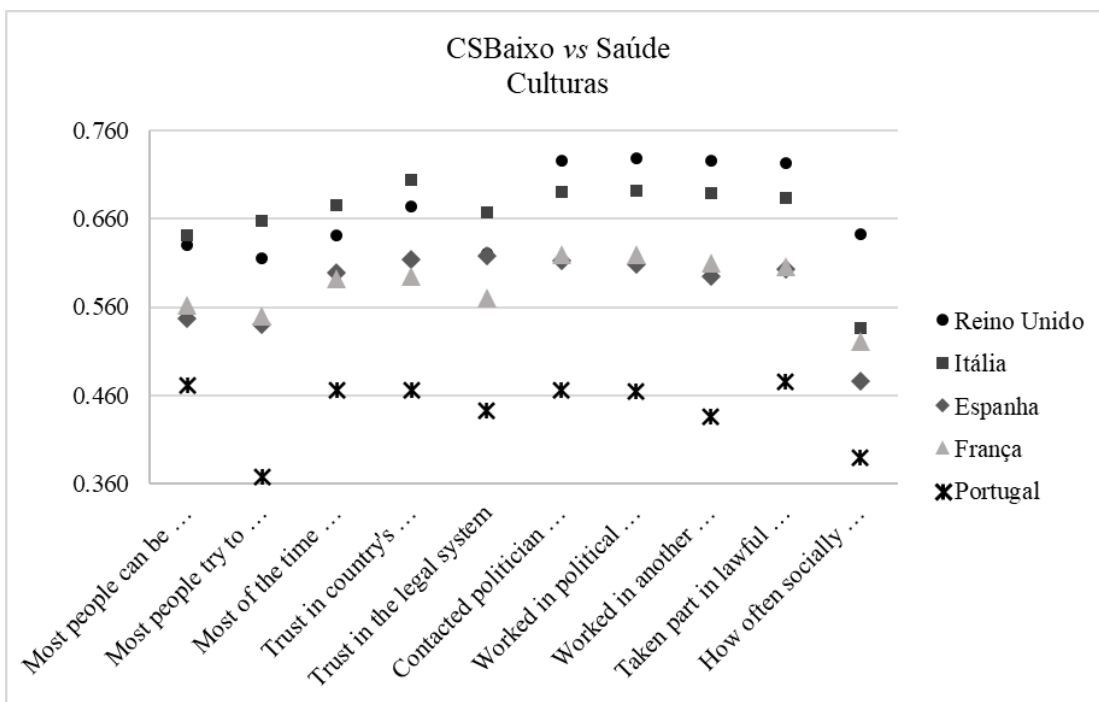


Figura 24. Notas para saúde autoavaliada - capital social baixo vs saúde vs culturas

A diferença percentual média, entre os grupos com capital social alto e capital social baixo ($[(CSAlto-CSBaixo) / CSBaixo] \times 100$), foi menor para a França (8.05%) e maior para Portugal (17.32%).

Cabe ressaltar que, para cada um dos grupos analisados em relação ao sexo, à idade, ao local de residência, a religiosidade e a cultura, as menores diferenças percentuais, entre as notas para a saúde, apresentadas pelos dois grupos ($[(CSAlto-CSBaixo) / CSBaixo] \times 100$), foram observadas para as variáveis representativas da dimensão estrutural, relacionadas a ações participativas em instituições e padrões de envolvimento cívico.

Foi observado ainda que, para cada um dos grupos analisados em relação ao sexo, à idade, ao local de residência, a religiosidade e a cultura, os resultados para o desvio padrão entre as notas para a saúde autoavaliada são baixos, com coeficientes de variação pequenos; sinalizam novamente que, a dispersão no que se refere às notas para a saúde é pequena e as variáveis representativas do capital social em análise apresentam uma resposta homogênea em relação à saúde autoavaliada (cf. Anexo VI, Anexo VII, Anexo VIII, Anexo IX e Anexo X).

5.3. Análise da associação entre Capital Social e Saúde Autoavaliada: Testes Estatísticos

No tocante aos resultados observados pelo teste *t* de Student na análise global da amostra para as relações entre as variáveis representativas do capital social e a saúde autoavaliada, verificou-se haver diferença significativa entre as respostas observadas para os grupos com capital social alto (CSAlto) e capital social baixo (CSBaixo), conforme observado para a totalidade dos artigos analisados para esta pesquisa, os quais apresentam resultados positivos para a associação entre capital social e saúde (cf. Tabela 13).

Tabela 13

Saúde e capital social alto vs Saúde e capital social baixo - Teste t de Student

	Saúde vs CSAlto	Saúde vs CSBaixo	Dif	95%IC	P-valor
Global	0.697	0.630	0.076	(0.048, 0.104)	< 0.001

Nota. Dif: média das diferenças; 95%IC: limites inferior e superior do intervalo de 95% de confiança para a média das diferenças

No que concerne os resultados observados pelo teste *t* de Student para as mesmas relações em função das variáveis contextuais, sexo, idade, local de residência e religiosidade, verificou-se haver diferença significativa entre as respostas observadas para os grupos com capital social alto (CSAlto) e capital social baixo (CSBaixo) para ambos os sexos; para as faixas etárias de 25 a 64 anos e 65 a 90 anos, mas não para a faixa etária de 15 a 24 anos; para todas as categorias de locais de residência; e tanto para a religiosidade baixa como para a religiosidade alta (cf. Tabela 14).

Tabela 14

Saúde e capital social alto vs Saúde e capital social baixo por variáveis contextuais - Teste t de Student

Variáveis Contextuais	Saúde vs CSAlto	Saúde vs CSBaixo	Dif	95%IC	P-valor
Sexo Masculino	0.715	0.644	0.071	(0.043, 0.098)	< 0.001
Sexo Feminino	0.681	0.603	0.077	(0.048, 0.107)	< 0.001
15 a 24 anos	0.851	0.847	0.004	(-0.031, 0.098)	0.811
25 a 64 anos	0.748	0.693	0.055	(0.027, 0.082)	< 0.001
65 a 90 anos	0.499	0.362	0.137	(0.106, 0.168)	< 0.001
A big city	0.712	0.625	0.087	(0.057, 0.118)	<0.001
Suburbs or outskirts	0.714	0.631	0.083	(0.042, 0.123)	<0.001
Town or small city	0.675	0.617	0.058	(0.025, 0.091)	0.0016
Country village	0.707	0.624	0.082	(0.057, 0.107)	<0.001
Farm or home in countryside	0.720	0.617	0.103	(0.069, 0.137)	<0.001
Religiosidade Baixa	0.722	0.652	0.070	(0.041, 0.099)	<0.001
Religiosidade Alta	0.654	0.563	0.092	(0.066, 0.118)	<0.001

Nota. Dif: média das diferenças; 95%IC: limites inferior e superior do intervalo de 95% de confiança para a média das diferenças

Os resultados em relação à faixa etária de 15 a 24 anos corroboram os achados anteriores, com relação à diferença percentual média entre os grupos com capital social alto e capital social baixo bem menor para esta faixa etária (cf. Anexo7), que apontavam para uma menor influência do capital social na saúde autoavaliada para esta categoria.

Vale ressaltar que, a maior média das diferenças (Dif), para a saúde autoavaliada entre os grupos com capital social alto (CSAlto) e com capital social baixo (CSBaixo), verificou-se com relação a variável contextual idade, para a faixa etária dos mais idosos. Esta diferença também se mostrou considerável, com relação à variável local de residência, para os residentes no meio rural, e com relação à variável contextual religiosidade, para o grupo com religiosidade alta.

No tocante aos resultados observados pelo teste *t* de Student para as mesmas relações em função da variável contextual cultura, representada pelas comparações entre os cinco países selecionados, verificou-se haver diferença, ao nível de significância de 1%, entre as respostas observadas para os grupos com capital social alto (CSAlto) e capital social baixo (CSBaixo) na Espanha, Itália e Reino Unido; e ao nível de significância de 5%, em Portugal. Estes resultados sinalizam que o capital social está associado positivamente com a saúde autoavaliada nestes países, mas não na França, apontando que possam existir diferenças culturais nas relações entre capital social e saúde (cf. Tabela 15).

Tabela 15

Saúde e capital social alto vs Saúde e capital social baixo por países - Teste t de Student

Países	Saúde vs CSAlto	Saúde vs CSBaixo	Dif	95%IC	P-valor
Portugal	0.518	0.444	0.074	(0.016, 0.131)	0.016
Espanha	0.647	0.582	0.065	(0.031, 0.099)	0.0014
França	0.628	0.585	0.043	(-0.016, 0.103)	0.139
Itália	0.755	0.664	0.091	(0.046, 0.137)	<0.001
Reino Unido	0.778	0.673	0.104	(0.065, 0.144)	<0.001

Nota. Dif: média das diferenças; 95%IC: limites inferior e superior do intervalo de 95% de confiança para a média das diferenças

Vale ressaltar que, a maior média das diferenças (Dif), para a saúde autoavaliada entre os grupos com capital social alto (CSAlto) e com capital social baixo (CSBaixo), verificou-se para o Reino Unido e em seguida para a Itália.

No que concerne os resultados observados pelo teste *Difference-in-Differences*, para as relações entre as variáveis representativas do capital social e a saúde autoavaliada, entre as categorias das variáveis contextuais, sexo, idade, local de residência e religiosidade, verificou-se haver diferença significativa apenas entre as faixas etárias, sendo esta diferença mais forte para a comparação da faixa etária mais alta (65 a 90 anos) com as faixas etárias mais baixas (cf. Tabela 16).

Tabela 16

Análise do efeito moderador do sexo, idade, local de residência e religiosidade - teste Difference-in-Differences

Variáveis Contextuais	P-valor
Sexo Masculino vs Sexo Feminino	0.717
15 a 24 anos vs 25 a 64 anos	0.021
15 a 24 anos vs 65 a 90 anos	<0.001
25 a 64 anos vs 65 a 90 anos	<0.001
A big city vs Country village	0.776
A big city vs Farm or home in countryside	0.480
A big city vs Suburbs or outskirts	0.848
A big city vs Town or small city	0.173
Country village vs Farm or home in countryside	0.306
Country village vs Suburbs or outskirts	0.978
Country village vs Town or small city	0.222
Farm or home in countryside vs Suburbs or outskirts	0.423
Farm or home in countryside vs Town or small city	0.054
Suburbs or outskirts vs Town or small city	0.325
Religiosidade Alta vs Religiosidade Baixa	0.231

Estes resultados sinalizam que, dentre as variáveis contextuais acima, apenas a variável contextual idade interfere nas relações entre capital social e saúde, ao nível de significância de 5%, considerando as variáveis selecionadas para representar o capital social e a saúde, bem como a amostra em análise nesta pesquisa. Essa evidência sugere ainda que a associação positiva entre capital social e saúde é mais forte para os idosos em comparação com os mais jovens. A associação entre capital social e saúde também é mais forte para o meio rural, quando comparado com vilas ou pequenas cidades, entretanto aqui a significância estatística se verifica ao nível de 10%.

Em divergência aos resultados observados por esta pesquisa, Morgan e Haglund (2009), encontraram relações significativas entre uma série de indicadores de capital social e a saúde, semelhantes ou mais fortes do que aqueles encontradas para os laços familiares, para uma amostra de crianças com idades entre 11-15 anos. Entretanto nenhum artigo abordou possíveis diferenças nas relações entre capital social e saúde nas diferentes faixas etárias.

Ainda de forma contrária aos resultados observados nesta pesquisa, Nieminen, *et al.* (2015), encontraram diferenças na intensidade da associação entre capital e saúde para os sexos, sendo esta mais forte para o sexo masculino.

No tocante aos resultados observados pelo teste *Difference-in-Differences*, para as mesmas relações, entre as categorias da variável contextual cultura, representada pelas comparações entre os cinco países selecionados, verificou-se não haver diferença significativa entre nenhuma dupla de países, mesmo quando estas duplas consideraram os países para os quais os resultados do teste *t* de Student foram significativos, entre as respostas observadas para os grupos com capital social alto (CSAlto) e capital social baixo (CSBaixo) (cf. Tabela 17).

Tabela 17

Análise do efeito moderador da cultura/país - teste Difference-in-Differences

Países	P-valor
Espanha vs França	0.490
Espanha vs Itália	0.328
Espanha vs Portugal	0.785
Espanha vs Reino Unido	0.115
França vs Itália	0.176
França vs Portugal	0.432
França vs Reino Unido	0.074
Itália vs Portugal	0.608
Itália vs Reino Unido	0.652
Portugal vs Reino Unido	0.353

Estes resultados sinalizam que a variável contextual cultura não interfere nas relações entre capital social e saúde, considerando as variáveis selecionadas para representar o capital social e a saúde, bem como a amostra em análise nesta pesquisa.

Em função dos achados descritos anteriormente, acerca da heterogeneidade observada para as variáveis representativas do capital social selecionadas para esta pesquisa (cf. Anexo IV), principalmente em relação às variáveis representativas da dimensão estrutural relacionadas a ações participativas em instituições e padrões de envolvimento cívico, que também apresentaram as menores diferenças percentuais, entre as notas para a saúde autoavaliada apresentadas pelos grupos com capital social alto (CSAlto) e capital social baixo (CSBaixo) (cf. Tabela 10); optou-se por repetir a análise estatística realizada acima, considerando-se apenas as variáveis representativas da dimensão cognitiva do capital social e a variável “*How often socially meet with friends, relatives or colleagues?*”, representativa da dimensão estrutural do capital social relacionada à quantidade de relacionamentos.

Os resultados desta nova análise, que considerou apenas seis das dez variáveis selecionadas inicialmente para representar o capital social, serão descritos em sequência e comparados com os resultados que consideraram a totalidade das variáveis representativas do capital social.

No tocante aos resultados observados pelo teste *t* de Student na análise global da amostra, para as relações entre as variáveis representativas do capital social e a saúde autoavaliada, verificou-se que o P-valor se manteve <0.001, mantendo-se a diferença significativa entre as respostas observadas para os grupos com capital social alto (CSAlto) e capital social baixo (CSBaixo).

No que concerne os resultados observados pelo teste *t* de Student, para as mesmas relações, em função das variáveis contextuais, sexo, idade, local de residência e religiosidade, verificou-se haver diferença ao nível de significância de 1%, entre as respostas observadas para os grupos com capital social alto (CSAlto) e capital social baixo (CSBaixo), para todas as categorias das variáveis analisadas, exceto para a faixa etária de 15 a 24 anos. Entretanto, também esta categoria apresentou diferença entre as respostas observadas para os grupos com capital social alto (CSAlto) e capital social baixo (CSBaixo) ao nível de significância de 5% (cf. Tabela 18).

Tabela 18

Saúde vs capital social vs variáveis contextuais - Teste t de Student para a totalidade das variáveis do capital social e para um subconjunto de variáveis do capital social

Variáveis Contextuais	P-valor Totalidade das Variáveis do CS	P-valor Subconjunto de Variáveis do CS
Sexo Masculino	< 0.001	< 0.001
Sexo Feminino	< 0.001	< 0.001
15 a 24 anos	0.811	0.043
25 a 64 anos	< 0.001	< 0.001
65 a 90 anos	< 0.001	< 0.001
A big city	<0.001	< 0.001
Suburbs or outskirts	<0.001	< 0.001
Town or small city	0.0016	< 0.001
Country village	<0.001	< 0.001
Farm or home in countryside	<0.001	< 0.001
Religiosidade Baixa	<0.001	< 0.001
Religiosidade Alta	<0.001	< 0.001

No tocante aos resultados observados pelo teste *t* de Student, para as mesmas relações, em função da variável contextual cultura, representada pelas comparações entre os cinco países selecionados, verificou-se haver diferença, ao nível de significância de 1%, entre as respostas observadas para os grupos com capital social alto (CSAlto) e capital social baixo (CSBaixo), na França e no Reino Unido. Quando se considerou o nível de significância de 5%, também se verificou haver diferença em Portugal, na Espanha e na Itália. Assim, por esta nova análise, o capital social interfere na saúde autoavaliada em todos os países selecionados (cf. Tabela 19).

Tabela 19

Saúde vs capital social vs cultura - Teste t de Student para a totalidade das variáveis do capital social e para um subconjunto de variáveis do capital social

Países	P-valor	P-valor
	Totalidade das Variáveis do CS	Subconjunto de Variáveis do CS
Portugal	0.016	0.047
Espanha	0.0014	0.020
França	0.139	0.007
Itália	<0.001	0.016
Reino Unido	<0.001	<0.001

No que concerne os resultados observados pelo teste *Difference-in-Differences*, para as relações entre as variáveis representativas do capital social e a saúde autoavaliada, entre as categorias das variáveis contextuais, sexo, idade, local de residência e religiosidade, verificou-se novamente haver diferença significativa apenas entre as faixas etárias, sendo esta diferença mais forte para a comparação da faixa etária mais alta (65 a 90 anos) com as faixas etárias mais baixas (cf. Tabela 20).

Tabela 20

Análise do efeito moderador do sexo, idade, local de residência e religiosidade - teste Difference-in-Differences para a totalidade das variáveis do capital social e para um subconjunto de variáveis do capital social

Variáveis Contextuais	P-valor Totalidade das Variáveis do CS	P-valor Subconjunto de Variáveis do CS
Sexo Masculino vs Sexo Feminino	0.717	0.740
15 a 24 anos vs 25 a 64 anos	0.021	0.011
15 a 24 anos vs 65 a 90 anos	<0.001	<0.001
25 a 64 anos vs 65 a 90 anos	<0.001	0.009
A big city vs Country village	0.776	0.824
A big city vs Farm or home in countryside	0.480	0.523
A big city vs Suburbs or outskirts	0.848	0.418
A big city vs Town or small city	0.173	0.375
Country village vs Farm or home in countryside	0.306	0.342
Country village vs Suburbs or outskirts	0.978	0.221
Country village vs Town or small city	0.222	0.376
Farm or home in countryside vs Suburbs or outskirts	0.423	0.924
Farm or home in countryside vs Town or small city	0.054	0.138
Suburbs or outskirts vs Town or small city	0.325	0.076
Religiosidade Alta vs Religiosidade Baixa	0.231	0.545

Estes resultados sinalizam que, mesmo considerando a seleção das variáveis representativas do capital social com menor heterogeneidade, dentre as variáveis contextuais acima apenas a variável idade interfere nas relações entre capital social e saúde, considerando a amostra em análise nesta pesquisa.

No tocante aos resultados observados pelo teste *Difference-in-Differences*, para as mesmas relações, entre as categorias da variável contextual cultura, representada pelas comparações entre os cinco países selecionados, verificou-se haver diferença, ao nível de significância de 1%, entre Portugal e Reino Unido. Quando se considerou o nível de significância de 5%, também se verificou haver diferença entre Espanha e Reino Unido (cf. Tabela 21).

Tabela 21

Análise do efeito moderador da cultura/país - teste Difference-in-Differences para a totalidade das variáveis do capital social e para um subconjunto de variáveis do capital social

Países	P-valor Totalidade das Variáveis do CS	P-valor Subconjunto de Variáveis do CS
Espanha vs França	0.490	0.640
Espanha vs Itália	0.328	0.641
Espanha vs Portugal	0.785	0.489
Espanha vs Reino Unido	0.115	0.011
França vs Itália	0.176	0.964
França vs Portugal	0.432	0.279
França vs Reino Unido	0.074	0.068
Itália vs Portugal	0.608	0.307
Itália vs Reino Unido	0.652	0.119
Portugal vs Reino Unido	0.353	0.0018

Estes resultados sinalizam que a variável contextual cultura pode interferir nas relações entre capital social e saúde, considerando a seleção das variáveis representativas do capital social com menor heterogeneidade, bem como a amostra em análise nesta pesquisa.

Conforme sinalizado anteriormente, a magnitude da média das diferenças (Dif), para a saúde autoavaliada entre os grupos com capital social alto (CSAlto) e com capital social baixo (CSBaixo), é superior no Reino Unido, quer na comparação com Portugal quer com a Espanha (cf. Tabela 15). Tais resultados são corroborados pelas evidências do teste *Difference-in-Differences*, sugerindo que a associação positiva entre capital social e saúde é mais forte no Reino Unido do que nos outros dois países.

As diferenças observadas nos resultados apresentados pelos dois grupos de análises, considerando a totalidade das variáveis ou as variáveis selecionadas por apresentarem menor heterogeneidade, sinalizam que as relações entre capital social e saúde são dependentes das variáveis do capital social em análise, como relatado em alguns artigos analisados para esta pesquisa (Tobiasz-Adamczyk e Zawisza, 2017; Pinillos-Franco e Kawachi, 2018).

6. Conclusões

Esta pesquisa analisou as relações entre capital social e saúde, e em que medida estas relações são influenciadas por variáveis contextuais, para uma amostra de indivíduos com 15 anos ou mais, residentes em 21 países europeus participantes do *European Social Survey* (ESS), para os anos de 2016 e 2018.

O capital social foi representado por cinco variáveis em sua dimensão cognitiva, relacionada à percepção de confiança, reciprocidade e satisfação com relacionamentos, normas e valores; e por cinco variáveis em sua dimensão estrutural, relacionada à quantidade de relacionamentos, ações participativas em instituições e padrões de envolvimento cívico e redes de associações.

A saúde foi retratada pelo estado de saúde autoavaliado, transformado em uma variável binária, interessando de um lado a saúde “boa” e do outro lado a saúde “má”. As variáveis contextuais analisadas foram sexo, idade, local de residência, religiosidade e cultura (país de residência).

Como principais resultados para as análises realizadas podemos citar que:

- i. Para as relações entre as variáveis representativas do capital social e a saúde autoavaliada, na análise global da amostra, de acordo com o teste *t* de Student, verificou-se haver diferença significativa (nível de significância de 1%) entre as respostas observadas para os grupos com capital social alto (CSAlto) e capital social baixo (CSBaixo); sinalizando para uma associação fortemente positiva entre estas duas variáveis.
- ii. Em função das variáveis contextuais, sexo, idade, local de residência e religiosidade, a relação positiva entre capital social e saúde foi observada nos grupos classificados, tendo-se confirmado a existência de diferença estatisticamente significativa (nível de significância de 1%) entre as respostas observadas para os grupos com capital social alto (CSAlto) e capital social baixo (CSBaixo) para ambos os sexos; para as faixas etárias de 25 a 64 anos e 65 a 90 anos; para todas as categorias de locais de residência; e tanto para a religiosidade baixa como para a religiosidade alta; sinalizando uma associação fortemente positiva entre capital social e saúde, exceto para a faixa etária de 15 a 24 anos.

- iii. Em função da variável contextual cultura, representada pela comparação entre cinco países, a relação positiva entre capital social e saúde foi observada nos grupos classificados, tendo-se confirmado a existência de diferença estatisticamente positiva, ao nível de significância de 5%, entre as respostas observadas para os grupos com capital social alto (CSAlto) e capital social baixo (CSBaixo) na Espanha, Itália, Portugal e Reino Unido; sinalizando uma associação positiva entre capital social e saúde, com intensidades diferentes entre os países. Para a França, essa associação só se verificou ao nível de significância de 15%, não apresentando relevância estatística. Estes dados apontam para que possam existir diferenças culturais nas relações entre capital social e saúde.
- iv. Em relação ao efeito moderador das variáveis contextuais, sexo, idade, local de residência e religiosidade, de acordo com o teste *Difference-in-Differences*, verificou-se haver diferença significativa (nível de significância de 5%) apenas entre as faixas etárias, sinalizando que esta variável influencia as relações entre capital social e saúde. Ao nível de significância de 10% também se verificou diferença entre os residentes no campo e nas vilas ou pequenas cidades.
- v. Com relação ao efeito moderador da variável contextual cultura, verificou-se não haver diferença estatisticamente significativa entre nenhuma dupla de países. Estes resultados sinalizam que a variável contextual cultura, representada nesta pesquisa pelo país de residência, não interfere nas relações entre capital social e saúde.

Em função da heterogeneidade observada para as variáveis representativas do capital social, principalmente aquelas da dimensão estrutural, relacionadas a ações participativas em instituições e padrões de envolvimento cívico, optou-se por repetir as análises desta pesquisa considerando-se apenas as variáveis representativas da dimensão cognitiva do capital social e aquela da dimensão estrutural relacionada à quantidade de relacionamentos.

No geral os resultados se mantiveram, entretanto, em função das variáveis contextuais, também verificou-se haver diferença ao nível de significância de 5%, para a faixa etária de 15 a 24 anos e para a França; e em relação ao efeito moderador das variáveis contextuais, verificou-se haver diferença significativa, ao nível de significância de 5%, entre Portugal e Reino Unido e entre Espanha e Reino Unido; sinalizando que a variável

contextual cultura, para este subconjunto de variáveis do capital social, interfere nas relações entre capital social e saúde.

As diferenças observadas nos resultados apresentados pelos dois grupos de análises, considerando a totalidade das variáveis ou as variáveis selecionadas por apresentarem menor heterogeneidade, sinalizam que as relações entre capital social e saúde são dependentes das variáveis do capital social em análise.

Os resultados desta pesquisa confirmam a associação positiva entre capital social e saúde. Em alguns casos, de exceção, e para certas dimensões do capital social, esta associação não é tão clara. Com relação ao efeito moderador das variáveis contextuais em análise, em termos globais não se encontrou evidência de sua existência, se fazendo necessários estudos complementares. Entretanto, os resultados obtidos sugerem que o capital social é particularmente importante para a saúde dos mais idosos. Enquanto nos mais jovens, tipicamente saudáveis, o capital social aparenta não ter qualquer impacto na saúde, nos mais velhos, com saúde débil, o capital social pode funcionar como um fator protetor. Estes resultados são pertinentes num continente envelhecido como é a Europa.

A heterogeneidade das respostas observadas em relação às variáveis do capital selecionadas para esta pesquisa, bem como os resultados distintos apresentados pelos dois grupos de análises realizadas, fortalece a necessidade de se avaliar as relações entre capital social e saúde, não apenas em função de diferentes contextos populacionais, mas também em função dos diferentes significados que esta dimensão pode representar para cada um destes contextos. Pesquisas futuras merecem estratificar as populações e avaliar, para cada estrato, qual é a representação do capital social mais significativa.

Vale ressaltar ainda que, as conclusões aqui apresentadas baseiam-se em uma análise bivariada, e, trabalhos futuros deverão testar se as mesmas se mantêm com análises multivariadas.

Referências Bibliográficas

- Ball, K., Jeffery, R. W., Abbott, G., McNaughton, S. A., & Crawford, D. (2010). Is healthy behavior contagious: associations of social norms with physical activity and healthy eating. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 7, 86-86. doi:10.1186/1479-5868-7-86.
- Bertotti, M., Watts, P., Netuveli, G., Yu, G., Schmidt, E., Tobi, P., Lais, S., Renton, A. (2013). Types of social capital and mental disorder in deprived urban areas: a multilevel study of 40 disadvantaged London neighbourhoods. *PloS one*, 8(12), e80127. doi: 10.1371/journal.pone.0080127. PMID: 24312459; PMCID: PMC3846561.
- Bourdieu, P., & Richardson, J. G. (1986). Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education. *The forms of capital*, 241-258. New York: Greenwood.
- Coleman, J. S. (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology*, 94, S95-S120. Available online <http://www.jstor.org/stable/2780243>.
- Durkheim, E. (1897). Suicide: A Study in Sociology, ed. George Simpson. In: London: Routledge and Kegan Paul.
- Ehsan, A., Klaas, H. S., Bastianen, A., & Spini, D. (2019). Social capital and health: A systematic review of systematic reviews. *SSM - population health*, 8, 100425-100425. doi:10.1016/j.ssmph.2019.100425.
- Fiorillo, D., & Sabatini, F. (2015). Structural social capital and health in Italy. *Economics & Human Biology*, 17, 129-142. doi:10.1016/j.ehb.2015.02.004.
- Forsman, A. K., Nyqvist, F., Schierenbeck, I., Gustafson, Y. G., & Wahlbeck, K. Structural and cognitive social capital and depression among older adults in two Nordic regions. *Aging & mental health*. 2012;16(6):771-779. doi:10.1080/13607863.2012.667784.
- Gilbert, K. L., Quinn, S. C., Goodman, R. M., Butler, J., & Wallace, J. (2013). A meta-analysis of social capital and health: a case for needed research. *Journal of health psychology*, 18(11), 1385-1399. doi.org/10.1177/1359105311435983.
- Giordano, G. N., Merlo, J., Ohlsson, H., Rosvall, M., & Lindström, M. (2013). Testing the association between social capital and health over time: a family-based design. *BMC Public Health*, 13(1), 665. doi: 10.1186/1471-2458-13-665. PMID: 23866259; PMCID: PMC3725154.

- Hanifan, L. J. (1916). The rural school community center. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 67(1), 130-138. Available online <http://www.socialcapitalgateway.org/it/content/paper/hanifan-l-j-1916-rural-school-community-centre-annals-american-academy-political-and-s>.
- Healy, T., & Côté, S. (2001). OECD. The Well-Being of Nations. The Role of Human and Social Capital. In: Paris.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21-37. doi:10.2307/2955359.
- Islam, M. K., Merlo, J., Kawachi, I., Lindström, M., & Gerdtham, U.-G. (2006). Social capital and health: does egalitarianism matter? A literature review. *International journal for equity in health*, 5(1), 3.
- Kawachi, I. (1999). Social Capital and Community Effects on Population and Individual Health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 120-130. doi:10.1111/j.1749-6632.1999.tb08110.x.
- Kim, D., Subramanian, S. V., & Kawachi, I. (2008). Social Capital and Physical Health. In I. Kawachi, S. V. Subramanian, & D. Kim (Eds.), *Social Capital and Health* (pp. 139-190). New York, NY: Springer New York.
- Maass, R., Kloeckner, C. A., Lindström, B., & Lillefjell, M. (2016). The impact of neighborhood social capital on life satisfaction and self-rated health: A possible pathway for health promotion? *Health & place*, 42, 120-128. . doi: 10.1016/j.healthplace.2016.09.011. Epub 2016 Oct 19. PMID: 27770668.
- Mohnen, S. M., Völker, B., Flap, H., & Groenewegen, P. P. (2012). Health-related behavior as a mechanism behind the relationship between neighborhood social capital and individual health - a multilevel analysis. *BMC Public Health*, 12(1), 116. doi:10.1186/1471-2458-12-116.
- Morgan, A., & Haglund, B. J. (2009). Social capital does matter for adolescent health: evidence from the English HBSC study. *Health Promotion International*, 24(4), 363-372. doi:10.1093/heapro/dap028.
- Muckenhuber, J., Pollak, L., Stein, K. V., & Dorner, T. E. (2016). Individual cognitive social capital and its relationship with pain and sick leave due to pain in the Austrian population. *PloS one*, 11(6), e0157909. doi: 10.1371/journal.pone.0157909. PMID: 27322649; PMCID: PMC4913900.
- Murayama, H., Fujiwara, Y., & Kawachi, I. (2012). Social capital and health: a review of prospective multilevel studies. *Journal of epidemiology*, 22(3), 179-187.1203140304-1203140304.
- Nieminen, T., Härkänen, T., Martelin, T., Borodulin, K., & Koskinen, S. (2015). Social capital and all-cause mortality among Finnish men and women aged 30–79. *The European Journal of Public Health*, 25(6), 972-978. doi:10.1093/eurpub/ckv058.

- Nogueira, H. (2009). Healthy communities: The challenge of social capital in the Lisbon Metropolitan Area. *Health & place, 15*(1), 133-139. doi:10.1016/j.healthplace.2008.03.005.
- Nummela, O., Sulander, T., Karisto, A., & Uutela, A. (2009). Self-rated health and social capital among aging people across the urban–rural dimension. *International journal of behavioral medicine, 16*(2), 189-194. doi:10.1007/s12529-008-9027-z.
- Nyqvist, F., Nygård, M., & Steenbeek, W. (2014). Social capital and self-rated health amongst older people in Western Finland and Northern Sweden: a multi-level analysis. *International journal of behavioral medicine, 21*(2), 337-347. doi:10.1007/s12529-013-9307-0.
- Pinillos-Franco, S., & Kawachi, I. (2018). The relationship between social capital and self-rated health: A gendered analysis of 17 European countries. *Social science & medicine, 219*, 30-35. doi:10.1007/s12529-013-9307-0.
- Poder, T. G. (2011). What is Really Social Capital? A Critical Review. *The American Sociologist, 42*(4), 341. doi:10.1007/s12108-011-9136-z.
- Portes, A. (1998). Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology, 24*(1), 1-24.
- Putnam, R. D. (1993). The prosperous community: Social capital and public life. *The american prospect, 13*(Spring), Vol. 4. Available online: <http://www.prospect.org/print/vol/13>.
- Putnam, R. D., Leonardi, R., & Nanetti, R. Y. (1993). *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*: Princeton university press.
- Rocco, L., Fumagalli, E., & Suhrcke, M. (2014). From social capital to health—and back. *Health economics, 23*(5), 586-605. doi:10.1002/hec.2934.
- Souza, E. M. d., & Grundy, E. (2004). Health promotion, social epidemiology, and social capital: associations and perspectives for public health. *Cadernos de Saúde Pública, 20*(5), 1354-1360.
- Stansfeld, S. A., Marmot, M., & Wilkinson, R. (2006). Social support and social cohesion. *Social determinants of health, 2*, 148-171.
- Szreter, S., & Woolcock, M. (2004). Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology, 33*(4), 650-667. doi:10.1093/ije/dyh013.
- Tampubolon, G., Subramanian, S., & Kawachi, I. (2013). Neighbourhood Social Capital And Individual Self-Rated Health In Wales. *Health economics, 22*(1), 14-21. doi:10.1002/hec.1808.

- Tobiasz-Adameczyk, B., & Zawisza, K. (2017). Urban-rural differences in social capital in relation to self-rated health and subjective well-being in older residents of six regions in Poland. *Ann Agric Environ Med*, 24(2), 162-170. doi: 10.26444/aaem/74719. Epub 2017 Jun 12. PMID: 28664687.
- Villalonga-Olives, E., & Kawachi, I. (2015). The measurement of social capital. *Gaceta sanitaria*, 29(1), 62-64. doi:10.1016/j.gaceta.2014.09.006.
- Waverijn, G., Wolfe, M. K., Mohnen, S., Rijken, M., Spreuwenberg, P., & Groenewegen, P. (2014). A prospective analysis of the effect of neighbourhood and individual social capital on changes in self-rated health of people with chronic illness. *BMC Public Health*, 14(1), 675. doi: 10.1186/1471-2458-14-675. PMID: 24990255; PMCID: PMC4105130.
- World Bank: 1998, 'The initiative on defining, monitoring and measuring social capital. Overview and program description'. *Social Capital Initiative Working Paper*, 1.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>.

ANEXOS

ANEXO I - Características dos artigos

Título / Autor(es) Periódico / Ano	Amostra	Objetivos	Variáveis	Resultados
Healthy communities: the challenge of social capital in the Lisbon Metropolitan Area Nogueira H. <i>Health & Place</i> , 2009	Dados da Pesquisa Nacional de Saúde para os anos de 1998/1999 para indivíduos maiores de 15 anos residentes na Área Metropolitana de Lisboa (N = 4.577).	Examinar a contribuição de diferentes níveis de diferentes tipos (<i>bonding</i> , <i>linking and bridging</i>) do capital social para a saúde nas freguesias da Área Metropolitana de Lisboa.	CS: o capital social do tipo <i>bonding</i> (vínculos) foi medido por um indicador de participação social e coesão; o do tipo <i>linking</i> (ligações), foi medido por um indicador de participação política; e o do tipo <i>bridging</i> (conexões) foi medido por um indicador de proteção familiar.	O capital social esteve fortemente associado à autoavaliação da saúde, mesmo após um ajuste para atributos individuais. Não é possível separar o planeamento da saúde do planeamento urbano e da promoção do capital social.
“Self-rated health and social capital among aging people across the urban-rural dimension.” Nummela, O., <i>et al.</i> <i>International Journal of Behavioral Medicine</i> , 2009	Dados de uma pesquisa postal, realizada em 2002, entre homens e mulheres nascidos entre 1926-1930, 1936-1940 ou 1946-1950, estratificados por idade, sexo e município de residência (N = 2.815).	Investigar as relações entre a saúde autoavaliada e variáveis representativas do capital social: confiança, redes sociais, participação social e acesso à ajuda, entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais na Finlândia.	CS: confiança; contato social com familiares; contato social com amigos; participação social; acesso à ajuda. Saúde: saúde autoavaliada.	Participação social ativa e acesso à ajuda foram associados a uma melhor saúde autoavaliada, especialmente nas áreas urbanas e rurais escassamente povoadas.
“Social capital does matter for adolescent health: evidence from the English HBSC.” Morgan, A. e Haglund, B.J.A. <i>Health promotion international</i> , 2009	Dados do estudo Health Behavior in School Aged Children, compondo uma amostra aleatória de crianças com idades entre 11-15 anos, em 80 escolas na Inglaterra (N = 6.425).	Medir e avaliar a importância relativa de uma série de indicadores sociais que representam os diferentes domínios do capital social na saúde, bem-estar e comportamentos relacionados à saúde dos jovens.	CS: sentimento de pertencimento; autonomia e controle; redes sociais. Saúde: saúde autoavaliada; bem-estar autoavaliado; comportamentos de promoção de saúde; comportamentos de risco.	Foram encontradas relações significativas entre uma série de indicadores de CS e a saúde e os desfechos de saúde selecionados, independentemente de outras variáveis sociodemográficas e socioeconômicas. A força da associação foi variável e em alguns casos, o CS produziu relações semelhantes ou mais fortes com alguns indicadores de saúde do que aqueles encontrados para os laços familiares.

<p>“Structural and cognitive social capital and depression among older adults in two Nordic regions.” Forsman, A. K., <i>et al.</i> <i>Aging & mental health</i>, 2012</p>	<p>Dados de um estudo de 2010 cuja base populacional incluiu idosos residentes da região de Bothnia, entre Suécia e Finlândia (N = 6 838).</p>	<p>Estudar a associação entre depressão e os aspectos estrutural e cognitivo do capital social em duas regiões Nórdicas.</p>	<p>CS estrutural: frequência de contatos sociais com amigos e vizinhos. CS cognitivo: percepções de confiança interpessoal para amigos e vizinhos. Saúde: Depressão foi mensurada através do questionário Geriatric Depression Scale 4.</p>	<p>Foram identificadas associações estatisticamente significativas entre depressão e CS, entretanto para a confiança interpessoal para com os vizinhos essa associação não foi significativa. Os resultados reforçam a conexão entre CS e saúde mental na vida adulta, mas que a mesma difere dependendo dos vários tipos de rede.</p>
<p>“Neighborhood social capital and individual self-rated health in Wales.” Tampubolon, G., Subramanian, S.V., Kawachi, I. <i>Health economics</i>, 2013</p>	<p>Dados pareados de duas pesquisas secundárias: Welsh Health Survey 2007 e Living in Wales 2007 (N = 13.557).</p>	<p>Estudar as influências do capital social da comunidade e sua privação na saúde autoavaliada e na mediação dos comportamentos de saúde.</p>	<p>CS: medidas de capital social a nível da comunidade: “Você diria que confia na maioria das pessoas da vizinhança?” “O que você mais gosta de morar nesta vizinhança?” Saúde: saúde autoavaliada, fumo e consumo de álcool acima do limite recomendado</p>	<p>Viver entre vizinhos confiantes, independente do próprio senso de confiança, está associado a uma melhor saúde autoavaliada. Para um nível de significância de 5%, o CS da comunidade não afeta os comportamentos de saúde, embora para 8%, a confiança na vizinhança e a simpatia estejam associadas à redução do tabagismo. A saúde autoavaliada, embora útil, não substitui medidas objetivas.</p>
<p>“Types of social capital and mental disorder in deprived urban areas: a multilevel study of 40 disadvantaged London neighborhoods.” Bertotti M., <i>et al.</i> <i>Public Library of Science One</i>, 2013</p>	<p>Dados de adultos com idades entre 16-97 anos selecionados aleatoriamente em 40 bairros desfavorecidos de Londres (N = 4.214).</p>	<p>Examinar até que ponto o capital social individual e de nível ecológico, cognitivo e estrutural, estão associados a transtornos mentais, e a mudança longitudinal da associação entre CS de nível ecológico, cognitivo e estrutural, e estes transtornos mentais.</p>	<p>CS estrutural: redes sociais e participação cívica. CS cognitivo: percepções em relação à vizinhança e ao apoio social. Saúde: General Health Questionnaire (GHQ-12).</p>	<p>Distinguindo conceitualmente os componentes cognitivos e estruturais como a qualidade e a quantidade do CS, respectivamente, este estudo concluiu que a quantidade, e não a qualidade do CS é importante em relação aos transtornos mentais, em ambos os níveis individual e ecológico, em áreas urbanas desfavorecidas</p>

<p>“Testing the association between social capital and health over time: a family-based design.” Giordano, G. N., <i>et al.</i> <i>BMC Public Health</i>, 2013</p>	<p>Dados do British Household Panel Survey um estudo longitudinal conduzido pelo Centro de Pesquisa Social e Econômica do Reino Unido, para os anos de 2003, 2005, 2007 e 2008 (N = 6.982).</p>	<p>Investigar a validade das associações entre dois proxies comuns de CS, confiança generalizada e participação social e a saúde autoavaliada, empregando um desenho baseado na família, em um estudo longitudinal multinível.</p>	<p>CS: confiança generalizada e participação social. Saúde: saúde autoavaliada.</p>	<p>A associação entre confiança e participação social, e saúde autoavaliada parece ser influenciada por fatores ambientais compartilhados. No entanto, mesmo após a introdução destes na análise, a associação entre saúde autoavaliada e a confiança permaneceu, podendo esta ser um preditor independente.</p>
<p>“From social capital to health--and back.” Rocco, L., Fumagalli, E., Suhrcke, M. <i>Health economics</i>, 2014</p>	<p>Dados de quatro rondas do European Social Survey, entre os anos de 2002 e 2008 (N = 130.000).</p>	<p>Avaliar a relação causal entre saúde e capital social, medido pela confiança generalizada, tanto no nível individual quanto no nível da comunidade. Avaliar vínculo causal simultâneo de duas vias entre o social capital e saúde e analisar em que nível o relacionamento opera.</p>	<p>CS: O CS individual foi avaliado pelo grau individual de confiança através da questão “De um modo geral, você diria que a maioria das pessoas é confiável?” O CS da comunidade associado ao indivíduo <i>i</i> foi medido como a confiança média de seu grupo de referência, composto pelo conjunto de pessoas com as quais tem maior probabilidade de se relacionar. Saúde: saúde autoavaliada.</p>	<p>Existe uma relação causal e positiva entre a autopercepção da saúde e o CS que atua nas duas direções. A magnitude dos coeficientes estruturais sugere que o CS individual é um forte determinante da saúde, enquanto o CS a nível da comunidade desempenha um papel consideravelmente menor na determinação da saúde.</p>
<p>“Social capital and self-rated health amongst older people in Western Finland and Northern Sweden: a multi-level analysis.” Nyqvist, F., Nygård, M., Steenbeek, W. <i>International journal of behavioral medicine</i>, 2014</p>	<p>Dados de uma pesquisa postal transversal conduzida em 2010, que incluiu indivíduos com 65, 70, 75 e 80 anos que viviam nas regiões de Bótnia, Västerbotten e Pohjanmaa (N = 6.838).</p>	<p>Avaliar a relação entre o capital social em nível municipal e individual e a saúde autoavaliada entre os idosos na Finlândia Ocidental e no norte da Suécia.</p>	<p>CS: confiança interpessoal e participação social. Saúde: saúde autoavaliada.</p>	<p>Confiança e participação social no nível individual apresentam associação positiva e significativa com a saúde autoavaliada. Foi encontrada uma associação negativa entre confiança ao nível da comunidade e saúde. Pesquisas futuras devem avaliar outras formas de definir o CS no nível coletivo, como a inclusão do CS a nível da comunidade.</p>

<p>“A prospective analysis of the effect of neighborhood and individual social capital on changes in self-rated health of people with chronic illness.” Waverijn, G., <i>et al.</i> <i>BMC Public Health</i>, 2014</p>	<p>Dados do "Housing and living survey 2006", sobre medidas do CS a nível da comunidade; do "Statistics Netherlands", com variáveis de controle da população; e do "National Panel of the Chronically ill and Disabled", para construir uma medida da saúde autoavaliada e do CS individual, em uma amostra de indivíduos não institucionalizados com doença crônica (N = 1.048).</p>	<p>Examinar a relação entre capital social, tanto ao nível individual quanto ao nível da comunidade, na saúde autoavaliada e as mudanças ao longo do tempo entre indivíduos com doença somática crônica.</p>	<p>CS: o capital social individual e a nível da comunidade foi derivado de dez itens do questionário "National Panel of the Chronically ill and Disabled". Saúde: saúde autoavaliada, em 2005 como base e depois anualmente até 2008; conforme a escala 'saúde geral' da pesquisa de estado de saúde RAND-36.</p>	<p>Níveis mais altos de CS individual e a nível da comunidade afetam de forma independente e positiva as mudanças na saúde autoavaliada de indivíduos com doenças crônicas. Embora a maior parte da variação na saúde seja explicada ao nível individual, o ambiente social deve ser considerado com uma possível influência relevante na saúde.</p>
<p>“Social capital and all-cause mortality among Finnish men and women aged 30-79.” Nieminen, T., <i>et al.</i> <i>European Journal of Public Health</i>, 2015</p>	<p>Dados do Health 2000 Examination Survey, um estudo longitudinal da população adulta finlandesa, entre os anos de 2000 e 2001 (N = 7.210).</p>	<p>Estudar as associações entre o capital social e todas as causas de mortalidade entre indivíduos em idade produtiva e idosos, em um estudo longitudinal de 9 anos.</p>	<p>CS: 36 variáveis representativas de três dimensões do capital social: apoio social, participação e redes sociais e confiança e reciprocidade. Saúde: registros de mortalidade obtidos no Instituto de Seguridade Social da Finlândia, vinculados aos dados do Health 2000.</p>	<p>Ausência de participação social foi associada a maior risco de mortalidade, mesmo após o ajuste para os outros fatores. A associação foi mais forte para os homens. As outras duas dimensões foram associadas à mortalidade quando houve ajuste apenas para a idade. Mas essa associação desapareceu quando a participação social foi incluída no modelo.</p>
<p>“Structural social capital and health in Italy.” Fiorillo, D. e Sabatini, F. <i>Economics and Human Biology</i>, 2015</p>	<p>Dados da Pesquisa Multifuncional em Domicílios conduzida pelo Instituto Italiano de Estatística por meio de entrevistas em uma amostra nacional e regional de 24.000 domicílios (N = 50.000).</p>	<p>Contribuir para a literatura ao realizar a primeira avaliação da relação entre capital social individual e saúde na Itália.</p>	<p>CS estrutural: frequência de reuniões com amigos. Saúde: saúde autoavaliada.</p>	<p>O CS estrutural individual melhora as condições de saúde, provavelmente por meio de canais de difusão de informações sobre saúde, de mecanismos de assistência mútua e da promoção de comportamentos saudáveis; além da capacidade destas interações fornecerem suporte moral e afetivo, que mitiga o sofrimento.</p>

<p>“The impact of neighborhood social capital on life satisfaction and self-rated health: A possible pathway for health promotion?” Maass R., <i>et al.</i> <i>Health Place</i>, 2016</p>	<p>Dados de uma pesquisa populacional transversal em um município norueguês de médio porte (N = 865).</p>	<p>Investigar as relações entre capital social a nível da comunidade, saúde autoavaliada e satisfação com a vida.</p>	<p>CS: o capital social foi medido por meio de sete questões usadas no estudo norueguês HUNT e que incluem avaliações de diferentes aspectos do capital social individual e a nível da comunidade. Saúde: satisfação com a vida e saúde autoavaliada.</p>	<p>No modelo aplicado, o CS apresentou um impacto maior forte na satisfação com a vida do que na saúde autoavaliada. Aumentar o capital social na comunidade pode ser uma estratégia benéfica para promover a satisfação com a vida, bem como fortalecer o senso de coerência mesmo em comunidades saudáveis.</p>
<p>“Individual Cognitive Social Capital and Its Relationship with Pain and Sick Leave Due to Pain in the Austrian Population.” Muckenhuber, J., <i>et al.</i> <i>Public Library of Science One</i>, 2016</p>	<p>Dados do estudo austríaco Health Interview Survey, incluindo indivíduos com mais de 15 anos (N = 15.474).</p>	<p>Investigar a associação entre CS e medidas relacionadas à dor.</p>	<p>CS cognitivo: objetivando analisar as percepções subjetivas dos recursos sociais acessíveis, foi construído um indicador utilizando nove itens do questionário WHOQOL-Bref. Saúde: percepção de dor.</p>	<p>Indivíduos com menos CS tiveram maior chance de dor intensa. Mesmo após o ajuste para idade, educação e presença de uma doença crônica, a chance de sofrer de dor intensa aumentou com a diminuição do capital social.</p>
<p>“Urban-rural differences in social capital in relation to self-rated health and subjective well-being in older residents of six regions in Poland.” Tobiasz-Adamczyk, B., Zawisza, K. <i>Annals of Agricultural and Environmental Medicine</i>, 2017</p>	<p>Dados do estudo transversal COURAGE realizado na Europa em 2011-2012, para a população polonesa adulta, com 65 anos ou mais, não institucionalizada (N = 1.299).</p>	<p>Avaliar as diferenças entre as áreas rurais e urbanas no que diz respeito ao papel do capital social e seu efeito na saúde autoavaliada e no bem-estar subjetivo entre os idosos na Polônia.</p>	<p>CS: apoio social foi medido pela escala de OSLO-3; solidão foi avaliada por meio da escala de UCLA; confiança foi medida como um fator de 5 itens; participação foi avaliada como um fator de 8 itens; rede social foi medida pelo índice de COURAGE. Saúde: saúde autoavaliada e bem-estar subjetivo.</p>	<p>Em áreas urbanas, as redes sociais e a participação social influenciaram positivamente a saúde autoavaliada positiva; enquanto na zona rural, o número de anos de escolaridade e o suporte social tiveram o mesmo papel. Em residentes rurais, o bem-estar subjetivo foi influenciado positivamente pelas redes sociais. Tanto a saúde autoavaliada, quanto o bem-estar subjetivo, foram influenciadas negativamente pelo aumento do nível de solidão e do número de doenças crônicas.</p>

“The relationship between social capital and self-rated health: A gendered analysis of 17 European countries.”
Pinillos-Franco, S., Kawachi I.
Social science & medicine,
2018

Dados de 17 países
participantes do European
Social Survey no ano de 2016
(N = 32.277).

Testar diferenças relacionadas
ao gênero na associação entre
capital social e saúde
autoavaliada em uma amostra
de países europeus.

CS: conexões sociais
informais; participação em
grupos sociais; confiança no
governo; sentimento de
pertencimento.

Maior integração social foi
associada a uma menor
prevalência de saúde regular /
ruim para ambos os sexos.
Para as mulheres, esta
associação se deu pela
presença de pessoas com quem
discutir assuntos pessoais e
íntimos e para os homens pela
participação em partidos
políticos ou outros grupos
específicos.

ANEXO II - Variáveis Capital Social - alternativas e ponto de corte

Variáveis Capital Social		Alternativas e Ponto de Corte (PC)										
<i>Most people can be trusted or you can't be too careful?</i>	You can't be too careful	1	2	3	4	5	6	PC	7	8	9	Most people can be trusted
<i>Most people try to take advantage of you, or try to be fair?</i>	Most people try to take advantage	1	2	3	4	5	6	PC	7	8	9	Most people try to be fair
<i>Most of the time people helpful or mostly looking out for themselves?</i>	People mostly look out for themselves	1	2	3	4	5	6	PC	7	8	9	People mostly try to be helpful
<i>Trust in country's parliament?</i>	No trust at all	1	2	3	4	5	6	PC	7	8	9	Complete trust
<i>Trust in the legal system?</i>	No trust at all	1	2	3	4	5	6	PC	7	8	9	Complete trust
<i>How often socially meet with friends, relatives or colleagues?</i>	Never	Less than once a month	Once a month	Several times a month	Once a week	PC	Several times a week	Every day	-	-	-	-
<i>Contacted politician or government official last 12 months?</i>	Yes	PC	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Worked in political party or action group last 12 months?</i>	Yes	PC	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Worked in another organization or association last 12 months?</i>	Yes	PC	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Taken part in lawful public demonstration last 12 months?</i>	Yes	PC	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota. PC - Ponto de Corte

ANEXO III - Variáveis Contextuais - Categorias e ponto de corte

Variáveis Contextuais	Categorias e Ponto de Corte (PC)												
<i>Gender (male)?</i>	Male	Female	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Age of respondent, calculated (age)?</i>	15 à 24	25 à 64	65 à 90	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Regional unit (place of residence)?</i>	A big city	Suburbs or outskirts of big city	Town or small city	Country village	Farm or home in countryside	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>How religious are you?</i>	Not at all religious	1	2	3	4	5	6	PC	7	8	9	Very religious	

Nota. PC - Ponto de Corte

ANEXO IV - Coeficiente de Variação para a totalidade das variáveis, variáveis cognitivas e variáveis estruturais - global e por país

Países	CV Variáveis Totalidade	CV Variáveis Cognitivas	CV Variáveis Estruturais
	CSAlto	CSAlto	CSAlto
Alemanha	50.98%	23.04%	70.61%
Áustria	60.28%	23.92%	85.74%
Bélgica	55.75%	25.45%	89.01%
Bulgária	115.55%	38.97%	177.10%
Chipre	44.53%	28.83%	62.89%
Eslovênia	58.08%	36.46%	84.83%
Espanha	50.22%	32.76%	67.56%
Estônia	68.82%	25.35%	88.27%
Finlândia	61.27%	19.18%	82.58%
França	65.92%	43.25%	97.46%
Holanda	59.91%	20.15%	98.42%
Hungria	83.36%	23.70%	90.39%
Irlanda	57.84%	27.24%	71.15%
Itália	68.14%	27.93%	118.40%
Noruega	54.50%	17.31%	80.59%
Polónia	51.44%	22.52%	60.33%
Portugal	83.30%	39.64%	110.15%
Reino Unido	65.89%	28.78%	104.26%
República Tcheca	54.98%	22.37%	80.93%
Sérvia	73.21%	23.38%	111.78%
Suíça	62.31%	17.86%	95.89%
Global	56.33%	19.43%	87.84%

Nota. CV - Coeficiente de Variação (Desvio Padrão/Média)

ANEXO V - Coeficiente de Variação para a totalidade das variáveis, apenas as variáveis cognitivas e apenas as variáveis estruturais - por categoria

Categorias	CV Variáveis Totalidade	CV Variáveis Cognitivas	CV Variáveis Estruturais
	CSAlto	CSAlto	CSAlto
Sexo Masculino	52.41%	18.87%	82.24%
Sexo Feminino	58.95%	20.91%	96.84%
Faixa Etária 15 a 24	73.79%	23.31%	134.60%
Faixa Etária 25 a 64	53.73%	32.50%	83.67%
Faixa etária 65 a 90	60.37%	26.37%	95.20%
Residentes nas grandes cidades	53.78%	27.35%	86.42%
Residentes nos subúrbios ou arredores de grandes cidades	48.67%	24.02%	72.66%
Residentes em vilas ou pequenas cidades	54.17%	30.72%	84.01%
Residentes em vilas no interior	52.25%	32.71%	81.74%
Residentes no campo	47.25%	31.79%	62.42%
Religiosidade Baixa	55.56%	33.00%	88.23%
Religiosidade Alta	56.18%	23.38%	93.13%

Nota. CV - Coeficiente de Variação (Desvio Padrão/Média)

ANEXO VI - Cálculo da nota para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs sexo

Variáveis Capital Social	CSAlto Male	CSBaixo Male	[(CSAlto-CSBaixo)/ CSBaixo]x100 Male	CSAlto Female	CSBaixo Female	[(CSAlto-CSBaixo)/ CSBaixo]x100 Female
<i>Most people can be trusted or you can't be too careful?</i>	0.738	0.630	17.17%	0.717	0.578	24.01%
<i>Most people try to take advantage of you, or try to be fair?</i>	0.714	0.611	16.90%	0.683	0.572	19.41%
<i>Most of the time people helpful or mostly looking out for themselves?</i>	0.706	0.645	9.42%	0.674	0.593	13.58%
<i>Trust in country's parliament?</i>	0.744	0.647	15.03%	0.690	0.615	12.19%
<i>Trust in the legal system?</i>	0.733	0.618	18.65%	0.697	0.584	19.38%
<i>Contacted politician or government official last 12 months?</i>	0.702	0.677	3.69%	0.657	0.640	2.66%
<i>Worked in political party or action group last 12 months?</i>	0.688	0.680	1.18%	0.633	0.642	-1.40%
<i>Worked in another organization or association last 12 months?</i>	0.702	0.676	3.85%	0.682	0.635	7.40%
<i>Taken part in lawful public demonstration last 12 months?</i>	0.684	0.681	0.44%	0.680	0.639	6.42%
<i>How often socially meet with friends, relatives or colleagues?</i>	0.737	0.578	27.46%	0.694	0.534	30.01%
Média	0.715	0.644	11.38%	0.681	0.603	13.36%
Desvio Padrão	0.022	0.035	-	0.023	0.037	-
Coefficiente de Variação	3.05%	5.46%	-	3.36%	6.11%	-

Nota. O sombreado claro sinaliza os menores valores e o sombreado escuro os valores negativos

ANEXO VII - Cálculo da nota para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs idade

Variáveis Capital Social	CSAlto 15 a 24 Anos	CSBaixo 15 a 24 anos	[(CSAlto-CSBaixo)/ CSBaixo]x100 15 a 24 anos	CSAlto 25 a 64 anos	CSBaixo 25 a 64 Anos	[(CSAlto-CSBaixo)/ CSBaixo]x100 25 a 64 anos	CSAlto 65 a 90 Anos	CSBaixo 65 a 90 Anos	[(CSAlto-CSBaixo)/ CSBaixo]x100 65 a 90 anos
<i>Most people can be trusted or you can't be too careful?</i>	0.9332	0.8198	13.83%	0.7835	0.6750	16.07%	0.4946	0.3391	45.88%
<i>Most people try to take advantage of you, or try to be fair?</i>	0.8834	0.8582	2.93%	0.7765	0.6626	17.19%	0.4859	0.3071	58.24%
<i>Most of the time people helpful or mostly looking out for themselves?</i>	0.8279	0.8554	-3.21%	0.7877	0.6886	14.39%	0.4665	0.3277	42.36%
<i>Trust in country's parliament?</i>	0.8838	0.8489	4.11%	0.7800	0.6936	12.46%	0.4709	0.3774	24.77%
<i>Trust in the legal system?</i>	0.8753	0.8498	3.00%	0.7564	0.6741	12.21%	0.4984	0.3442	44.78%
<i>Contacted politician or government official last 12 months?</i>	0.8512	0.8563	-0.60%	0.7218	0.7195	0.32%	0.5247	0.3868	35.63%
<i>Worked in political party or action group last 12 months?</i>	0.7711	0.8592	-10.25%	0.7063	0.7209	-2.02%	0.5652	0.4016	40.75%
<i>Worked in another organization or association last 12 months?</i>	0.7985	0.8641	-7.59%	0.7336	0.7170	2.32%	0.5332	0.3853	38.37%
<i>Taken part in lawful public demonstration last 12 months?</i>	0.8221	0.8587	-4.26%	0.7003	0.7229	-3.12%	0.4886	0.4016	21.66%
<i>How often socially meet with friends, relatives or colleagues?</i>	0.8636	0.7999	7.96%	0.7343	0.6593	11.38%	0.4587	0.3475	32.01%
Média	0.851	0.847	0.59%	0.748	0.693	8.12%	0.499	0.362	38.45%
Desvio Padrão	0.047	0.021	-	0.033	0.025	-	0.033	0.033	-
Coefficiente de Variação	5.56%	2.44%	-	4.42%	3.63%	-	6.68%	9.11%	-

Nota. O sombreado indica os valores negativos para as diferenças percentuais entre as notas para CSAlto e CSBaixo

ANEXO VIII - Cálculo da nota para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs local de residência

Variáveis Capital Social	CSAlto A big city	CSBaixo A big city	[(CSAlto-CSBaixo)/ CSBaixo]x100 A big city	CSAlto Suburbs or outskirts	CSBaixo Suburbs or outskirts	[(CSAlto-CSBaixo)/ CSBaixo]x100 Suburbs or outskirts	CSAlto Town or small city	CSBaixo Town or small city	[(CSAlto-CSBaixo)/ CSBaixo]x100 Town or small city
<i>Most people can be trusted or you can't be too careful?</i>	0.750	0.605	23.97%	0.758	0.602	25.96%	0.704	0.596	18.04%
<i>Most people try to take advantage of you, or try to be fair?</i>	0.724	0.596	21.39%	0.722	0.583	23.82%	0.655	0.583	12.48%
<i>Most of the time people helpful or mostly looking out for themselves?</i>	0.680	0.627	8.44%	0.715	0.626	14.18%	0.660	0.612	7.86%
<i>Trust in country's parliament?</i>	0.702	0.640	9.76%	0.734	0.647	13.44%	0.712	0.621	14.73%
<i>Trust in the legal system?</i>	0.717	0.601	19.17%	0.742	0.603	23.11%	0.704	0.586	20.11%
<i>Contacted politician or government official last 12 months?</i>	0.702	0.660	6.36%	0.673	0.679	-0.88%	0.661	0.654	1.07%
<i>Worked in political party or action group last 12 months?</i>	0.710	0.663	7.09%	0.639	0.679	-5.89%	0.601	0.658	-8.66%
<i>Worked in another organization or association last 12 months?</i>	0.703	0.658	6.84%	0.719	0.668	7.63%	0.673	0.652	3.22%
<i>Taken part in lawful public demonstration last 12 months?</i>	0.697	0.660	5.61%	0.680	0.678	0.29%	0.681	0.653	4.29%
<i>How often socially meet with friends, relatives or colleagues?</i>	0.739	0.540	36.85%	0.755	0.545	38.54%	0.698	0.554	25.86%
Média	0.712	0.625	14.55%	0.714	0.631	14.02%	0.675	0.617	9.90%
Desvio Padrão	0.021	0.040	-	0.038	0.047	-	0.033	0.037	-
Coefficiente de Variação	2.90%	6.36%	-	5.39%	7.45%	-	4.90%	5.95%	-

Nota. O sombreado indica os valores negativos para as diferenças percentuais entre as notas para CSAlto e CSBaixo

ANEXO 8 (CONTINUAÇÃO) - Cálculo da nota para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs local de residência

Variáveis Capital Social	CSAlto Country village	CSBaixo Country village	[(CSAlto-CSBaixo)/ CSBaixo]x100 Country village	CSAlto Farm or home in countryside	CSBaixo Farm or home in countryside	[(CSAlto-CSBaixo)/ CSBaixo]x100 Farm or home in countryside
<i>Most people can be trusted or you can't be too careful?</i>	0.720	0.605	19.04%	0.753	0.606	24.27%
<i>Most people try to take advantage of you, or try to be fair?</i>	0.715	0.596	19.88%	0.706	0.607	16.20%
<i>Most of the time people helpful or mostly looking out for themselves?</i>	0.713	0.622	14.58%	0.683	0.571	19.59%
<i>Trust in country's parliament?</i>	0.724	0.630	14.83%	0.810	0.616	31.47%
<i>Trust in the legal system?</i>	0.718	0.611	17.61%	0.723	0.589	22.85%
<i>Contacted politician or government official last 12 months?</i>	0.688	0.653	5.36%	0.735	0.640	14.84%
<i>Worked in political party or action group last 12 months?</i>	0.715	0.657	8.83%	0.678	0.660	2.73%
<i>Worked in another organization or association last 12 months?</i>	0.691	0.652	5.98%	0.727	0.641	13.42%
<i>Taken part in lawful public demonstration last 12 months?</i>	0.672	0.658	2.13%	0.680	0.658	3.34%
<i>How often socially meet with friends, relatives or colleagues?</i>	0.710	0.560	26.70%	0.706	0.586	20.40%
Média	0.707	0.624	13.49%	0.720	0.617	16.91%
Desvio Padrão	0.017	0.032	-	0.040	0.031	-
Coeficiente de Variação	2.40%	5.15%	-	5.59%	5.04%	-

ANEXO IX - Cálculo da nota para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs religiosidade

Variáveis Capital Social	CSAlto Religiosidade Baixa	CSBaixo Religiosidade Baixa	[(CSAlto-CSBaixo)/ CSBaixo]x100 Religiosidade Baixa	CSAlto Religiosidade Alta	CSBaixo Religiosidade Alta	[(CSAlto-CSBaixo)/ CSBaixo]x100 Religiosidade Alta
<i>Most people can be trusted or you can't be too careful?</i>	0.760	0.632	20.31%	0.664	0.551	20.61%
<i>Most people try to take advantage of you, or try to be fair?</i>	0.718	0.626	14.65%	0.656	0.526	24.68%
<i>Most of the time people helpful or mostly looking out for themselves?</i>	0.708	0.650	8.92%	0.657	0.557	17.91%
<i>Trust in country's parliament?</i>	0.765	0.654	16.86%	0.655	0.567	15.64%
<i>Trust in the legal system?</i>	0.736	0.627	17.37%	0.660	0.547	20.52%
<i>Contacted politician or government official last 12 months?</i>	0.696	0.687	1.27%	0.635	0.595	6.68%
<i>Worked in political party or action group last 12 months?</i>	0.695	0.687	1.16%	0.623	0.601	3.66%
<i>Worked in another organization or association last 12 months?</i>	0.709	0.684	3.70%	0.657	0.591	11.21%
<i>Taken part in lawful public demonstration last 12 months?</i>	0.692	0.687	0.69%	0.673	0.596	12.91%
<i>How often socially meet with friends, relatives or colleagues?</i>	0.739	0.587	26.05%	0.665	0.495	34.25%
Média	0.722	0.652	11.10%	0.654	0.563	16.81%
Desvio Padrão	0.027	0.035	-	0.015	0.035	-
Coefficiente de Variação	3.71%	5.29%	-	2.27%	6.14%	-

ANEXO X - Cálculo da nota para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs cultura

Variáveis Capital Social	CSAlto Portugal	CSBaixo Portugal	[(CSAlto-CSBaixo)/CSBaixo]x100 Portugal	CSAlto Espanha	CSBaixo Espanha	[(CSAlto-CSBaixo)/CSBaixo]x100 Espanha	CSAlto França	CSBaixo França	[(CSAlto-CSBaixo)/CSBaixo]x100 França
<i>Most people can be trusted or you can't be too careful?</i>	0.474	0.471	0.72%	0.650	0.547	18.75%	0.743	0.562	32.11%
<i>Most people try to take advantage of you, or try to be fair?</i>	0.464	0.367	26.65%	0.630	0.540	16.48%	0.624	0.550	13.37%
<i>Most of the time people helpful or mostly looking out for themselves?</i>	0.433	0.465	-6.94%	0.637	0.600	6.16%	0.567	0.593	-4.36%
<i>Trust in country's parliament?</i>	0.504	0.466	8.12%	0.649	0.614	5.74%	0.670	0.595	12.59%
<i>Trust in the legal system?</i>	0.527	0.442	19.21%	0.636	0.618	2.93%	0.696	0.570	22.21%
<i>Contacted politician or government official last 12 months?</i>	0.499	0.465	7.31%	0.628	0.613	2.45%	0.579	0.619	-6.46%
<i>Worked in political party or action group last 12 months?</i>	0.661	0.464	42.46%	0.653	0.609	7.22%	0.453	0.619	-26.82%
<i>Worked in another organization or association last 12 months?</i>	0.641	0.436	47.02%	0.675	0.595	13.45%	0.643	0.610	5.41%
<i>Taken part in lawful public demonstration last 12 months?</i>	0.462	0.475	-2.74%	0.665	0.603	10.28%	0.660	0.606	8.91%
<i>How often socially meet with friends, relatives or colleagues?</i>	0.512	0.389	31.42%	0.645	0.476	35.56%	0.645	0.522	23.56%
Média	0.518	0.444	17.32%	0.647	0.582	11.90%	0.628	0.585	8.05%
Desvio Padrão	0.076	0.037	-	0.015	0.046	-	0.080	0.032	-
Coefficiente de Variação	14.61%	8.40%	-	2.34%	7.93%	-	12.78%	5.56%	-

ANEXO X (CONTINUAÇÃO) - Cálculo da nota para saúde autoavaliada - capital social vs saúde vs cultura

Variáveis Capital Social	CSAlto Itália	CSBaixo Itália	[(CSAlto-CSBaixo)/ CSBaixo]x100 Itália	CSAlto Reino Unido	CSBaixo Reino Unido	[(CSAlto-CSBaixo)/ CSBaixo]x100 Reino Unido
<i>Most people can be trusted or you can't be too careful?</i>	0.775	0.642	20.65%	0.822	0.631	30.27%
<i>Most people try to take advantage of you, or try to be fair?</i>	0.659	0.658	0.05%	0.792	0.616	28.55%
<i>Most of the time people helpful or mostly looking out for themselves?</i>	0.793	0.675	17.44%	0.755	0.641	17.78%
<i>Trust in country's parliament?</i>	0.722	0.705	2.47%	0.830	0.675	22.97%
<i>Trust in the legal system?</i>	0.708	0.667	6.16%	0.784	0.621	26.18%
<i>Contacted politician or government official last 12 months?</i>	0.736	0.691	6.51%	0.740	0.727	1.79%
<i>Worked in political party or action group last 12 months?</i>	0.799	0.692	15.46%	0.744	0.729	2.06%
<i>Worked in another organization or association last 12 months?</i>	0.768	0.689	11.47%	0.745	0.727	2.48%
<i>Taken part in lawful public demonstration last 12 months?</i>	0.803	0.684	17.40%	0.807	0.724	11.46%
<i>How often socially meet with friends, relatives or colleagues?</i>	0.792	0.537	47.50%	0.759	0.643	17.89%
Média	0.755	0.664	14.51%	0.778	0.673	16.14%
Desvio Padrão	0.048	0.048	-	0.034	0.049	-
Coefficiente de Variação	6.32%	7.29%	-	4.34%	7.21%	-