



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE COLETIVA**

Ana Cristina Viana Campos

**CAPITAL SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA EM  
ADOLESCENTES TRABALHADORES EM UM  
MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE DE MINAS GERAIS,  
BRASIL**

Belo Horizonte

2010

Ana Cristina Viana Campos

**CAPITAL SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA EM  
ADOLESCENTES TRABALHADORES EM UM  
MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE DE MINAS GERAIS,  
BRASIL**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Odontologia – área de concentração em área de concentração Saúde Coletiva.

**Orientadora:** Professora Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira

**Co-orientadora:** Professora Dra. Simone Dutra Lucas

Belo Horizonte, Minas Gerais

2010

C198c Campos, Ana Cristina Viana.  
2010 Capital social e qualidade de vida em adolescentes trabalhadores  
T em um município de médio porte de Minas Gerais/ Ana Cristina  
Viana Campos, 2010.  
158 fls.: il.

Orientadoras: Efigênia Ferreira e Ferreira  
Simone Dutra Lucas

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais,  
Faculdade de Odontologia.

1. Qualidade de vida - Teses. 2. Trabalho de menores - Teses.  
I. Ferreira, Efigênia Ferreira e. II. Lucas, Simone Dutra.  
III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia.  
IV. Título.

BLACK D047

Elaborada pela Biblioteca da Faculdade de Odontologia da UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
 FACULDADE DE DONTOLOGIA  
 Programa de Pós-Graduação em Odontologia

Dissertação intitulada "**A relação entre qualidade de vida e capital social em adolescentes que trabalham e estudam**", área de concentração em **Saúde Coletiva**, apresentada por **Ana Cristina Viana Campos**, para obtenção do grau de **Mestre em Odontologia**, **APROVADA** pela Comissão Examinadora constituída pelos seguintes professores:

Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira  
 FO-UFMG - Orientadora

Dra. Simone Dutra Lucas  
 FO-UFMG - Co-Orientadora

Dr. Cláudio Rodrigues Leles  
 UFG

Dr. Saul Martins de Paiva  
 FO-UFMG

Profa. Dra. Maria Cássia Ferreira de Aguiar  
 Subcoordenadora do Colegiado do  
 Programa de Pós-Graduação em Odontologia

Belo Horizonte, 27 de julho de 2010.

## Obrigada

Deus pelo dom da vida e pela alegria de ser sua filha e serva.

Meus pais, Lídia e Oldac por tudo que sou hoje e por tudo que serei um dia. Especialmente pela oportunidade, confiança, exemplo, ajuda, apoio; enfim pelo imenso amor incondicional.

Henrique pelo amor, força, carinho e dedicação. Hoje somos pessoas melhores em busca de nossos sonhos juntos.

Meus queridos irmãos que são os amores e as luzes brilhantes na minha vida: Giovane (Jouzim), Gisele (Gica), Naiara (tia Nay), Vagner (Vaguim), Oldac (O Mestre) e Fernando (Nandão)

Minha sobrinha e afilhadinha, Ana Lara, que me ensinou como é bom ser titia.

Meus avós que estão juntos ao Pai, sempre olhando por minha família e torcendo por nossa felicidade.

Ei pelo orgulho de dizer que você será para sempre meu grande exemplo. Com toda sua calma e sabedoria e com esse seu jeitinho especial você foi capaz de mudar minha vida e a mim que palavras não são suficientes para explicar.

Carol, minha Harvard do coração, uma amiga doce e alegre que Deus me deu de presente nesse mestrado.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Presidente da Entidade Filantrópica de Apoio ao Adolescente, Oldac Campos pelo apoio e perseverança no trabalho voluntário que há 12 anos vem transformando a vida de tantos adolescentes. Todo seu carinho, paciência e humildade me fizeram uma pessoa melhor.

Aos guardinhas que foram os grandes sujeitos da pesquisa, mas também parceiros na caminhada da entidade.

Às Professoras Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira e Dra. Simone Dutra Lucas, pela orientação e co-orientação.

Ao Professor Dr. Cláudio Rodrigues Leles por ter sido meu tutor durante o PROCAD e ter sido o berço inicial de todo meu conhecimento estatístico. Sua garra, disposição e conhecimento são qualidades ímpares que desejo seguir.

A todos os professores e funcionários do Departamento de Odontologia Saúde Preventiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais pelo exemplo de força e dedicação à saúde rumo a um Brasil melhor.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação da Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais pela convivência e bons momentos de aprendizado.

Ao professor Júlio César Batista Santana pelo apoio inicial e pelas grandes oportunidades que me ofereceu desde a especialização.

Ao Instituto de Educação Continuada da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais por ser onde tudo começou, desde a especialização à oportunidade de fazer parte, ainda que temporariamente, do corpo docente.

À Tia Ilsa e Luciano, meus padrinhos do coração, que estão sempre ao meu lado. O carinho e o amor de vocês me inspira a ser alguém melhor todos os dias.

À Dinha Ieda e tia Guê pelo carinho e pela a torcida e por todos os bons exemplos dados a mim como companheiras de profissão.

À minha prima, afilhada e amiga mais querida Flávia Guimarães, e em nome dela agradeço também toda minha “*Grande Família*”.

Aos meus sogros, São e Dilé, pelo apoio, carinho e admiração, e ainda por todas as vezes que usei o computador, a impressora e a internet na casa de vocês.

À minha querida amiga Joice, especialmente por sua fé, coragem e vontade de viver. Com você eu vejo que podemos mais com Aquele em que confiamos de coração aberto!

À minha única cunhadinha Néia e aos meus queridos cunhados Saulo e Vitor por fazerem meus irmãos felizes

Ao pessoal do Santuário de Sete Lagoas, com as orações, a amizade, especialmente à minha doce mestra Irmã Joana D’Arc e ao nosso coral e a Ministra Sara.

A padre Raimundo pelo sorriso, pela dedicação e pelas orações.

Às dentistas e amigas dos trabalhos por onde passei, Ju, Flávia, Juliana Borato, Roberta, Luciana, Simone, Renato, Edray, Riwesley, Sandro, Anderson e Gláucia

Aos novos amigos da Odontologia da UFMG pelo companheirismo e pela caminhada juntos.

Às amigas e companheiras das áreas vizinhas, Elizete, Patrícia, Giovana, Renata Gonçalves, Renata Cirino, pelo sorriso e pela garra de todos os dias.

A Raquel que além de parceira, amiga é uma irmã de fé. Sua doçura e seu sorriso acolhedor são capazes de confortar o coração de qualquer cristão.

À secretaria da Pós Graduação, Laís, Beth, Rafael e Zuleica, pelas dicas, pelos serviços prestados e pela amizade que conquistamos.

A todo o pessoal do Doutorado do Projeto da Região Metropolitana de Belo Horizonte pelo desafio proporcionado antes e daqui para frente – especialmente às companheiras de coleta: Lourdinha, Aline e Simone. Nada e nem nenhuma outra etapa se compara à árdua coleta de dados nos domicílios. Eu amo a RMBH!

Aos meus amigos do coração de Diamantina, Ana Paula, Gilmar, Gleiriane, Anderson, Alexandre Alegria e todos os meus colegas de graduação.

Ao CNPq pelo apoio financeiro através da concessão da Bolsa de Mestrado.



*Os fariseus e seus mestres da Lei murmuravam e diziam aos discípulos de Jesus: 'Por que vós comeis e bebeis com os cobradores de impostos e com os pecadores?' Jesus respondeu: 'Os que são sadios não precisam de médico, mas sim os que estão doentes. Eu não vim chamar os justos, mas sim os pecadores para a conversão.'*

*(Lc 5,30-32)*

## **CAPITAL SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA EM ADOLESCENTES TRABALHADORES EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE DE MINAS GERAIS, BRASIL**

### **RESUMO**

Considerando-se a escassez na produção científica de temas sobre os adolescentes trabalhadores, a presente pesquisa objetivou mensurar o capital social e sua possível relação com a qualidade de vida entre adolescentes trabalhadores. Realizou-se um estudo transversal analítico com 363 adolescentes trabalhadores assistidos por uma Entidade Filantrópica de Apoio ao Adolescente em Sete Lagoas, Minas Gerais. A caracterização sócio-demográfica foi obtida por meio de questões referentes a sexo, idade, cor de pele, e saneamento básico (abastecimento de água, presença de sanitário no interior do domicílio, rede de esgoto, coleta de lixo). As informações sobre acesso/uso de serviços de saúde diziam respeito à posse de plano de saúde, uso regular do serviço público de saúde, tipo de serviço público mais utilizado e número de consultas médicas nos últimos 12 meses. Os instrumentos utilizados foram a versão curta em português do Questionário Integrado para Medir Capital Social (QI-MCS) do Banco Mundial e a versão abreviada em português do World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQoL-Bref) para mensurar a qualidade de vida. Inicialmente os escores de cada domínio do WHOQoL-Bref foram calculados. Diferentemente do WHOQoL-Bref, o QI-MCS não fornece nenhum tipo de escore, portanto para computar as variáveis deste instrumento optou-se pelas análises de segmentação, discriminante canônica e interpolação por vizinho mais próximo. Os resultados demonstram que quanto maior o capital social maior os escores de qualidade de vida do adolescente. Isso significa dizer que para a população estudada foi possível averiguar uma relação positiva entre esses dois conceitos, mesmo considerando o contexto social no qual os participantes estão inseridos. Os participantes podem passar boa parte do seu tempo na Entidade, sendo esse um espaço de oportunidades para se realizar o acompanhamento dos adolescentes, de forma a contribuir para o crescimento e desenvolvimento dos

mesmos. Diante da falta de estudos que avaliam a qualidade de vida e capital social, especialmente em adolescentes trabalhadores, sugere-se que outros estudos sejam desenvolvidos buscando analisar as diferenças na qualidade de vida entre adolescentes trabalhadores e os que não trabalham, para que futuros programas de intervenção sejam eficazes.

**Palavras-chaves:** Qualidade de vida; Capital Social; Trabalho do menor; Adolescente.

## **SOCIAL CAPITAL AND THE QUALITY OF LIFE IN ADOLESCENTS WORKERS IN A MEDIUM SIZE CITY OF MINAS GERAIS, BRAZIL**

### **ABSTRACT**

There are few studies of adolescent workers, so this research aimed to measure social capital and its possible relationship with the quality of life among adolescent workers. This was an analytical cross-sectional study with 363 adolescent workers assisted by a Philanthropic entity. The socio-demographic characteristics assessed questions regarding sex, age, skin color, and basic sanitation (water supply, presence of toilet in the home, sewage, garbage collection). Information about access / use of health services related to the possession of health insurance, regular use of the public health, public service type most used and number of physician visits in the last 12 months. The instruments used were the Portuguese short version in of the Integrated Questionnaire for Measuring Social Capital (SC-IQ) of the World Bank and the shortened Portuguese version in of the World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQOL-Bref) to measure quality of life. Initially, the scores of each domain of WHOQOL-Bref were calculated. The SC-IQ provides no type of scoring, so we used segmentation analysis, canonical discrimination and nearest neighbor interpolation. Results from this study demonstrate that higher social capital scores higher quality of life of adolescents. This means that for the population studied it was possible to verify a positive relationship between these two concepts, even considering the social context in which participants are inserted. The adolescents can spend much of his time in the Philanthropic entity creating a space of opportunities for follow up of adolescents in order to contribute to the growth and development. Further studies may help in the investigation of differences in quality of life and stock of social capital among the workers and those not working so that intervention programs can be deployed.

**Keywords:** Quality of life; Social Capital; Child Labor; Adolescent.

**LISTA DE QUADROS**

Quadro 1. Domínios do WHOQOL-bref.....	40
Quadro 2. Dimensões do QI-MCS.....	41
Quadro 3. Variáveis dependentes.....	42
Quadro 4. Variáveis sociodemográficas perguntadas aos adolescentes trabalhadores, Brasil, 2009.....	44
Quadro 5. Variáveis relacionadas ao acesso/uso dos serviços de saúde perguntadas aos adolescentes trabalhadores, Brasil, 2009.....	44
Quadro 6. Testes e análises multivariadas realizadas com os dados do estudo de acordo com os objetivos propostos.....	49
Quadro 7. Periódicos selecionados para submissão dos manuscritos do estudo.....	59

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estratégias de busca bibliográfica de acordo com as combinações de termos utilizados nas bases de dados.....	23
Tabela 2. Seleção dos artigos por resumo e por conteúdo nas bases de dados.....	24

## **LISTA DE SIGLAS**

CENEPI – Centro Nacional de Epidemiologia

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, Brasil

EFAA – Entidade Filantrópica de Apoio ao Adolescente

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

QI-MCS – Questionário Integrado para Medir Capital Social

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

WHOQoL-100 – World Health Organization Quality of Life instrument-100 itens

WHOQoL-Bref – World Health Organization Quality of Life Bref

## SUMÁRIO

<b>Apresentação</b> .....	16
<b>PARTE I. CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	18
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	22
2.1 Medindo a qualidade de vida dos adolescentes.....	24
2.2 Capital social e suas relações na adolescência.....	28
2.3 O trabalho e as repercussões na adolescência.....	31
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	36
3.1 Geral.....	36
3.2 Específico.....	36
<b>4 MÉTODOS</b> .....	37
4.1 Tipo de estudo.....	37
4.2 Local do estudo.....	37
4.3 População de referência do estudo.....	37
4.4 Instrumentos.....	39
4.4.1 <i>Condições socioeconômicas e demográficas</i> .....	39
4.4.2 <i>Instrumento para mensurar a qualidade de vida</i> .....	39
4.4.3 <i>Instrumento para mensurar capital social</i> .....	40
4.5 Variáveis.....	42
4.5.1 <i>Variáveis dependentes</i> .....	42
4.5.1.1 <u>Tempo de trabalho</u> .....	42
4.5.1.2 <u>Capital social</u> .....	42
4.5.2 <i>Variáveis independentes</i> .....	43
4.5.2.1 <u>Idade</u> .....	45
4.5.2.2 <u>Cor da pele</u> .....	45
4.5.2.3 <u>Sexo</u> .....	46
4.5.2.4 <u>Escolaridade</u> .....	46
4.5.2.5 <u>Variáveis demográficas</u> .....	46
4.5.2.6 <u>Acesso/uso de serviços de saúde</u> .....	47
4.5.2.7 <u>Domínios do WHOQoL-bref</u> .....	47
4.5.2.8 <u>Outros dados</u> .....	47
4.6 Análise e processamento dos dados.....	48
<b>5 ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	50
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	51



	17
<b>PARTE II. ARTIGOS CIENTÍFICOS.....</b>	<b>58</b>
<b>8 RESULTADOS.....</b>	<b>59</b>
Artigo 1. A qualidade de vida dos adolescentes trabalhadores de uma cidade de médio porte, Minas Gerais.....	60
Artigo 2. A relação entre capital social e qualidade de vida em adolescentes trabalhadores.....	79
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>102</b>
<b>PARTE III. ANEXOS.....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>105</b>
<b>Anexo 1. Estatuto da Entidade Filantrópica de Apoio ao Adolescente.....</b>	<b>105</b>
<b>Anexo 2. Regimento Interno da Entidade Filantrópica de Apoio ao Adolescente.....</b>	<b>111</b>
<b>Anexo 3. Questionário modificado socioeconômico e demográfico.....</b>	<b>113</b>
<b>Anexo 4. World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQoL-Bref) .....</b>	<b>115</b>
<b>Anexo 5. Questionário Integrado para Medir Capital Social (QI-MCS)....</b>	<b>118</b>
<b>Anexo 4. Instructions of Journal of Adolescent Research.....</b>	<b>125</b>
<b>Anexo 5. Instructions of Health and Quality of Life Outcomes.....</b>	<b>129</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>152</b>
<b>Apêndice A. Questionário proposto para acompanhamento do adolescente pela Entidade.....</b>	<b>152</b>

## APRESENTAÇÃO

A Dissertação intitulada “**Capital Social Qualidade de Vida em adolescentes trabalhadores de um município de médio porte, minas Gerais, Brasil**” se insere na linha de pesquisa Epidemiologia da Saúde Bucal, área de concentração em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.

Há quase doze anos tenho acompanhado o trabalho voluntário realizado pelo Presidente de uma Entidade Filantrópica de Apoio ao Adolescente junto a adolescentes em condições de vulnerabilidade social que necessitam trabalhar. Minha participação acontecia irregularmente e de forma modesta através de aulas de recuperação escolar, já que o adolescente trabalhador tem que manter um bom desempenho escolar. Com o tempo, outras atividades foram surgindo de forma a incentivar aos adolescentes à educação, à cultura, ao esporte e à cidadania. Sendo assim, durante esse contato com vários desses adolescentes surgiu uma forte ligação entre minha família e a Entidade.

A idéia de realizar este trabalho surgiu da curiosidade a respeito da saúde, da qualidade de vida e das relações sociais entre os adolescentes trabalhadores assistidos pela mesma. Os estudos que abordam o trabalho do menor são escassos e bastante controversos, de tal maneira que fica difícil realmente pesar se o trabalho é benéfico ou maléfico para a saúde, e para a vida do adolescente.

Tudo isso nos serviu de guia para tentar buscar dados que pudessem esclarecer melhor essas questões, bem como dar uma resposta ao serviço pela Entidade. O adolescente pode ter uma boa qualidade de vida mesmo em situações de vulnerabilidade extrema? As relações familiares e sociais são afetadas pela inserção no mercado de trabalho? Os adolescentes são e/ou se sentem diferentes? Ainda que um estudo transversal não possa responder a todos os questionamentos, acreditamos que este é um primeiro passo fundamental na continuidade dessa linha de pesquisa.

A primeira surpresa foi ver que todos os adolescentes aceitaram participar deste estudo e que para muitos compartilhavam da mesma curiosidade, pois em conversas informais salientaram o quanto a Entidade fazia a diferença na

vida deles. Em segundo lugar, os resultados foram positivos, e se mostraram bem diferente da literatura que aponta certa resistência ao trabalho na adolescência.

As mudanças relatadas por eles parecem não ter ocorrido apenas por causa do trabalho em si, mas porque esses jovens são acompanhados de perto, sendo capazes de adquirir valores para toda a vida. Não é um trabalho fácil e na maioria das vezes encontramos mais empecilhos do que apoio. Entretanto por tudo que já vimos acontecer na vida da maioria deles, podemos dizer que esta Entidade faz um bem sem preço a esses adolescentes.

## PARTE I. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

*Nessa sessão o leitor é convidado abrir a porta para visualizar como tema foi abordado e trabalhado. A introdução e a revisão da literatura apresentam a fundamentação teórica e a contextualização sobre o tema de forma crítica e objetiva. Os objetivos e toda a metodologia utilizada na presente pesquisa encontram-se descritas detalhadamente nesta primeira parte. Por conveniência todas as referências utilizadas para construir essa parte são apresentadas e, em seguida, numeradas em ordem alfabética pelo sobrenome do primeiro autor.*

## 1 INTRODUÇÃO

Diversos estudos têm avaliado a importância de se relacionar o processo de saúde e doença aos aspectos econômicos, socioculturais, experiência pessoal e estilos de vida (Frisch, Clark, Rouse, Rudd, Paweleck, Greenstone et al., 2005; Seidl, Zannon, 2004). Consoante a essas mudanças, surge uma demanda pela busca de indicadores que consigam extrapolar os aspectos puramente físicos e clínicos, surgindo a necessidade de entender melhor e mensurar a qualidade de vida (Castro, Portela, Leão, 2007; Hofelmann, Blank, 2007).

A OMS entende qualidade de vida como a *“percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (WHO,1998:551). Quando vista de forma mais focalizada, a qualidade de vida centra-se em aspectos mais diretamente associados à capacidade de viver e/ou de superar as dificuldades da vida, sendo possível perceber diferenças entre coletividades e entre indivíduos (Neri, Soares, 2002; Minayo, Hartz, Buss, 2000; Buss, 2000). Percebe-se uma tentativa de consolidar a qualidade de vida como uma variável de destaque tanto para a prática clínica e de assistência quanto para a produção do conhecimento científico em saúde (Seidl, Zannon, 2004).

Na adolescência, a maioria das pesquisas tem abordado a qualidade de vida em relação às doenças crônicas e sua repercussão na vida dos adolescentes, dos pais e familiares. A falta de apoio social, menor nível de educação e renda foram relatados como fatores associados à baixa qualidade de vida (Izutsu, Tsutsumi, Islam, Matsuo, Yamada, Kurita et al., 2005).

Outro aspecto relacionado à qualidade de vida entre adolescentes é o trabalho. No Brasil, os salários dos adultos da família podem ser tão baixos que os outros membros são forçados a contribuir com trabalho para suprir as necessidades de sobrevivência da família. Portanto, a questão do trabalho precoce é complexa, estando associada, embora não restrita, à pobreza, à

desigualdade e à exclusão social (Oliveira, Robazzi, 2001). O trabalho precoce expõe o adolescente à disciplina do trabalho, podendo privar o direito à educação, ao convívio familiar, à saúde e ao lazer e, portanto, prejudicar sua formação tanto física quanto intelectual. Além disso, mesmo que haja a obrigatoriedade de supervisão e acompanhamento do trabalho juvenil, é alta a taxa de acidentes no trabalho envolvendo adolescentes (Runyan, Santo, Schulman, Lipscomb, Harris, 2006).

Mas, para outros autores, a experiência de trabalho pode ser positiva para a formação do caráter do futuro adulto, aquisição de novas habilidades, responsabilidades e conhecimento, podendo ainda ser um elemento disciplinador e preventivo contra marginalidade. Outros estudos também enfatizam a importância do trabalho e a influência dos aspectos social, comunitário e político na saúde como fatores contribuintes para uma maior coesão social, ou seja, um estoque positivo e duradouro de capital social (Sapag, Kawachi, 2007; Tempest, McKinlay, Starkey, 2004).

Sendo assim, o conceito de capital social pode dar uma contribuição para essa questão, pois este se baseia em relações não-monetárias precursoras de poder e influência (Pattussi, 2006). Para Robert Putnam, o capital social está relacionado à origem e à extensão do envolvimento de um indivíduo em várias redes informais e organizações cívicas formais (Putnam, 2000).

O capital social pode ser considerado um gerador de “poder social”, o que possibilitaria à comunidade em que está presente obter a resolução de seus problemas, possibilitando melhores condições de vida. Quando incrementado pela cultura e educação potencializa comportamentos participativos e cidadãos (Woolcock, 1998). A comunidade passa a atuar como sujeito compreensivo e ativo em seu meio social, ao invés de mero beneficiário de políticas assistencialistas. Baseando-se nessa perspectiva, com o estudo do capital social se pretende entender como as relações sociais podem estar associadas à melhoria da qualidade de vida das pessoas.

A saúde começa a ser percebida como um fenômeno social que diz respeito à qualidade de vida e ao capital social (Souza, Grundy, 2004). Portanto, novos

estudos se fazem necessários para investigar as vias pelas quais o capital social pode promover saúde, qualidade de vida, bem como elucidar os fatores e as políticas sociais que medeiam essas relações (Kim, Kawachi, 2007).

Considerando-se a escassez na produção científica de temas sobre os adolescentes trabalhadores, a presente pesquisa objetivou mensurar o capital social e a qualidade de vida entre adolescentes trabalhadores assistidos por uma Entidade Filantrópica de Apoio ao Adolescente.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo apresenta uma revisão crítica da literatura orientada pela busca bibliográfica nas bases de dados: U.S. National Library of Medicine (MEDLINE/PubMed), Science Direct, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Saúde na Adolescência (ADOLEC) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

As buscas foram realizadas nos meses de novembro de 2009 a janeiro de 2010. Todo o levantamento bibliográfico considerou publicações no período compreendido entre os anos de 2000 a 2010, para três temas: qualidade de vida, capital social e trabalho na adolescência. As referências encontradas em duplicidade, presente em mais de uma base de dados, foram consideradas uma única vez.

Após a definição das bases de dados e delimitação do período de publicação, foram utilizados oito descritores ou palavras-chaves para iniciar a realização das buscas, a saber: “*adolescent*”, “*young adults*”, “*child labor*”, “*adolescent labor*”, “*quality of life*”, “*social capital*”, “*social network*”, “*community network*”.

Com o propósito de aperfeiçoar o processo de busca, optou-se por categorizar os descritores citados acima em doze grupos distintos que foram compostos por três palavras-chaves intercaladas pelo operador booleano *AND*. Os seguintes grupos foram obtidos: *adolescent and quality of life and social capital*; *adolescent and quality of life and social network*; *adolescent and quality of life and community network*; *young adults and quality of life and social capital*; *young adults and quality of life and social network*; *young adults and quality of life and community network*; *child labor and quality of life and social capital*; *child labor and quality of life and social network*; *child labor and quality of life and community network*; *adolescent labor and quality of life and social capital*; *adolescent labor and quality of life and social network*; *adolescent labor and quality of life and community network*. A tabela 1 resume o processo de busca bibliográfica utilizando-se a estratégia descrita.



Tabela 1. Estratégias de busca bibliográfica de acordo com as combinações de termos utilizados nas bases de dados.

Descritores	PubMed	Bases de dados consultadas				Total
		Science Direct	LILACS	ADOLEC	SciELO	
<b>Adolescente</b>						
Qualidade de vida	234	94	17	03	-	348
Capital social						
<b>Adolescente</b>						
Qualidade de vida	1260	71	55	12	02	1400
Rede social						
<b>Adolescente</b>						
Qualidade de vida	16	10	12	03	-	41
Redes comunitárias						
<b>Jovens</b>						
Qualidade de vida	01	178	-	-	-	179
Capital social						
<b>Jovens</b>						
Qualidade de vida	71	118	04	02	13	208
Rede social						
<b>Jovens</b>						
Qualidade de vida	-	100	-	-	-	100
Redes comunitárias						
<b>Trabalho de menores</b>						
Qualidade de vida	26	112	01	-	-	139
Capital social						
<b>Trabalho de menores</b>						
Qualidade de vida	100	71	04	01	-	176
Rede social						
<b>Trabalho de menores</b>						
Qualidade de vida	02	95	-	-	-	97
Redes comunitárias						
<b>Trabalho de adolescentes</b>						
Qualidade de vida	45	32	-	-	-	77
Capital social						
<b>Trabalho de adolescentes</b>						
Qualidade de vida	191	24	04	03	04	226
Rede social						
<b>Trabalho de adolescentes</b>						
Qualidade de vida	05	28	01	01	-	35
Redes comunitárias						
<b>Total</b>	<b>1951</b>	<b>933</b>	<b>98</b>	<b>25</b>	<b>19</b>	<b>3026</b>

Foram excluídos capítulos ou livros, teses e dissertações de mestrado ou documentos de origem não-científica, assim como estudos cujo desfecho principal não fosse avaliar a qualidade de vida ou o capital social.

Adotaram-se alguns critérios para tentar averiguar de que forma a qualidade de vida e o capital social foram abordados em relação à adolescência e ao trabalho do menor.

Os estudos selecionados deveriam apresentar perceptibilidade quanto a alguns aspectos importantes, a saber: 1) artigos publicados no período compreendido entre os anos de 2000 e 2010; 2) amostras compostas por adolescentes de ambos os sexos; 3) detalhamento da análise dos dados; 4) objetivo de avaliar a qualidade de vida e/ou capital social dos participantes seja direta ou indiretamente; 5) artigo escrito nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola.

Do total de artigos encontrados (N=3.026), três estudos foram desconsiderados porque estavam repetidos na mesma base de dados ou em indexados em mais de uma base. Inicialmente a seleção foi realizada avaliando-se o resumo de cada artigo (1ª seleção), o que resultou em 157 artigos selecionados e solicitados sua versão na íntegra nas respectivas bases de dados. A segunda seleção, com base nos critérios de inclusão discriminados anteriormente, resultou em 36 estudos (Tabela 2).

Tabela 2. Seleção dos artigos por resumo e por conteúdo nas bases de dados

Seleção	PubMed	Science	LILACS	ADOLEC	SciELO	Total
<b>Artigos</b>	1951	933	98	25	19	3026
<b>1ª seleção</b>	20	78	30	13	16	157
<b>Seleção final</b>	11	05	06	03	11	36

Ao final, os artigos subsidiaram os temas descritos a seguir.

## 2.1 Medindo a qualidade de vida dos adolescentes

Desde épocas mais remotas, a qualidade de vida já era compreendida como resultado de percepções individuais sobre saúde, bem-estar e felicidade. Após a Segunda Guerra Mundial esse conceito emerge associado à satisfação e à realização psicológica com vários aspectos da vida, na perspectiva da prosperidade econômica e o aumento do poder aquisitivo da população em geral. Com o surgimento do movimento ambientalista em 1970, as preocupações com sustentabilidade e qualidade de vida começam a questionar os modelos predatórios de bem-estar da humanidade capitalista e consumista (Barros, Cesar, Carandina, Torre, 2006).

Ainda que não haja consenso entre os autores sobre uma definição exata para qualidade de vida, em resumo, se trata de um construto multidimensional, que inclui aspectos do funcionamento físico e atividade, adaptação psicológica, funcionamento social, relacionamentos e sensação de bem-estar (Cantrell, Lupinacci, 2008). Está também relacionada com experiências e valores individuais e coletivos, à busca de conforto e bem-estar, variando com a época, valores, espaços e histórias diferentes. É influenciado por fatores que são próprios da essência humana; destacando-se os valores não materiais, como amor, liberdade, felicidade, solidariedade, realização pessoal e inserção social. Estes por sua vez envolvem idéias relacionadas à saúde, estilo de vida, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais (Broder, Slade, Caine, Reisine, 2008).

Ainda que muitos avanços na mensuração da qualidade de vida tenham sido alcançados, ainda há um longo caminho a ser percorrido. Até agora, parece não ser possível afirmar como realmente medir algo tão vulnerável e mutável como a qualidade de vida de um indivíduo.

No geral os instrumentos de avaliação da qualidade de vida tendem a ter boa cobertura no que diz respeito a seu potencial de verificação dos níveis de bem-estar e de satisfação com a vida dos indivíduos, em diversos momentos e situações de vida. Entretanto, muitas das dimensões identificadas na avaliação da qualidade de vida decorrem de estudos com adultos, podendo não ter uma aplicação direta com crianças e adolescentes (Zullig, Valois, Drane, 2006).

A qualidade de vida do adolescente está se tornando um foco importante para os investigadores e profissionais de saúde pública, especialmente em relação aos fatores estruturais, tais como educação e oportunidades de emprego, bem como engloba outros aspectos da vida, tais como relações familiares e atividades de vida diária (Meuleners, Lee, 2005). Outra justificativa para este interesse é o fato de que a formação de laços de amizade, reciprocidade e auto-revelação entre amigos é significativamente maior na adolescência, e estão relacionados à constituição de relações duradouras e maiores sensações de bem-estar (Josefiak, Larsson, Wichstrøm, 2009).

Os instrumentos para avaliar a qualidade de vida em crianças e adolescentes têm sido separados em duas categorias distintas, sendo que a primeira denominada “medidas genéricas” avalia os aspectos físicos, psicológicos e sociais. Já as “medidas específicas” englobam a avaliação da qualidade de vida dirigida para doenças particulares (Barros, Cesar, Carandina, Torre, 2006). A proteção e a promoção da qualidade de vida de crianças e adolescentes representam desafios, porque são indivíduos ainda imaturos para enfrentar sozinhos as exigências do ambiente (Costa, Bigras, 2007).

Sabe-se que a percepção da qualidade de vida pelo adolescente muda com o tempo, entretanto são necessárias mais investigações para esclarecer o sentido dessa mudança e do efeito de outros fatores que podem influenciar essa percepção (Meuleners, Lee, 2005).

A maioria dos estudos com adolescentes tem enfatizado a relação entre qualidade de vida e doenças crônicas, como asma, câncer, hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, obesidade, dentre outros (Kunkel, Oliveira, Peres, 2009; Lofrano-Prado, Antunes, Prado, Piano, Caranti, Tock et al., 2009; Rivett, Rothberg, Stewart, Berkowitz, 2009; Novato, Grossi, Kimura, 2008; Modi, Loux, Bell, Harmon, Inge, Zeller, 2008; Cantrell, Lupinacci, 2008; Kolotkin, Zeller, Modi, Samsa, Quinlan, Yanovski, et al., 2006; Taylor, Franck, Gibson, Dhawan, 2005; Meuleners, Lee, 2005).

Mais do que investigar se o adolescente enfermo tem pior qualidade de vida, preocupou-se em discutir as alternativas para entender melhor as repercussões da doença na vida e no bem-estar dos adolescentes

Por exemplo, o *diabetes mellitus* causa mudanças abruptas no estilo de vida do adolescente e interfere em sua auto-imagem e qualidade de vida. O estigma de ser portador de uma doença crônica, a necessidade de submeter-se a procedimentos de controle em lugares públicos e o risco da ocorrência de hipoglicemia, a que está exposto pela terapêutica ou descuidos dela, reforçam a condição de diferente e podem gerar, nos adolescentes, sentimentos de inferioridade (Novato, Grossi, Kimura, 2008).

Os estudos que abordam esses sentimentos têm demonstrado uma forte relação entre doenças crônicas, depressão e percepção estética e uma pior qualidade de vida. Sugere-se que isso seja porque nesta fase da vida, o adolescente se sente mais vulnerável às mudanças à sua volta, e parece ser socialmente mais cobrado por sua aparência, suas preferências e seu estilo de vida (Fallon, Tanofsky-Kraff, Norman, McDuffie, Taylor, Cohen et al., 2005).

Para adolescentes, cujo senso de estética aparece estar aguçado nesta fase da vida, lidar com a obesidade é uma questão extremamente estressante. Para muitos adolescentes a obesidade pode se tornar uma condição crônica, uma vez que a perda de peso não é fácil de ser conseguida (Kunkel, Oliveira, Peres, 2009). O estigma social associado à obesidade na juventude e os limites que coloca no dia-a-dia, incluindo o desconforto físico e incapacidades podem causar prejuízos à qualidade de vida (Modi, Loux, Bell, Harmon, Inge, Zeller, 2008; Kolotkin, Zeller, Modi, Samsa, Quinlan, Yanovski, et al., 2006).

Futuras pesquisas são necessárias para determinar se as diferenças na qualidade de vida são preditivas de sucesso do tratamento. Além disso, uma intervenção multidisciplinar pode melhorar a saúde, facilitar e promover o contato social, e favoravelmente afetar a qualidade de vida, levando à melhoria da interação e da vida social do adolescente. Tudo isso pode ajudar os

adolescentes a adotarem hábitos de vida mais saudáveis (Lofrano-Prado, Antunes, Prado, Piano, Caranti, Tock et al., 2009).

Uma revisão crítica sobre qualidade de vida relacionada à saúde no cuidado de crianças e adolescentes transplantados apontou impactos negativos nos aspectos físicos, psicológicos, sociais e familiares e bem-estar quando comparados com a população geral. Por outro lado, sua principal contribuição foi alertar a importância de novas pesquisas capazes de acompanhar o desenvolvimento infanto-juvenil, sendo necessária a realização de estudos longitudinais (Taylor, Franck, Gibson, Dhawan, 2005).

Os adolescentes com câncer que obtêm mais apoio social e informações para o enfrentamento da doença têm melhor auto-estima, que por sua vez, pode influenciar o estado de saúde, especialmente quanto aos aspectos social e emocional (Cantrell, Lupinacci, 2008).

Percebe-se que a melhoria da qualidade de vida precisa abordar questões relativas à família, bem como incentivar a formação de grupos sociais de ajuda e amizade (Rivett, Rothberg, Stewart, Berkowitz, 2009). Ainda que estes estudos estejam abordando a doença, trazem importantes contribuições no manejo da qualidade de vida e na auto-estima dos adolescentes podendo assim evitar distúrbios psicossociais que comprometem a adesão e o sucesso do tratamento (Kunkel, Oliveira, Peres, 2009; Novato, Grossi, Kimura, 2008).

Portanto, avaliar a qualidade de vida pode ajudar aos clínicos e pesquisadores a entender a carga de uma doença específica, estabelecer a eficácia comparativa dos diferentes tratamentos, e tratar diretamente as preocupações que são importantes para pacientes (Kolotkin, Zeller, Modi, Samsa, Quinlan, Yanovski, et al., 2006).

Mais do que isso se espera que novos estudos venham elucidar a melhor maneira de tratar da saúde e da qualidade de vida na adolescência, sendo possível imaginar que o estudo do estoque de capital social poderá contribuir substancialmente nesse caminho.

## 2.2 Capital social e suas relações na adolescência

Entende-se que como capital social o processo e o instrumento de cidadania e que pode mudar as relações pessoais e intercâmbios sociais que gerem mais redes de cooperação e solidariedade. Refere-se também a uma capacidade de viver em comunidade, através de relações de solidariedade e confiabilidade entre os indivíduos e organização comunitária. Assim, a elevação dos índices de capital social pode ter efeitos positivos pelo seu impacto na democracia e no desenvolvimento socioeconômico (Milani, 2008).

No que diz respeito à infância e adolescência, as peculiaridades biopsicossociais relacionadas ao processo de crescimento, desenvolvimento pessoal (maturidade emocional e intelectual) e inserção social envolvem diferentes demandas que compreendem família, grupo social (amigos, escola) e os sistemas de atenção, seja, pedagógico, saúde, assistência social, trabalho, lazer, esporte, outros (Costa, Bigras, 2007).

De acordo com os achados de um estudo norte-americano, existe uma associação significativa entre laços sociais rede de fatores socioeconômicos e estilo de vida e doenças crônicas em adolescentes (Singh, Kogan, Van Dyck, Siahpush, 2008). Nesse caso, a presença de uma doença poderia trazer repercussões negativas na qualidade de vida dos adolescentes, mas também nas relações familiares e sociais.

Outros estudos com capital social mostram uma associação direta entre a privação socioeconômica e capital social com várias dimensões da qualidade de vida de adolescentes (Drukker, Kaplan, Schneiders, Feron, van Os, 2006; Drukker, Kaplan, Feron, van Os, 2003). Por outro lado, melhorias na qualidade da vida estão relacionadas à mobilização do bairro com a intenção explícita de construir capital social para proporcionar uma infra-estrutura para os moradores e aumentando as chances de criar relacionamentos duradouros e os esforços de cooperação (Payne, Williams, 2008).

O papel do capital social nessa percepção sugere importantes diferenças de gênero. As condições socioeconômicas e demográficas parecem ter uma influência mais forte entre os adolescentes homens; entretanto, o capital social e apoio dos pais parecem ter maior relevância para as mulheres. A competência do adolescente é uma dimensão do desenvolvimento que inclui a participação em atividades esportivas e culturais dentro e fora do ambiente escolar (Schultz, O'Brien, Tadesse, 2008). O fato de se divertirem com amigos e/ou participar de várias atividades informais esportivas e de lazer demonstra que os amigos são incrivelmente importantes para os adolescentes. Diferentemente das redes familiares, as redes sociais consistem basicamente de conjuntos informais de redes baseadas em grupos de amigos da escola ou da vizinhança (Morrow, 2007).

Entretanto, esse grau de variabilidade do investimento em capital social entre adolescentes é mais visível no ambiente escolar, pois os adolescentes mais ativos têm uma tendência para construir redes sociais e amizades mais consistentes. Apesar do estoque de capital social não estar sempre associado com uma melhora do desempenho escolar, percebe-se que algumas vezes ele pode trazer um grande aumento do bem-estar (Neri, Ville, 2008).

Os pais, especialmente as mães, são muito importantes para redes sociais de crianças, independente da estrutura familiar. Mesmo assim as redes familiares e a qualidade dos relacionamentos tendem a diminuir com o aumento da idade, o que significa dizer que os amigos e a escola passam a ter cada vez mais importância na adolescência (Morrow, 2007). Contraditoriamente, outro estudo destaca que os fatores de origem familiar que mais influenciam a inadaptação social de adolescente são a estrutura monoparental e o nível socioeconômico (Costa, Bigras, 2007).

As interações que acontecem nos bairros e entre vizinhos podem resultar em alto nível de capital social (Drukker, Buka, Kaplan, McKenzie, Van Os, 2005). Entretanto a participação, no sentido de se estar ativamente envolvido em decisões que afetam as crianças em seus bairros, parece ser praticamente



inexistente para elas (Morrow, 2007). De outro lado aparecem fatores de confusão como o estresse parental e a satisfação da criança nas suas relações sociais, especialmente com o relacionamento com os pais e parentes (Drukker, Kaplan, Feron, Van Os, 2003).

As associações entre o ambiente social mais amplo e resultados de saúde variam entre diferentes populações e contextos nacionais (Drukker, Buka, Kaplan, McKenzie, Van Os, 2005). A possibilidade das crianças circularem livremente para participar de atividades com seus amigos está relacionada à geografia física do ambiente onde moram, às questões de segurança na comunidade, e ainda dependente das normas dos pais sobre quanto as crianças podem sair de casa (Morrow, 2007).

Portanto, o bem-estar e a qualidade de vida dos adolescentes não é resultado apenas das particularidades e vulnerabilidades de cada adolescente, mas também das oportunidades e da qualidade das experiências que eles têm com a família, escola, bairro, nos programas ou em grupos de adolescentes, nos quais eles interagem diariamente (Guzman, 2007).

Um senso de participação poderia ser estimulado logo cedo ao se incluir adolescentes em processos de tomada de decisão, fossem eles em escolas ou bairros (Morrow, 2007). Através da participação social, esses adolescentes podem estabelecer contato com outros grupos e indivíduos como forma de desenvolver boas oportunidades para seu futuro (Guzman, 2007).

### **2.3 O trabalho e as repercussões na adolescência**

O trabalho precoce compõe parte da estrutura da economia brasileira e apresenta-se como um fenômeno social importante, uma vez que envolve crianças e adolescentes, a maioria pobre, sem oportunidades efetivas de crescimento e desenvolvimento, não raro em áreas com estagnação econômica (Ferreira, 2001).

Embora a literatura aponte uma associação entre relações interpessoais, apoio social e qualidade de vida, são escassas as pesquisas que focalizam o trabalho e suas implicações na vida do trabalhador, especialmente adolescentes (Oliveira, Robazzi, 2001). Quando a inserção laboral representa a transformação da realidade social de exclusão e sofrimento pela perspectiva futura de melhoria do nível de qualidade de vida, podem-se encontrar os aspectos mais positivos do trabalho na vida dos adolescentes e de suas famílias (Sarriera, Silva, Kabbas, Lópes, 2001).

O discurso a favor do trabalho infanto-juvenil destaca a importância do trabalho como uma fonte essencialmente pedagógica voltado não para a produção de bens e serviços, mas para o aprendizado, formação e qualificação profissional do adolescente (Fischer, Oliveira, Nagai, Teixeira, Lomabardi Júnior, Latorre et al., 2005). Algumas questões são apontadas na literatura para se entender o significado dos programas de geração de renda para adolescentes, a saber: serve como meio de ampliação da renda familiar, preenche o tempo livre de forma sadia, melhora as condições de vida da família, melhora o rendimento escolar, favorece a possibilidade de usufruir de bens culturais, é prática de exercício da cidadania (Oliveira, Robazzi, 2001).

Por outro lado, o trabalho na adolescência apresenta particularidades que o coloca como questão complexa, que pode abarcar fatores de risco para o desenvolvimento desses indivíduos. O trabalho precoce expõe o adolescente à disciplina do trabalho, podendo privar o direito à educação, ao convívio familiar, à saúde e ao lazer e, portanto, prejudicar sua formação tanto física quanto intelectual. Além disso, mesmo que haja a obrigatoriedade de supervisão e acompanhamento do trabalho juvenil, é alta a taxa de acidentes no trabalho envolvendo adolescentes (Runyan, Santo, Schulman, Lipscomb, Harris, 2006).

No Brasil, a questão do trabalho infanto-juvenil é complexa, estando associada, embora não restrita, à pobreza, à desigualdade e à exclusão social. A situação do trabalho infanto-juvenil tem assumido proporções dramáticas e preocupantes, levando um grande contingente de menores a situações extremas de trabalho, as quais, além de interferir no seu processo de

crescimento e desenvolvimento, colocam-nos vulneráveis à aquisição de doenças e, até mesmo, de seqüelas que acabam sendo irreversíveis para a sua vida adulta (Fischer, Martins, Oliveira, Teixeira, Latorre, Coopere, 2003).

A necessidade de o adolescente assumir compromissos e colocar-se frente à vida adulta significa uma profunda mudança de seu papel no mundo, levando-o a questionamentos, dúvidas e incertezas. Por outro lado, o trabalho poderá ser estruturante da identidade se puder proporcionar ao adolescente um sentido de vida, facilitando suas escolhas profissionais à medida que possa ser fonte de informações e aprendizagem, além de permitir novos contatos sociais, ampliando a rede de amizades e a social (Sarriera, Silva, Kabbas, Lópes, 2001).

O impacto da intensidade de trabalho nas atividades educacional e social do adolescente parece estar dependente da qualidade e das circunstâncias sobre as quais o trabalho é exercido (Zimmer-Gembeck, Mortimer, 2006).

As necessidades do adolescente não podem ser encaradas de forma isolada, porque estão intrinsecamente relacionadas com o contexto onde ele está inserido. O conjunto dessas relações vai delineando para o indivíduo uma identidade familiar, sexual e laboral, que lhe permite exercer um papel dentro da sociedade (Santana, Itaparica, Amorim, Araujo Filho, Araujo, Oliveira, 2003).

A qualidade do trabalho do adolescente pode ser medida em termos de autonomia e clareza do papel social, a variedade de habilidades e conhecimentos alcançados e o conflito escola-trabalho. Quando esses aspectos foram relacionados à intensidade de trabalho, os resultados mostraram que a uma maior intensidade do trabalho foi preditivo de baixo aproveitamento escolar (Zimmer-Gembeck, Mortimer, 2006).

As mudanças na organização do trabalho no Brasil vêm ocorrendo a passos lentos desde os anos 70, cujos esforços se concentraram em acompanhar e proteger melhor o trabalho na adolescência e tirar as crianças quando em situação de risco (Barker, Raymundo, Asmus, Pepe, 2007). A identificação de

fatores de proteção à família, o envolvimento da comunidade, e a compreensão dos mecanismos através dos quais eles operam, são as bases para quaisquer políticas sociais destinadas aos adolescentes, famílias e comunidades (Guzman, 2007).

As redes familiares podem ser a fonte de informação principal e orientação sobre empregos e planos futuros para a educação (Morrow, 2007). Entretanto essa afirmação deve ser interpretada com cautela, porque a opinião do adolescente é bastante flexível em relação ao futuro.

A possibilidade de ascensão social é, de um lado, manifestada na permanência na escola, por outro, é objetivada em ser alguém na vida. Nem sempre a relação entre trabalho e estudo é verdadeiramente positiva, pois ainda é comum que adolescentes e crianças abandonem a escola para trabalhar (Paredes, Pecora, 2004). Um estudo na área rural mostrou que devido às dificuldades objetivas de acesso à escola, e baixa qualidade do ensino oferecido, o trabalho na lavoura exige a permanência de meninos e meninas fora da escola. Na passagem da infância para adolescência os adolescentes vão trabalhando e sendo submetidos a todo tipo de sedução para que não abandonem a terra e o trabalho (Ferreira, 2001). O período atual fornece uma oportunidade única fortalecer esse tipo de pesquisa que pode informar o desenvolvimento de eficientes políticas e programas sociais para fortalecer o desenvolvimento de competências e integração social da juventude (Guzman, 2007).

Os elementos das representações sociais de perspectivas de futuro parecem se configurar nas seguintes temáticas: estudo, felicidade, saúde, profissão e emprego, que aparecem com as maiores frequências (Paredes, Pecora, 2004). Ainda assim faz-se urgente assegurar uma qualidade de ambiente profissional e uma fiscalização dos trabalhos impróprios para o adolescente, seja via governamental seja através de sindicatos (Ferreira, 2001). Isso requer a criação de parcerias entre as organizações formais e informais que desenvolvem políticas e programas para realmente construir o cenário da

comunidade que oferece oportunidades ideais para desenvolvimento saudável da juventude (Guzman, 2007).

Enfim é importante questionar quais os tipos de projetos ou programas poderiam ser realizados para melhor prepará-los para o mercado, a fim de enfrentarem com mais adequação os dados de realidade. Programas que não sejam meramente adaptativos, mas que os façam refletir sobre as suas condições de vida, de forma a buscarem seus sonhos e, principalmente, continuarem com a esperança de um futuro promissor (Sarriera, Silva, Kabbas, López, 2001).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

➤ Mensurar o capital social e a qualidade de vida entre adolescentes trabalhadores assistidos por uma Entidade Filantrópica de Apoio ao Adolescente.

#### **3.2 Específico**

- Verificar a possível relação entre o capital social e a qualidade de vida entre os adolescentes trabalhadores;
- Associar o trabalho e a qualidade de vida dos adolescentes nos seus domínios global, físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente;

## **4 MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de estudo**

O presente estudo foi do tipo transversal analítico cuja população de referência foi constituída por adolescentes trabalhadores assistidos por uma Entidade Filantrópica de Apoio ao Adolescente sediada em Sete Lagoas, Minas Gerais, Brasil.

### **4.2 Local do estudo**

O município onde foi realizado o presente estudo possui uma área de 541,1 km<sup>2</sup> e uma população de 225.358 habitantes em 2009 com bons indicadores quando comparados a outros municípios mineiros, cujo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é 0,809 e o Produto Interno Bruto (PIB) é R\$ 3.040.262 mil (IBGE, 2009).

### **4.3 População de referência do estudo**

A amostra foi composta por todos os adolescentes que trabalham e estudam e são assistidos por uma Entidade Filantrópica de Apoio ao Adolescente (N=363).

Essa entidade, denominada Guarda Mirim de Sete Lagoas, foi fundada em 1966 e tem a finalidade de inserir o adolescente no mercado de trabalho. Para isso os adolescentes devem ter entre 15 e 17 anos de idade, estudar em escola pública e realizar um curso preparatório de admissão.

Durante o curso, o adolescente aprende o estatuto (Anexo 1) e o regimento interno da entidade (Anexo 2), tem aulas de português, leitura de textos e apresentação em público, dentre outros, sendo preparado para atender o público e para trabalhar nas empresas e instituições conveniadas. Ao final do curso, o menor faz uma prova de seleção e recebe um certificado de qualificação em instruções de relações humanas, mercadologia, atendimento

ao público, etiqueta, trabalho em equipe, comunicação e comportamento profissional.

Os convênios com a prefeitura e as empresas locais são formulados pela própria organização obedecendo ao Estatuto interno e as leis trabalhistas vigentes. O menor deve trabalhar meio período tendo o outro livre para estudar, ter férias e 13º salário. Além disso, a maioria dos convênios feitos com a organização pede preferência para o adolescente do sexo masculino, por isso o número de trabalhadoras é bastante reduzido.

Inicialmente o adolescente só precisava ir à entidade no dia do pagamento. Em 1998, foi implantada uma gincana anual para acompanhar melhor os adolescentes. Posteriormente, as atividades começaram a ser promovidas aos finais de semana para acompanhar o desempenho escolar, o desempenho no setor de serviço e incluindo atividades culturais, esportivas e ambientais.

Nas atividades esportivas têm-se campeonatos de futsal, natação, vôlei, peteca, caminhada de 33 km, maratona da boa vista, passeio ciclístico, corrida de 50 e 100 metros, além de campeonato de xadrez, dama, tênis de mesa, sinuca, flexão e barra. Há também concursos de leitura, redação, poesia e contador de história, Olimpíadas de Português, e trabalhos de preservação do ambiente e de pesquisa cultural. Além disso, há aulas de informática, dança, teatro e karatê através de convênios.

O acompanhamento escolar é feito através da verificação do boletim escolar com aulas de reforço e recuperação para os adolescentes que precisarem, pois a aprovação escolar é o requisito primordial para a permanência do menor no trabalho.

De acordo com a própria entidade, *“ela pretende ser uma escola profissionalizante, pois dá a teoria, coloca os garotos para trabalhar e praticar e faz o acompanhamento permanente”*. O adolescente não está na entidade só por conta do salário, há algo mais a ser feito. A experiência de doze anos desde as mudanças implantadas colheram frutos que mostram grandes



transformações na vida dos garotos. Em um espaço de tempo inferior a dois anos, a maioria dos adolescentes que chegam inexperientes, às vezes com mau comportamento e sem perspectivas nos estudos, saem maduros para o mercado de trabalho e para a vida adulta.

A saída do adolescente acontece antes de completar 18 anos de idade, sendo que muitos conseguem bons empregos imediatamente e algumas empresas do município buscam a indicação dos adolescentes da entidade com bom desempenho.

#### **4.4 Instrumentos**

A coleta de dados foi realizada no mês de agosto de 2009 através da aplicação de três questionários, em um mesmo momento, para todos os participantes em ambiente reservado cedido pela Entidade.

##### ***4.4.1 Condições socioeconômicas e demográficas***

O primeiro instrumento foi adaptado do questionário do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para a população deste estudo (Anexo 3). As questões dizem respeito às informações sócio-demográficas, acesso e utilização de serviços de saúde, a saber: sexo, idade, etnia, escolaridade, saneamento básico (abastecimento de água, presença de sanitário no interior do domicílio, rede de esgoto, coleta de lixo), posse de plano de saúde, uso regular dos serviços de saúde, tipo de serviço mais utilizado e consultas médicas nos últimos 12 meses da entrevista (IBGE, 2004).

##### ***4.4.2 Instrumento para mensurar a qualidade de vida***

O instrumento utilizado para mensurar a qualidade de vida foi o World Health Organization Quality of Life- Bref – WHOQoL-bref (Anexo 4) que é a versão abreviada traduzida e validada para o português do WHOQoL-100, desenvolvidos pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS – Grupo WHOQoL para estudos epidemiológicos (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira,

Santos et al. 2000). Este instrumento possui quatro domínios (Físico, Psicológico, Relações sociais e Meio ambiente) e 26 questões (Quadro 1).

Quadro 1. Domínios do WHOQOL-bref

<b>Domínios do WHOQoL-bref</b>
<b>Domínio I – Físico</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>1. dor e desconforto</li> <li>2. energia e fadiga</li> <li>3. sono e repouso</li> <li>10. atividades da vida cotidiana</li> <li>11. dependência de medicação ou de tratamentos</li> <li>12. capacidade de trabalho</li> </ul>
<b>Domínio II – Psicológico</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>4. sentimentos positivos</li> <li>5. pensar, aprender, memória e concentração</li> <li>6. auto-estima</li> <li>7. imagem corporal e aparência</li> <li>8. sentimentos negativos</li> <li>24. espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais</li> </ul>
<b>Domínio III – Relações sociais</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>13. relações pessoais</li> <li>14. suporte (apoio) social</li> <li>15. atividade sexual</li> </ul>
<b>Domínio IV – Meio ambiente</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>16. segurança física e proteção</li> <li>17. ambiente no lar</li> <li>18. recursos financeiros</li> <li>19. cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade</li> <li>20. oportunidades de adquirir novas informações e habilidades</li> <li>21. participação em, e oportunidades de recreação/lazer</li> <li>22. ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)</li> <li>23. transporte</li> </ul>

#### **4.4.3 Instrumento para mensurar capital social**

Para o estudo do capital social foi utilizado a versão curta do Questionário Integrado para Medir Capital Social (QI-MCS) do Banco Mundial (Anexo 5). Este instrumento objetiva contribuir para novos avanços, provendo conjunto de ferramentas empíricas para medir capital social, com foco em aplicações nos países em desenvolvimento (Grootaert, Narayan, Jones, Woolcock, 2003).

As características de cada uma das seis dimensões do instrumento estão descritas no Quadro 2.

Quadro 2. Dimensões do QI-MCS

<b>Dimensões do QI-MCS</b>
<b>Dimensão I - Grupos e Redes</b>
1. densidade de associação 2. diversidade de associações 3. nível de funcionamento democrático 4. extensão das conexões com outros grupos
<b>Dimensão II - Confiança e Solidariedade</b>
5. nível de confiança na comunidade 6. nível de solidariedade na comunidade
<b>Dimensão III - Ação Coletiva e Cooperação</b>
7. grau de ação coletiva 8. tipo de atividades desenvolvidas coletivamente 9. percepção geral do grau de iniciativa para cooperar e participar de ações coletivas
<b>Dimensão IV - Informação e Comunicação</b>
10. acesso a informações de mercado e serviços públicos 11. acesso às infra-estruturas de comunicação
<b>Dimensão V - Coesão e Inclusão social</b>
12. inclusão 13. sociabilidade 14. conflito e violência
<b>Dimensão VI - Autoridade ou Capacitação (<i>Empowerment</i>) e Ação Política</b>
16. sentimento de felicidade 17. eficácia pessoal 18. capacidade de influência dos membros do agregado doméstico

## 4.5 Variáveis

### 4.5.1 Variáveis dependentes

Estabeleceram-se as seguintes variáveis dependentes: 1) tempo de trabalho, 2) capital social (medido por meio da análise de todas as seis dimensões do QI-MCS). As categorias e os pontos de corte para cada variável estão apresentados no quadro abaixo (Quadro 3).

Quadro 3. Variáveis dependentes.

Variável	Categorias	Ponto de corte
<b>Tempo de trabalho (em anos)</b>	Até um ano Dois anos	Data de entrada da entidade
<b>Capital social (cluster com 6 dimensões do QI-MCS)</b>	Baixo Alto	Centróide (questão 01 – participação em grupos)

#### 4.5.1.1 Tempo de trabalho

O tempo de trabalho é registrado nos arquivos de cada adolescente como controle das datas de entrada e saída do adolescente na entidade. Essa informação foi organizada em anos de trabalho na entidade, como medida relacionada ao trabalho. Formou-se uma variável dicotômica: 1) até um ano e 2) Dois anos (tempo máximo de permanência).

#### 4.5.1.2 Capital social

Essa variável foi formada utilizando-se a análise de segmentação. Para isso, alguns requisitos foram propostos para eleger o número de clusters e as características desejáveis para separar os adolescentes em grupos em ordem crescente de estoque de capital social:

- 1) selecionar uma questão de cada dimensão do instrumento do capital social;
- 2) escolher questões que mantivessem a coerência teórica do instrumento;

- 3) obter menor número possível de casos excluídos;
- 4) formar grupos semelhantes na quantidade de participantes e;
- 5) formar grupos distintos em pelo menos uma característica.

Após a análise, chegou-se a um número satisfatório de questões que foram capazes de separar os participantes em dois clusters distintos (Baixo/Alto Capital Social) que se assemelham internamente nas respostas sobre capital social a partir de um identificador predominantemente diferente.

Para formar essa variável, a participação em grupos ou associações (questão 01) foi selecionada para ser o centróide dos clusters, por ser uma variável contínua.

A partir do centróide, os clusters foram classificados com base nas semelhanças das demais variáveis do QI-MCS, a saber:

- 1) disposição de tempo para ajudar na comunidade (questão 11A),
- 2) participação de atividade comunitária em benefício do bairro (questão 12),
- 3) principal fonte de informação (questão 16),
- 4) presença de diferenças no bairro (questão 17),
- 5) participação em reunião comunitária (questão 26).

#### **4.5.2 Variáveis independentes**

Para este estudo as variáveis referentes às características sociodemográficas foram: sexo, idade, cor da pele, escolaridade, saneamento básico (abastecimento de água, presença de sanitário no interior do domicílio, rede de esgoto, coleta de lixo) e também as variáveis relacionadas à saúde: posse de plano de saúde, uso regular dos serviços de saúde, tipo de serviço mais utilizado e consultas médicos nos últimos 12 meses da entrevista. Todas as questões acima se basearam em estudos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Quadros 4 e 5).

Quadro 4. Variáveis sociodemográficas perguntadas aos adolescentes trabalhadores, Brasil, 2009.

Variável	Categoria
<b>Idade (em anos)</b>	15
	16
	17
<b>Sexo</b>	Masculino
	Feminino
<b>Cor da pele</b>	Branca
	Preta
	Parda
	Amarela Indígena
<b>Escolaridade (série em curso)</b>	1º grau
	2º grau
<b>Domicílio</b>	Alvenaria
	Outro
<b>Abastecimento de água</b>	Rede geral canalizada
	Outra
<b>Sanitário domicílio</b>	Sim
	Não
<b>Esgoto</b>	Rede geral canalizada
	Outro
<b>Coleta do lixo</b>	Coletado por serviço de limpeza
	Outro

Quadro 5. Variáveis relacionadas ao acesso/uso dos serviços de saúde perguntadas aos adolescentes trabalhadores, Brasil, 2009.

Variável	Categoria
<b>Possui plano de saúde</b>	Sim
	Não
<b>Utilização serviço saúde</b>	Sim
	Não
<b>Serviço saúde mais utilizado</b>	Unidade de Saúde
	Consultório Particular
	Farmácia
	Pronto Socorro
	Consultório de Clínica
	Hospital
<b>Consulta médica nos últimos 12 meses</b>	Sim
	Não
<b>Número de consultas nos últimos 12 meses</b>	≤ 2 consultas
	> 2 consultas

#### **4.5.2.1 Idade**

A adolescência caracteriza-se por mudanças físicas aceleradas e características da puberdade, cujas alterações surgem influenciadas por fatores hereditários, ambientais, nutricionais e psicológicos diferentes do crescimento e desenvolvimento que ocorrem em ritmo constante na infância (WHO, 2007).

#### **4.5.2.3 Cor da pele**

Segundo o IBGE (1998), as opções de resposta para a variável cor auto-relatada foram: branca, preta, amarela, parda, e indígena. Perguntar diretamente ao adolescente a sua cor tem, sobretudo, a função de verificar o entendimento deles sobre as categorias de raça/cor.

#### **4.5.2.4 Sexo**

Consideraram-se para a variável denominada sexo as categorias: masculino e feminino.

O adolescente trabalhador é caracteristicamente do sexo masculino, especialmente neste estudo, devido à preferência das empresas conveniadas com a entidade de apoio aos adolescentes bem como pelas dificuldades de conseguir vagas apropriadas para adolescentes do sexo feminino.

#### **4.5.2.5 Escolaridade**

Levando-se em consideração que a frequência regular à escola é um requisito importante na entidade, a série escolar foi utilizada para medir a escolaridade dos adolescentes. Entretanto, por se tratar de uma faixa etária restrita, esta variável foi convertida em grau de escolaridade: cursando o 1º ou 2º grau.

É importante perceber que o adolescente trabalhador precisa ser acompanhado para que o trabalho não interfira nos seus estudos. A intenção de se averiguar o grau de escolaridade era tentar perceber alguma relação com a qualidade de vida e o capital social; ou seja, investigar se quem tem mais anos de estudo tem maior estoque de capital social e quem sabe mais qualidade de vida.

#### **4.5.2.6 Variáveis demográficas**

O saneamento básico abrangeu perguntas referentes ao tipo de abastecimento de água, presença de sanitário no interior do domicílio, tipo de rede de esgoto, e de coleta de lixo.

As relações de variáveis demográficas são, em geral, muito correlacionadas, e possivelmente seguem tendências na população brasileira. Entretanto, é



importante ressaltar que se trata de uma informação auto-relatada e por isso, pode não corresponder a real situação de moradia dos adolescentes.

#### **4.5.2.7 Acesso/uso de serviços de saúde**

A intenção de se utilizar as variáveis relacionadas ao acesso/uso de serviços de saúde neste estudo com adolescentes trabalhadores se justifica pelos poucos estudos na literatura com adolescentes trabalhadores que contam com acompanhamento social, trabalhando com carteira assinada e sem o abandono da escola.

É difícil afirmar se a relativa ausência dos adolescentes nos serviços de saúde se deve a pouca oferta de ações voltadas para eles ou à baixa procura dos mesmos, uma vez que estes dois fatores estão interligados e se referem à forma como o serviço de saúde está estruturado atualmente no país e, também existir poucos estudos sobre esse enfoque (Ferrari, Thomson, Melchior, 2006).

Por outro lado, profissionais que trabalham em programas de atenção à saúde de adolescentes referem dificuldades no trato diário com esse grupo etário, pois para que se cumpra a agenda de atividades os esforços parecem ser em vão, causando-lhes frustração, desmotivação, mal-estar e até mesmo irritação, pois geralmente não comparecem no serviço (Ruzany, Andrade, Esteves, Pina, Szwarcwald, 2002).

Essa situação vem mudando, com o surgimento de programas e ações voltadas tanto pelo aperfeiçoamento dos profissionais para lidar com adolescente quanto pelas tentativas de entender melhor essa fase peculiar da vida (Bursztyn, Ribeiro, 2005).

#### **4.5.2.8 Domínios do WHOQoL-bref**

As variáveis independentes relacionadas ao WHOQoL foram obtidas pelo cálculo do escore de cada domínio: Global, Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente.

O WHOQoL-bref não prevê conceitualmente que se possa utilizar do escore total de qualidade de vida, então o escore de cada domínio é calculado separadamente. O valor mínimo dos escores de cada domínio é zero e o valor máximo 100 numa escala positiva, isto é, quanto mais alto o escore, melhor a qualidade de vida naquele domínio (Fleck, 2000).

Todas as palavras chaves possuem uma pontuação de um a cinco e para as questões 3, 4 e 26 os escores são convertidos em função de 1=5; 2=4; 3=3; 4=2 e 5=1, a fim de que todas as opções mantenham a mesma ordem crescente. A sintaxe para o cálculo dos escores para o programa SPSS for Windows se encontra disponível no site do WHOQoL Brasil: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol7.html>.

A qualidade de vida no WHOQoL pode ser medida através das questões gerais do instrumento: questões 01 (auto-avaliação da qualidade de vida) e 02 (satisfação com a saúde). Quando computadas juntas formam a qualidade de vida global (QVG), cujos valores podem variar entre 04 e 20 (Fleck, 2000).

#### **4.6 Análise e processamento dos dados**

Os dados socioeconômicos e demográficos e as respostas dos questionários foram processados utilizando-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) for Windows versão 17.

Inicialmente realizou-se a estatística descritiva das variáveis independentes estudadas, separadamente para dados sócio-demográficos e as variáveis indicadoras do acesso e utilização de serviços de saúde. Os escores de cada domínio do WHOQoL foram calculados. Em seguida, testes estatísticos e análises multivariadas foram propostas para atender aos objetivos do presente estudo (Quadro 6).

Quadro 6. Testes e análises multivariadas realizadas com os dados do estudo de acordo com os objetivos propostos.

<b>Objetivo</b>	<b>Variável dependente</b>	<b>Variáveis independentes</b>	<b>Análise estatística</b>
<b>Investigar a relação entre trabalho e qualidade de vida de adolescentes aprendizes</b>	Tempo de trabalho (1 e 2 anos)	Escore domínios do WHOQoL.	Teste U de Mann-Whitney
<b>Mensurar o capital social e sua possível relação com a qualidade de vida entre adolescentes trabalhadores assistidos por uma Organização Filantrópica.</b>	Capital social (Baixo/Alto)	Escore domínios do WHOQoL-Bref	Análise de segmentação Teste U de Mann-Whitney

## **5 ASPECTOS ÉTICOS**

Os participantes receberam informações completas referentes aos objetivos e às justificativas da pesquisa, conforme orientações no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o assinaram juntamente com seus pais ou responsáveis legais. Respeitaram-se os preceitos éticos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que determina as diretrizes das pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Essa pesquisa foi autorizada pela diretoria da Entidade Filantrópica, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer nº ETIC 0042.0.203.000-10).

## REFERÊNCIAS

1. Barker G. Adolescents, social support and help-seeking behavior: an international literature review and program consultation with recommendations for action. Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organization: WHO discussion papers on adolescence; 2007. 56p. [citado 2010 mar 15]. Available at: [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/9789241595711/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241595711/en/index.html).
2. Barker SL, Raymundo CM, Asmus CIF, Pepe CCCA. O programa de saúde do trabalhador adolescente - UERJ e a implementação da política nacional de saúde para erradicação do trabalho infantil. Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, 2007;15 (1):79-96.
3. Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. Ciênc. Saúde Coletiva 2006; 11(4):911-26.
4. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. BMC Med Res Methodol. 2003; 3:21-33.
5. Bursztyrn I, Ribeiro JM. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. Cad. Saúde Pública 2005; 21(2):404-16.
6. Broder HL, Slade G, Caine R, Reisine S. Perceived impact of oral health conditions among minority adolescents. J Public Health Dent. 2000; 60(3):189-92.
7. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc. Saúde Col. 2000; 5(1):163-77.
8. Cantrell MA, Lupinacci P. Investigating the determinants of health-related quality of life among childhood cancer survivors. Journal of Advanced Nursing 2008; 64(1):73-83.
9. Castro RAL, Portela MC, Leão AT. Adaptação transcultural de índices de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007; 23(10):2275-84.

10. Costa COM, Bigras M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007;12(5):1101-09.
11. Cover TM, Hart PE. Nearest Neighbor Pattern Classification. *IEEE Transactions on Information Theory* 1967; IT-13(1):22-7.
12. Dachs JNW, Santos APR. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2006;11(4):887-94.
13. Deribew A, Tesfaye M, Hailmichael Y, Negussu N, Daba S, Wogi A et al. Tuberculosis and HIV co-infection: its impact o quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes* 2009;7:105.
14. Drukker A, Kaplan C, Feron F, Van Os J. Children's health-related quality of life, neighbourhood socio-economic deprivation and social capital. A contextual analysis. *Soc. Sci. Med.* 2003; 57:825-41.
15. Drukker M, Buka SL, Kaplan C, McKenzie K, Van Os J. Social capital and young adolescents' perceived health in different sociocultural settings. *Soc. Sci. Med.* 2005; 61(1):185-98.
16. Drukker M, Kaplan C, Schneiders J, Feron FJM, Van Os J. The wider social environment and changes in self-reported quality of life in the transition from late childhood to early adolescence: a cohort study. *BMC Public Health* 2006, 6:133.
17. Everitt B. *Cluster Analysis*. 3ª Ed. London Melbourne Auckland 1993.
18. Falcão AX, Stolfi J, Lotufo RA. The image foresting transform: theory, algorithms, and applications. *IEEE Trans.on Pattern Analysis and Machine Intelligence* 2004; 26(1):19-29.
19. Fallon EM, Tanofsky-Kraff M, Norman AC, McDuffie JR, Taylor ED, Cohen ML, et al. Health-related quality of life in overweight and nonoverweight black and white adolescents. *J Pediatr.* 2005;147(4):443-50.
20. Ferreira MAF. Trabalho infantil e produção acadêmica nos anos 90: tópicos para reflexão. *Estudos de Psicologia* 2001;6(2):213-25.
21. Fischer FM, Martins IS, Oliveira DC, Teixeira LR, Latorre MRD, Coopere SP. Occupational accidents among middle and high school students of the state of São Paulo, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2003;37(3):351-6.
22. Fischer FM, Oliveira DC, Nagai R, Teixeira LR, Lomabardi Júnior M, Latorre MRDO et al. Job control, job demands, social support at work and

health among adolescent workers. *Revista de Saúde Pública*, 2005;39(2):245-53.

23. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-bref. *Rev Saúde Publica* 2000;34(2):178-83.

24. Frisch MB, Clark MP, Rouse SV, Rudd MD, Paweleck JK, Greenstone A et al. Predictive and Treatment Validity of life satisfaction and the Quality of Life Inventory. *Assessment* 2005;12(1): 66-78.

25. Ferrari RAP, Thomson Z, Melchior R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. *Cad. Saúde Pública* 2006;22 (11):2491-95.

26. Grootaert C, Narayan D, Jones VN, Woolcock M. Questionário Integrado para Medir Capital Social (QI-MCS). World Bank, Grupo Temático sobre Capital Social, jun. 2003.

27. Guzman MLM. Mirando al Futuro: Desafíos y Oportunidades Para el Desarrollo de los Adolescentes en Chile. *Psykhé* 2007; 16(1):3-14.

28. Hair JF, Black WC, Babin JB, Anderson RE, Tatham RL. *Análise Multivariada de Dados*. Porto Alegre: Artmed 2009, 6ª ed.

29. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e utilização de serviços de saúde – PNAD, 1998. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2000. Available at: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>. Acesso em: 15 mar 2010.

30. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultados da Amostra do Censo Demográfico 2000 - Malha municipal digital do Brasil: situação em 2001. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

31. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem da população 2009. Available at: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 07 abr. 2010.

32. Izutsu T, Tsutsumi A, Islam MA, Matsuo Y, Yamada HS, Kurita H, et al. Validity and reliability of the Bangla version of WHOQoL-Bref on an adolescent population in Bangladesh. *Quality of Life Research* 2005; 14:1783-89.

33. Jozefiak T, Larsson B, Wichstrøm L. Changes in quality of life among Norwegian school children: a six-month follow-up study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2009, 7:7.

34. Kim D, Kawachi I. U.S. State-Level Social Capital and Health-Related Quality of Life: multilevel Evidence of Main, Mediating, and Modifying Effects. *Ann Epidemiol* 2007;17:258-69.
35. Kolotkin RL, Zeller M, Modi AC, Samsa GP, Quinlan NP, Yanovski JA, et al. Assessing Weight-Related Quality of Life in Adolescents. *Obesity* Silver Spring. 2006;14(3): 448-57.
36. Krzanowski WJ, Marriott FHC. *Multivariate Analysis part 2: classification, covariance structures and repeated measurements.* Kendall's Library of Statistics 2. 1995.
37. Kunkel N, Oliveira WF, Peres MA. Excesso de peso e qualidade de vida relacionada à saúde em adolescentes de Florianópolis, SC. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(2):226-35.
38. Lofrano-Prado MC, Antunes HKM, Prado WL, Piano A, Caranti DA, Tock L et al. Quality of life in Brazilian obese adolescents: effects of a long-term multidisciplinary lifestyle therapy. *Health and Quality of Life Outcomes* 2009; 7:6.
39. Maroco J. *Análise estatística: com a utilização do SPSS.* Lisboa: Sílabo, 2003.
40. Meuleners LB, Lee AH. Quality of Life Profile – Adolescent Version: Assessing the relationship of covariates to scale scores using structural equation modeling. *Quality of Life Research* 2005; 14:1057-63.
41. Milani CRS. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. *Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro* 2008; 42(3):551-79.
42. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Clínica & Saúde Coletiva* 2000; 5(1):7-18.
43. Modi AC, Loux TJ, Bell SK, Harmon CM, Inge TH, Zeller MH. Weight-specific health-related quality of life in adolescents with extreme obesity. *Obesity (Silver Spring)*. 2008; 16(10):2266-71.
44. Morrow V. Conceituando o capital social em relação a crianças e jovens: é diferente para meninas? *Educ. Soc., Campinas*, 2007 set/dez; 28(101):1351-73. Available at: <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em 20 jan 2010.
45. Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Caderno saúde Pública, Rio de Janeiro*, 2002;18 (Supl.):77-87.



46. Neri F, Ville S. Social capital renewal and the academic performance of international students in Australia. *Journal of Socio-Economics* 2008; 37(4): 1515-38.
47. Novato TS, Grossi SAA, Kimura M. Qualidade de vida e auto-estima de adolescentes com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm* 2008; 21(4):562-7.
48. Oliveira BRG, Robazzi MLCC. O trabalho na vida dos adolescentes: alguns fatores determinantes para o trabalho precoce. *Rev Latino-am enferm.* 2001; 9(3):83-9.
49. Paredes EC, Pecora AR. Questionando o futuro: as representações sociais de jovens estudantes. *Psicologia: Teoria e Prática* 2004, ed. especial: 49-65.
50. Pattussi MP. Capital social e a agenda de pesquisa em epidemiologia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2006; 22(8):1525-46.
51. Payne PR, Williams KR. Building Social Capital Through Neighborhood Mobilization. *Challenges and Lessons Learned.* *Am J Prev Med* 2008; 34(3S):S42-7.
52. Pestana MH, Gajeiro JN. *Análise de Dados para Ciências Sociais.* 2ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2000.
53. Putnam RD. *Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna.* 2ªed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.
54. Rivett LA, Rothberg A, Stewart A, Berkowitz R. The relationship between quality of life and compliance to a brace protocol in adolescents with idiopathic scoliosis: a comparative study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2009, 10:5.
55. Runyan CW, Santo JD, Schulman M, Lipscomb HJ, Harris TA. Work hazards and workplace safety violations experienced by adolescent construction workers. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006; 160:721-7.
56. Ruzany MH, Andrade CLT, Esteves MAP, Pina MF, Szwarcwald CL. Avaliação das condições de atendimento do Programa de Saúde do Adolescente no Município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:639-49.
57. Santana V, Itaparica M, Amorim AM, Araujo Filho JB, Araujo G, Oliveira M et al. Acidentes de trabalho não fatais em adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública.* Rio de Janeiro, 2003; 19(2):407-20.

58. Sapag JC, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud em América latina. *Revista de saúde Pública* 2007; 41(1):139-49.
59. Sarriera JC, Silva MA, Kabbas CP, Lópes VB. Formação da identidade ocupacional em adolescentes. *Estudos de Psicologia* 2001, 6(1):27-32.
60. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2004 mar/abr;20(2):580-88.
61. Singh GK, Kogan MD, Van Dyck PC, Siahpush M. Racial/Ethnic, Socioeconomic, and Behavioral Determinants of Childhood and Adolescent Obesity in the United States: Analyzing Independent and Joint Associations. *Ann Epidemiol* 2008; 18:682-95.
62. Schultz J, O'Brien AM, Tadesse B. Social capital and self-rated health: Results from the US 2006 social capital survey of one community. *Social Science & Medicine* 2008; 67:606-17.
63. Souza EM de, Grundy E. Promoção de saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cad Saúde Pub Rio de Janeiro*, 2004 set/out;20(5):1354-60.
64. Taylor R, Franck LS, Gibson F, Dhawan A. A Critical Review of the Health-Related Quality of Life of Children and Adolescents After Liver Transplantation. *Liver transplantation* 2005; 11(1):51-60.
65. Tempest S, McKinlay A, Starkey K. Careering alone: Careers and social capital in the financial services and television industries. *Human Relations* 2004; 57; 1523-45.
66. The WHOQoL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQoL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* 1995; 10:1403-9.
67. The WHOQoL Group. WHOQoL-bref. Quality of Lifeassessment. *Development of the World Health Organizacion Psychol Med* 1998; 28:551-8.
68. Woolcock M. Social capital and economic development: toward a theoretical synthesis and policy framework. *Theory and Society* 1998; 27(2):151-208.
69. Zimmer-Gembeck MJ, Mortimer JT. Adolescent work, vocational development, and education. *Rev Educ Res.* 2006; 76(4): 537-66.

70. Zullig KJ, Valois RF, Drane JW. Adolescent distinctions between quality of life and self-rated health in quality of life research. *Health and Quality of Life Outcomes* 2005, 3:64.

## PARTE II. ARTIGOS CIENTÍFICOS

*Apresentamos os artigos científicos através dos quais são respondidos os objetivos do estudo esboçando, portanto, os resultados e a discussão dos mesmos. Os manuscritos serão enviados a periódicos internacionais indexados, como um dos requisitos para a obtenção do título de mestre. As considerações finais fecham essa sessão fazendo um apanhado geral dos resultados apresentados em todos os artigos.*

## 7. RESULTADOS

Nesta sessão, apresentaremos os manuscritos com os resultados do presente estudo. Ainda que haja grandes limitações na interpretação dos dados, pode-se dizer que foi possível alcançar os objetivos propostos.

Os resultados encontrados no presente estudo se tornarão públicos através da publicação dos manuscritos que serão encaminhados a periódicos de credibilidade junto à comunidade científica e à própria entidade como forma de contribuição ao acompanhamento realizado junto aos adolescentes. Dessa forma, alguns periódicos foram eleitos como de primeira escolha para cada artigo (Quadro 7).

Quadro 7. Periódicos selecionados para submissão dos manuscritos do estudo.

Título do manuscrito	Periódico	QUALIS (Área de referência)	Fator de impacto
<b>Qualidade de vida dos adolescentes trabalhadores assistidos por uma Entidade Filantrópica de Apoio ao Adolescente</b>	Journal of Adolescent Research	-	1.40
<b>Capital social e qualidade de vida em adolescentes trabalhadores de Entidade Filantrópica de Apoio ao Adolescente</b>	Health and Quality of Life Outcomes	A <sub>1</sub> (Odontologia)	3,20

**Qualidade de vida dos adolescentes aprendizes assistidos por uma Entidade Filantrópica de Apoio ao Adolescente\***

**Quality of life among adolescent apprentices assisted by an entity Philanthropic**

Ana Cristina Viana Campos<sup>1</sup>, Simone Dutra Lucas<sup>2</sup>, Andréa Maria Duarte Vargas<sup>3</sup>, Viviane Elisangela Gomes<sup>4</sup>, Marcos Azeredo Furquim Werneck<sup>5</sup>, Efigênia Ferreira e Ferreira<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Aluna do Doutorado em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: [campos.acv@gmail.com](mailto:campos.acv@gmail.com)

<sup>2</sup> Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade de Minas Gerais. E-mail: [sdlucas@uai.com.br](mailto:sdlucas@uai.com.br)

<sup>3</sup> Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade de Minas Gerais. E-mail: [vargasnt@task.com.br](mailto:vargasnt@task.com.br)

<sup>4</sup> Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade de Minas Gerais. E-mail: [vivigomes\\_br@yahoo.com.br](mailto:vivigomes_br@yahoo.com.br)

<sup>5</sup> Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade de Minas Gerais. E-mail: [mawerneck@terra.com.br](mailto:mawerneck@terra.com.br)

<sup>5</sup> Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade de Minas Gerais. E-mail: [efigeniaf@gmail.com](mailto:efigeniaf@gmail.com)

Autor para correspondência:

Ana Cristina Viana Campos

Rua dos Jês, 151 ap. 302

Indians – Belo Horizonte – Minas Gerais

CEP: 31.530-160

## Resumo

O objetivo deste estudo foi investigar a relação entre trabalho e qualidade de vida de adolescentes aprendizes. Realizou-se estudo transversal analítico com 363 adolescentes aprendizes assistidos por uma Entidade Filantrópica de Apoio ao Adolescente sediada em um município de médio porte, Brasil. Informações sócio-demográficas foram perguntadas aos participantes. A qualidade de vida foi avaliada pela versão abreviada traduzida e validada para o português do World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQoL-Bref). A Correlação Partial Rank de Kendall foi utilizada para comparar a correlação entre os domínios do WHOQoL, levando-se em consideração a interferência ou não do trabalho na qualidade de vida dos adolescentes. A comparação entre o tempo de trabalho do adolescente e os escores dos domínios físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e global do WHOQoL-Bref foi realizada pelo teste de Teste U de Mann-Whitney. O nível de significância foi estabelecido em  $p < 0,05$ . Metade dos adolescentes da amostra apresentou escores nos domínios Físico, Psicológico e Relações Sociais maior que 75,0 e no domínio Meio Ambiente, 53,1. Todos os domínios do WHOQoL-Bref apresentaram correlação entre si ( $p < 0,001$ ). Quando os domínios do WHOQoL foram comparados em relação ao tempo de trabalho, obteve-se diferenças estaticamente significativas entre os grupos apenas no Domínio Meio Ambiente ( $p = 0,048$ ). Os adolescentes aprendizes possuem boa qualidade de vida em todos os domínios avaliados, sendo que apenas no domínio ambiente a média foi inferior a 70,0. O tempo de trabalho parece ser não ser um fator negativo na avaliação da qualidade de vida dessa população.

**Descritores:** Qualidade de vida; trabalho do menor; adolescente.

## Introdução

A adolescência é uma fase marcada por intensas transformações biopsicossociais sendo que alguns aspectos como o estado de saúde, qualidade de vida e acesso à educação e ao trabalho devem ser constantemente avaliados nessa população (WHO, 2007).

O trabalho na adolescência é tema complexo, podendo estar associado à pobreza, à desigualdade e à exclusão social. Para alguns autores, o trabalho precoce pode privar o direito à educação, ao convívio familiar, à saúde e ao lazer e, portanto, prejudicar sua formação tanto física quanto intelectual. Consideram que, mesmo com a obrigatoriedade de supervisão e acompanhamento, pode ser alta a taxa de acidentes no trabalho envolvendo adolescentes (Runyan et al., 2006).

Para outros, essa experiência pode ser positiva na formação do caráter do futuro adulto, aquisição de novas habilidades, responsabilidade e conhecimento (Zimmer-Gembeck & Mortimer, 2006), podendo ainda ser um elemento disciplinador e preventivo contra criminalidade (Apel et al., 2006; Jeremy & Uggen, 2003). Destacam a importância do trabalho como uma fonte essencialmente pedagógica, voltado não para a produção de bens e serviços, mas para o aprendizado, formação e qualificação profissional do jovem (Fischer et al., 2005).

No Brasil, o trabalho do adolescente é respaldado na Lei 10.097 de 19 de dezembro de 2000, chamada “Lei do Aprendiz” (Brasil, 2000) que proíbe o trabalho noturno perigoso ou insalubre a menores de 18 anos e qualquer trabalho a menores de 16 anos, salvo nas condições de aprendiz entre 14 e 16 anos.

O adolescente “trabalhador aprendiz” tem um contrato especial de trabalho para formação técnico-profissional, com duração de dois anos, em que o empregador se compromete a assegurar a capacitação e o exercício profissional de acordo com seu desenvolvimento físico, moral e psicológico (Brasil, 2005).

Dessa maneira, o trabalho na adolescência apresenta particularidades que o coloca como questão complexa (Mortimer, Harley & Staff, 2002), que pode



abarcam fatores de risco ou de proteção para o desenvolvimento de jovens trabalhadores, podendo interferir na sua qualidade de vida.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida pode ser entendida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, dentro de seu contexto social, econômico, cultural em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQoL Group, 1995).

Zelar pela qualidade de vida durante o período da infância e adolescência é compromisso legitimado em documentos internacionais como a Convenção Internacional de Direitos da Criança e do Adolescente (WHO, 2002) e nacionais como o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Brasil, 1990). Esse último enfatiza que a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

O foco das pesquisas com adolescente trabalhador ainda é quase exclusivamente relacionado à presença e a intensidade do trabalho, com comprometimento ao desenvolvimento saudável. Faz-se necessário uma linha de investigação que possa identificar os mecanismos e em que circunstâncias o trabalho pode trazer benefícios ao adolescente trabalhador (Roisman, 2002; Yeager & Bundick, 2009).

O objetivo deste estudo foi investigar a relação entre trabalho e qualidade de vida de adolescentes aprendizes.

## **Métodos**

Realizou-se estudo transversal analítico cuja população de referência foi constituída por todos os adolescentes aprendizes assistidos por uma Entidade Filantrópica de Apoio ao Adolescente sediada em um município de médio porte, Brasil.

O município onde foi realizado o presente estudo possui uma área de 541,1 km<sup>2</sup>, uma população de 225.358 habitantes e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,809.

Na entidade desse estudo, os únicos critérios usados para admissão do candidato a adolescente trabalhador são: a) ter idade entre 16 e 17 anos e 11 meses, b) estudar em escola pública, c) ser proveniente de ambiente familiar economicamente vulnerável, d) assumir e concluir o curso de qualificação fornecido pela Entidade.

Finalizada a qualificação para o trabalho o adolescente é encaminhado a um emprego (20 horas semanais) e manterá a ligação com a Entidade para acompanhamento, atividades recreativas e outros.

Essa pesquisa foi autorizada pela diretoria da Entidade Filantrópica e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais. Todos os adolescentes e seus pais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário, aplicado durante uma das reuniões da entidade, com a presença de todos os adolescentes. composto de duas partes. A primeira investigou características sócio-demográficas dos adolescentes com questões referentes a sexo, idade, cor da pele, escolaridade e saneamento básico (abastecimento de água, presença de sanitário no interior do domicílio, rede de esgoto, coleta de lixo). Na segunda parte, foi utilizada versão abreviada traduzida e validada para o português do World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQoL-Bref), desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (Fleck et al., 2000). Este questionário possui 26 questões e está dividido em quatro domínios: Físico (percepção do indivíduo sobre sua condição física); Psicológico (percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva); Relações Sociais (percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida); Meio Ambiente (percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive). Além dos quatro domínios, o instrumento apresenta duas questões de auto-percepção (Dominio global), sendo que uma se refere à qualidade de vida e a outra á satisfação com a saúde.

Este questionário não prevê conceitualmente que se possa utilizar um escore total de qualidade de vida, sendo possível a análise de cada domínio, separadamente. A escala de valores de cada domínio pode variar de zero a 100 pontos, indicando que quanto mais alto o escore, melhor a qualidade de

vida naquele domínio. As duas questões do Domínio Global são computadas em conjunto, numa escala que varia de quatro a 20 pontos, sendo que quanto maior o escore, melhor a visão positiva da própria vida.

Neste estudo a variável dependente foi o tempo de vínculo do adolescente com a Entidade Filantrópica (tempo máximo dois anos), com duas categorias: até um ano e mais de um ano na entidade.

A construção do banco de dados foi realizada pelo *Statistical Package for Social Sciences for Windows* versão 17.

Inicialmente, os escores de todos os domínios do WHOQoL foram calculados. A Correlação *Partial Rank de Kendall* (Breiman & Friedman, 1985) foi utilizada para comparar a correlação entre os domínios do WHOQoL, levando-se em consideração a interferência ou não do trabalho na qualidade de vida dos adolescentes.

A comparação entre o tempo de trabalho do adolescente e os escores dos domínios físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e global do WHOQoL-Bref foi realizada pelo teste de Teste U de Mann-Whitney. O nível de significância foi estabelecido em  $p < 0,05$ .

## Resultados

Do total de adolescentes do estudo (N=363), 50,7% tinham 16 anos de idade, 95,9% eram do sexo masculino, 88,7% cursavam o 2º grau escolar e 13,8% declararam-se brancos. Em relação às condições de moradia e saneamento, a maioria dos adolescentes possuía água de abastecimento canalizada (98,6%), presença de sanitários no interior da residência (99,2%), rede geral de esgoto (97,8%) e lixo coletado por serviço de limpeza (95,9%).

Metade dos adolescentes da amostra apresentou escores nos domínios Físico, Psicológico e Relações Sociais maior que 75,0 e no domínio Meio Ambiente, 53,1. O escore do domínio global teve média igual a 15,6 ( $\pm 2,6$ ) e amplitude entre 8,0 e 20,0 (Tabela 1).

Tabela 1. Análise descritiva dos Domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais, Meio ambiente e Global dos adolescentes.

	<b>Físico</b>	<b>Psicológico</b>	<b>Relações Sociais</b>	<b>Meio Ambiente</b>	<b>Global</b>
Mínimo	<b>39,3</b>	<b>20,8</b>	<b>0,0</b>	<b>9,4</b>	8,0
Média (SD)	74,5 (±12,1)	75,0 (±12,2)	71,6 (±15,5)	53,4 (±14,7)	15,6 (±2,6)
Mediana	75,0	75,0	75,0	53,1	16,0
Máximo	100,0	100,0	100,0	93,8	20,0

A tabela 2 mostra os resultados da *Correlação Partial Rank* entre os Domínios do WHOQoL-Bref dos adolescentes aprendizes ( $p < 0,001$ ). Quando não se considerou o efeito do tempo de trabalho, os maiores coeficientes de correlação foram do Domínio Psicológico com Físico ( $r^2 = 0,476$ ) e com o Meio Ambiente ( $r^2 = 0,474$ ). A menor correlação foi entre os Domínios Relações Sociais e Global no primeiro grupo ( $r^2 = 0,264$ ) (Tabela 2).

Tabela 2. *Correlação Partial Rank de Kendall* entre os Domínios do WHOQoL-Bref dos adolescentes com e sem o efeito do tempo de trabalho (N=363).

	<b>Físico</b>		<b>Psicológico</b>		<b>Relações Sociais</b>		<b>Meio Ambiente</b>		<b>Global</b>	
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Físico</b>	1,000	1,000	0,476	0,478	0,315	0,316	0,440	0,438	0,434	0,431
<b>Psicológico</b>	0,476	0,478	1,000	1,000	0,414	0,414	0,474	0,476	0,374	0,377
<b>Relações Sociais</b>	0,315	0,316	0,414	0,414	1,000	1,000	0,352	0,354	0,264	0,266
<b>Meio Ambiente</b>	0,440	0,438	0,474	0,476	0,352	0,354	1,000	1,000	0,415	0,411
<b>Global</b>	0,434	0,431	0,374	0,377	0,264	0,266	0,415	0,411	1,000	1,000

$p < 0,001$

1: Coeficientes de Correlação entre os domínios do WHOQoL sem o efeito do tempo de trabalho

2: Coeficientes de Correlação entre os domínios do WHOQoL com o efeito do tempo de trabalho

Quando os domínios do WHOQoL foram comparados em relação ao tempo de trabalho, obteve-se diferenças estaticamente significativas entre os grupos apenas no Domínio Meio Ambiente ( $p=0,048$ ). O grupo com mais de um ano de trabalho apresentou as maiores médias de escores em todos os domínios em relação ao grupo com até um ano de trabalho (Tabela 4).

Tabela 4. Relação entre tempo de trabalho do adolescente da Entidade e os Domínios do WHOQoL-Bref (N=363).

Domínios	Tempo de trabalho*		p-valor**
	≤1 ano (N=193)	> 1 ano (N=170)	
Físico	73,7 [71,9-75,5]	75,2 [73,4-77,0]	0,156
Psicológico	74,7 [73-76,5]	75,2 [73,4-77,1]	0,623
Relações Sociais	71,5 [69,2-73,7]	71,8 [69,5-74,0]	0,846
Meio Ambiente	52,3 [50,1-54,4]	54,4 [52,3-56,5]	<b>0,048</b>
Global	15,3 [14,9-15,7]	15,8 [15,5-16,2]	0,085

\* Valores apresentados em Média [IC 95%].

## Discussão

A maioria dos adolescentes deste estudo é do sexo masculino, estudam em escolas públicas. Os requisitos aplicados para entrada dos adolescentes na Entidade (idade, renda e escolaridade) explicam a homogeneidade da amostra. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) revelam que dos 17 milhões adolescentes brasileiros, aproximadamente 22% dos

adolescentes com idade entre 15 a 18 anos são do sexo masculino, estudam e trabalham (Brasil, 2000). Esses estudantes são de escolas públicas, vêm de classes sociais mais baixas e tendem a trabalhar para aumentar a renda familiar (Fischer et al., 2005).

Os adolescentes desse estudo também têm essas características, mas possuem um acompanhamento que lhes tornam trabalhadores diferenciados. Eles têm jornada de trabalho de 20 horas semanais, de modo a conciliar com horário de estudo formal além de participar de atividades extras como a prática de esportes e atividades recreativas. Esse vínculo formado entre eles e a Entidade pode estar fazendo a diferença na carga que o trabalho poderia representar na vida dos adolescentes.

Ainda que os adolescentes do estudo tenham condições socioeconômicas menos favoráveis, eles declararam possuir boa qualidade de vida em todos os domínios. O fracionamento do WHOQOL-bref em domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente) pode contribuir na identificação de quais aspectos da vida do indivíduo são mais preocupantes e requerem intervenções (WHOQoL Group, 1998).

Sabendo-se da importância de se associar a percepção sobre qualidade de vida e satisfação com a saúde, as duas questões gerais do WHOQoL-bref foram computadas em conjunto, obtendo-se assim um escore único denominado Domínio Global. Nesse estudo, observou-se que os adolescentes trabalhadores possuem uma auto-avaliação positiva de sua qualidade de vida e satisfação com a saúde.

Apenas no domínio meio ambiente as médias dos escores foram inferiores a 70,0. Uma possível explicação para esse achado poderia estar relacionada às condições gerais de vida desses adolescentes. Entretanto, é preciso ter cautela, uma vez que não foi possível obter informações sobre a vida dos participantes, além das condições de moradia.

O domínio Meio Ambiente do WHOQoL-Bref refere-se a satisfação e a percepção sobre a segurança física e proteção, local de moradia, recursos financeiros, disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde e sociais, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de lazer. A avaliação deste domínio tem significado especial para os estudos no Brasil, pois a maioria aponta a influência do saneamento

básico, segurança pública, cuidados de saúde e sociais, poluição, trânsito, transporte e clima na qualidade de vida da população brasileira (Gordia et al., 2006; 2009a).

No presente estudo as maiores médias de escores de qualidade de vida foram nos domínios psicológico e físico. Esses resultados são semelhantes a Erhart et al. (2009) que encontraram altas médias de qualidade de vida em ambos aspectos.

O domínio psicológico está relacionado ao quanto o adolescente aproveita sua vida e vê sentido nela, aceitação da aparência satisfação consigo mesmo, concentração e à frequência de pensamentos negativos. O elevado escore neste domínio para os adolescentes do estudo pode indicar uma elevada auto-estima e uma visão diferenciada e mais positiva em relação à sua vida. Ao contrário dos resultados de um estudo brasileiro que indicaram o domínio psicológico é um ponto vulnerável da qualidade de vida de adolescentes (Gordia et al., 2010). Provavelmente essa diferença seja por causa do grupo ao qual eles fazem parte e pelo apoio que eles recebem da Entidade.

As facetas que englobam este domínio físico são: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade para o trabalho.

De modo geral os adolescentes são geralmente saudáveis e não apresentam limitações físicas e a prática regular de atividade física na adolescência pode trazer melhoria da qualidade de vida, principalmente em relação ao domínio físico (Gordia et al., 2009b; Gordia et al., 2006).

O domínio denominado Relações Sociais investiga a satisfação do indivíduo nas suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas), na vida sexual e no apoio dos amigos. Durante o período da adolescência há um distanciamento entre pais e filhos que acontece de certa forma, naturalmente, pois os amigos se tornam os confidentes e companheiros.

De modo geral, os estudos indicam que os adolescentes se consideram bons amigos, sem dificuldade para fazer amizades e apresentaram uma boa auto-imagem quanto a esse tipo de relacionamento (De Goede et al., 2009; Mayseless, Wiseman & Hai, 1998). Afinal parece ser na adolescência que as verdadeiras relações de amizade emergem e são determinantes para a

construção da identidade do adolescente e a definição de valores, sentimento de pertença e auto-estima.

Um destaque deve ser feito aos valores mínimos de escores apresentados na Tabela 1. Há adolescentes com escores nulos no Domínio Relações Sociais, 9,4 no Domínio Meio Ambiente e 8,0 no Global. Esses adolescentes parecem estar com percepções negativas em relação à própria qualidade de vida nesses aspectos, podendo indicar indivíduos que necessitam de um acompanhamento ainda mais especial por parte da Entidade.

Neste estudo optou-se pela correlação *Partial Rank de Kendall* para averiguar a inter-relação entre os domínios do WHOQoL utilizando-se o tempo de trabalho como uma diferença clara entre os adolescentes aprendizes. A validade dos instrumentos de qualidade de vida pode ser avaliada por meio de testes de correlação com outras medidas, como por exemplo, pelas diferenças conhecidas entre os grupos (Fayers & Machin, 2000).

Por outro lado, a moderada correlação mesmo altamente significativa entre os domínios ( $r^2$  entre 0,266 e 0,478) apresentou resultados semelhantes com de validação do instrumento no Brasil (Fleck et al., 2000), demonstrando a inviabilidade de se utilizar um escore total para esse instrumento nesta amostra (Fleck et al., 1999).

Quando a variável tempo de trabalho foi computada no resultado da correlação, quase todos os coeficientes sofreram modificação, aumentando ou diminuindo. O efeito do tempo de trabalho foi maior no domínio Psicológico. Uma interpretação desse achado é que a relação positiva do aspecto psicológico com o físico ( $r^2=0,478$ ), ambiental ( $r^2=0,476$ ) e global ( $r^2=0,377$ ) é devido a relações subjacentes entre cada uma dessas variáveis com o trabalho.

Dos resultados da comparação feita entre a qualidade de vida e o tempo de trabalho, percebeu-se que o trabalho parece não interferir na qualidade de vida, ou seja, os adolescentes com os maiores escores de qualidade de vida estavam a mais tempo na Entidade.

O tempo de trabalho para esta amostra está vinculado à idade do adolescente, uma vez que ele só pode permanecer na Entidade até completar 18 anos. Para os adolescentes desse estudo, o fato do adolescente possuir jornada dupla de atividades pareceu não interferir negativamente na qualidade de vida desses adolescentes. É claro que as chances de sucesso dessa dupla jornada estão



diretamente relacionadas às condições de vida e de trabalho dignas. Essas condições podem ser alcançadas através de organizações e programas de acompanhamento psicossocial que desenvolvam o posicionamento crítico destes adolescentes e a formação da identidade própria como sujeito e cidadão (Neto & Moreira, 1998).

Apesar da maioria dos estudos apontarem aspectos desfavoráveis ao trabalho dos adolescentes, a experiência dessa entidade, responsável pela inserção desses adolescentes no mercado de trabalho parece ser positiva. É claro que as chances de sucesso dessa dupla jornada estão diretamente relacionadas às condições de vida e de trabalho dignas (Guzman, 2007).

Dessa forma, existir essa intermediação é importante na entrada dos mesmos no mercado de trabalho, de modo a acompanhar os estudos, garantir atividades de lazer, esporte, enfim se responsabilizar pelos adolescentes.

Para os adolescentes desse estudo, o trabalho pode representar uma fonte complementar de renda para a família, e em alguns casos, o único sustento familiar.

A experiência do trabalho de adolescentes e os significados destas experiências não são uniformes (Zimmer-Gembeck & Mortimer, 2006). Embora um adolescente possa viver em um contexto físico, social, cultural negativo ele ainda pode relativamente ter uma boa qualidade de vida, dependendo de como o adolescente reage e cria estratégias para enfrentar aquele contexto (Edwards et al., 2002). Nesse estudo, não foi possível estabelecer o benefício da relação entre adolescente-Entidade na qualidade de vida dos participantes. Acredita-se que as atividades promovidas pela Entidade podem trazer benefícios para vida desses adolescentes e contribuem para uma percepção mais positiva sobre a própria qualidade de vida.

Outras variáveis deverão ser investigadas para se estabelecer o real impacto do trabalho na saúde e na qualidade de vida de adolescentes aprendizes, como as sugeridas por Staff & Uggen (2003): salário, status, aprendizagem, autonomia, estressores, bem como a compatibilidade de trabalho com a escola. Além das limitações de um estudo transversal, torna-se importante destacar que a avaliação da qualidade de vida pressupõe realizar quantificações de um construto sensivelmente marcado pela subjetividade de experiências, crenças,

expectativas e percepções dos indivíduos (Gordia et al., 2009b; Guillemin et al., 1993).

Neste sentido, os resultados observados no presente estudo precisam ser analisados com cautela, tendo em vista que a qualidade de vida foi mensurada de forma objetiva através de questionário estruturado em uma população homogênea com condições de vida e percepções bastante semelhantes, apesar de ter sido utilizado um instrumento (WHOQoL) que tem apresentado resultados confiáveis (Izutsu et al., 2005).

Com esse trabalho, é possível supor que o acompanhamento de perto do adolescente realizado pela Entidade e a convivência diária desses adolescentes fortalece os laços de amizade e companheirismo, de tal maneira que os adolescentes passam a se enxergar como um grupo, uma rede social.

Faz-se necessário a realização de mais pesquisas sobre esse tema, especialmente avaliando o ponto de vista dos próprios adolescentes sobre o trabalho, para elucidar os aspectos positivos e negativos na qualidade de vida dessa população. Além disso, devem-se promover espaços de reflexão que propiciem o acompanhamento do adolescente aprendiz bem como a elaboração de mais projetos profissionais semelhantes ao que acontece na Entidade desse estudo.

## **Conclusão**

Os adolescentes aprendizes possuem boa qualidade de vida em todos os domínios avaliados, sendo que apenas no domínio ambiente a média foi inferior a 70,0. O tempo de trabalho não foi um fator negativo na avaliação da qualidade de vida dessa população.

Diante da falta de estudos sobre qualidade de vida nessa população, sugere-se que outros estudos sejam desenvolvidos buscando analisar as diferenças na qualidade de vida entre adolescentes aprendizes e estudantes não trabalhadores, para que futuros programas de acompanhamento e intervenção sejam articulados de maneira eficaz.

Dentro dessa perspectiva, a qualidade de vida de trabalhadores adolescentes merece destaque nas discussões científicas visando o apontamento de fatores indesejáveis relacionados ao trabalho, bem como de fatores protetores à saúde

e qualidade de vidados adolescentes. Assim será possível discutir as vantagens e desvantagens do trabalho na adolescência e seus desafios, bem como estabelecer maior articulação das políticas públicas para essa faixa etária.

## **Agradecimentos**

Agradecemos ao CNPq e a FAPEMIG pelo apoio financeiro.

Agradecemos a Oldac Campos e a Entidade Filantrópica de Apoio ao Adolescente.

Agradecemos a Ana Flávia Rodrigues e a Thiago Henrique Pereira Nunes que participaram da coleta de dados.

## **Referências**

Apel, R., Paternoster, R., Bushway, S.D., & Brame, R. (2006). A job isn't just a job: the differential impact of formal versus informal work on adolescent problem behavior. *Crime & Delinquency*, 52, 333-369.

Barker, G. (2007). Adolescents, social support and help-seeking behavior: an international literature review and program consultation with recommendations for action. *World Health Organization: WHO discussion papers on adolescence*, 2007. Retrieved March 15, 2010, from [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/9789241595711/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241595711/en/index.html).

Brasil. (1990). Lei Federal 8.069/90 de 13 julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 1990. Retrieved March 15, 2010, from <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>.

Brasil. (2000). Lei nº 10.097, de 19 de dezembro de 2000. Altera dispositivos da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no

5.452, de 1o de maio de 1943. *Ministério do Trabalho e Emprego. Brasil. Brasília (DF)*, 2000. Retrieved March 15, 2010, from <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/L10097.htm>.

Brasil. (2005). Lei nº 11.180, de 23 de setembro de 2005. Institui o Projeto Escola de Fábrica, autoriza a concessão de bolsas de permanência a estudantes beneficiários do Programa Universidade para Todos – PROUNI, institui o Programa de Educação Tutorial – PET, altera a Lei no 5.537, de 21 de novembro de 1968, e a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943, e dá outras providências. *Ministério do Trabalho e Emprego. Brasil. Brasília (DF)*, 2005. Retrieved March 15, 2010, from [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11180.htm#art18](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11180.htm#art18).

De Goede, I.H.A., Branje, S.J.T., Delsing, M.J.M.H., & Meeus, W.H.J (2009). Linkages Over Time Between Adolescents' Relationships with Parents and Friends. *Journal Youth Adolescent*, 38, 1304-1315.

Deribew, A., Tesfaye, M., Hailmichael, Y., Negussu, N., Daba, S., Wogi, A., et al. (2009). Tuberculosis and HIV co-infection: its impact o quality of life. *Health Qual Life Outcomes*, 7,105.

Edwards, T.C., Huebner, C.E., Connell, F.A., & Patrick, D.L. (2002). Adolescent quality of life, Part I: conceptual and measurement model. *Journal of Adolescence*, 25, 275–286.

Erhart, M., Ellert, U., Kurth, B.M., & Ravens-Sieberer, U. (2009). Measuring adolescents' HRQoL via self reports and parent proxy reports: an evaluation of the psychometric properties of both versions of the KINDL-R instrument. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7:77.

Fayers, P.M. & Machin, D. (2000). Quality of life assessment, analysis and interpretation. England: *Jonh Wiley & sons Ltda*, 2000.

Fischer, F.M., Martins, I.S., Oliveira, D.C., Teixeira, L.R., Latorre, M.R.D., & Cooper, S.P. (2003). Occupational accidents among middle and high school students of the state of São Paulo, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 37, 351-356.

Fischer, F.M., Oliveira, D.C., Nagai, R., Teixeira, L.R., Lomabardi Júnior, M., Latorre, M.R.D.O., et al. (2005). Job control, job demands, social support at work and health among adolescent workers. *Revista de Saúde Pública*, 39, 245-253.

Fleck, M.P.A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., et al. (1999). Application of the portuguese version of the instrument for the assessment of the quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, 33, 98-205.

Fleck, M.P.A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., et al. (2000). Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQoL-bref. *Revista de Saúde Pública*, 34, 178-183.

Gordia, A.P., Quadros, T.M.B., & Campos, W. (2009a). Variáveis sociodemográficas como determinantes do domínio meio ambiente da qualidade de vida de adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 2261-2268.

Gordia, A.P., Quadros, T.M.B., Campos, W., & Petroski, E.L. (2009b). Domínio Físico da Qualidade de Vida entre Adolescentes: Associação com Atividade Física e Sexo. *Revista de Salud Publica*, 11, 50-61.

Gordia, A.P., Quadros, T.M.B., & Vilela Júnior, G.B. (2006). Quality of life and physical fitness of individuals in the Brazilian army. *The FIEP bulletin*, 76, 82-85.

Gordia, A.P., Silva, R.C.R., Quadros, T.M.B., & Campos, W. (2010). Variáveis comportamentais e sociodemográficas estão associadas ao domínio

psicológico da qualidade de vida de adolescentes. *Revista Paulista de Pediatria*, 28, 29-35.

Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross cultural adaptation of health related quality of life measures: literature review and proposed guideline. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46, 1417-1432.

Guzman, M.L.M. (2007). Mirando al Futuro: Desafíos y Oportunidades Para el Desarrollo de los Adolescentes en Chile. *Psykhé*, 1, 3-14.

Hamilton, S. F., & Lempert, W. (1996). The impact of apprenticeship on youth: A prospective analysis. *Journal of Research on Adolescence*, 6, 427-455.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2000). Acesso e utilização de serviços de saúde – Pesquisa Nacional Amostra por Domicílios, Brasil. *Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*, 2000. Retrieved March 15, 2010, from <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>.

Izutsu, T., Tsutsumi, A., Islam, M.A., Matsuo, Y., Yamada, H.S., Kurita, H., et al. (2005). Validity and reliability of the Bangla version of WHOQoL-Bref on an adolescent population in Bangladesh. *Quality of Life Research*, 14, 1783-1789.

Staff, J., & Uggen, C. The Fruits of Good Work: Early Work Experiences and Adolescent Deviance. (2003). *Journal of Research in Crime and Delinquency* 40, 263.

Klein, J.D., & Wilson KM. (2002). Delivering quality care: adolescents' discussion of health risks with their providers. *Journal of Adolescent Health*, 30, 190-195.

Maysel, O., Wiseman, H., & Hai, I. (1998). Adolescents relationships with father, mother, and same-sex friend. *Journal of Adolescent Research*, 13, 101-123.

Mortimer, J.T., Harley, C., & Staff, J. (2002). The Quality of Work and Youth Mental Health. *Work and Occupations*, 29: 166-197.

Neto, O.C., & Moreira, M.R. (1998). Child and adolescent labor: factors, legal aspects, and social repercussions. *Cadernos de Saúde Pública*, 14, 437-441.

Pickering, L.E., & Vazsonyi, A.T. (2002). The Impact of Adolescent Employment on Family Relationships. *Journal of Adolescent Research*, 17, 196-218.

Rajmil L, Palacio-Vieira JA, Herdman M, López-Aguilà S, Villalonga-Olives E, Valderas JM, et al. (2009). Effect on Health-related Quality of Life of changes in mental health in children and adolescents. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7:103.

Roisman, G.I. (2002). Beyond main effects models of adolescent work intensity, family closeness, and school disengagement: mediational and conditional hypotheses. *Journal of Adolescent Research*, 17, 331-345.

Runyan, C.W., Santo, J.D., Schulman, M., Lipscomb, H.J., & Harris, T.A. (2006). Work hazards and workplace safety violations experienced by adolescent construction workers. *Archives Pediatric Adolescent Medical*, 160, 721-727.

Staff, J., & Uggen, C. (2003). The Fruits of Good Work: Early Work Experiences and Adolescent Deviance. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 40, 263-290.

The WHOQoL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQoL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41, 1403-1409.

The WHOQoL Group. (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQoL): development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46, 1569-1585.

Vazsonyi, A.T., & Pickering, L.E. (2000). Family processes and deviance: a comparison of apprentices and nonapprentices. *Journal of Adolescent Research*, 15, 368-391.

WHO. World Health Organization. (2002). The world report on violence and health. *Genève, WHO*, 2002. Retrieved March 15, 2010, from [http://www.who.int/violence.../violence/world\\_report/.../summary\\_en.pdf](http://www.who.int/violence.../violence/world_report/.../summary_en.pdf).

Yeager, D.S., & Bundick, M.J. (2009). The role of purposeful work goals in promoting meaning in life and in schoolwork during adolescence. *Journal of Adolescent Research*, 24, 423-452.



## **Capital social e qualidade de vida em adolescentes aprendizes no Brasil**

Ana Cristina Viana Campos\*<sup>1</sup>, Carolina Marques Borges<sup>1</sup>, Cláudio Rodrigues Leles<sup>2</sup>, Simone Dutra Lucas<sup>3</sup>, Efigênia Ferreira e Ferreira<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gérias, Brasil.

<sup>2</sup> Departamento de Prevenção e Reabilitação Oral, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Goiás, Goiás, Brasil.

<sup>3</sup> Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gérias, Brasil.

Email: Ana Cristina Viana Campos\* - [campos.acv@gmail.com](mailto:campos.acv@gmail.com); Carolina Marques Borges - [carolmborges@yahoo.com.br](mailto:carolmborges@yahoo.com.br); Cláudio Rodrigues Leles - [crleles@odonto.ufg.br](mailto:crleles@odonto.ufg.br); Simone Dutra Lucas - [sdlucas@uai.com.br](mailto:sdlucas@uai.com.br); Efigênia Ferreira e Ferreira - [efigeniaf@gmail.com](mailto:efigeniaf@gmail.com)

\* Autor para correspondência:

Rua dos Jês, 151 ap. 302

Indians – Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil

CEP: 31.530-160

## Resumo

**Contexto e objetivos:** o adolescente que conta com uma rede de apoio social tende a ser mais socialmente competente, além de possuir níveis mais elevados de qualidade de vida do que aquele que interage apenas com o seu grupo familiar e com alguns amigos. Sob essa perspectiva, o presente estudo teve como objetivo mensurar o capital social e analisar sua possível relação com a qualidade de vida de adolescentes.

**Métodos:** estudo transversal analítico com 363 adolescentes de uma Entidade Filantrópica de Apoio ao Adolescente no Brasil. Os instrumentos utilizados foram a versão curta em português do Questionário Integrado para Medir Capital Social (QI-MCS) do Banco Mundial e a versão abreviada em português do World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQoL-Bref) para mensurar a qualidade de vida. Para medir o capital social, optou-se pela análise de segmentação com método *Two Step Cluster*, utilizando-se a distância Euclidiana e critério *centróide* agregação. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para a comparação dos escores dos domínios do WHOQoL-Bref entre os clusters formados com nível de significância de 5%.

**Resultados:** a análise de segmentação resultou em dois clusters, sendo que 160 (44,1%) adolescentes foram classificados como de Baixo Capital Social, 178 (49,0%) formaram o grupo com Alto Capital Social. A participação em atividade em benefício da comunidade ( $p < 0,001$ ), a opinião sobre as diferenças entre as pessoas da comunidade ( $p = 0,002$ ) e o número de reuniões comunitárias ( $p < 0,001$ ) foram as variáveis decisivas na separação dos clusters. Na comparação da qualidade de vida entre os clusters formados, a maior

média dos escores no cluster ACS foi no Domínio Psicológico ( $75,4 \pm 11,9$ ) e no cluster BCS foi ao Domínio Físico ( $74,6 \pm 12,6$ ). Os menores escores de qualidade de vida foram no Domínio Meio Ambiente para os clusters de baixo capital social ( $51,3 \pm 14,0$ ) e de alto capital social ( $54,7 \pm 15,5$ ) sendo esta diferença estaticamente significativa ( $p=0,009$ ).

**Conclusão:** os resultados mostraram que adolescentes com maior o capital social tiveram também maiores os escores de qualidade de vida. Isso significa dizer que para a população estudada foi possível averiguar uma relação positiva entre esses dois conceitos.

**Descritores:** Capital Social, Qualidade de Vida, Adolescente

## Introdução

Putnam define o capital social como características da estrutura social que agem como recursos para as pessoas e facilitam a ação coletiva. É um conceito composto de características como confiança, o apoio recíproco, engajamento cívico, a identidade da comunidade e redes sociais. A premissa é que os níveis de capital social em uma comunidade têm um importante efeito no bem-estar [1].

A participação dos indivíduos em redes sociais e comunitárias é parte integrante do capital social que habilita os participantes das mesmas a agirem com mais afinco na busca de objetivos comuns em detrimento dos próprios interesses [2]. Níveis de participação social são significativamente influenciados pelo nível socioeconômico individual, saúde e outras características demográficas [3].

A agregação desse tipo de recurso pode gerar benefícios individual e coletivamente, ainda que em longo prazo. Por outro lado, o capital social não pode ser considerado produto natural, mas algo que tem de ser trabalhado constantemente através de estratégias de investimento, individuais e/ou coletivas [4]. O acesso à informação ou a outros bens e serviços, o sentido de pertença e o apoio social podem ser considerados efeitos individuais do capital social, entretanto a construção em si é um fenômeno coletivo.

O capital social pode ser construído na família, no relacionamento com vizinhos, no trabalho e na comunidade. Nesses ambientes as pessoas estabelecem relações primárias para o enfrentamento das dificuldades cotidianas, permitindo melhoria na qualidade de vida em níveis micro, como a

difusão de comportamentos saudáveis e macro como processos políticos mais igualitários [6].

A qualidade de vida é entendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações [7].

A qualidade de vida tem recebido crescente atenção em pediatria e medicina do adolescente nos últimos anos, especialmente por ser um momento de extrema importância na construção de valores que guiarão a vida do indivíduo adulto [8].

Na adolescência, as pesquisas estão relacionadas ao impacto da qualidade de vida na saúde [9, 10] e algumas abordam a associação entre capital social e saúde nessa população [11-13]. Entretanto são escassos os trabalhos que investigam a associação entre qualidade de vida e capital social nessa faixa etária. Sob essa perspectiva, o presente estudo teve como objetivo mensurar o capital social e analisar sua possível relação com a qualidade de vida entre adolescentes.

## **Métodos**

Estudo transversal analítico cuja população de referência foi constituída por todos os adolescentes de uma Entidade Filantrópica de Apoio ao Adolescente sediada em um município de médio porte, Brasil.

Na entidade desse estudo, os adolescentes são estudantes escola pública com idade entre 16 e 18 anos e são provenientes de ambientes familiares economicamente vulneráveis (N=363).

Essa entidade realiza um trabalho de acompanhamento de adolescentes estudantes por meio de promoção de atividades educativas, culturais de esporte e lazer. As ações desenvolvidas em parceria com autoridades locais visam contribuir na construção de valores sociais e formação cidadã.

A coleta de dados foi realizada por meio dois questionários, aplicados durante uma das reuniões da entidade, onde todos os adolescentes estavam presentes. Essa pesquisa foi autorizada pela diretoria da Entidade Filantrópica e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais. Todos os adolescentes e seus pais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **Instrumentos**

Informações sócio-demográficas (idade, sexo, cor da pele auto-relatada e grau escolar) foram obtidas dos adolescentes. O instrumento utilizado para mensurar a qualidade de vida foi a versão abreviada traduzida e validada para o português do World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQoL-Bref), desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) – Grupo WHOQoL para estudos epidemiológicos [14]. Este questionário possui 26 questões e está dividido em quatro domínios, a saber: Físico (percepção do indivíduo sobre sua condição física); Psicológico (percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva); Relações

Sociais (percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida); Meio Ambiente (percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive).

Este questionário não prevê conceitualmente que se possa utilizar um escore total de qualidade de vida, optando-se então pela análise de cada domínio, separadamente. A escala de valores de cada domínio pode variar de zero a 100, numa escala positiva indicando que quanto mais alto o escore, melhor a qualidade de vida naquele domínio.

O outro questionário utilizado foi a versão curta do Questionário Integrado para Medir Capital Social (QI-MCS) do Banco Mundial, com 27 questões e 6 dimensões [15]. A dimensão *grupos e redes* é a mais comumente associada ao capital social, e considera a natureza, a extensão e a diversidade da participação de um membro de um domicílio em vários tipos de organização social e redes informais. A dimensão *confiança e solidariedade* busca levantar dados sobre a confiança em relação a vizinhos, provedores de serviços essenciais, e estranhos, e como essas percepções mudaram com o tempo. A dimensão *ação coletiva* investiga como o indivíduo têm trabalhado em projetos conjuntos para comunidade. A dimensão *fontes de informação* diz respeito aos meios pelos quais os domicílios recebem informações relativas às condições de mercado e serviços públicos, e até onde têm acesso às infra-estruturas de comunicação. Considerando-se que as pessoas de uma comunidade podem ser bastante diferentes, a dimensão *coesão e inclusão social* busca identificar a natureza e o tamanho dessas diferenças. A última dimensão, *capacitação e ação política*, averigua o sentimento de felicidade, eficácia pessoal e

capacidade dos membros do agregado doméstico para influenciar tanto eventos locais como respostas políticas mais amplas.

### **Análise estatística**

A construção do banco de dados foi realizada pelo *Statistical Package for Social Sciences for Windows* versão 17 para análise dos mesmos. Inicialmente os escores de cada domínio do WHOQoL-Bref foram calculados. O coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado para medir o grau de associação entre os domínios do WHOQoL.

O QI-MCS não fornece nenhum tipo de escore o que dificulta uma padronização de análise entre os autores [15]. A literatura mostra que as questões comumente são analisadas individualmente [12]. Neste trabalho optou-se pela análise de segmentação na tentativa de computar em conjunto as variáveis do instrumento.

A análise de segmentação é uma ferramenta estatística que realiza o agrupamento de dados, alocando os casos mais similares no mesmo grupo baseando-se nas características em que os dados foram medidos [16].

Para fins deste estudo, o método *Two-Step Cluster* foi utilizado para agrupar a amostra a partir de semelhanças nas respostas do questionário, tendo como critério de agregação das respostas, o critério *centróide* (variável contínua). O programa estatístico utiliza o teste qui-quadrado para as variáveis categóricas e o teste T-Student para as variáveis contínuas na diferenciação e determinação da importância de cada variável na divisão dos clusters.

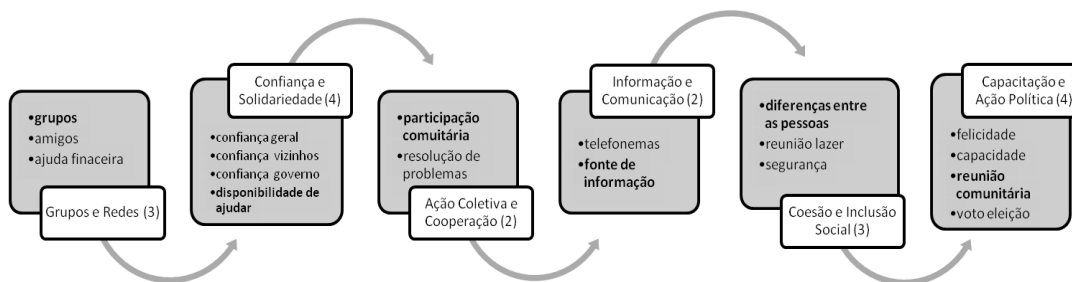


A segmentação também permite ao pesquisador escolher quais e quantas variáveis serão inseridas no programa, sendo muito sensível à quantidade de dados perdidos (“*missing*”). O primeiro passo foi excluir todas as variáveis que apresentassem 10% ou mais de casos perdidos, que foram as questões 2, 3, 4, 5, 13, 18, 19, 20 e 22.

O QI-MCS concentra-se na medida ao nível micro (domicílios e indivíduos) e todas as dimensões são importantes na concepção do conceito de capital social [9]. Optou-se medir o capital social dessa amostra por meio da seleção de uma única questão de cada dimensão do instrumento, de forma a contemplar todas as dimensões do QI-MCS. Das 18 questões restantes, sendo três questões da 1ª dimensão, seis da 2ª, duas da 3ª, duas da 4ª, três da 5ª e quatro da última dimensão, obteve-se 864 possibilidades de combinação entre as variáveis. Todas elas foram testadas seguindo requisitos estabelecidos na literatura [17,18].

No final desse processo, formaram-se dois clusters com seis variáveis. A participação em grupos ou associações (questão 01) foi selecionada pelo programa para ser o centróide dos clusters. A partir do centróide, os clusters foram separados pelas demais variáveis selecionadas: disposição de tempo para ajudar na comunidade, participação de atividade comunitária em benefício do bairro, principal fonte de informação, presença de diferenças no bairro, participação em reunião comunitária (Figura 1).

Figura 1. Questões do QI-MCS selecionadas através de Arranjo Simples para análise de segmentação.



As variáveis seleccionadas pela análise de segmentação estão marcadas em negrito

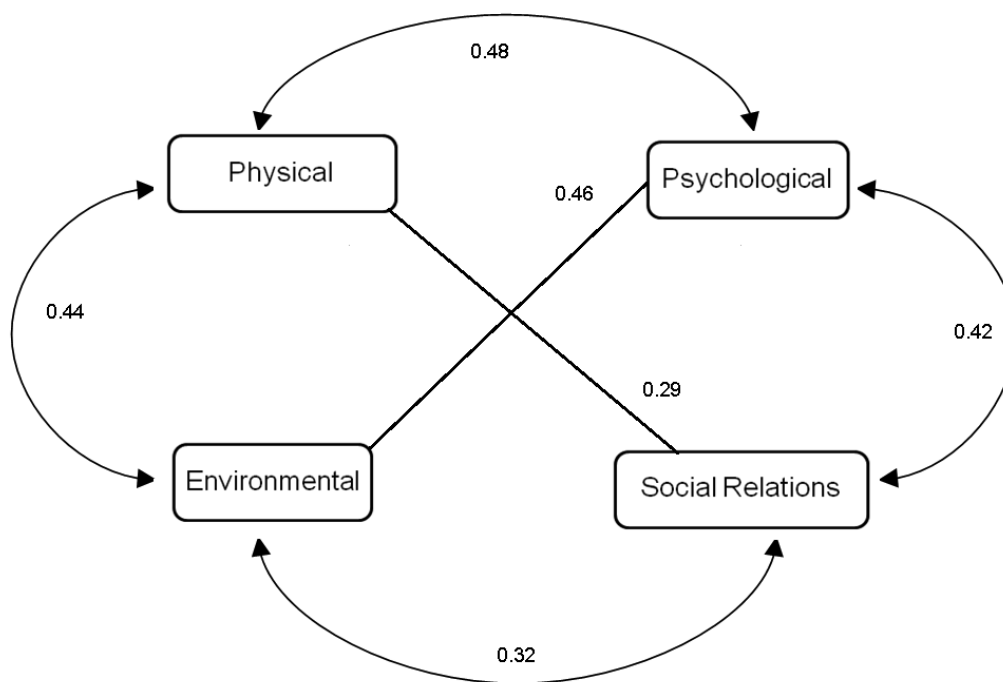
O Teste U de Mann-Whitney foi utilizado para a comparação dos escores dos domínios do WHOQoL-Bref entre os clusters formados, com nível de significância de 5%.

## Resultados

Do total de adolescentes do estudo (N=363), 50,7% tinham 16 anos de idade, 95,9% eram do sexo masculino, 88,7% cursavam o 2º grau escolar e 13,8% declararam-se brancos.

A Figura 2 mostra a correlação de *Spearman* entre os domínios do WHOQoL ( $p < 0,001$ ), sendo que os maiores coeficientes de correlação foram entre o domínio Psicológico e Físico ( $r^2 = 0,48$ ), Psicológico e Meio Ambiente ( $r^2 = 0,46$ ).

Figura 2. Coeficiente de correlação entre os Domínios do WHOQoL-Bref dos adolescentes (N=363).



Correlation is significant at the 0.01 level.

A análise de segmentação formou dois clusters, sendo que 160 (44,1%) adolescentes foram classificados como de Baixo Capital Social (BCS), 178 (49,0%) formaram o grupo com Alto Capital Social (ACS) e 25 adolescentes (6,9%) foram excluídos da análise, pois não foram classificados em nenhum cluster. A participação em grupos pelos adolescentes foi o centróide escolhido pela análise de segmentação, sendo que a média de participação em grupos do cluster com Alto Capital Social foi de 3,1 ( $\pm 2,9$ ) e para o outro cluster foi de 2,9 ( $\pm 2,8$ ), ainda que sem significância estatística ( $p=0,848$ ).

A tabela 1 apresenta as características que definiram cada cluster. A participação em atividade em benefício da comunidade ( $p<0,001$ ), a opinião sobre as diferenças entre as pessoas da comunidade ( $p=0,002$ ) e o número de reuniões comunitárias ( $p<0,001$ ) foram as variáveis decisivas na separação dos clusters.

Tabela 1. Distribuição das variáveis selecionadas do QI-MCS que definiram a formação dos clusters (N=338).

Variáveis Categorias	Clusters				p-valor
	Baixo CS (N=160)		Alto CS (N=178)		
	N	%	N	%	
<b>Disposição em ajudar em projeto para comunidade</b>					
Sim	75	46,9	95	53,4	0,233
Não	85	53,1	83	46,6	
<b>Participação em atividade em benefício da comunidade</b>					
Sim	01	0,6	104	58,4	<0,001
Não	159	99,4	74	41,6	
<b>Principal fonte de informação política</b>					
Parentes, amigos, vizinhos	35	21,8	52	29,2	0,117
Jornal, revista	49	30,6	41	23,0	
Televisão, rádio	45	28,1	52	29,2	
Internet	28	17,5	30	16,8	
Outros	03	2,0	03	1,8	
<b>Diferenças entre as pessoas da comunidade</b>					
Muito diferentes	50	31,3	36	20,2	0,002
Relativamente diferentes	33	20,6	55	30,9	
Pouco diferentes	77	48,1	87	48,9	
<b>Número de reuniões comunitárias</b>					
Nunca	143	89,5	41	23,0	<0,001
Uma vez	02	1,2	59	33,1	
Algumas vezes (<5)	02	1,2	73	41,4	
Muitas vezes (>5)	13	8,1	05	2,8	

CS: Capital Social

No cluster denominado Alto Capital Social, a maioria dos adolescentes está disposta a ajudar em um projeto comunitário (53,4%), participa de atividades em benefício à comunidade (58,4%), utiliza os pais amigos e parentes, televisão e rádio como fontes de informação (58,4%), considera as pessoas do

bairro relativamente ou muito diferentes (61,8%) e sua comunidade se reuniu uma vez ou mais para pedir algum benefício (77,3%) (Tabela 1).

Na comparação da qualidade de vida entre os clusters formados, as menores médias dos escores de qualidade de vida foram no Domínio Meio Ambiente para os clusters de baixo capital social (51,3±14,0) e de alto capital social (54,7±15,5) sendo a diferença estaticamente significativa (p=0,009) (Tabela 2).

Tabela 2. Domínios do WHOQoL-Bref de acordo com a classificação de cluster para capital social (N=338).

Domínios WHOQoL-bref	Baixo CS (N=160)	Alto CS (N=178)	p *
Físico**	74,4 (±12,1)	74,7 (±12,1)	0,910
Psicológico**	74,6 (±12,6)	75,4 (±11,9)	0,605
Relações Sociais**	70,7 (±14,9)	72,7 (±15,5)	0,154
Meio Ambiente**	51,3 (±14,0)	54,7 (±15,5)	0,009

CS: Capital Social

\* Teste de Mann-Whitney

\*\* Escores apresentados em média (desvio-padrão).

## Discussão

Ainda que os adolescentes do estudo tenham condições socioeconômicas menos favoráveis, eles declararam possuir boa qualidade de vida em todos os domínios do WHOQoL. Quando os domínios foram relacionados entre si, observou-se uma correlação moderada, sendo que a maior correlação foi entre os domínios domínio psicológico e físico ( $r^2=0,48$ ).

Esses resultados podem explicar as maiores médias nos domínio físico e psicológico da qualidade de vida dos participantes, independentemente do

cluster ao qual pertenciam. Esses resultados podem indicar como a auto-avaliação física e satisfação pessoal são importantes na adolescência [19].

Os adolescentes desse estudo têm a oportunidade de praticar esporte e realizar atividades físicas e recreativas regularmente promovidas pela Entidade, promovendo a saúde bem como a formação de laços de companheirismo sólidos entre esses adolescentes. De modo geral, a prática regular da atividade física pode auxiliar na melhoria da qualidade de vida de adolescentes, principalmente em relação ao domínio físico [20].

O domínio psicológico leva em consideração a segurança e concentração na vida pessoal e o sentido da vida. Os determinantes da qualidade de vida do adolescente parecem estar principalmente relacionados à saúde mental, emocional e física [21, 22].

Por outro lado, os adolescentes do estudo são estimulados constantemente a desenvolver melhor a capacidade de pensar, aprender, memória e concentração, aspectos também importantes avaliados pelo domínio psicológico. Apesar de não ser o foco do presente trabalho, é possível supor que as atividades culturais e de lazer bem como o acompanhamento escolar dos adolescentes pela Entidade podem estar pesando favoravelmente nessa questão.

Apenas no domínio meio ambiente as médias dos escores foram inferiores a 70,0. Uma possível explicação para esse achado é levantar hipóteses a cerca das condições gerais de vida e moradia desses adolescentes. Entretanto, é preciso ter cautela, uma vez que não foi possível averiguar outras informações sobre a vida dos participantes.

Em relação ao capital social, quase metade dos adolescentes (49,0%) apresentarem alto capital social. Considerando-se que essa amostra de adolescentes pertence a famílias vulneráveis economicamente, este resultado pode ser considerado positivo.

Com base nos conceitos abordados pelo Banco Mundial [15], pode-se dizer que os dois clusters formados são diferentes em relação ao estoque de capital social. De um lado, tem-se o cluster com baixo capital social composto por adolescentes que parecem ser mais distantes da vida da comunidade e de certa forma são mais individualistas. Do outro lado, têm-se os adolescentes com alto capital social que se mostraram os mais participativos tanto internamente em grupos no bairro quanto na comunidade.

A participação em atividades em benefício da comunidade ( $p < 0,001$ ) e participação em reuniões comunitárias ( $p < 0,001$ ) foram as maiores diferenças encontradas pela análise entre os dois clusters formados. A participação dos adolescentes em grupos não é muito alta, pois nessa idade é mais comum o interesse com as amizades. Ainda assim, o cluster com alto capital social participa mais de grupos que o grupo com baixo capital social. Os resultados apontam outras diferenças importantes entre os dois clusters formados, como a em atividades em benefício da comunidade que é um aspecto relevante para maior estoque de capital social, pois permite a mobilização da comunidade e maior empoderamento [23].

O presente estudo pretendeu analisar a presença de capital social entre os adolescentes e estabelecer associações com a qualidade de vida. Observou-se que o cluster com Alto Capital Social teve média superior em todos os domínios do WHOQoL-Bref, e essas diferenças foram estatisticamente significantes no

Domínio Meio Ambiente ( $p=0,009$ ), quando comparado com o cluster com Baixo Capital Social.

Comunidades com elevado estoque de capital social tendem a ter efeitos melhores na saúde física, mesmo quando os seus ambientes eram pobres [24]. No Brasil, estudos apontam associação entre relações interpessoais, capital social e saúde [11, 12, 13].

Entretanto, pesquisas semelhantes a este estudo, que se propõem analisar o capital social e suas implicações na qualidade de vida [6, 24] ainda são raras, especialmente em adolescentes [25, 26]. Os resultados do presente estudo podem indicar que capital social e qualidade de vida estão associados. Entretanto, não foi possível medir a intensidade dessa relação ou os efeitos contextuais e mudanças sociais que podem acontecer com o tempo.

Quando o adolescente é capaz de interagir positivamente com “o mundo a sua volta” seja na escola, em casa ou na vizinhança de forma produtiva e criativa, mesmo se inserido num meio desafiador, percebe-se uma maior autonomia e competência dentro do contexto sócio cultural ao qual pertencem.

O adolescente que conta com uma rede de apoio social tende a ser mais socialmente competente, além de possuir níveis mais elevados de qualidade de vida do que aquele que interage apenas com o seu grupo familiar e com alguns amigos [27, 28]. Por outro lado, a falta desse suporte pode trazer consequências negativas aos adolescentes [29, 30].

Esses parecem ser passos importantes no combate à pobreza, reforma educacional e desenvolvimento de competências e integração social da juventude, uma vez que a participação da comunidade e a compreensão dos mecanismos através dos quais ela opera são os alicerces para as políticas



sociais eficazes [31, 32]. Enfim, há o desejo crescente de se construir um novo olhar para a saúde, que parece ser possível na perspectiva da qualidade de vida e do capital social buscando-se acesso ao conhecimento da população e maior participação e coesão social.

Uma melhor compreensão dos mecanismos subjacentes a esses dois conceitos pode gerar intervenções e políticas mais eficazes a fim de promover a saúde das populações [4, 5].

### **Limitações**

A amostra do estudo foi limitada em relação aos aspectos socioeconômicos que diminui a generalização dos resultados, uma vez que os requisitos aplicados para entrada dos adolescentes na Entidade (idade, renda e escolaridade) explicam a homogeneidade da amostra.

A análise de segmentação é uma ferramenta estatística que depende muito do conhecimento dos pesquisadores sobre o tema na interpretação dos dados. Por outro lado, é também ideal para amostras homogêneas, pois o agrupamento ocorre através da aproximação das semelhanças e dessemelhanças entre os indivíduos permitindo realizar uma boa separação de grupos [13].

Embora haja estudos importantes sobre capital social e saúde do adolescente no Brasil [12, 22, 23] a confiabilidade do QI-MCS na íntegra não foi testada nessa população brasileira. Este estudo é um dos poucos que utilizou todas as perguntas do questionário em amostra de adolescentes brasileiros. Entretanto,

o desenho de estudo transversal não permite avaliar a relação causal entre capital social e qualidade de vida dos adolescentes.

Portanto, a utilização do capital social não deve ser aplicada de forma acrítica como a única solução para todos os problemas de saúde. Na verdade, o efeito do capital social na saúde tem que ser considerados no contexto dos ambientes sociais e políticos [33].

## **Conclusão**

Os resultados do presente estudo mostraram que adolescentes com maior o capital social tiveram também maiores os escores de qualidade de vida. Isso significa dizer que para a população estudada foi possível averiguar uma relação positiva entre esses dois conceitos.

O acompanhamento do adolescente realizado pela Entidade pode ter um papel fundamental nos achados desse estudo, cuja relação não foi possível ser medida. Ainda assim, a convivência diária dentro dessa entidade parece contribuir para maior formação de vínculo e amizade entre os adolescentes, compartilhando experiências e crescendo juntos. Essas relações sociais estáveis e duradouras representam um bom indicativo de estoque de capital social e boa qualidade de vida.

## **Abreviações**

WHOQoL-Bref: Health Organization Quality of Life Bref; OMS: Organização Mundial de Saúde; QI-MCS: Questionário Integrado para Medir Capital Social; ACS: Alto Capital Social; BCS: Baixo Capital Social; CS: Capital Social.

### **Conflitos de interesse**

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

### **Contribuições dos autores**

ACVC elaborou o estudo, os dados coletados, realizou a análise estatística e elaboração do manuscrito; CMB participou conjuntamente na elaboração do manuscrito; CRL participou da interpretação dos dados e na análise estatística; SDL e EFF participaram e coordenaram a elaboração e execução do projeto de pesquisa, orientaram e realizaram a revisão crítica do conteúdo intelectual. Todos os autores leram e aprovaram o manuscrito final.

### **Agradecimentos**

Agradecemos ao CNPq e a FAPEMIG pelo apoio financeiro; a Oldac Campos e a Entidade Filantrópica de Apoio ao Adolescente; a Ana Flávia Rodrigues e Thiago Henrique Pereira Nunes que participaram da coleta de dados.

### **Referências**

1. Putnam RD. **Making democracy work, Civic traditions in modern Italy.** Princeton, NJ: Princeton University Press; 1993.
2. Putnam RD, Goss KA. **Introduction.** In *Democracies in Flux*. Edited by Putnam RD. New York: Oxford University Press; 2002: 3-19.
3. Baum FE, Bush RA, Modra CC, Murray CJ, Cox EM, Alexander KM, Potter RC. **Epidemiology of participation: an Australian community study.** *J Epidemiol Community Health* 2000, **54**:414-23.

4. Kawachi I, Berkman LF. **Social cohesion, social capital and health.** In *Social Epidemiology*. Edited by Berkman LF, Kawachi I. New York: Oxford University Press; 2000, 147-190.
5. Kim D, Kawachi I. **A multilevel analysis of key forms of community – and individual – level social capital as predictors of self-rated health in the United States.** *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 2006, **5**:813-826.
6. Nilsson J, Rana AKMM, Kabir ZN. **Social Capital and Quality of Life in Old Age: Results From a Cross-Sectional Study in Rural Bangladesh.** *Journal of Aging and Health* 2006, **3**, 419-434.
7. The WHOQoL Group. **The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQoL): position paper from the World Health Organization.** *Soc Sci Med.* 1995, **10**, 1403-1409.
8. Barker G. **Adolescents, social support and help-seeking behavior: an international literature review and program consultation with recommendations for action.** *Department of Child and Adolescent Health and Development, World Health Organization: WHO discussion papers on adolescence*, 2007. [cited 2010 Mar 15]. Available at: [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/9789241595711/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241595711/en/index.html).
9. Edwards TC, Huebner CE, Connell FA, Patrick DL. **Adolescent quality of life, Part I: conceptual and measurement model.** *J Adolescence* 2002, **25**, 275–286.
10. Drukker M, Kaplan C, Schneiders J, Feron FJM, van Os J. **The wider social environment and changes in self-reported quality of life in the**

**transition from late childhood to early adolescence: a cohort study.** *BMC Public Health* 2006, 6:133.

11. Borges CM, Campos ACV, Vargas AMD, Ferreira EF, Kawachi I. **Social capital and self-rated health among adolescents in Brazil: an exploratory study.** *BMC Research Notes* 2010, 3:338. [cited 2011 Feb 12]. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/3/338>

12. Patussi MP, Hardy R, Sheiham A. **Neighborhood social capital and dental injuries in Brazilian adolescents.** *Am J Public Health* 2006, 96:1462-68.

13. Patussi MP, Hardy R, Sheiham A. **The potencial impact of neighborhood empowerment on dental caries among adolescents.** *Community Dent Oral Epidemiol* 2006, 34:344-50.

14. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. **Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQoL-bref.** *Rev Saude Publica* 2000, 2:178-183.

15. Grootaert C, Narayan D, Jones VN, Woolcock M. **Integrated Questionnaire for the Measurement of Social Capital (SC-IQ).** *World Bank. Social Capital Thematic Group*, jun. 2003. [cited 2008 Oct 22]. Available at: <http://www.contentdigital.com.br/textos/comunidades/Questionario%20Integrado%20para%20medir%20Capital%20Social%20Banco%20Mundial.pdf>.

10.

16. Hair JF, Black WC, Babin JB, Anderson RE, Tatham RL. **Segmentation Analysis.** In *Multivariate Data Analysis*. 6th edition. Edited by Hair JF, Black WC, Babin JB, Anderson RE, Tatham RL. Prentice-Hall: Copyright; 2009:427-481.

17. Woolcock M. **Social Capital and Economic Development: Toward a Theoretical Synthesis and Policy Framework.** *Theory and Society* 1998, **27**:151-208.
18. Woolcock M, Narayan D. **Social Capital: Implications for Development Theory, Research, and Policy.** *World Bank Research Observer*, 2000, **15**: 225-250.
19. Jozefiak T, Larsson B, Wichstrøm L. **Changes in quality of life among Norwegian school children: a six-month follow-up study.** *Health Qual Life Outcomes* 2009, **7**:7.
20. Brown DW, Balluz LS, Heath GW, Moriarty DG, Ford ES, Giles WH, et al. **Associations between recommended levels of physical activity and health-related quality of life findings from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) survey.** *Prev Med* 2003, **5**:520-528.
21. Zullig KJ, Valois RF, Drane JW. **Adolescent distinctions between quality of life and self-rated health in quality of life research.** *Health Qual Life Outcomes* 2005, **3**:64.
22. Rajmil L, Palacio-Vieira JA, Herdman M, López-Aguilà S, Villalonga-Olives E, Valderas JM, et al. **Effect on Health-related Quality of Life of changes in mental health in children and adolescents.** *Health Qual Life Outcomes* 2009, **7**:103.
23. Duke NN, Skay CL, Pettingell SL, Borowsky IW. **From adolescent connections to social capital: predictors of civic engagement in young adulthood.** *J Adolesc Health* 2009, **44**:161-168.

24. Modie-Moroka T. **Does level of social capital predict perceived health in a community? – A study of adult residents of low-income areas of Francistown, Botswana.** *J Health Popul Nutr* 2009, 27:462-76.
25. Drukker M, Kaplan CD, Feron FJM, Van Os J. **Children's healthrelated quality of life, neighbourhood socio-economic deprivation and social capital. A contextual analysis.** *Soc Sci Med* 2003, 57:825-41.
26. Morrow V. **Using qualitative methods to elicit young people's perspectives on their environments: some ideas for community health initiatives.** *Health Educ Res* 2001, 16:255-68.
27. Sherbourne CD, Meredith LS, Rogers W, Ware JE Jr. **Social support and stressful life events: age differences in their effects on health-related quality of life among the chronically ill.** *Qual Life Res* 1992, 1: 235-246.
28. Villalonga-Olives E, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Palacio-Vieira JA, Valderas JM, Herdman M et al. **Impact of recent life events on the health related quality of life of adolescents and youths: the role of gender and life events typologies in a follow-up study.** *Health and Quality of Life Outcomes* 2010, 8:71.
29. Aro H, Hänninen V, Paronen O. **Social support, life events and psychosomatic symptoms among 14–16-year-old adolescents.** *Soc Sci Med.* 1989, 29:1051-1056.
30. Caughy MOB, O'Campo PJ, Muntaner C. **When being alone might be better: neighborhood poverty, social capital, and child mental health.** *Soc Sci Med* 2003, 57:227-37.

31. Giordano GN, Lindstrom M. **The impact of changes in different aspects of social capital and material conditions on self-rated health over time: a longitudinal cohort study.** *Soc Sci Med* 2010, **70**:700-710.
32. Berg-Kelly K. **Adolescent health, school health activities, community contexts, and health surveys in Sweden.** *J Adolesc Health* 2003, **4**:226-230.
33. Boyce WF, Davies D, Gallupe O, Shelley D. **Adolescent risk taking, neighborhood social capital, and health.** *J Adolesc Health* 2008, **43**:246-252.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo demonstram que quanto maior o capital social maior os escores de qualidade de vida do adolescente. Isso significa dizer que para a população estudada foi possível averiguar uma relação positiva entre esses dois conceitos, mesmo considerando o contexto social no qual os participantes estão inseridos.

De modo geral, os adolescentes possuem boa qualidade de vida, portanto uma auto-avaliação positiva de sua qualidade de vida e satisfação com a saúde, mesmo levando-se em consideração as condições socioeconômicas menos favorecidas e o baixo acesso/uso aos serviços de saúde. O tempo de trabalho não interferiu negativamente na qualidade de vida dos adolescentes, podendo esta população ser diferenciada em relação a outros trabalhadores, especialmente pelo acompanhamento que recebem da Entidade.

Considerando-se a importância de investigar novas propostas para medir o capital social, o presente estudo buscou também propor uma análise multivariada do QI-MCS, através da análise de segmentação para avaliar as variáveis indicadoras de separação dos grupos de acordo com o estoque de capital social. Para este estudo, a amizade, avaliado pelo número de amigos, juntamente com os aspectos confiança e ação coletiva são boas medidas de estoque de capital social.

A maior limitação do presente estudo foi medir o capital social desses adolescentes através do questionário do Banco Mundial, pois se trata de uma amostra homogênea, com condições socioeconômicas e percepções muito semelhantes. Uma possível explicação para essa dificuldade é que as características particulares desse grupo de adolescentes usadas inclusive como critério de admissão na organiza Entidade Filantrópica de Apoio ao Adolescente do estudo os tornam uma população bastante diferenciada de outros adolescentes.

Em relação ao trabalho, os participantes podem passar boa parte do seu tempo na Entidade Filantrópica de Apoio ao Adolescente, sendo esse um espaço de oportunidades para se realizar o acompanhamento dos adolescentes, de forma a contribuir para o crescimento e desenvolvimento dos mesmos.

Diante da falta de estudos que avaliam a qualidade de vida e capital social, especialmente em adolescentes trabalhadores, sugere-se o desenvolvimento de outros estudos sejam desenvolvidos buscando analisar as diferenças na qualidade de vida entre adolescentes trabalhadores e os que não trabalham, para que futuros programas de intervenção sejam eficazes.

Finalmente, foi feita uma proposta à diretoria da entidade para que a ficha de cadastro do adolescente trabalhador seja modificada, de tal forma que as questões utilizadas neste estudo possam compor uma ficha mais detalhada de acompanhamento do adolescente trabalhador durante o seu período de permanência na Entidade (APÊNDICE A). A estratégia de aplicação será pedir ao adolescente que preencha a ficha antes da sua entrada na entidade e antes de sua saída da entidade que acontece no segundo ano de trabalho.

## PARTE III. ANEXOS

Finalmente, os anexos utilizados no presente estudo são apresentados. O Anexo 1 e 2 apresentam o estatuto e o regimento interno Entidade Filantrópica de Apoio ao Adolescente. O Anexo 3 consiste no questionário modificado socioeconômico e demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os Anexos 4 e 5 se referem à versão abreviada traduzida e validada para o português do World Health Organization Quality of Life Bref (WHOQoL-Bref), desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – Grupo WHOQoL/OMS e a versão curta do Questionário Integrado para Medir Capital Social (QI-MCS) do Banco Mundial. As normas dos periódicos escolhidos para envio dos manuscritos estão contidas nos anexos 6 e 7. Por último apresentamos uma versão de uma ficha de acompanhamento do adolescente trabalhador, a ser implantada após aprovação dos membros diretores da entidade Filantrópica (Apêndice A).

## **ANEXOS**

### **Anexo 1. Estatuto da Entidade Filantrópica de Apoio ao Adolescente**

**GUARDA MIRIM DE SETE LAGOAS**  
**ENTIDADE FILANTRÓPICA DE APOIO AO ADOLESCENTE**  
Rua Domingos L' Ouverture no 233 - São Geraldo - Sete Lagoas/MG  
(031) 3773-2827 CEP: 35700-177 CNPJ: 19.068.618/0001-11

## **ESTATUTO DA GUARDA MIRIM DE SETE LAGOAS**

### **CAPÍTULO I. DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETIVO, E PRINCÍPIOS GERAIS.**

Art. 1º. – A GUARDA MIRIM DE SETE LAGOAS, fundada em 02 de agosto de 1966, é uma entidade civil, beneficente, filantrópica e sem fins lucrativos, que terá duração por tempo indeterminado, com sede e foro na cidade de Sete Lagoas (MG).

§ 1º – Não haverá remuneração ou concessão de vantagens, de qualquer forma ou título, a seus diretores, conselheiros, sócios, instituidores, benfeitores ou equivalentes.

§ 2º – Não haverá distribuição de resultados, dividendos, bonificações, participações ou parcelas de seu patrimônio, sob nenhuma forma ou pretexto.

§ 3º – A GUARDA MIRIM tem responsabilidade jurídica própria, não respondendo os seus diretores, conselheiros, sócios, mesmo subsidiariamente, pelas obrigações da instituição.

Art. 2º – A GUARDA MRIM, tem como finalidade a inserção de adolescentes, com vulnerabilidade sócio-econômica, com a faixa etária entre 16 a 17 anos e 11 meses, sem distinção de cor, raça e credo religioso, no mercado de trabalho na cidade de Sete Lagoas (MG), tendo como parâmetro o Estatuto da Criança e do Adolescente, e com admissão do livre ingresso aos que solicitarem sua filiação como assistidos.

§ 1º – Encaminhar estes adolescentes a empresas, órgãos similares para prestação de serviço em conformidade com a Lei trabalhista e o Estatuto da Criança e do Adolescente e Emenda Constitucional n.º 20 de 16.12.98.

§ 2º – Acompanhar o adolescente em suas atividades escolares.

§ 3º – Acompanhar o adolescente em seu desenvolvimento, biopsico-sociopedagógico, garantindo a cidadania.

Art. 3º. – Para alcançar seus objetivos a GUARDA MIRIM poderá:

I – Instituir comissões e/ou grupos de trabalho a fim de dar suporte às atividades a serem desenvolvidas.

II – Assinar convênios e instrumentos similares.

III – Solicitar a colaboração da comunidade em geral e reivindicar, juntos aos órgãos governamentais, nas esferas privadas e públicas, ações efetivas em prol do adolescente por ela assistido.

Art. 4º – A GUARDA MIRIM terá um Regimento Interno que, aprovado em Assembléia Geral, disciplinará o seu funcionamento.

Art. 5º. – A GUARDA MIRIM, será mantida pela contribuição espontânea do comércio, dos bancos, de seus sócios, de doações dos clubes de serviços ou

da iniciativa privada, e de subvenção dos poderes públicos bem como de qualquer entidade nacional ou internacional.

Parágrafo Único: – A aplicação integral destas rendas, recursos e eventuais resultados operacionais, na manutenção e no desenvolvimento dos objetivos institucionais, em território nacional.

## CAPÍTULO II. DOS SÓCIOS

### SEÇÃO I – DA ADMISSÃO

Art. 6º. – O quadro social será constituído de número ilimitado de sócios, compreendendo a todos os cidadãos comprometidos com os objetivos da “GUARDA MIRIM”.

Parágrafo Único: Os sócios comprometerão com uma contribuição mensal estipulada pela Diretoria no início de cada ano.

### SEÇÃO II – DOS DIREITOS E DEVERES DOS SÓCIOS

Art. 7º. – São direitos pessoais e intransferíveis dos sócios quites com os deveres constantes do art. 8º.:

I – Participar das Assembléias Gerais.

II – Votar e ser votado para cargos eletivos.

Parágrafo Único: Os sócios contribuintes poderão ser convidados pelo Conselho Deliberativo a compor chapa às próximas eleições.

Art. 8º. – São deveres dos sócios:

I – Prestigiar a organização, colaborando para o êxito de suas finalidades, respeitando seu Estatuto e Regulamento.

II – Aceitar e desempenhar, sem qualquer interesse e sem remuneração, os cargos para que forem eleitos.

III – Contribuir para a manutenção e investimento da “GUARDA MIRIM”.

Parágrafo único: – Constituem cargos eletivos, aqueles cujo provimento se fará pelo voto direto, dos sócios quites com a entidade.

### SEÇÃO III – DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

Art. 9º. – Os sócios perderão seus direitos:

I – Por infringir os princípios e normas estatutárias e regimentais da Entidade.

II – Por haver concorrido, de qualquer modo, para o descrédito dos princípios e objetivos defendidos pela “Entidade”.

III – Por não honrar sua contribuição financeira num período de seis meses.

## CAPÍTULO III. DA ADMINISTRAÇÃO

### SEÇÃO I – DOS ÓRGÃOS DIRETIVOS

Art. 10. – A GUARDA MIRIM será administrada por:

I – Diretoria

II – Conselho Deliberativo

III – Assembléia Geral

Art. 11. – A Diretoria será constituída de um Presidente, um Vice-Presidente, um Primeiro Secretário, um Segundo Secretário, um Primeiro Tesoureiro e um Segundo Tesoureiro.

Parágrafo Único – A Diretoria e Conselho Deliberativo serão eleitos para o mandato de quatro anos, podendo ser re-eleitos para outros mandatos.

## SEÇÃO II – DA DIRETORIA

Art. 12. – Compete ao Presidente

- I – Representar a Entidade judicial e extra-judicialmente;
- II – Cumprir e fazer cumprir este Estatuto e o Regimento Interno;
- III – Convocar e instalar Assembléias;
- IV – Convocar e presidir as reuniões da Diretoria ou delegar competência para tal;
- V – Assinar cheques e documentos financeiros de forma isolada;
- VI – Assinar as correspondências, relatórios e outros documentos;
- VII – Propor, junto com a Diretoria e os sócios em Assembléia Geral, reformar o presente Estatuto.
- VIII – Entrosar com instituições públicas e privadas para mútua colaboração e atividades de interesse comum;
- IX – Juntamente com a Diretoria, contratar e demitir funcionários;
- X – Convocar reunião para a Diretoria, no mínimo, uma vez por semestre, ou mais vezes conforme a necessidade.
- XI – Prestar de modo geral, sua colaboração à Entidade;

Art. 13. – Compete ao Vice-Presidente:

- I – Substituir o Presidente em seus impedimentos;
- II – Responder pelo setor de atendimento ao público;
- III – Colaborar, efetivamente, com o Presidente no desempenho de suas funções;
- IV – Divulgar e publicar todas as notícias das atividades desenvolvidas pela “GUARDA MIRIM”;
- V – Coordenar a realização de eventos sensibilizares da comunidade para as questões referentes às problemáticas do adolescente em seu convívio social, bem como para arrecadações de recursos financeiros e materiais para a manutenção da Entidade;
- VI – Promover a cultura, o esporte e o lazer através de eventos, em datas preestabelecidas pela diretoria, para atender aos guardas mirins;
- VII – Prestar de modo geral, sua colaboração à Entidade.

Art. 14. – Compete ao Primeiro Secretário:

- I – Apresentar a pauta das reuniões e Assembléias;
- II – Redigir atas e proceder à leitura das mesmas;
- III – Redigir e assinar correspondências e outros documentos, juntamente com o Presidente;
- IV – Organizar arquivos, documentações e registros diversos;
- V – Subsidiar com material de pesquisa os cursos preparatórios de Admissão dos guardas mirins e para a formação social.
- VI – Prestar de modo geral, sua colaboração à Entidade.

Art. 15. – Compete ao Segundo Secretário:

- I – Substituir o Primeiro Secretário em seus impedimentos;
- II – Colaborar, efetivamente, com o Primeiro Secretário no desempenho de suas funções;
- III – Prestar de modo geral sua colaboração à Entidade.

Art. 16. – Compete ao Primeiro Tesoureiro

- I – Responder pela guarda de valores da Entidade;
  - II – Receber contribuições e donativos;
  - III – Manter em ordem a escrituração contábil, apresentando balancete, no término do exercício fiscal, ao conselho competente;
  - IV – Assinar créditos, documentos financeiros e balanço anual;
  - V – Pagar as contas autorizadas pelo Presidente;
  - VI – Apresentar relatórios de receitas e de despesas, sempre que for solicitado;
  - VII – Providenciar a cobrança das doações dos sócios contribuintes;
  - VIII – Manter o fichário, atualizado, das doações dos sócios contribuintes;
  - IX – Excluir os sócios que não honrarem seus compromissos no período de seis meses;
  - X – Fazer correspondência, assinada juntamente com o Presidente, avisando aos sócios contribuintes, inadimplentes a cinco meses, da sua expulsão do quadro social, que completarem seis contribuições não pagas. (Conforme Art.9º., letra c, deste Estatuto).
  - XI – Prestar de modo geral, sua colaboração à Entidade.
- Art. 17. – Compete ao Segundo Tesoureiro:
- I – Substituir o Primeiro Tesoureiro nos seus impedimentos;
  - II – Colaborar, efetivamente, com o Primeiro Tesoureiro no desempenho de suas funções;
  - III – Prestar de modo geral, sua colaboração à Entidade.

### SEÇÃO III – DO CONSELHO DELIBERATIVO

Art. 18. – O Conselho Deliberativo, será de constituição de três componentes, sócios com identidade comprovada.

Art. 19. – Compete ao Conselho Deliberativo:

- I – Garantir que a GUARDA MIRIM se mantenha fiel aos seus princípios e objetivos;
  - II – Promover a Entidade e ampliar o alcance de seus objetivos;
  - III – Motivar a ampla participação dos associados e da sociedade em geral, em ações educativas consubstanciadas com os objetivos da Entidade;
  - IV – Promover práticas democráticas e de defesa da ética e da cidadania de adolescentes, dentro e fora da Entidade;
  - V – Decidir sobre medidas a serem tomadas em relação aos associados, inclusive da Diretoria, que infringem este Estatuto, prejudicando o funcionamento da Entidade;
  - VI – Declarar perda de mandato e vacância de cargos de Direção;
  - VII – Fiscalizar a gestão financeira da Entidade;
  - VIII – Fiscalizar a gestão do patrimônio, convidar os Sócios para compor cargos vagos na Diretoria a ser reeleita ou formar nova Diretoria para o próximo processo eleitoral;
  - IX – Nomear a Comissão Eleitoral;
  - X – Angariar fundos para execução de atividades, quando solicitada pela Diretoria;
- Art.20. – O mandato do Conselho Deliberativo será coincidente com o mandato da Diretoria;

### SEÇÃO IV – DA PERDA DO MANDATO E VACÂNCIA

Art. 21. – Ocorrerá perda do mandato eletivo quando membro da Diretoria ou do Conselho Deliberativo incorrer em:

I – Perda de direitos por força do Art. 9º deste Estatuto.

II - Abandono de cargo.

Parágrafo Único: – Considera-se abandono de cargo a ausência, sem justificativa, a 03 (três) reuniões consecutivas, ou a 05 (cinco) alternadas, do órgão a que pertence o associado em questão.

#### SEÇÃO V – DA ASSEMBLÉIA GERAL

Art. 22. – A Assembléia Geral será composta de todas as categorias de sócios em pleno exercício de seus direitos, sendo soberana por maioria simples de votos, nos limites estatutários e regimentais,

§ 1º. – A Diretoria e Conselheiro Deliberativo, representados pelos seus diretores e conselheiros, participarão com direito a voz e voto, e os demais com direitos à voz.

§ 2º. – A Assembléia Geral será instalada, em primeira chamada, com a presença da maioria simples dos sócios efetivos e, em segunda chamada, meia hora depois, com qualquer número de sócios.

Art. 23 – A Assembléia Geral poderá ser de caráter Ordinário e Extraordinário.

Art. 24 – A Assembléia Geral Ordinária será realizada, uma vez por ano, no mês de março, por convocação do Presidente.

Art. 25. – Compete à Assembléia Geral Ordinária avaliar e deliberar sobre assuntos de interesse da “GUARDA MIRIM” e de sua Administração, devidamente especificados em pauta.

Art. 26. – A Assembléia Geral poderá reunir-se, extraordinariamente, nas seguintes situações:

I – Quando qualquer dos órgãos diretivos julgarem-se necessário;

II – Quando no mínimo, um terço dos sócios pedirem sua convocação, mediante comunicado expresso à Diretoria;

III – Para analisar e deliberar sobre propostas de alterações estatutárias.

#### CAPÍTULO IV. DAS ELEIÇÕES, PRINCÍPIOS E PROCESSO ELEITORAL.

Art. 27. – As eleições para o Conselho Deliberativo e Diretoria serão realizadas até o final de cada mandato, por chapas, por voto direto, individual e secreto, inexistindo o voto por procuração.

§ 1º. – As eleições serão convocadas pela Assembléia Geral, no mínimo sessenta dias antes do término do mandato da atual Diretoria, por edital que designe data, hora e local de sua realização.

§ 2º. – Será criada uma Comissão Eleitoral para coordenar o processo das eleições pela Assembléia Geral, no mesmo dia da convocação das eleições.

§ 3º. – Serão permitidas novas reeleições para a Diretoria e Conselho Deliberativo.

§ 4º. As eleições serão realizadas em um único dia. A apuração será realizada logo em seguida ao final da votação pela Comissão Eleitoral.

§ 5º. – A Comissão Eleitoral será criada pela Assembléia Geral e deverá ser composta de três sócios em pleno exercício de seus direitos, que não sejam candidatos ou parentes até o 3º grau dos mesmos, nem membros da Diretoria e do Conselho Deliberativo.



Art. 28 . – Do Colegiado Eleitoral:

O Colegiado Eleitoral é formado pelas pessoas que têm o direito a votar. Ele será composto pela Diretoria e Conselho Deliberativo da “GUARDA MIRIM”, pelos sócios e pelos guardas mirins.

Parágrafo Primeiro: – Na semana da eleição, cinco dias antes da data marcada, será feito o credenciamento para as eleições. Terá direito a votar somente o eleitor credenciado pela Comissão Eleitoral.

Parágrafo Segundo: Os sócios devem estar filiados à Entidade no mínimo de 6 (seis) meses antes das eleições. Devem estar quites com os deveres constantes do artigo 8º.

Art. 29. – O processo eleitoral será coordenado pela Comissão Eleitoral que deverá garantir nos parâmetros regimentais:

I – A legalidade das eleições;

II – Meios necessários à sua realização;

III - A dinâmica da votação;

IV - A apuração dos votos;

VI – O julgamento dos recursos.

V – A proclamação dos resultados;

Art. 30. – Da Posse da Diretoria e Conselho Deliberativo

A sessão de posse ocorrerá no prazo de quinze dias após as eleições.

## CAPÍTULO V. DO PATRIMÔNIO

Art. 31. – Constituem patrimônio da GUARDA MIRIM:

I – Contribuição dos sócios;

II – Doações e legados;

III – Bens móveis e imóveis que forem adquiridos;

IV – Receitas da arrecadação em festas, promoções e serviços;

V – Eventuais rendimentos do patrimônio;

VI – Subvenções da Prefeitura Municipal, do Estado e da União;

VII – Doações de empresas privadas;

VIII – Doações de organizações internacionais.

Art. 32. – A Entidade terá duração indeterminada e somente poderá ser dissolvida em Assembléia Extraordinária, pela deliberação de 2/3 dos sócios que a constituem. Ocasão em que seu patrimônio será destinado a uma Instituição de assistência à criança e ao adolescente, com sede no município de Sete Lagoas (MG), que esteja registrada no Conselho Nacional de Assistência Social, a critério da resolução tomada em Assembléia Geral Extraordinária.

## CAPÍTULO VI. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art.33. – O Regimento Interno detalhará, convenientemente, os vários aspectos deste Estatuto de forma a garantir-lhe funcionalidade.

Parágrafo Único: O Regimento Interno será elaborado, obedecido aos princípios deste Estatuto e aprovado pela maioria dos componentes da Diretoria e Conselho Deliberativo.

Art. 34. – O presente Estatuto aprovado em Assembléia realizada em 10 de dezembro de 2004, vigora a partir desta data, podendo ser reformado em

qualquer tempo, por decisão da maioria absoluta dos sócios, em Assembléia Geral, especialmente convocada para este fim.

Art. 35. – Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria e Conselho Deliberativo e referendados pela Assembléia Geral.

## **Anexo 2. Regimento Interno da Entidade Filantrópica de Apoio ao Adolescente**

**GUARDA MIRIM DE SETE LAGOAS**  
**ENTIDADE FILANTRÓPICA DE APOIO AO ADOLESCENTE**  
Rua Domingos L' Ouverture no 233 - São Geraldo - Sete Lagoas/MG  
(031) 3773-2827 CEP: 35700-177 CNPJ: 19.068.618/0001-11

### **REGIMENTO INTERNO GUARDA MIRIM DE SETE LAGOAS**

Competirá ao Guarda Mirim:

- 1) Efetuar toda e qualquer atividade estipulada, pela Diretoria da Entidade, no que se refere ao acompanhamento escolar e social do guarda mirim;
- 2) Efetuar toda e qualquer atividade estipulada pelo responsável direto do seu setor de trabalho, no que se refere ao serviço prestado;
- 3) Evitar envolvimento com atos que possam impedir o bom desempenho do trabalho exemplificado, como: jogos, brincadeiras, bate papos, etc;
- 4) Respeitar os membros da Entidade, independente do cargo ou função que exerçam;
- 5) Não usar aparelhos de forma pessoal, sem a devida autorização do responsável;
- 6) Comparecer às convocações individuais e/ou confraternização e reuniões de caráter geral;
- 7) Desempenhar corretamente as atividades recebidas com responsabilidade;
- 8) Ser pontual no local em que trabalha com postura adequada a atividade prestada;
- 9) Seguir corretamente as normas da Entidade;
- 10) Evitar discussões precipitadas ou impensadas, que levem ao constrangimento;
- 11) Apresentar-se fora da Entidade de forma a garantir a respeitabilidade social da Guarda Mirim;
- 12) Fornecer documentação para registro, comunicando qualquer alteração de endereço, telefone, escola, horário de trabalho etc;

- 13) Usar o uniforme corretamente; blusa com o símbolo da Guarda Mirim, usada socialmente com as bordas para dentro da calça, sendo a calça jeans azul, tênis limpo ou sapato engraxado e em bom estado de conservação;
- 14) Não usar gargantilhas, *piercings*, *correntinhas*, ou pulseiras extravagantes quando estiverem uniformizados e para os garotos: - não usarem brincos;
- 15) Usar a Carteira de Identidade constantemente;
- 16) Usar o uniforme corretamente, mesmo no trajeto de casa para o local de trabalho, ou vice versa;
- 17) Não permanecer em casa de jogos, bares ou lugares que lhe desvie de suas atividades, uniformizado principalmente;
- 18) Não adulterar documentos ou assinaturas, fator de desligamento podendo ficar sujeito a penalidades policiais ou judiciais;
- 19) Ser cordial com os componentes da Entidade, funcionários do local de trabalho, bem como os demais guardas mirins;
- 20) Manter as disciplinas escolares em dia, freqüentando assiduamente as aulas e trazendo os cadernos escolares, para serem vistoriados pela Diretoria, quando solicitados;
- 21) Usar o uniforme, somente no horário de trabalho, salvo quando solicitado;
- 22) Devolver os uniformes quando sair da Entidade;
- 23) Zelar pela boa conduta, além das obrigações da Guarda Mirim, no exercício ou não de suas atividades;
- 24) Abster-se do uso de bebida alcoólica para não incorrer em vexame e\ou com prejuízo para a saúde bem como o uso de qualquer outro tipo de droga;
- 25) Para os garotos: - Manter os cabelos aparados e a barba bem feita;
- 26) Trazer os boletins escolares a cada bimestre;
- 27) Trazer a declaração escolar no início de cada ano letivo;
- 28) Trazer a Declaração Escolar de Aprovado no final de cada ano letivo, e estar ciente de que será excluído da Entidade em caso de reprovação;
- 29) Manter-se atualizado das Atividades executadas pela Entidade;
- 30) Primar pelo bom comportamento social.

**Anexo 3. Questionário sócio demográfico (IBGE, 2004)****Bairro onde você mora:** \_\_\_\_\_**1. Idade** (em anos): \_\_\_\_\_**2. Sexo:** 1 ) Masculino 2) Feminino**3 - Sua cor é:** 1 ) Branca 2 ) Preta 3) Amarela 4 ) Parda 5 )  
Indígena**4 - Estado civil:**

- 1) Casado (a) / Amasiado (a)
- 2 ) Separado (a) Desquitado (a)
- 3) Divorciado (a)
- 4 ) Viúvo (a)
- 5 ) Solteiro (a)

**5 – Série escolar:** \_\_\_\_\_**6 - Tipo de construção do domicílio:** 1 – alvenaria (tijolo) 2 – outro  
tipo**7 - A forma de abastecimento de água utilizada na sua casa é:**1 - rede geral canalizada 2 - poço ou nascente 3 – outra 4 – Não  
canalizada**8 - No seu domicílio, terreno ou propriedade existe sanitário?** 1 - Sim

2 - Não

**9 - O banheiro ou sanitário da sua casa é ligado a:**

1 - rede geral de esgoto ou pluvial 2 - fossa 3 - vala 4 - rio, lago ou mar

**10 - O lixo deste domicílio é:**

- 1 - coletado por serviço de limpeza 2 - colocado em caçamba de serviço de  
limpeza
- 3 - queimado (na propriedade) 4 - enterrado (na propriedade)
- 5 - jogado em rio, lago ou mar 6 - jogado em terreno baldio ou logradouro
- 7 - tem outro destino

**11- Avaliação do seu estado de saúde:**

1 ) Muito boa e boa 2 ) Regular 3 ) Ruim ou muito ruim

**12- Tem algum plano de saúde:** 1 - Sim 2 - Não**13- Utiliza os serviços de saúde de forma regular:** 1 - Sim 2 – Não**14- Qual dos serviços de saúde que você procura de forma regular:**

- 1 - Centro de Saúde (Posto de saúde)
- 2 - Consultório Particular

- 3- Hospital
- 4 - Pronto Socorro
- 5 - Clínica
- 6 - Farmácia

**15- Você consultou algum médico nesse ano? 1 - Sim 2 - Não**

**16- Quantas vezes você foi ao médico nesse ano? \_\_\_\_\_**

**Anexo 4. WHOQoL-bref** (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos et al. 2000)

**Instruções**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeit o
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastant e	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5



As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

**Você tem algum comentário sobre o questionário?**

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**

**Anexo 5. Questionário Integrado para Medir Capital Social** (Grootaert  
Grootaert, Narayan, Jones, Woolcock, 2003)

Grupos e Redes

1. Eu gostaria de começar perguntando a você sobre os grupos ou organizações, redes, associações a que você, ou qualquer outro membro do seu domicílio, pertencem. Esses grupos podem ser formalmente organizados ou apenas grupos de pessoas que se reúnem regularmente, para praticar alguma atividade, ou apenas conversar. De quantos grupos você, ou alguém em seu domicílio, faz parte?

2. De todos os grupos de que você, ou os membros do seu domicílio fazem parte, qual é o mais importantes para o seu domicílio?

\_\_\_\_\_ [Nome do grupo]

3. Pensando nos membros deste grupo, a maioria deles é do(a) mesmo(a)...

	1 Sim 2 Não
A. Religião	
B. Sexo	
C. Grupo étnico ou lingüístico/raça/casta/tribo	

4. Os membros do grupo têm, em sua maioria, a mesma...

	1 Sim 2 Não
A. Ocupação	
B. Formação educacional ou grau de escolaridade	

5. Esse grupo trabalha ou interage com grupos fora do(a) bairro/localidade?

1. Não
  2. Sim, ocasionalmente
  3. Sim, freqüentemente
- 

6. Quantos amigos próximos você diria que tem hoje? Essas pessoas são aquelas com quem se sente à vontade, para conversar a respeito de assuntos particulares, ou chamar quando precisa de ajuda.

7. Se de repente você precisasse de uma pequena quantia em dinheiro [RURAL: o suficiente para pagar as despesas do seu domicílio durante uma semana; URBANO: o que você ganharia, digamos, em uma semana de trabalho], há pessoas além do seu domicílio ou parentes próximos, que estariam dispostas a lhe fornecer este dinheiro, se você pedisse a elas?

1. Definitivamente
  2. Provavelmente
  3. Não tenho certeza
  4. Provavelmente não
  5. Definitivamente não
-

Confiança e Solidariedade

8. Falando em geral, você diria que se pode confiar na maioria das pessoas, ou nunca é demais ter cuidado ao lidar com as pessoas?

1. Pode-se confiar nas pessoas  
2. Nunca é demais ter cuidado

9. Em geral, você concorda ou discorda das seguintes afirmações?

	1 Concordo totalmente 2 Concordo em parte 3 Nem concordo, nem discordo 4 Discordo em parte 5 Discordo totalmente
A. A maioria das pessoas neste(a) bairro/localidade estão dispostas a ajudar caso você precise.	
B. Neste(a) bairro/localidade, é preciso estar atento ou alguém pode tirar vantagem de você.	

10. Quanto você confia em...

	1 Confio totalmente 2 Confio muito 3 Nem muito, nem pouco 4 Confio pouco 5 Confio muito pouco
A. Membros do governo local	
B. Membros do governo central	

11. Se um projeto da comunidade não lhe beneficia diretamente, mas tem benefícios para muitas outras pessoas do(a) bairro/localidade, você contribuiria com seu tempo ou dinheiro para o projeto?

A. Tempo

B. Dinheiro

- 1 Não contribuiria com tempo
- 2 Contribuiria com tempo

- 1 Não contribuiria com dinheiro
- 2 Contribuiria com dinheiro

#### Ação Coletiva e Cooperação

12. Nos últimos 12 meses, você ou alguém do seu domicílio participou de alguma atividade comunitária, em que as pessoas se reúnem para realizar algum trabalho em benefício da comunidade?

1. Sim
2. Não (vá para a questão 14)

13. Quantas vezes, nos últimos 12 meses?

14. Se houvesse um problema de abastecimento de água nesta comunidade, qual é a probabilidade de que as pessoas cooperassem para tentar resolver o problema?

1. Muito provável
2. Relativamente provável
3. Nem provável, nem improvável
4. Relativamente improvável
5. Muito improvável

#### Informação e Comunicação

15. No último mês, quantas vezes você fez ou recebeu um telefonema?

16. Quais são as três fontes de informação mais importantes a respeito do que o governo está fazendo (tal como mutirão agrícola, frente de trabalho, planejamento familiar etc.)?

1. Parentes, amigos e vizinhos
2. Boletins da comunidade
3. Mercado local
4. Jornal local ou da comunidade
5. Jornal nacional
6. Rádio
7. Televisão
8. Grupos ou associações
9. Colegas de trabalho ou sócios
10. Associados políticos
11. Líderes da comunidade
12. Um agente do governo
13. ONGs
14. Internet

--	--	--

#### Coesão e Inclusão Social

17. Muitas vezes há diferenças nas características entre as pessoas que vivem num(a) mesmo(a) bairro/localidade. Por exemplo, diferenças de riqueza, renda, posição social, origem étnica, raça, casta ou tribo. Também pode haver diferenças em relação às crenças religiosas e políticas, ou pode haver diferenças devido à idade ou o sexo. Até que ponto você diria que as pessoas são diferentes no(a) seu(sua) bairro/localidade? Utilize uma escala de 5 pontos, em que 1 quer dizer “extremamente diferentes” e 5 quer dizer “muito pouco diferentes”.

1. Extremamente diferentes
2. Muito diferentes
3. Relativamente diferentes
4. Pouco diferentes
5. Muito pouco diferentes

--

18. Alguma dessas diferenças causa problemas?

1. Sim
2. Não → vá para a questão 21.

--

19. Quais são as duas diferentes que mais freqüentemente causam problemas?

1. Diferenças de educação
2. Diferenças de posses de terras
3. Diferenças de riqueza/posses materiais
4. Diferenças de posição social
5. Diferenças entre homens e mulheres
6. Diferenças entre as gerações mais jovens e as gerações mais velhas
7. Diferenças entre moradores antigos e novos moradores
8. Diferenças de filiação política
9. Diferenças de crenças religiosas
10. Diferenças de origem étnica, raça, casta/tribo
11. Outras diferenças

--	--

20. Alguma vez esses problemas levaram à violência?

1. Sim
2. Não

--

21. Quantas vezes, no último mês, você se reuniu com outras pessoas para comer e beber, em casa ou em um lugar público?

--

22. [SE A RESPOSTA NÃO FOR ZERO] Alguma dessas pessoas era...

	1 Sim 2 Não
A. De origem étnica ou lingüística, raça/casta/tribo diferente?	
B. De situação econômica diferente?	
C. De posição social diferente?	
D. De um grupo religioso diferente?	

23. Em geral, como você sente em relação ao crime e à violência quando está sozinho(a) em casa?

1. Muito seguro(a)
2. Moderadamente seguro(a)
3. Nem seguro(a), nem inseguro(a)
4. Moderadamente inseguro(a)
5. Muito inseguro(a)

Autoridade ou Capacitação (Empowerment) e Ação Política

24. Em geral, você se considera uma pessoa...

1. Muito feliz
2. Moderadamente feliz
3. Nem feliz, nem infeliz
4. Moderadamente infeliz
5. Muito infeliz

25. Você sente que tem poder para tomar decisões que podem mudar o curso da sua vida? Faça uma avaliação de você mesmo em uma escala de 1 a 5, em que 1 quer dizer “totalmente incapaz de mudar minha vida”, e 5 quer dizer “totalmente capaz de mudar minha vida”.

1. Totalmente incapaz de mudar minha vida
2. Geralmente incapaz de mudar minha vida
3. Nem capaz, nem incapaz
4. Geralmente capaz de mudar minha vida
5. Totalmente capaz de mudar minha vida

26. Nos últimos 12 meses, quantas vezes as pessoas neste(a) bairro/localidade se reuniram para entregar conjuntamente uma petição a membros do governo ou a líderes políticos pedindo algo em benefício da comunidade?

1. Nunca
2. Uma vez
3. Algumas vezes ( $\leq 5$ )
4. Muitas vezes ( $> 5$ )

27. Muitas pessoas consideram difícil sair para votar. Você votou nas últimas eleições estaduais/nacionais/presidenciais?

1. Sim
2. Não



## Anexo 6. Instructions of Journal of Adolescent Research

The aim of the JOURNAL OF ADOLESCENT RESEARCH is to publish lively, creative, and informative articles on development during adolescence (ages 10-18) and emerging adulthood (ages 18-25). The journal encourages papers that use qualitative, ethnographic, or other methods that present the voices of adolescents. Few strictly quantitative, questionnaire-based articles are published in the journal, unless they break new ground in a previously understudied area. However, papers that combine qualitative and quantitative data are especially welcome.

In order to be considered for review, papers must meet at least one of the following criteria:

1. Combine quantitative and qualitative data.
2. Take a systematic qualitative or ethnographic approach.
3. Use an original and creative methodological approach.
4. Address an important, but rarely studied topic (this could include papers with strictly quantitative data).
5. Present new theoretical or conceptual ideas.

In addition, all articles must show an awareness of the cultural context of the research questions asked, the population studied, and the results of the study. Each paper submitted MUST include a cover letter indicating how the paper meets at least one of these criteria and the cultural requirement.

For more on the standards for publication in the JOURNAL OF ADOLESCENT RESEARCH, please see:

Arnett, J. J. (2005). [\*The Vitality Criterion: A new standard of publication for Journal of Adolescent Research. Journal of Adolescent Research, 20, 3-7.\*](#)

In addition to journal articles, the JOURNAL OF ADOLESCENT RESEARCH publishes *Editorial Essays*, which are short pieces (3,000 words or less) in

which an author presents challenging new ideas. There will be few or (preferably) no citations, and authors of the essays will be encouraged to draw upon opinions, insights, and even personal experience. Scholars may present new ideas that may have limited empirical support, but inspire new thinking and research. Some essays may provide a thoughtful critique of a research area while making constructive suggestions for new ways of approaching it. Other essays could analyze a recent event, commenting on the developmental context when adolescents or emerging adults are in the news for involvement in something widely discussed. Policy discussions and advocacy also are welcome in the essays. Scholars interested in writing and submitting an Editorial Essay should query the editor first to confirm the appropriateness of the proposed topic.

The journal accepts ELECTRONIC SUBMISSIONS ONLY. Manuscripts should be submitted online at <http://mc.manuscriptcentral.com/jar>. The editor (or associate editor) will review all manuscripts within 1 month and then inform the lead author whether or not the paper has met the JOURNAL OF ADOLESCENT RESEARCH criteria. The manuscript then will be sent out for peer review.

Submission of a manuscript implies commitment to publish in the journal. Authors submitting manuscripts to the journal should not simultaneously submit them to another journal, nor should manuscripts have been published elsewhere in substantially similar form or with substantially similar content. Authors in doubt about what constitutes prior publication should consult the editor.

In general, manuscripts should not exceed 30 typed, double-spaced pages, including references, tables, and figures. Figures and tables should be included as part of the manuscript, not as separate files. Five to six keywords, to be used in archival retrieval systems, should be indicated on the title page. The title page should also include contact information for the lead author, including affiliation, mailing address, e-mail address, and phone and fax numbers. Manuscripts should include three- to four-sentence biographical paragraphs of each author at the bottom of the title page. Following the title page, an abstract

of no more than 120 words should be included. Text and references must conform to American Psychological Association style, as stated in the *Publication Manual of the American Psychological Association* (Fifth Edition). Permission for use of the copyrighted material is the responsibility of the author. All artwork must be camera ready.

Authors who want to refine the use of English in their manuscripts might consider utilizing the services of SPi, a non-affiliated company that offers Professional Editing Services to authors of journal articles in the areas of science, technology, medicine or the social sciences. SPi specializes in editing and correcting English-language manuscripts written by authors with a primary language other than English. Visit <http://www.prof-editing.com> for more information about SPi's Professional Editing Services, pricing, and turn-around times, or to obtain a free quote or submit a manuscript for language polishing.

Please be aware that SAGE has no affiliation with SPi and makes no endorsement of the company. An author's use of SPi's services in no way guarantees that his or her submission will ultimately be accepted. Any arrangement an author enters into will be exclusively between the author and SPi, and any costs incurred are the sole responsibility of the author.

#### Subscription Information:

Institutional Subscription, E-access	\$755.00
Institutional Subscription & Backfile Lease, E-access Plus Backfile (All Online Content)	\$831.00
Institutional Backfile Purchase, E-access (Content through 1998)	\$834.00
Individual Subscription, E-access	\$134.00

Individual articles are available for immediate purchase online (See View Full-Text icon above). Print copies of individual issues can be purchased by

contacting the SAGE Journals Customer Service department  
[journals@sagepub.com](mailto:journals@sagepub.com) 1-800-818-7243.

If you are eligible for non-standard pricing please contact Journals Customer Service department [journals@sagepub.com](mailto:journals@sagepub.com) 1-800-818-7243 for a price quote.

Frequency:	Bi-monthly	eISSN: 1552-6895	ISSN: 0743-5584
Months	of January , March , May , July ,	Current	Current
Distribution:	September , November	Volume: 26	Issue: 2

## **Anexo 7. Instructions of Health and Quality of Life Outcomes**

### **What is Health and Quality of Life Outcomes?**

Health and Quality of Life Outcomes is an Open Access, peer-reviewed, online journal offering high quality articles, rapid publication and wide diffusion in the public domain. The journal is included in MEDLINE, and all articles are listed in PubMed and PubMed Central (PMC).

Health and Quality of Life Outcomes aims to promote the dissemination of knowledge on the Health-Related Quality of Life (HRQOL) assessment within the scientific community.

Health and Quality of Life Outcomes considers original manuscripts on Health-Related Quality of Life (HRQOL) assessment for the evaluation of medical therapies or psychosocial approaches and studies on psychometric properties of HRQOL measures, including cultural validation of instruments. The journal will also consider reviews summarising the present state of knowledge concerning a particular aspect of HRQOL. Narrowly focused reviews are commissioned and edited by an expert in the field, and are written by specialists on each topic.

<http://www.hqlo.com/info/about/>

### **Content overview**

Health and Quality of Life Outcomes considers the following types of articles:

- \* Research - reports of data from original research.
- \* Commentaries - short, focussed and opinionated articles on any subject within the scope of the journal. These articles are usually related to a contemporary issue, such as recent research findings.
- \* Reviews - comprehensive, authoritative descriptions of any subject within the scope of the journal.

### **Peer review policies**

\* Peer review in Health and Quality of Life Outcomes is designed to ensure that the research published is 'good science'.

\* Health and Quality of Life Outcomes considers manuscripts spanning a wide range of scientific interests, and aims to publish articles of significance to the field.

\* We recognise the importance of highlighting articles that contain the most interesting, important or significant research. Peer reviewers are asked to indicate which articles they consider to be especially interesting or significant. These articles will be given greater prominence within Health and Quality of Life Outcomes and greater external publicity.

\* Submitted manuscripts will generally be reviewed by two external anonymous experts.

\* Peer reviewers will have four possible options, for each manuscript:

- o accept without revision
- o accept after minor revision
- o accept after major revision
- o reject because scientifically unsound

\* In deciding whether to accept or reject a manuscript, a reviewer asks him/herself whether the scientific community is better served by publishing or not publishing the manuscript. The suitability of a research article for publication in Health and Quality of Life Outcomes is assessed by peer reviewers, who base their decision on the article's validity and coherence, level of interest to the reader and comprehensibility.

\* When asking for revisions, reviewers have two possible goals: to ask authors to tighten their arguments based on existing data or to identify areas where more data are needed.

\* Health and Quality of Life Outcomes normally allows authors a maximum of two revisions of a manuscript.

\* Peer reviewers are asked to indicate if the manuscript is not sufficiently clearly written for publication. In such cases authors are asked to revise the manuscript, seeking, if necessary, the assistance of colleagues or a commercial editing service.

\* We aim to publish research as quickly as possible. Our electronic submission process is designed to facilitate rapid publication.

Edited by Holger Schunemann, Health and Quality of Life Outcomes is supported by an expert Editorial Board.

### **Publishing in Health and Quality of Life Outcomes**

All articles are listed in PubMed immediately upon acceptance (after peer review), and are covered by PubMed Central, MEDLINE, Thomson Reuters (ISI), Embase and Current Contents.

Articles in Health and Quality of Life Outcomes should be cited in the same way as articles in a traditional journal. However, because articles in this journal are not printed, they do not have page numbers. Instead, they have a unique article number.

The following citation: Health Qual Life Outcomes 2004, 2:1 refers to article 1 from volume 2 of the journal.

As an online journal, Health and Quality of Life Outcomes does not have issue numbers. Each volume corresponds to a calendar year.

To keep up to date with the latest articles from Health and Quality of Life Outcomes, why not register to receive alerts? Registration also enables you to customise your subject areas of interest, store your searches, and submit your manuscripts.

### **Submission of manuscripts**

Manuscripts should be submitted electronically to Health and Quality of Life Outcomes using the online submission system. Full details of how to submit a manuscript are given in the instructions for authors.

### **General journal policies**

Health and Quality of Life Outcomes is published by BioMed Central, part of Springer Science+Business Media. BioMed Central is committed to ensuring peer-reviewed biomedical research is open access. That means it is freely and universally accessible online, it is archived in at least one internationally recognised free access repository, and its authors retain copyright, allowing anyone to reproduce or disseminate articles, according to the BioMed Central

copyright and licence agreement. Health and Quality of Life Outcomes however, has taken this further by making all its content open access.

Health and Quality of Life Outcomes's articles are archived in PubMed Central, the US National Library of Medicine's full-text repository of life science literature, and also at INIST in France and in e-Depot, the National Library of the Netherlands' digital archive of all electronic publications. The journal is also participating in the British Library's e-journals pilot project, and plans to deposit copies of all articles with the British Library.

Health and Quality of Life Outcomes is able to deliver summaries of frequently updated content via Really Simple Syndication (RSS) feeds. These are accessible via the orange "XML" button at the top of the list of recent articles or the list of most accessed articles. For more information about RSS feeds see our publisher's website. If you would like to help raise awareness of Health and Quality of Life Outcomes, why not download the journal's leaflet and poster? You will need Acrobat Reader to open them.

For further information about general policies please see the instructions for authors.

### **Submission process**

Manuscripts must be submitted by one of the authors of the manuscript, and should not be submitted by anyone on their behalf. The submitting author takes responsibility for the article during submission and peer review.

To facilitate rapid publication and to minimize administrative costs, Health and Quality of Life Outcomes accepts only online submission. The submission process is compatible with version 3.0 or later of Internet Explorer and Netscape Navigator, and with most other modern web browsers. It can be used from PC, Mac, or Unix platforms.

Files can be submitted as a batch, or one by one. The submission process can be interrupted at any time - when users return to the site, they can carry on where they left off.

See below for examples of acceptable word processor and graphics file formats. Additional files of any type, such as movies, animations, or original data files, can also be submitted as part of the publication.



During submission you will be asked to provide a cover letter. Please use this to explain why your manuscript should be published in the journal and to elaborate on any issues relating to our editorial policies detailed in the instructions for authors.

Assistance with the process of manuscript preparation and submission is available from the customer support team ([info@biomedcentral.com](mailto:info@biomedcentral.com)).

We also provide a collection of links to useful tools and resources for scientific authors, on our Tools for Authors page.

### **Publication and peer review processes**

Health and Quality of Life Outcomes uses online peer review to speed up the publication process. The time taken to reach a final decision depends on whether reviewers request revisions, and how quickly authors are able to respond.

Once an article is accepted, it is published in Health and Quality of Life Outcomes immediately as a provisional PDF file. The paper will subsequently be published in both fully browseable web form, and as a formatted PDF. The article will then be available through Health and Quality of Life Outcomes, BioMed Central and PubMed Central, and will also be included in PubMed.

The ultimate responsibility for any decision lies with the Editor-in-Chief, to whom any appeals against rejection should be addressed.

### **Article-processing charges**

Health and Quality of Life Outcomes levies an article-processing charge for every accepted article, to cover the costs incurred by open access publication. In 2010 the article-processing charge is £1160/US\$1890/€1320. Generally, if the submitting author's institution is a BioMed Central member the cost of the article processing charge is covered by the membership, and no further charge is payable. In the case of authors whose institutions are supporter members of BioMed Central, however, a discounted article processing charge is payable by the author. Please click [here](#) to check if your institution is a BioMed Central member. Waivers may be granted, particularly for authors from developing

countries. For further details, see more information about article-processing charges.

### **Editorial policies**

Any manuscripts, or substantial parts of it, submitted to the journal must not be under consideration by any other journal. In general, the manuscript should not have already been published in any journal or other citable form, although it may have been deposited on a preprint server. The journal is willing to consider peer-reviewing manuscripts that are translations of articles originally published in another language. In this case, the consent of the journal in which the article was originally published must be obtained and the fact that the article has already been published must be made clear on submission and stated in the abstract. Further information on duplicate/overlapping publications can be found here. Authors are required to ensure that no material submitted as part of a manuscript infringes existing copyrights, or the rights of a third party. Authors who publish in Health and Quality of Life Outcomes retain copyright to their work (more information). Correspondence concerning articles published in Health and Quality of Life Outcomes is encouraged.

Submission of a manuscript to Health and Quality of Life Outcomes implies that all authors have read and agreed to its content, and that any experimental research that is reported in the manuscript has been performed with the approval of an appropriate ethics committee. Research carried out on humans must be in compliance with the Helsinki Declaration, and any experimental research on animals must follow internationally recognized guidelines. A statement to this effect must appear in the Methods section of the manuscript, including the name of the body which gave approval, with a reference number where appropriate. Informed consent must also be documented. Manuscripts may be rejected if the editorial office considers that the research has not been carried out within an ethical framework, e.g. if the severity of the experimental procedure is not justified by the value of the knowledge gained.

Health and Quality of Life Outcomes's publisher, BioMed Central, has a legal responsibility to ensure that its journals do not publish material that infringes copyright, or that includes libellous or defamatory content. If, on review, your manuscript is perceived to contain potentially libellous content the journal

Editors, with assistance from the publisher if required, will work with authors to ensure an appropriate outcome is reached.

Generic drug names should generally be used. When proprietary brands are used in research, include the brand names in parentheses in the Methods section.

We ask authors of Health and Quality of Life Outcomes papers to complete a declaration of competing interests, which should be provided as a separate section of the manuscript, to follow the Acknowledgements. Where an author gives no competing interests, the listing will read 'The author(s) declare that they have no competing interests'. Much has been written about competing interests (or conflict of interest, as other journals call it) within scientific research, but the following articles provide some background:

R Smith: Beyond conflict of interest. *BMJ* 1998, 317 :291-292

R Smith: Making progress with competing interests. *BMJ* 2002, 325 :1375-1376

CD DeAngelis, PB Fontanarosa, A Flanagin: Reporting financial conflicts of interest and relationships between investigators and research sponsors. *JAMA* 2001, 286 :89-9

K Morin, H Rakatansky, FA Riddick Jr, LJ Morse, JM O'Bannon 3rd, MS Goldrich, P Ray, M Weiss, RM Sade, MA Spillman: Managing conflicts of interest in the conduct of clinical trials. *JAMA* 2002, 287 :78-84

For all articles that include information or clinical photographs relating to individual patients, written and signed consent from each patient to publish must also be mailed or faxed to the editorial staff. The manuscript should also include a statement to this effect in the Acknowledgements section, as follows: "Written consent for publication was obtained from the patient or their relative."

Health and Quality of Life Outcomes supports initiatives to improve the performance and reporting of clinical trials, part of which includes prospective registering and numbering of trials. The International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) defines a clinical trial as any research study that prospectively assigns human subjects to one or more health related interventions to evaluate the effects on health outcomes. Authors of protocols or reports of such clinical trials, where the primary purpose of the research is to understand the causes, development and effects of disease, or to improve

preventative, diagnostic or therapeutic interventions, must register their trial prior to submission in a suitable publicly accessible registry. Registries which meet the requirements of the ICMJE include WHO Primary Registries. The trial registration number should be included as the last line of the abstract of the manuscript.

Health and Quality of Life Outcomes also supports initiatives aimed at improving the reporting of biomedical research. Checklists have been developed for a number of study designs, including randomized controlled trials (CONSORT), systematic reviews (PRISMA), meta-analyses of observational studies (MOOSE), diagnostic accuracy studies (STARD) and qualitative studies (RATS). We recommend authors refer to the EQUATOR network website for further information on the available reporting guidelines for health research, and the MIBBI Portal for prescriptive checklists for reporting biological and biomedical research where applicable. Authors are requested to make use of these when drafting their manuscript and peer reviewers will also be asked to refer to these checklists when evaluating these studies. For authors of systematic reviews, a supplementary file, linked from the Methods section, should reproduce all details concerning the search strategy. For an example of how a search strategy should be presented, see the Cochrane Reviewers' Handbook.

Authors from pharmaceutical companies, or other commercial organizations that sponsor clinical trials, should adhere to the Good Publication Practice guidelines for pharmaceutical companies, which are designed to ensure that publications are produced in a responsible and ethical manner. The guidelines also apply to any companies or individuals that work on industry-sponsored publications, such as freelance writers, contract research organizations and communications companies.

The involvement of medical writers or anyone else who assisted with the preparation of the manuscript content should be acknowledged, along with their source of funding, as described in the European Medical Writers Association (EMWA) guidelines on the role of medical writers in developing peer-reviewed publications. If medical writers are not listed among the authors, it is important that their role be acknowledged explicitly. We suggest wording such as 'We

thank Jane Doe who provided medical writing services on behalf of XYZ Pharmaceuticals Ltd.'

Any 'in press' articles cited within the references and necessary for the reviewers' assessment of the manuscript should be made available if requested by the editorial office.

Submission of a manuscript to Health and Quality of Life Outcomes implies that readily reproducible materials described in the manuscript, including all relevant raw data, will be freely available to any scientist wishing to use them for non-commercial purposes. Nucleic acid sequences, protein sequences, and atomic coordinates should be deposited in an appropriate database in time for the accession number to be included in the published article. In computational studies where the sequence information is unacceptable for inclusion in databases because of lack of experimental validation, the sequences must be published as an additional file with the article.

#### Nucleotide sequences

Nucleotide sequences can be deposited with the DNA Data Bank of Japan (DDBJ), European Molecular Biology Laboratory (EMBL/EBI) Nucleotide Sequence Database, or GenBank (National Center for Biotechnology Information).

#### Protein sequences

Protein sequences can be deposited with SwissProt or the Protein Information Resource (PIR).

#### Structures

Protein structures can be deposited with one of the members of the Worldwide Protein Data Bank. Nucleic Acids structures can be deposited with the Nucleic Acid Database at Rutgers. Crystal structures of organic compounds can be deposited with the Cambridge Crystallographic Data Centre.

#### Chemical structures and assays

Structures of chemical substances can be deposited with PubChem Substance. Bioactivity screens of chemical substances can be deposited with PubChem BioAssay.

#### Microarray data

Where appropriate, authors should adhere to the standards proposed by the Microarray Gene Expression Data Society and must deposit microarray data in

one of the public repositories, such as ArrayExpress, Gene Expression Omnibus (GEO) or the Center for Information Biology Gene Expression Database (CIBEX).

#### Computational modeling

We encourage authors to prepare models of biochemical reaction networks using the Systems Biology Markup Language and to deposit the model with the BioModels database, as well as submitting it as an additional file with the manuscript.

#### Plasmids

We encourage authors to deposit copies of their plasmids as DNA or bacterial stocks with Addgene, a non-profit repository, or PlasmID, the Plasmid Information Database at Harvard.

BioMed Central is a member of the Committee on Publication Ethics (COPE). Authors who have appealed against a rejection but remain concerned about the editorial process can refer their case to COPE. For more information, visit [www.publicationethics.org](http://www.publicationethics.org).

BioMed Central endorses the World Association of Medical Editors (WAME) Policy Statement on Geopolitical Intrusion on Editorial Decisions.

### **File formats**

The following word processor file formats are acceptable for the main manuscript document:

- \* Microsoft Word (version 2 and above)
- \* Rich text format (RTF)
- \* Portable document format (PDF)
- \* TeX/LaTeX (use BioMed Central's TeX template)
- \* DeVice Independent format (DVI)
- \* Publicon Document (NB)

Users of other word processing packages should save or convert their files to RTF before uploading. Many free tools are available which ease this process.

TeX/LaTeX users: We recommend using BioMed Central's TeX template and BibTeX stylefile. If you use this standard format, you can submit your manuscript in TeX format (after you submit your TEX file, you will be prompted

to submit your BBL file). If you have used another template for your manuscript, or if you do not wish to use BibTeX, then please submit your manuscript as a DVI file. We do not recommend converting to RTF.

Note that figures must be submitted as separate image files, not as part of the submitted DOC/ PDF/TEX/DVI file.

### **Article types**

When submitting your manuscript, you will be asked to assign one of the following types to your article:

Research

Commentary

Letter to the Editor

Review

Short report

Study protocol

Please read the descriptions of each of the article types, choose which is appropriate for your article and structure it accordingly. If in doubt, your manuscript should be classified as Research, the structure for which is described below.

### **Manuscript sections for Research articles**

Manuscripts for Research articles submitted to Health and Quality of Life Outcomes should be divided into the following sections:

- \* Title page
- \* Abstract
- \* Background
- \* Methods
- \* Results
- \* Discussion
- \* Conclusions
- \* List of abbreviations used (if any)
- \* Competing interests
- \* Authors' contributions
- \* Authors' information (if any)

- \* Acknowledgements
- \* References
- \* Figure legends (if any)
- \* Tables and captions (if any)
- \* Description of additional data files (if any)

You can download a template (compatible with Mac and Windows Word 97/98/2000/2003/2007) for your article. For instructions on use, see below.

The Accession Numbers of any nucleic acid sequences, protein sequences or atomic coordinates cited in the manuscript should be provided, in square brackets and include the corresponding database name; for example, [EMBL:AB026295, EMBL:AC137000, DDBJ:AE000812, GenBank:U49845, PDB:1BFM, Swiss-Prot:Q96KQ7, PIR:S66116].

The databases for which we can provide direct links are: EMBL Nucleotide Sequence Database (EMBL), DNA Data Bank of Japan (DDBJ ), GenBank at the NCBI (GenBank), Protein Data Bank (PDB), Protein Information Resource (PIR) and the Swiss-Prot Protein Database (Swiss-Prot).

#### Title page

This should list the title of the article. The title should include the study design, for example:

A versus B in the treatment of C: a randomized controlled trial

X is a risk factor for Y: a case control study

The full names, institutional addresses, and e-mail addresses for all authors must be included on the title page. The corresponding author should also be indicated.

#### Abstract

The abstract of the manuscript should not exceed 350 words and must be structured into separate sections: Background, the context and purpose of the study; Methods, how the study was performed and statistical tests used; Results, the main findings; Conclusions, brief summary and potential implications. Please minimize the use of abbreviations and do not cite references in the abstract; Trial registration, if your research article reports the results of a controlled health care intervention, please list your trial registry, along with the unique identifying number, e.g. Trial registration: Current



Controlled Trials ISRCTN73824458. Please note that there should be no space between the letters and numbers of your trial registration number.

#### Background

The background section should be written from the standpoint of researchers without specialist knowledge in that area and must clearly state - and, if helpful, illustrate - the background to the research and its aims. Reports of clinical research should, where appropriate, include a summary of a search of the literature to indicate why this study was necessary and what it aimed to contribute to the field. The section should end with a very brief statement of what is being reported in the article.

#### Methods

This should include the design of the study, the setting, the type of participants or materials involved, a clear description of all interventions and comparisons, and the type of analysis used, including a power calculation if appropriate.

#### Results and Discussion

The Results and Discussion may be combined into a single section or presented separately. Results of statistical analysis should include, where appropriate, relative and absolute risks or risk reductions, and confidence intervals. The results and discussion sections may also be broken into subsections with short, informative headings.

#### Conclusions

This should state clearly the main conclusions of the research and give a clear explanation of their importance and relevance. Summary illustrations may be included.

#### List of abbreviations

If abbreviations are used in the text, either they should be defined in the text where first used, or a list of abbreviations can be provided, which should precede the competing interests and authors' contributions.

#### Competing interests

A competing interest exists when your interpretation of data or presentation of information may be influenced by your personal or financial relationship with other people or organizations. Authors should disclose any financial competing interests but also any non-financial competing interests that may cause them

embarrassment were they to become public after the publication of the manuscript.

Authors are required to complete a declaration of competing interests. All competing interests that are declared will be listed at the end of published articles. Where an author gives no competing interests, the listing will read 'The author(s) declare that they have no competing interests'.

When completing your declaration, please consider the following questions:

#### Financial competing interests

\* In the past five years have you received reimbursements, fees, funding, or salary from an organization that may in any way gain or lose financially from the publication of this manuscript, either now or in the future? Is such an organization financing this manuscript (including the article-processing charge)? If so, please specify.

\* Do you hold any stocks or shares in an organization that may in any way gain or lose financially from the publication of this manuscript, either now or in the future? If so, please specify.

\* Do you hold or are you currently applying for any patents relating to the content of the manuscript? Have you received reimbursements, fees, funding, or salary from an organization that holds or has applied for patents relating to the content of the manuscript? If so, please specify.

\* Do you have any other financial competing interests? If so, please specify.

#### Non-financial competing interests

Are there any non-financial competing interests (political, personal, religious, ideological, academic, intellectual, commercial or any other) to declare in relation to this manuscript? If so, please specify.

If you are unsure as to whether you or one of your co-authors has a competing interest, please discuss it with the editorial office.

#### Authors' contributions

In order to give appropriate credit to each author of a paper, the individual contributions of authors to the manuscript should be specified in this section.

An "author" is generally considered to be someone who has made substantive intellectual contributions to a published study. To qualify as an author one should 1) have made substantial contributions to conception and design, or

acquisition of data, or analysis and interpretation of data; 2) have been involved in drafting the manuscript or revising it critically for important intellectual content; and 3) have given final approval of the version to be published. Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for appropriate portions of the content. Acquisition of funding, collection of data, or general supervision of the research group, alone, does not justify authorship.

We suggest the following kind of format (please use initials to refer to each author's contribution): AB carried out the molecular genetic studies, participated in the sequence alignment and drafted the manuscript. JY carried out the immunoassays. MT participated in the sequence alignment. ES participated in the design of the study and performed the statistical analysis. FG conceived of the study, and participated in its design and coordination and helped to draft the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

All contributors who do not meet the criteria for authorship should be listed in an acknowledgements section. Examples of those who might be acknowledged include a person who provided purely technical help, writing assistance, or a department chair who provided only general support.

#### Authors' information

You may choose to use this section to include any relevant information about the author(s) that may aid the reader's interpretation of the article, and understand the standpoint of the author(s). This may include details about the authors' qualifications, current positions they hold at institutions or societies, or any other relevant background information. Please refer to authors using their initials. Note this section should not be used to describe any competing interests.

#### Acknowledgements

Please acknowledge anyone who contributed towards the study by making substantial contributions to conception, design, acquisition of data, or analysis and interpretation of data, or who was involved in drafting the manuscript or revising it critically for important intellectual content, but who does not meet the criteria for authorship. Please also include their source(s) of funding. Please also acknowledge anyone who contributed materials essential for the study.

The role of a medical writer must be included in the acknowledgements section, including their source(s) of funding.

Authors should obtain permission to acknowledge from all those mentioned in the Acknowledgements.

Please list the source(s) of funding for the study, for each author, and for the manuscript preparation in the acknowledgements section. Authors must describe the role of the funding body, if any, in study design; in the collection, analysis, and interpretation of data; in the writing of the manuscript; and in the decision to submit the manuscript for publication.

### References

All references must be numbered consecutively, in square brackets, in the order in which they are cited in the text, followed by any in tables or legends. Reference citations should not appear in titles or headings. Each reference must have an individual reference number. Please avoid excessive referencing. If automatic numbering systems are used, the reference numbers must be finalized and the bibliography must be fully formatted before submission.

Only articles and abstracts that have been published or are in press, or are available through public e-print/preprint servers, may be cited; unpublished abstracts, unpublished data and personal communications should not be included in the reference list, but may be included in the text and referred to as "unpublished data", "unpublished observations", or "personal communications" giving the names of the involved researchers. Notes/footnotes are not allowed. Obtaining permission to quote personal communications and unpublished data from the cited author(s) is the responsibility of the author. Journal abbreviations follow Index Medicus/MEDLINE. Citations in the reference list should contain all named authors, regardless of how many there are.

Examples of the Health and Quality of Life Outcomes reference style are shown below. Please take care to follow the reference style precisely; references not in the correct style may be retyped, necessitating tedious proofreading.

### Links

Web links and URLs should be included in the reference list. They should be provided in full, including both the title of the site and the URL, in the following format: The Mouse Tumor Biology Database [<http://tumor.informatics.jax.org/mtbwi/index.do>].

## Health and Quality of Life Outcomes reference style

Style files are available for use with popular bibliographic management software:

- \* BibTeX
- \* EndNote style file
- \* Reference Manager

Article within a journal

1. Koonin EV, Altschul SF, Bork P: BRCA1 protein products: functional motifs. *Nat Genet* 1996, 13:266-267.

Article within a journal supplement

2. Orengo CA, Bray JE, Hubbard T, LoConte L, Sillitoe I: Analysis and assessment of ab initio three-dimensional prediction, secondary structure, and contacts prediction. *Proteins* 1999, 43(Suppl 3):149-170.

In press article

3. Kharitonov SA, Barnes PJ: Clinical aspects of exhaled nitric oxide. *Eur Respir J*, in press.

Published abstract

4. Zvaifler NJ, Burger JA, Marinova-Mutafchieva L, Taylor P, Maini RN: Mesenchymal cells, stromal derived factor-1 and rheumatoid arthritis [abstract]. *Arthritis Rheum* 1999, 42:s250.

Article within conference proceedings

5. Jones X: Zeolites and synthetic mechanisms. In *Proceedings of the First National Conference on Porous Sieves: 27-30 June 1996; Baltimore*. Edited by Smith Y. Stoneham: Butterworth-Heinemann; 1996:16-27.

Book chapter, or article within a book

6. Schnepf E: From prey via endosymbiont to plastids: comparative studies in dinoflagellates. In *Origins of Plastids. Volume 2. 2nd edition*. Edited by Lewin RA. New York: Chapman and Hall; 1993:53-76.

Whole issue of journal

7. Ponder B, Johnston S, Chodosh L (Eds): Innovative oncology. In *Breast Cancer Res* 1998, 10:1-72.

Whole conference proceedings

8. Smith Y (Ed): Proceedings of the First National Conference on Porous Sieves: 27-30 June 1996; Baltimore. Stoneham: Butterworth-Heinemann; 1996.

Complete book

9. Margulis L: Origin of Eukaryotic Cells. New Haven: Yale University Press; 1970.

Monograph or book in a series

10. Hunninghake GW, Gadek JE: The alveolar macrophage. In Cultured Human Cells and Tissues. Edited by Harris TJR. New York: Academic Press; 1995:54-56. [Stoner G (Series Editor): Methods and Perspectives in Cell Biology, vol 1.]

Book with institutional author

11. Advisory Committee on Genetic Modification: Annual Report. London; 1999.

PhD thesis

12. Kohavi R: Wrappers for performance enhancement and oblivious decision graphs. PhD thesis. Stanford University, Computer Science Department; 1995.

Link / URL

13. The Mouse Tumor Biology Database  
[<http://tumor.informatics.jax.org/mtbwi/index.do>]

Microsoft Word template

Although we can accept manuscripts prepared as Microsoft Word, RTF or PDF files, we have designed a Microsoft Word template that can be used to generate a standard style and format for your article. It can be used if you have not yet started to write your paper, or if it is already written and needs to be put into Health and Quality of Life Outcomes style.

Download the template (Mac and Windows compatible Word 1998/2000) from our site, and save it to your hard drive. Double click the template to open it.

### **How to use the Health and Quality of Life Outcomes template**

The template consists of a standard set of headings that make up a Health and Quality of Life Outcomes Research manuscript, along with dummy fragments of body text. Follow these steps to create your manuscript in the standard format:

\* Replace the dummy text for Title, Author details, Institutional affiliations, and the other sections of the manuscript with your own text (either by entering the text directly or by cutting and pasting from your own manuscript document).

\* If there are sections which you do not need, delete them (but check the rest of the Instructions for Authors to see which sections are compulsory).

\* If you need an additional copy of a heading (e.g. for additional figure legends) just copy and paste.

\* For the references, you may either manually enter the references using the reference style given, or use bibliographic software to insert them automatically. We provide style files for EndNote and Reference Manager.

For extra convenience, you can use the template as one of your standard Word templates. To do this, put a copy of the template file in Word's 'Templates' folder, normally C:\Program Files\Microsoft Office\Templates on a PC. The next time you create a new document in Word using the File menu, the template will appear as one of the available choices for a new document.

#### Preparing illustrations and figures

Figures should be provided as separate files and should not be included in the main text of the submitted manuscript. Each figure should comprise only a single file. There is no charge for the use of color.

Please read our figure preparation guidelines for detailed instructions on maximising the quality of your figures,

#### Formats

The following file formats can be accepted:

- \* EPS (preferred format for diagrams)
- \* PDF (also especially suitable for diagrams)
- \* PNG (preferred format for photos or images)
- \* Microsoft Word (figures must be a single page)
- \* PowerPoint (figures must be a single page)
- \* TIFF
- \* JPEG
- \* BMP
- \* CDX (ChemDraw)
- \* TGF (ISIS/Draw)

#### Figure legends

The legends should be included in the main manuscript text file immediately following the references, rather than being a part of the figure file. For each figure, the following information should be provided: Figure number (in

sequence, using Arabic numerals - i.e. Figure 1, 2, 3 etc); short title of figure (maximum 15 words); detailed legend, up to 300 words.

Please note that it is the responsibility of the author(s) to obtain permission from the copyright holder to reproduce figures or tables that have previously been published elsewhere.

#### Preparing tables

Each table should be numbered in sequence using Arabic numerals (i.e. Table 1, 2, 3 etc.). Tables should also have a title that summarizes the whole table, maximum 15 words. Detailed legends may then follow, but should be concise.

Smaller tables considered to be integral to the manuscript can be pasted into the end of the document text file, in portrait format (note that tables on a landscape page must be reformatted onto a portrait page or submitted as additional files). These will be typeset and displayed in the final published form of the article. Such tables should be formatted using the 'Table object' in a word processing program to ensure that columns of data are kept aligned when the file is sent electronically for review; this will not always be the case if columns are generated by simply using tabs to separate text. Commas should not be used to indicate numerical values. Color and shading should not be used.

Larger datasets can be uploaded separately as additional files. Additional files will not be displayed in the final, published form of the article, but a link will be provided to the files as supplied by the author.

Tabular data provided as additional files can be uploaded as an Excel spreadsheet (.xls) or comma separated values (.csv). As with all files, please use the standard file extensions.

#### **Preparing additional files**

Although Health and Quality of Life Outcomes does not restrict the length and quantity of data in a paper, there may still be occasions where an author wishes to provide data sets, tables, movie files, or other information as additional information. These files can be uploaded using the 'Additional Material files' button in the manuscript submission process.

The maximum file size for additional files is 20 MB each, and files will be virus-scanned on submission.



Any additional files will be linked into the final published article in the form supplied by the author, but will not be displayed within the paper. They will be made available in exactly the same form as originally provided.

If additional material is provided, please list the following information in a separate section of the manuscript text, immediately following the tables (if any):

- \* File name
- \* File format (including name and a URL of an appropriate viewer if format is unusual)
- \* Title of data
- \* Description of data

Additional datafiles should be referenced explicitly by file name within the body of the article, e.g. 'See additional file 1: Movie1 for the original data used to perform this analysis'.

### **Formats and uploading**

Ideally, file formats for additional files should not be platform-specific, and should be viewable using free or widely available tools. The following are examples of suitable formats.

- \* Additional documentation
  - o PDF (Adobe Acrobat)
- \* Animations
  - o SWF (Shockwave Flash)
- \* Movies
  - o MOV (QuickTime)
  - o MPG (MPEG)
- \* Tabular data
  - o XLS (Excel spreadsheet)
  - o CSV (Comma separated values)

As with figure files, files should be given the standard file extensions. This is especially important for Macintosh users, since the Mac OS does not enforce the use of standard extensions. Please also make sure that each additional file is a single table, figure or movie (please do not upload linked worksheets or PDF files larger than one sheet).

### **Mini-websites**

Small self-contained websites can be submitted as additional files, in such a way that they will be browsable from within the full text HTML version of the article. In order to do this, please follow these instructions:

1. Create a folder containing a starting file called index.html (or index.htm) in the root
2. Put all files necessary for viewing the mini-website within the folder, or sub-folders
3. Ensure that all links are relative (ie "images/picture.jpg" rather than "/images/picture.jpg" or "http://yourdomain.net/images/picture.jpg" or "C:\Documents and Settings\username\My Documents\mini-website\images\picture.jpg") and no link is longer than 255 characters
4. Access the index.html file and browse around the mini-website, to ensure that the most commonly used browsers (Internet Explorer and Firefox) are able to view all parts of the mini-website without problems, it is ideal to check this on a different machine
5. Compress the folder into a ZIP, check the file size is under 20 MB, ensure that index.html is in the root of the ZIP, and that the file has .zip extension, then submit as an additional file with your article

There is no explicit limit on the length of articles submitted, but authors are encouraged to be concise. There is no restriction on the number of figures, tables or additional files that can be included with each article online. Figures and tables should be sequentially referenced. Authors should include all relevant supporting data with each article.

Health and Quality of Life Outcomes will not edit submitted manuscripts for style or language; reviewers may advise rejection of a manuscript if it is compromised by grammatical errors. Authors are advised to write clearly and simply, and to have their article checked by colleagues before submission. In-house copyediting will be minimal. Non-native speakers of English may choose to make use of a copyediting service.

### **Help and advice on scientific writing**

The abstract is one of the most important parts of a manuscript. For guidance, please visit our page on "Writing titles and abstracts for scientific articles".

Tim Albert has produced for BioMed Central a list of tips for writing a scientific manuscript. MedBioWorld also provides a list of resources for science writing.

#### Abbreviations

Abbreviations should be used as sparingly as possible. They can be defined when first used or a list of abbreviations can be provided preceding the acknowledgements and references.

#### Typography

- \* Please use double line spacing.
- \* Type the text unjustified, without hyphenating words at line breaks.
- \* Use hard returns only to end headings and paragraphs, not to rearrange lines.
- \* Capitalize only the first word, and proper nouns, in the title.
- \* All pages should be numbered.
- \* Use the Health and Quality of Life Outcomes reference format.
- \* Footnotes to text should not be used.
- \* Greek and other special characters may be included. If you are unable to reproduce a particular special character, please type out the name of the symbol in full.

Please ensure that all special characters used are embedded in the text, otherwise they will be lost during conversion to PDF.

#### Units

SI Units should be used throughout (liter and molar are permitted, however).

## APÊNDICE

### Apêndice A. Questionário proposto para acompanhamento do adolescente pela Entidade.

#### QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Bairro onde você mora: \_\_\_\_\_

1. Idade (em anos): \_\_\_\_\_

2. Sexo: 1 ) Masculino 2) Feminino

3 - Sua cor é: 1 ) Branca 2 ) Preta 3) Amarela 4 ) Parda 5 )  
Índigena

4 - Série escolar: \_\_\_\_\_

5- Renda da família em R\$ \_\_\_\_\_

Número de pessoas que moram na sua casa \_\_\_\_\_

6 - Tipo de construção do domicílio: 1 – alvenaria (tijolo) 2 – outro  
tipo

7 - A forma de abastecimento de água utilizada na sua casa é:

1 - rede geral canalizada 2 - poço ou nascente 3 – outra 4 – Não  
canalizada

8 - No seu domicílio, terreno ou propriedade existe sanitário? 1 - Sim 2  
- Não

9 - O banheiro ou sanitário da sua casa é ligado a:

1 - rede geral de esgoto ou pluvial 2 - fossa 3 - vala 4 - rio, lago ou mar

10 - O lixo deste domicílio é:

1 - coletado por serviço de limpeza 2 - colocado em caçamba de serviço de  
limpeza

3 - queimado (na propriedade) 4 - enterrado (na propriedade)

5 - jogado em rio, lago ou mar 6 - jogado em terreno baldio ou logradouro

11- Avaliação do seu estado de saúde:

1 ) Muito ruim 2) Ruim 3 ) Regular 4) Boa 5) Muito boa

12- Tem algum plano de saúde: 1 - Sim 2 - Não

13- Utiliza os serviços de saúde de forma regular: 1 - Sim 2 – Não

14- Qual dos serviços de saúde que você procura de forma regular:

1 - Centro de Saúde (Posto de saúde)

2 - Consultório Particular

- 3- Hospital
- 4 - Pronto Socorro
- 5 - Clínica
- 6 - Farmácia

15- Você consultou algum médico nesse ano? 1 - Sim 2 - Não

16- Você vai ao dentista regularmente? 1 - Sim 2 - Não

17- Qual tipo de serviço odontológico você mais utiliza?

- 1) Serviço Público
- 2) Consultório Particular
- 3) Medicina de grupo/plano empresa
- 4) Plano privado de saúde
- 5) Clínica

### CAPITAL SOCIAL

1. De quantos grupos, associações ou redes você faz parte? \_\_\_\_\_

2. Quantos amigos próximos você diria que tem hoje? \_\_\_\_\_

3. Falando em geral, você diria que se pode confiar na maioria das pessoas ou nunca é demais ter cuidado ao lidar com as pessoas?

- 1) Pode-se confiar nas pessoas
- 2) Nunca é demais ter cuidado

4. Em geral, você concorda ou discorda da seguinte afirmação: A maioria das pessoas neste bairro está disposta a ajudar caso você precise.

- 1. Concordo totalmente
- 2. Concordo em parte
- 3. Nem concordo nem discordo
- 4. Discordo em parte
- 5. Discordo totalmente

5. No último ano, você participou de alguma atividade comunitária para pedir algum benefício para o bairro?

- 1) Sim
- 2) Não

6. Se faltar água no seu bairro, qual é a probabilidade de que as pessoas cooperem para resolver este problema?

- 1) Muito provável
- 2) Relativamente provável
- 3) Nem provável, nem improvável
- 4) Relativamente improvável
- 5) Muito improvável

7. No último mês, com que frequência você fez ou recebeu um telefonema?

- 1) Poucos
- 2) Médio
- 3) Muitos

8. Quais são a fonte de informação mais importante que você usa para saber sobre o que o governo faz?

1. Parentes, amigos e vizinhos
2. Grupos ou associações
3. Colegas de trabalho
4. Jornal
5. Revista
6. Rádio
7. Televisão
8. Internet

9. Até que ponto você diria que as pessoas são diferentes no seu bairro?

1. Extremamente diferentes
2. Muito diferentes
3. Relativamente diferentes
4. Pouco diferentes
5. Muito pouco diferentes

10. Em geral, como você se sente em relação ao crime e à violência quando está sozinho(a) em casa?

1. Muito seguro
2. Moderadamente seguro
3. Nem seguro nem inseguro
4. Moderadamente inseguro
5. Muito inseguro

24. Em geral, você se considera uma pessoa...

1. Muito feliz
2. Moderadamente feliz
3. Nem feliz, nem infeliz
4. Moderadamente infeliz
5. Muito infeliz

25. Você sente que tem poder para tomar decisões que podem mudar o rumo da sua vida?

- 1) Totalmente incapaz vida
- 2) Geralmente incapaz
- 3) Nem capaz, nem incapaz
- 4) Geralmente capaz
- 5) Totalmente capaz

### QUALIDADE DE VIDA

1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?

- 1) Muito ruim
- 2) Ruim
- 3) Nem ruim nem boa
- 4) Boa

5) Muito boa

2. Quão satisfeito você está com sua saúde?

- 1) Muito insatisfeito
- 2) Insatisfeito
- 3) Nem satisfeito nem insatisfeito
- 4) Satisfeito
- 5) Muito Satisfeito

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5. O quanto você aproveita sua vida?	1	2	3	4	5
6. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7. O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8. Quão seguro você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9. Quão saudável é seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10. Você tem energia suficiente para o seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

15. Quão bem você é capaz de se locomover?

- 1) Muito ruim
- 2) Ruim
- 3) Nem ruim nem bom
- 4) Bom
- 5) Muito bom

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16. Quão satisfeito você está com seu sono?	1	2	3	4	5
17. Quão satisfeito você está	1	2	3	4	5

com sua capacidade de desempenhar as atividades no seu dia a dia?					
18. Quão satisfeito com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19. Quão satisfeito você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20. Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21. Quão satisfeito você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22. Quão satisfeito você está com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23. Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24. Quão satisfeito você está com o acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25. Quão satisfeito você está com seus meios de transporte?	1	2	3	4	5

26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

- 1) Nunca
- 2) Algumas vezes
- 3) Frequentemente
- 4) Muito frequente
- 5) Sempre