

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

**O CAPITAL SOCIAL SOB A PERSPECTIVA DE ADOLESCENTES,
ESCOLARES DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE
BELO HORIZONTE**

Stela Drumond de Menezes Rajão

Belo Horizonte
2017

Stela Drumond de Menezes Rajão

**O CAPITAL SOCIAL SOB A PERSPECTIVA DE ADOLESCENTES,
ESCOLARES DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE
BELO HORIZONTE**

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 Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Efigênia Ferreira e Ferreira
Co-orientadora: Prof^a Dr^a Patricia Maria Araújo Zarzar

Belo Horizonte
2017

Dedico este trabalho aos adolescentes, seus familiares e funcionários das escolas participantes deste estudo, pela boa vontade em contribuir com nossa pesquisa e pela oportunidade de aprendizado além das expectativas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por estar sempre comigo e, com sua bondade infinita, me permitir tantas realizações, esta é muito especial. Agradeço aos meus pais que tanto amo, pela dedicação e pelo incentivo incansável a toda caminhada que traga felicidade, crescimento pessoal e profissional aos filhos. Ao meu marido Gustavo, meu amor e parceiro em tudo que eu faço, por me inspirar a buscar o melhor em mim e pelo presente lindo, nossa filha Marina, que está chegando e é um incentivo a mais para essa conquista. Aos meus irmãozinhos queridos, Fábio e Augusto, por estarem sempre presentes na minha vida, pelo amor, carinho, apoio e torcida pelas minhas realizações. Às minhas amigas de todas as horas, tão especiais, pelas palavras incentivadoras que acalmaram meu coração. Aos professores da Faculdade de Odontologia da UFMG que me estimularam a aprender cada vez mais e me fizeram querer ser como eles. Em especial, agradeço à minha orientadora, Efigênia, que tanto me ensinou, me recebeu com carinho em sua casa e, com sua tranquilidade, me fez acreditar que tudo ia dar certo, e à minha co-orientadora Patrícia, que esteve sempre disposta a me ensinar e me ajudar a encontrar os melhores caminhos. Agradeço à professora Raquel, pela boa vontade em contribuir para a pesquisa. E, finalmente, agradeço às minhas colegas-amigas do mestrado que tornaram essa caminhada muito mais leve e feliz. Certamente, o sentimento que tenho ao concluir o meu mestrado é uma gratidão maior do que as palavras, levo valiosas experiências para a minha vida!

RESUMO

OBJETIVOS: Avaliar o capital social de adolescentes e verificar a associação dos domínios: coesão social na escola, rede de amigos na escola, coesão social no bairro/vizinhança e confiança na escola e no bairro/vizinhança com fatores de condições de vida e participação em atividades coletivas.

MÉTODOS: Estudo transversal realizado no município de Nova Lima, em Minas Gerais, em que se aplicou um questionário validado – SCQ-AS (PAIVA *et al.*, 2014) para mensurar o capital social dos estudantes do sétimo ano de escolas públicas e privadas da região central do município. A amostra correspondeu a 335 adolescentes. Os pais dos alunos responderam um questionário autoaplicável sobre condições de vida e participação dos filhos em atividades coletivas. O capital social foi considerado variável dependente e a análise foi realizada por domínio. Realizou-se teste qui-quadrado entre cada domínio e as variáveis independentes e regressão logística múltipla para confirmar a associação entre os domínios e as variáveis que apresentaram valor de $p \leq 0.20$ na análise bivariada.

RESULTADOS: Observou-se maior frequência de coesão social na escola entre os adolescentes de escolas privadas (OR= 4.08; IC 95% 1.39 – 11.96) e de famílias com renda entre um a três salários mínimos (OR= 2.45; IC 95% 1.39 – 4.28) e menor frequência de coesão social entre adolescentes do sexo masculino (OR=0.41; IC 95% 0.18 – 0.90) e que não praticavam esportes (OR=0.43; IC 95% 0.20 – 0.94). A maior rede de amigos na escola foi encontrada entre os adolescentes que possuíam pais vivendo juntos (OR= 2.21; IC 95% 1.28 – 3.78). A maior frequência de confiança na escola e bairro/vizinhança foi verificada entre os adolescentes de escolas privadas (OR=2.71; IC 95% 1.16 – 6.32). O domínio coesão social no bairro/vizinhança não apresentou associação com nenhuma das variáveis independentes.

CONCLUSÕES: Estudar em escola privada e ter renda familiar de 1 a 3 salários mínimos pode impulsionar a coesão social na escola, bem como praticar atividade esportiva. A escola privada pode reforçar a confiança na escola/bairro. Os pais viverem juntos pode favorecer maior rede de amigos.

DESCRITORES: Capital social. Adolescente. Estudantes. Rede social. Condições sociais. Confiança.

ABSTRACT

OBJECTIVES: This study aimed to analyze the adolescents social capital and verify the association of the domains: social cohesion in the school, friends network in the school, social cohesion in the neighborhood and trust in the school and in the neighborhood with factors of living conditions and participation in collective activities.

METHODS: A transversal study was developed at Nova Lima city in Minas Gerais, Brazil. A validated questionnaire (PAIVA *et al.*, 2014) was applied to measure the seventh grade students social capital of the public and private schools located in the city central region. The sample consisted of 335 adolescents. The students' parents answered a self-administered questionnaire about the conditions of life and participation in collective activities. The social capital was considered a dependent variable and the analysis was performed by domain. The chi-square test was performed between each domain and the independent variables and multiple logistic regression was applied to confirm the association between the domains and the variables that presented a $p \leq 0.20$ value in the bivariate analysis.

RESULTS: There was a higher frequency of school social cohesion among adolescents in private schools (OR = 4.08, 95% CI 1.39 to 11.96) and families with income between one and three minimum wages (OR = 2.45, 95% CI 1.39 - 4.28) and lower frequency of social cohesion among male adolescents (OR = 0.41, 95% CI 0.18 - 0.90) and who did not practice sports (OR = 0.43, 95% CI 0.20-0.94). The largest network of friends at school was found among adolescents who had parents living together (OR = 2.21; 95% CI 1.28 - 3.78). The highest frequency of confidence in school and neighborhood was verified among adolescents from private schools (OR = 2.71; 95% CI 1.16 - 6.32). The social cohesion domain in the neighborhood was not associated with any of the independent variables.

CONCLUSIONS: Adolescents' social capital may be related to their living conditions and participation in collective activities and it is a resource that deserves to be better explored during this phase of life.

KEYWORDS: Social capital. Adolescent. Students. Social networking. Social conditions. Trust.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Publicações sobre capital social e saúde indexadas no MEDLINE 1992-2006 **19**
- Figura 2.** Modelo explicativo da associação entre os domínios do capital social e condições de vida de adolescentes escolares. **57**

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Relação de escolas e total de alunos no 7ºano

33

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Distribuição da amostra de escolares adolescentes, segundo condições de vida e participação em atividades em grupo **54**
- Tabela 2.** Distribuição da amostra de escolares adolescentes, segundo os domínios do capital social **55**
- Tabela 3.** Regressão logística múltipla dos fatores associados aos domínios do Capital Social de escolares adolescentes **56**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAC – Centro de Atividades Culturais
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEDECA – Centro Estadual de Defesa da Criança e do Adolescente
CEMAIS – Centro Municipal de Atenção Integral à Saúde
CI – *Confidence Interval*
COEP – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
CRIA – Centro de Referência da Infância e Adolescência
FJP – Fundação João Pinheiro
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC – Intervalo de Confiança
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMRS – Índice Mineiro de Responsabilidade Social
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONGs – Organizações não governamentais
OR – *Odds Ratio*
PICs – Práticas Integrativas e Complementares
POC – Projeto Oficial Crianças
PNL – Prefeitura de Nova Lima
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS – Sistema Único de Saúde
TALE – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

PARTE 1	13
1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
1.1 Revisão de Literatura	15
1.1.1 Capital social	15
1.1.2 Capital social na adolescência	20
1.1.3 Capital social dos adolescentes e condições socioeconômicas	23
1.1.4 Capital social dos adolescentes e atividades coletivas	25
1.1.5 O município de Nova Lima	27
1.1.6 O adolescente do município de Nova Lima	29
2 OBJETIVOS	31
2.1 Geral	31
2.2 Específicos	31
3 METODOLOGIA	32
3.1 Delineamento do estudo	32
3.2 População do estudo:	32
3.3 Tamanho, dimensionamento e seleção da amostra	33
3.4 Critérios de elegibilidade	34
3.5 Instrumentos e procedimentos de avaliação	34
3.6 Coleta de dados	34
3.7 Variáveis do estudo	35
3.8 Estudo piloto	36
3.9 Análise dos dados	36
3.10 Considerações éticas	37
4 REFERÊNCIAS	38
PARTE 2	43
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
PARTE 3	65
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
ANEXO A	67

ANEXO B	69
ANEXO C	70
ANEXO D	71
APÊNDICE A	72
APÊNDICE B	73
APÊNDICE C	74
APÊNDICE D	75

PARTE 1

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O termo capital social é encontrado, há mais de duas décadas, nas pesquisas da área da saúde. Apesar da vasta discussão sobre o seu conceito e da falta de uma definição consensual para o termo, pode-se entendê-lo como um recurso relacionado a redes de relacionamentos, confiança, solidariedade, reciprocidade, normas. Por apresentar uma concepção fluida e abrangente, o capital social torna-se um conceito amplo e difuso, pois redes de confiança e solidariedade podem referir-se desde a uma densa rede de organizações e associações civis (tais como ONGs, associações profissionais, de classe, religiosas, de bairros, entidades filantrópicas, cooperativas de produção, grupos em geral etc.) até às conexões sociais mais informais, como relações de amizade (FERNANDES, 2002).

Diante das possibilidades oferecidas pelo capital social, por meio das redes sociais, é relevante a busca por um conhecimento mais aprofundado desse recurso na fase da adolescência, profundamente influenciada pelos relacionamentos. Um estudo mostra que ter um grande número de amigos gera efeitos positivos na saúde física e mental dos adolescentes, além de redução no hábito do tabagismo. Esses achados demonstram que um elevado estoque de capital social acumulado por meio das amizades é benéfico para a saúde (HO, 2016). A adolescência merece atenção especial por ser um período de mudanças que tende a ser particularmente maleável e o reduzido capital social durante este período vulnerável pode contribuir para uma trajetória de vida que aumenta o risco de má saúde mental na idade adulta. O impacto do baixo capital social na saúde pode se acumular por todo o curso de vida e é importante, para um trabalho preventivo, especialmente na adolescência, reconhecer seus efeitos (JONSSON, F. *et al.*, 2014).

A relação do capital social e condições socioeconômicas também tem importância nessa fase da vida. Com base na influência dos determinantes sociais na saúde da população ao longo do seu curso de vida, um estudo com adolescentes brasileiros mostrou que as condições socioeconômicas apresentaram-se como fatores de risco, enquanto a participação dos adolescentes em grupos apresentou-se como fator de proteção para a saúde bucal. Além disso, acrescentou que os adolescentes que sempre foram pobres e com maior experiência de pobreza ao longo da vida

apresentaram maior risco em relação às condições de saúde (TEIXEIRA, 2015). Outro estudo recente sugere que a desigualdade de renda da vizinhança influencia positivamente a angústia emocional de seus adolescentes individualmente e suas redes familiares e relações sociais (VILHJALMSDOTTIR *et al.*, 2016).

O estudo do capital social dos adolescentes relacionado a sua participação em grupos e condições socioeconômicas é ainda pouco explorado. Há poucos estudos que focam especificamente nas diferenças socioeconômicas e na saúde dos adolescentes (DUE *et al.*, 2003). Essa escassez da literatura aliada à relevância do tema, levou ao desenvolvimento desta pesquisa, que considerou outros aspectos do capital social para ser desenhada. Entre esses, está a escolha do município de Nova Lima, em Minas Gerais, onde foi realizado o estudo, que se deu pelo seu elevado Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o maior do estado (ATLAS BRASIL, 2013; disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking>>. Acesso em 19 abril 2017). Como o IDH é um índice composto pelos indicadores renda, longevidade e educação e muitos estudos ((ISLAM *et al.*, 2006; PETROU e KUPEK, 2008; FUJISAWA *et al.*, 2009; HURTADO *et al.*, 2011) mostram que um elevado capital social está associado a melhores condições socioeconômicas e de saúde, buscou-se avaliar o capital social dos adolescentes no contexto escolhido. É importante considerar, no entanto, que o elevado IDH do município de Nova Lima é influenciado pelos moradores de seus condomínios destinados à classe média alta e alta, que apresentam condições discrepantes da maioria de sua população.

1.1 Revisão de Literatura

1.1.1 Capital social

O capital social é tema da pesquisa contemporânea desde 1985, quando foi definido pelo sociólogo francês Pierre Bourdieu como “a soma dos recursos reais ou potenciais que advém de redes duráveis de relações, mais ou menos institucionalizadas, de conhecimento ou reconhecimento mútuo” (BOURDIEU, 1985). Segundo essa teoria, a rede social oferece aos seus membros uma “credencial” para acesso a oportunidades impossíveis ou difíceis de serem obtidas individualmente. Uma rede coesa, em que há confiança e boa convivência, reflete um elevado capital social. A perspectiva de Bourdieu, que traz a ideia de recursos culturais e sociais,

extrapola a dicotomia capital econômico e não econômico e trata das relações entre redes sociais, cultura e poder (VIEIRA, 2008).

Em 1988, após o surgimento das ideias bourdieudianas, o sociólogo americano James Coleman se refere ao capital social como: “[...] uma variedade de diferentes entidades que têm duas características em comum: todas consistem em algum aspecto da estrutura social e facilitam certas ações dos indivíduos que estão dentro da estrutura” (COLEMAN, 1990, p. 302, tradução nossa). Coleman defende o capital social de um ponto de vista mais liberal e trata da existência de três tipos úteis de recursos de capital embutidos nos relacionamentos sociais. O primeiro tipo é chamado de “obrigações, expectativas e confiabilidade” e se refere aos “créditos” que os indivíduos adquirem uns com os outros com base na reciprocidade e confiança das relações. O segundo recurso de capital social tratado por ele se refere à “informação”, fator importante para a tomada de decisão. O terceiro e último tipo trata-se das “normas” existentes para viabilizar certas ações e evitar que outras indesejáveis aconteçam.

Em seus trabalhos, Coleman tenta mostrar que entre duas ou mais comunidades com a mesma quantidade de recursos instrucionais (capital humano) e materiais (capital físico), o que as distingue quanto ao desempenho de seus membros é a existência de capital social, isto é, a existência de laços de confiança e reciprocidade estabelecidos que tornarão possíveis a mobilização dos indivíduos para a ação coletiva (FERNANDES, 2002).

“Tanto quanto capital humano e capital físico facilitam a atividade produtiva, capital social também o faz. Por exemplo, um grupo dentro do qual existe grande fidelidade e confiança está hábil a realizar muito mais do que um grupo comparável sem fidelidade e confiança” (COLEMAN, 1988, p. 101).

A percepção do sociólogo americano enfatiza que o capital social é dependente da interação entre os indivíduos e, por isso, desaparece com a dissolução dos relacionamentos.

A terceira abordagem que merece destaque fora dos campos da saúde pública é a do cientista político americano Robert Putnam, que conceitua o capital social como as “características da organização social como confiança, normas e redes sociais que podem melhorar a eficiência da sociedade por facilitar ações coordenadas” (PUTNAM, 1993). Essa teoria defende que o capital social geralmente não deriva de investimentos conscientes dos membros de uma estrutura social, mas é inerente aos relacionamentos dos indivíduos, como uma característica ecológica que surge, quase sempre, como um subproduto das relações sociais (KAWACHI *et al.*, 2000). O estudo de Putnam, na década de 1990, chamou a atenção para o declínio do capital social nos Estados Unidos e seu impacto negativo no bem-estar geral da sociedade, o que despertou o interesse crescente das pesquisas sobre capital social e sua relação com a saúde.

Nos estudos da saúde, o conceito de capital social pode ser explorado por meio de duas concepções (KAWACHI *et al.*, 2008). A corrente da “coesão social” conceitualiza o termo como as características, por exemplo, confiança, normas, e assistência mútua, disponíveis para membros de grupos sociais. Fazendo a conexão com saúde individual, a questão é: um homem aposentado e solitário, vivendo em uma comunidade animada e socialmente coesa, irá obter benefícios para sua saúde provenientes da comunidade onde vive, tendo em mente sua falta de relações sociais? A abordagem da coesão social enfatiza o chamado “contextual”: influências exercidas nos indivíduos que vivem dentro de determinados contextos. Refere-se ao capital social como uma característica coletiva dos lugares decorrente de experiências compartilhadas das pessoas. A teoria da “rede” trata dos recursos, por exemplo, apoio instrumental, canais de informação, credenciais sociais, que são adquiridos dentro de uma rede social de indivíduos (LIN, 1999). Em contraste com a concepção da coesão social, a abordagem da rede define capital social como um atributo individual bem como uma propriedade do coletivo (KAWACHI *et al.*, 2008), enquanto, sob a perspectiva da coesão social, trata-se da quantidade e qualidade das relações sociais, tais como conexões sociais formais e informais, bem como normas de reciprocidade e confiança que existem em um lugar ou em uma comunidade (DE CLERCQ, B. *et al.*, 2012). Apesar da falta de consenso sobre a classificação do capital social como um atributo individual ou coletivo, pode-se considera-lo das duas formas (KAWACHI *et al.*, 2010). Acredita-se que elevados

níveis de capital social coletivo, em uma comunidade, aumenta o capital social individual como a identidade e comportamento das pessoas, que é moldado por suas interações com seu meio social (MARLIER *et al.*, 2015).

Outra maneira de entender esse complexo termo é por meio de sua divisão em três formas: “*bonding*”, “*bridging*” e “*linking*”. O capital social “*bonding*”, ou de vínculo, se refere às relações de confiança e cooperação entre membros de uma rede que possuem uma identidade social similar, como a família ou bons amigos, e é mensurado por indicadores como apoio social. Essas formas de relação constituem uma rede fortemente entrelaçada. O capital social “*bridging*”, ou de ponte, se refere às conexões entre aqueles que não possuem laços tão fortes de relacionamentos, mas apresentam certa semelhança em termos de status e poder, por exemplo colegas de escola, membros de um clube de esportes, vizinhos. A terceira forma de capital social é o “*linking*”, ou de ligação, definido como normas de respeito e redes de relacionamentos de confiança entre pessoas que possuem diferentes níveis de poder ou autoridade dentro da sociedade, como as relações entre empregador e empregado ou entre o cidadão e o governo (SRETZER; WOOLCOCK, 2004; UPHOFF, E.P. *et al.*, 2013). Enquanto o capital social “*bonding*” e “*bridging*” tratam dos relacionamentos em que não há diferença de poder entre os indivíduos e, por isso, constituem relações horizontais, o capital social “*linking*” se refere a qualidade dos laços verticais que existem entre indivíduos e grupos que são explicitamente reconhecidos como desiguais (como entre os governantes locais e os cidadãos). Se comunidades são ricas em capital social “*bonding*” e “*bridging*”, mas pobres em capital social “*linking*”, isso pode permitir o acesso dos indivíduos e grupos a alguns recursos (como suporte emocional) mas pode excluí-los de recursos provenientes de laços verticais, como informações sobre empregos (KAVANAGH *et al.*, 2006).

Cada forma de capital social tem a sua relevância e se configura como um recurso a ser explorado de acordo com os objetivos a serem alcançados. A presença do capital social “*bonding*” é uma importante ferramenta a ser utilizada, pois as pessoas são geralmente fortemente influenciadas por meio de seus relacionamentos de laços fortes. O capital social “*bridging*” conecta indivíduos e comunidades a recursos ou oportunidades que estão fora das suas redes de relacionamentos pessoais e amplia as possibilidades de se alcançar benefícios. Por último, o capital social “*linking*”

permite alianças com indivíduos em posições de poder, sobretudo poder sobre recursos necessários para o desenvolvimento social e econômico (PATUSSI *et al.*, 2006). Mensurar as três formas de capital social e entender suas associações com a saúde pode garantir uma base de evidências mais esclarecedora para a realização de intervenções na saúde. Apesar dessas vantagens, a abordagem do capital social *bonding/bridging/linking* tem sido pouco usada, provavelmente devido a falta de dados disponíveis, e a conclusões confusas, que impedem o desenvolvimento teórico e aplicação prática do capital social (CHEN *et al.*, 2015).

Essa complexidade que envolve os estudos do capital social é um desafio que instiga os pesquisadores da saúde há mais de duas décadas. O interesse pelo conhecimento de suas definições e sua aplicação na Saúde Pública, que se iniciou a partir das conclusões dos estudos de Putnam, é crescente e estimulado pela persistência das iniquidades em saúde. O nível de saúde varia entre as diferentes camadas da sociedade mesmo entre os países mais ricos e os países de baixa condição socioeconômica (OKSANEN, 2009). A pesquisa sobre o capital social, sua relação com a promoção da saúde e a aplicabilidade deste conceito dentro do contexto da saúde parece ser um caminho promissor na busca de soluções plausíveis contra as iniquidades em saúde (SAPAG; KAWACHI, 2007). Com base nesse potencial do capital social, a partir de 1996 o número de publicações sobre o tema no campo da saúde pública teve um elevado crescimento.

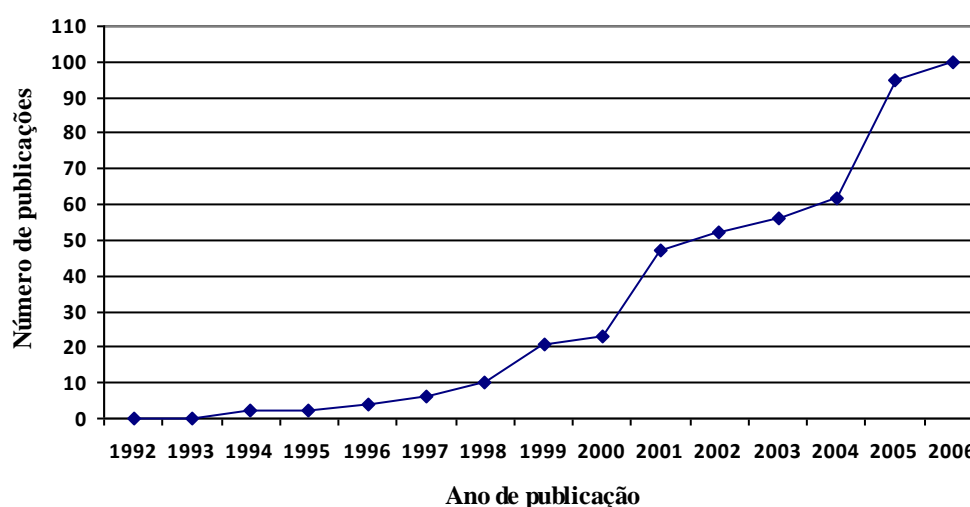


Figura 1. Publicações sobre capital social e saúde indexadas no MEDLINE 1992- 2006

Fonte: KAWACHI *et. al.*, 2010

Essa explosão de pesquisas sobre o capital social trouxe a confiança interpessoal como parte de um padrão cultural que estimula a ativação política e a mobilização de indivíduos e aumenta a responsabilidade pública do sistema político (PATUSSI *et al.*, 2006). No entanto, diante do pressuposto de que as associações entre as pessoas geram um capital social que possibilita o alcance de benefícios individuais ou coletivos, há que se ponderar que tolerância e cooperação só refletem confiança generalizada quando se orientam para a comunidade como um todo. Além disso, as pesquisas geralmente investigam o capital social como fonte de benefícios para a saúde, porém, é importante mencionar que nem todo capital social pode ser benéfico para os membros de uma rede. Um exemplo é a existência de fortes influências para se envolver em comportamentos pouco saudáveis, como beber após o trabalho. Essas redes podem resultar em práticas que contribuem para um decréscimo nos níveis de saúde dos indivíduos, o que se considera seu “lado escuro” (TSUBOYA *et al.*, 2015).

Apesar do crescimento progressivo das pesquisas do capital social na saúde, independentemente dos aspectos abordados, essas são realizadas principalmente com adultos. A literatura sobre o tema relacionado à adolescência é escassa, poucos são os estudos que mensuram o capital social durante essa importante fase da vida (NOVAK *et al.*, 2015). A influência do capital social das comunidades na saúde de crianças e adolescentes, especificamente, permanece pouco estudada e várias pesquisas têm encontrado efeitos benéficos do capital social da comunidade na saúde de adultos (SUBRAMANIAN *et al.*, 2001; ZIERSCH *et al.*, 2005). Alguns estudos já mostram que adolescentes com baixa participação na vizinhança são quase duas vezes mais propensos a relatar “menos que boa saúde” (MORGAN *et al.*, 2009). Além disso, evidências sugerem que o capital social pode impactar o bem-estar de crianças desde os anos pré-escolares (STRAUS *et al.*, 1998).

1.1.2 Capital social na adolescência

A adolescência é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério de Saúde do Brasil como o período que compreende a segunda década da vida. Portanto, são chamados adolescentes os indivíduos de 10 a 20 anos. Esse período é considerado um momento importante em que se dá o domínio das regras

e valores da vida social, ganho de autonomia, maturação física e psíquica e de gradativa incorporação de papéis sociais do mundo adulto (DIAS *et al.*, 2014). Por isso, estudos vêm destacando o potencial a ser desenvolvido na adolescência, com base nas possibilidades de trocas dinâmicas entre os adolescentes e seus contextos e buscando conhecimento para a construção de programas que possibilitem a esse grupo seguir caminhos marcados por oportunidades de saúde e desenvolvimento positivo (SENNA *et al.*, 2012).

O desenvolvimento desses programas para a promoção de saúde de crianças e adolescentes é uma questão chave para as políticas de saúde pública. Tradicionalmente, as intervenções têm focado em fatores proximais para aprimorar a saúde, por meio de mudanças comportamentais, com foco no conhecimento individual, atitudes e habilidades. No entanto, essa abordagem, em grande parte, coloca a responsabilidade nos indivíduos e as avaliações dos estudos indicam que os efeitos são limitados, especialmente em populações desfavorecidas (MARMOT *et al.*, 2010). Fatores distais, como status socioeconômico e capital social abrem novas perspectivas para entender a saúde de crianças e adolescentes e proporcionam oportunidades de intervenções. A pesquisa do capital social oferece uma maneira de aperfeiçoar nosso entendimento sobre os mecanismos que apoiam o desenvolvimento físico, emocional e social de crianças e adolescentes (MORGAN *et al.*, 2009). Os estudos já mostram que adolescentes com amigos ativos são mais propensos a ser fisicamente ativos e a gastar menos tempo envolvidos em comportamentos influenciados pela televisão e internet. Em relação a esses achados, intervenções para aumentar a prática de atividade física moderada a vigorosa na juventude podem ser planejadas para incluir o recrutamento de amigos e aumentar a satisfação dos adolescentes com as atividades físicas (GARCIA *et al.*, 2016)

Os estudos de Coleman, que já foram abordados para conceituar o capital social, também abrangem as crianças e adolescentes e reforçam a importância de se estudá-lo nessa fase da vida. O pesquisador se dedicou aos problemas do sistema de ensino dos Estados Unidos. No contexto das lutas pelos direitos civis, o Senado dos Estados Unidos encomendou a Coleman e ao sociólogo Ernest Campbell o desenvolvimento de uma pesquisa para diagnosticar a desigualdade de

oportunidades nas escolas públicas dos Estados Unidos. O relatório da pesquisa ficou conhecido como *Coleman Report* (1966). Em seus estudos, Coleman relatou uma forma de capital que independe da transferência do poder público. Apesar dos investimentos do governo para possibilitar o acesso das minorias à escola, em condições de igualdade, o mesmo investimento não pode garantir que todos os estudantes tenham igual desempenho (HIGGINS, 2008). O âmbito de descoberta do que ele chama capital social não tem lugar na fábrica ou na loja, e sim no interior da casa, onde os pais investem tempo, dinheiro e esforço para acompanhar o rendimento escolar dos filhos. Em tal sentido, Coleman e seus colegas de pesquisa levantam evidências sobre o impacto positivo das famílias mono-parentais na deserção escolar, assim como sobre o efeito positivo do tempo que os pais dedicam a acompanhar os deveres de casa no rendimento escolar de seus filhos (HIGGINS, 2008, p. 50)

É muito importante o estudo da influência dos pais no capital social de seus filhos, mas também se faz necessária a investigação do capital social na infância e adolescência em um ambiente mais abrangente, muitos estudos têm como foco apenas a habilidade dos pais em investir no bem-estar ou futuro de seus filhos. "Uma conceitualização mais ativa, com base na sociologia da infância [...] poderia explorar como as crianças por si próprias geram, desenham, ou negociam seu próprio capital social, ou realmente fazem ligações para seus pais, ou até mesmo proporcionam um apoio ativo para os pais" (MORROW, 1999). Crianças e adolescentes não são influenciados apenas pela estrutura familiar e pelas escolas. Existe um contexto mais amplo do capital social que envolve os amigos, redes sociais, e atividades fora da escola como trabalho remunerado e participação das crianças em suas comunidades. Esse contexto não deve ser negligenciado para que não haja uma minimização da atuação das crianças e supervalorização da influência dos pais na vida delas (MORROW, 1999) Pesquisas demonstram que vários distúrbios psiquiátricos não psicóticos são associados com a qualidade das redes sociais e coesão social na vizinhança, e que este efeito opera em todo o ciclo de vida (DE CLERCQ, B. *et al.*, 2012)

Além de se investigar o contexto nas pesquisas de capital social de crianças e adolescentes, é importante considerar suas particularidades em relação ao capital

social de adultos, pois “comunidades de pessoas jovens constituem mais frequentemente uma comunidade virtual de amigos em torno da escola, centro da cidade e rua, casas de amigos e parentes, e às vezes duas casas, ao invés de fortemente ligada a uma localização geográfica identificável facilmente” (MORROW, 2000).

Essas características próprias do capital social dos adolescentes também se aplicam aos seus subtipos “*bonding*”, “*bridging*” e “*linking*” Nesse caso, o capital social “*bonding*” pode incluir pares, parceiros, irmãos ou outros membros da família. O capital social “*bridging*” dos adolescentes pode ser fruto de relacionamentos com adultos de sua comunidade como professores, conselheiros, líderes religiosos, ou médicos. O terceiro e último subtipo de capital social, “*linking*” quando se refere aos adolescentes, pode incluir relacionamentos que promovem conexões dos jovens com instituições fora de sua comunidade vizinha como gestores da educação superior, empregadores ou membros do governo (RAYMOND-FLESCH *et al.*, 2017).

Para uma compreensão melhor do contexto de capital social dos adolescentes, além de investigar suas redes de relacionamentos, é importante que se conheça as características socioeconômicas que os cercam. Geralmente, espera-se um capital social elevado em um meio de melhores condições socioeconômicas.

1.1.3 Capital social dos adolescentes e condições socioeconômicas

A maioria dos estudos na saúde parte da hipótese de que o capital social é um fator de proteção contra resultados ruins e está geralmente associado a melhores condições socioeconômicas. Por isso, é importante que as pesquisas em relação à saúde dos jovens também considerem a posição socioeconômica individual e características socioeconômicas e demográficas do ambiente em que eles vivem (DE CLERCQ, B. *et al.*, 2012). No entanto, o estudo do capital social por meio da associação entre status socioeconômico e saúde de adolescentes não é uma tarefa fácil. As pessoas dessa faixa etária nem sempre conseguem responder adequadamente a perguntas sobre renda de seus pais, ocupação ou educação. Esse entrave metodológico, entre outros obstáculos, torna complexo o desenvolvimento das pesquisas. Apesar das adversidades, é fundamental o estudo dos resultados de saúde e fatores socioeconômicos durante a infância e a

adolescência. Estudo recente mostrou que jovens de famílias menos ricas são mais propensos a relatar condições piores de saúde (MORGAN *et al.*, 2009). Um menor status socioeconômico da família também tem sido associado a maiores problemas de comportamento das crianças (DELANY-BRUMSEY *et al.*, 2014). O efeito diferencial do status socioeconômico na saúde em todo o curso de vida pode ser explicado pelo impacto dinâmico dos fatores mediadores dos relacionamentos nos fatores socioeconômicos e resultados de saúde durante a infância e a adolescência. Por exemplo, mediadores emocionais e cognitivos, como sentimentos depressivos, e fatores sociais e da vizinhança desempenham um papel pronunciado no final da infância e na adolescência (VYNCKE *et al.*, 2013).

Na busca por uma explicação para essa relação entre status socioeconômico e saúde, pesquisadores sugerem três modelos teóricos. O primeiro, que é o “modelo dos recursos institucionais” por Leventhal e Brooks-Gunn afirma que a qualidade, acessibilidade e disponibilidade dos recursos institucionais podem explicar a relação entre as características da vizinhança e os resultados das crianças e adolescentes. Esse modelo sugere que a quantidade e qualidade de recursos que influenciam a vida dos jovens (por exemplo, atividades de lazer, educação, saúde, facilidades de cuidado) tendem a ser mais baixas em vizinhanças desfavorecidas (baixo status socioeconômico, elevada diversidade étnica, alta instabilidade residencial). Por exemplo, pesquisas em várias cidades dos Estados Unidos mostraram que a qualidade das calçadas era menor em bairros mais pobres do que nos menos pobres, o que, por sua vez, contribuía negativamente para as atividades físicas das crianças. O segundo modelo é o “dos relacionamentos” e se refere à influência das vias psicossociais na saúde dos adolescentes. De acordo com esse modelo, o ambiente de casa, redes parentais e características parentais são mediadores da influência das características da vizinhança no comportamento da juventude. Mais especificamente, níveis de características paternas que aumentam o bem-estar da criança (por exemplo: apoio social dos pais, acompanhamento dos pais) são menores em bairros desfavorecidos se comparados a bairros não desfavorecidos. Em contrapartida, os níveis de características paternas prejudiciais (exemplo: stress dos pais, exposição a violência intrafamiliar) são mais elevados em bairros desfavorecidos. O último modelo é o “das normas e eficácia coletiva” e defende que as desvantagens estruturais do bairro influenciam negativamente as normas sociais

da vizinhança. Bairros desfavorecidos tendem a ter menos normas sociais de promoção de saúde e uma menor boa vontade da vizinhança em intervir pelo bem comum e isso repercute negativamente no comportamento das crianças e adolescentes (VYNCKE *et al.*, 2013).

Em relação a vizinhança, cabe registrar ainda que o impacto que ela exerce em crianças e adolescentes pode diferir à medida que as crianças crescem, pois se tornam mais propensas a ser diretamente impactadas pelos seus arredores, já que passam mais tempo sem supervisão no bairro. As crianças mais jovens são, muitas vezes, menos capazes do que os adolescentes de se aventurar fora de seus bairros sozinhas (DELANY-BRUMSEY *et al.*, 2014).

A redução das iniquidades em saúde para crianças e adolescentes deve ser uma prioridade das políticas públicas. Um estudo sugere que a construção do capital social nas comunidades cria uma avenida para a redução das disparidades socioeconômicas que afetam a saúde física e mental das crianças (ELGAR *et al.*, 2010). Outro fator que pode influenciar o capital social dos adolescentes, além do seu contexto, é a participação desses em atividades coletivas como esportivas, religiosas, artísticas. Essa relação tem despertado grande interesse acadêmico e político em estudos sobre a participação em atividades esportivas, prática de atividades físicas e o capital social pelos seus efeitos positivos na saúde mental (MARLIER *et al.*, 2015).

1.1.4 Capital social dos adolescentes e atividades coletivas

A prática de atividades esportivas e atividades físicas protegem e reduzem os sintomas de depressão e ansiedade, diminuem o atraso cognitivo, aumentam a auto-estima e a sensação de disposição e contribuem para a qualidade de vida em geral. (Physical Activity Guidelines for Americans. Advisory Committee Report. 2008) Estudo recente mostra que apesar de a prática de atividades esportivas por si só não melhorar o capital social individual ou coletivo, participar dessas atividades com amigos, vizinhos ou parentes pode melhorar. Acrescenta ainda que é o capital social da comunidade que implica maiores níveis de participação em atividades físicas e não o individual (MARLIER *et al.*, 2015).

As atividades artísticas, como a prática da dança, é revelada em um estudo com adolescentes como não condicionada simplesmente à vontade ou a uma qualidade nata de seus praticantes, mas principalmente a uma rede de relações que influenciam na constituição das disposições artísticas necessárias para a sua prática. Além disso, aponta que à medida que aumenta a origem social do adolescente, aumenta também a sua necessidade cultural, resultando em maior assiduidade nas práticas e nos programas culturais e maior consumo cultural por meio de um acesso mais seletivo das mídias, bem como, maior variedade de suas práticas. Em relação ao capital social, os achados mostram que suas influências são por meio da companhia dos amigos e dos professores nos programas culturais e na atuação dos mesmos nas escolhas das modalidades praticadas e do grupo/escola frequentado (SILVA *et al.*, 2012)

Outra prática que pode ter relação com o capital social dos adolescentes é a religião. As instituições religiosas podem funcionar como uma estrutura com normas para os adolescentes, fornecendo-lhes sanções preventivas e um local para o desenvolvimento de relacionamentos que ensinam o comportamento social (LONGEST *et al.*, 2008). Estudos mostraram que adolescentes africanos e americanos que praticam atividades religiosas são menos propensos a se envolverem com o uso de drogas e álcool. (GORUSH, 1995; MCBRIDE *et al.*, 1996; SMITH, 2005) e têm maior probabilidade de terem um emprego remunerado (PUTNAM, 2000). O capital social relacionado à religião cria espaços positivos de respeito ao próximo que se estende além dos muros das instituições religiosas e sua vizinhança. Resultados de um estudo sobre capital social e prática de atividades religiosas pelos adolescentes revelam a proximidade com a religião como um fator de proteção contra o uso de substâncias como álcool e drogas (MASON *et al.*, 2012)

Diante do que já foi exposto, a adolescência, caracterizada pela sua vulnerabilidade e maleabilidade, é uma fase da vida determinante para se intervir pela formação de gerações mais saudáveis fisicamente e mentalmente, além de mais capazes de alcançar benefícios próprios e coletivos. Os trabalhos já realizados sobre o capital social apontam para a possibilidade de utilizá-lo como um importante recurso capaz de melhorar as condições de vida dos adolescentes e transformar realidades. Por

isso, há grande importância em se conhecer também o contexto de vida desses adolescentes.

1.1.5 O município de Nova Lima

Nova Lima é um município do estado de Minas Gerais que faz parte da região metropolitana e está a uma distância de aproximadamente vinte quilômetros da capital mineira. Desde suas origens, e durante muitos anos, viveu da produção do ouro e sob forte influência dos imigrantes ingleses (PNL – Prefeitura de Nova Lima. Conheça Nova Lima, 2017).

De acordo com o censo demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, a população de Nova Lima era de 80998 habitantes, sendo 12650 adolescentes, e a população estimada para 2016 foi de 91.069 habitantes. Nova Lima possui Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM correspondente a 0,813. Esse índice varia de 0 a 1, considerando indicadores de longevidade (saúde), renda e educação, portanto, um índice de 0,813 é classificado como muito elevado (IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades, 2016).

Uma pesquisa que permite comparar os municípios pelo IDHM, considerando seus indicadores, foi elaborada a partir do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013, e divulgado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA e Fundação João Pinheiro - FJP, com dados extraídos dos Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010. Nesse estudo comparativo, Nova Lima aparece em primeiro lugar entre as 853 cidades de Minas Gerais e nacionalmente figura na décima sétima posição (ATLAS BRASIL, 2013).

Outro índice que analisa os indicadores saúde, educação, segurança pública, assistência social, saneamento/meio ambiente/habitação, cultura, esporte/turismo/lazer, renda/emprego e finanças municipais é o Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS), calculado pelo Centro de Pesquisas Aplicadas da Fundação João Pinheiro. De acordo com o último IMRS divulgado, referente ao ano de 2012, Nova Lima é o quinto melhor município no *ranking* geral do estado de Minas Gerais (FJP – Fundação João Pinheiro, 2015).

Esses bons resultados apresentados por Nova Lima podem não refletir a realidade da maior parte da população, devido aos condomínios de luxo destinados à classe média alta e alta, presentes no município. O estudo do capital social dos adolescentes que vivem e estudam em Nova Lima tem grande relevância por buscar esclarecer a influência desse contexto de bons indicadores sobre o capital social dos adolescentes do município. Muitos estudos já realizados sugerem que há uma relação positiva entre capital social e índices de saúde, educação e renda. A saúde no município de Nova Lima conta com um total de 44 estabelecimentos, sendo que 33 deles fazem parte do SUS. (IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades, 2016) São dezenove unidades básicas de saúde - UBS, uma policlínica, duas unidades de pronto atendimento - UPA, além do SAMU. Há o Hospital Nossa Senhora de Lourdes, na região central do município, com 85% dos leitos destinados aos pacientes do SUS. Trata-se de um hospital microrregional, que pertence à região das cidades de Rio Acima, Nova Lima e Raposos (PNL – Prefeitura de Nova Lima. Mapa da saúde, 2017).

Além dos atendimentos realizados nesses estabelecimentos, o município disponibiliza outros serviços e programas de saúde. O Ambulatório de saúde mental, o Centro de Referência da Infância e Adolescência (CRIA), e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II e CAPS AD) buscam, principalmente, evitar a internação psiquiátrica e integrar os pacientes à família e à sociedade. Existe também atendimento especializado à pessoa com deficiência, oferecido pela Fundação de atendimento especializado de Nova Lima (Faenol). O atendimento é realizado por uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais das áreas de medicina, enfermagem, odontologia, serviço social, psicologia, pedagogia, fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional e tem como objetivo a inclusão, valorização de potencialidades e de especificidades, reconhecimento e valorização das pessoas com deficiência. Outro serviço desenvolvido no município são as Práticas Integrativas e Complementares (PICs), com o objetivo de cuidar da saúde do indivíduo de maneira holística, na prevenção, no tratamento ou na cura de uma doença, é desenvolvido pelo Centro Municipal de Atenção Integral à Saúde (CEMAIS). O atendimento também é gratuito e disponível aos moradores da cidade, que podem se beneficiar de práticas como acupuntura, homeopatia e fitoterapia.

(PNL- Prefeitura de Nova Lima, 2017) Os moradores também têm acesso aos serviços do laboratório de análises clínicas e farmácia municipal (DATASUS, 2017).

Sobre a rede de educação do município, segundo os últimos dados do Censo Escolar de 2016, é composta por 45 escolas de educação básica, entre públicas, municipais e estaduais, e privadas da zona urbana e rural (QEdu, 2017). Os escolares considerados adolescentes, de acordo com a OMS e Ministério da Saúde, são aqueles com idade entre 10 e 20 anos. Segundo essa classificação, a partir do 5º ano do ensino fundamental até o 3º ano do ensino médio, a maioria dos escolares regularmente matriculados são adolescentes. Nas escolas do município de Nova Lima, esses perfazem um total de 10341. (QEdu, 2017).

1.1.6 O adolescente do município de Nova Lima

O adolescente que vive em Nova Lima tem a oportunidade de fazer parte de variadas atividades artísticas e culturais oferecidas pelo município. O CAC, Centro de Atividades Culturais, disponibiliza oficinas de bordado, bijuterias, capoeira, canto, desenho, pintura em tecido, teatro, jazz, dança de rua, dança afro, dança de salão, reutilização de material reciclável, recreação, percussão, violão, ginástica e cinema. Essas atividades podem ser desempenhadas, a partir dos quatro anos de idade, pelos moradores de todos os bairros do município. A ONG Circo de Todo Mundo é direcionada para a faixa etária de seis a dezoito anos e também atende a todos os bairros. O Centro Cultural Circo de Todo Mundo, que faz parte da ONG, desenvolve oficinas que favorecem a construção da imagem através de atividades na lona: acrobacias aéreas e de solo, malabares e equilíbrio. Também fazem parte da ONG, a Sala do Saber, que oferece materiais educativos e uma biblioteca, onde as crianças e adolescentes têm acesso a reforço teórico e o CEDECA – Centro Estadual de Defesa da Criança e do Adolescente, que realiza atendimento jurídico e social. O município possui a Escola de Música, que disponibiliza cursos de musicalização infantil para crianças a partir de oito anos e cursos de instrumento de corda e sopro, além de aulas de canto para a população a partir de 13 anos. As crianças, desde os oito anos de idade, podem participar das aulas de ballet na Escola Municipal de Dança. A Prefeitura de Nova Lima desenvolve o projeto Saber Cuidar, que é ligado a associação de bairro, comunidades e a Emater – MG – Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Estado de Minas Gerais,

vinculada a Secretaria de Estado de Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Esse projeto realiza oficinas socioambientais, Teatro Itinerante, Teatro Circuito Escolar e Ciclo de Palestras e acontece uma vez ao mês em cada bairro, escolas e centro de convivência socioambiental. Outro projeto presente no município é o POC – Projeto Oficial Crianças, que oferece futsal, capoeira e dança. Existe a Escolinha do bairro Retiro que é uma escola de futebol *society* e campo e o Cruzeiro do bairro Honório Bicalho, de futebol de campo. Para as crianças e adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, a Comunidade Ativa oferece basquete, futsal e futebol de campo. Todos esses dados foram fornecidos pelo CRIA – Centro de Referência da Infância e Adolescência.

A relação das atividades, projetos e programas artísticos, culturais, educativos e de lazer dedicados aos adolescentes do município de Nova Lima é extensa e diversificada. Por isso, espera-se que essas oportunidades de interação influenciem de forma positiva os níveis de capital social dos adolescentes, por meio da ampliação de seus grupos e redes sociais.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar o capital social entre adolescentes do município de Nova Lima, Minas Gerais e fatores associados.

2.2 Específicos

- Verificar a associação entre os domínios do capital social dos adolescentes e situação conjugal dos pais;
- Verificar a associação entre os domínios do capital social dos adolescentes e renda familiar;
- Verificar a associação entre os domínios do capital social dos adolescentes e tipo de escola – pública ou privada;
- Verificar a associação entre os domínios do capital social e atividades coletivas das quais os adolescentes participam.

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal realizado no município de Nova Lima, em Minas Gerais. Aplicou-se um questionário validado (PAIVA *et al.*, 2014) (Anexo A) para mensurar o capital social dos estudantes do sétimo ano, regularmente matriculados nas escolas públicas e privadas do município.

3.2 População do estudo:

O sétimo ano foi eleito por apresentar os escolares na faixa etária de interesse do estudo, já que o questionário aplicado foi validado para adolescentes de 12 anos. (PAIVA *et al.*, 2014). Foram selecionadas todas as nove escolas contendo 7º ano no município, 5 estaduais e 4 privadas, localizadas em bairros distintos. Não há matrículas no 7º ano na rede municipal ou federal. Excluiu-se do estudo 5 escolas privadas por não fazerem parte da região central do município e, por isso, contarem com estudantes moradores de outras regiões. As escolas excluídas foram: Escola Global Bilingue (unidade Alphaville), Colegium (unidade Jardim Canadá), Colégio Rudolf Steiner de Minas Gerais, Colégio Santo Agostinho (unidade Nova Lima), e Instituto Ítalo Brasileiro Bicultural. O total de matriculados no sétimo ano das escolas selecionadas foi de 1001 alunos, segundo informações de matrículas no ano de 2017, fornecidas pelas próprias escolas. (Quadro 1)

Os pais desses alunos também participaram da pesquisa, por meio do preenchimento de um questionário autoaplicável sobre renda familiar, idade, situação conjugal dos pais, idade da mãe, trabalho da mãe, escolaridade da mãe e do pai e de quais atividades coletivas o seu (sua) filho (a) participa. (Apêndice A).

Quadro 1 – Relação de escolas e total de alunos no 7º ano

NOME DA ESCOLA	TIPO DE ESCOLA	LOCALIZAÇÃO	MATRÍCULAS NO 7º ANO - ENS. FUND.
EE Deniz Vale	Estadual	Urbana	140
EE George Chalmers	Estadual	Urbana	170
EE João Felipe da Rocha	Estadual	Urbana	218
EE Josefina Wanderley Azeredo	Estadual	Urbana	102
EE Maria Josefina Sales Wardi	Estadual	Urbana	210
Liceu Santa Maria Imaculada	Privada	Urbana	64
Centro Educacional São Tomaz de Aquino	Privada	Urbana	51
Instituto Santa Terezinha	Privada	Urbana	18
Instituto Cássio Magnani	Privada	Urbana	28
TOTAL DE ALUNOS			1001

Fonte: Registro de matrículas escolares, 2017 (Não há matrículas no Ens. Fundamental - 7º ano, nas redes de ensino Federal e Municipal no município de Nova Lima)

3.3 Tamanho, dimensionamento e seleção da amostra

O cálculo amostral foi feito para estimativa de proporção, a partir do total de alunos matriculados no sétimo ano (N=1001). Considerando a significância de 95%, erro de 5% e padrão de frequência esperada de 50%, obteve-se o total de 384 adolescentes. Com uma possível perda de 10% e *deff* 1.2, encontrou-se um n de 510 adolescentes. Esse valor foi ajustado por se tratar de um universo finito, chegando-se a um *n* final de 337 adolescentes. A seleção da amostra foi feita por conveniência, de acordo com os escolares autorizados pelos pais a participar do estudo, perfazendo um total de 335 adolescentes.

3.4 Critérios de elegibilidade

Os critérios de inclusão foram: cursar o 7º ano do ensino fundamental, não apresentar limitação cognitiva, relatada pela professora, apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos pais e o termo de Assentimento assinado pelo escolar. Os critérios de exclusão foram: não residir em Nova Lima e estudar em escolas privadas que não fazem parte da região central do município.

3.5 Instrumentos e procedimentos de avaliação

Para mensurar o capital social dos adolescentes, utilizou-se um questionário validado sobre capital social para estudantes adolescentes. Esse questionário foi validado por meio de um estudo transversal, realizado no sudeste do Brasil, com uma amostra de 101 adolescentes de doze anos, 79 deles, estudantes de duas escolas públicas, e 22, de uma escola privada. O questionário - SCQ-AS, de boa aplicabilidade e fácil compreensão apresenta doze questões, divididas em quatro dimensões: Coesão Social na Escola; Rede de Amigos na Escola; Coesão Social no Bairro/Vizinhança; Confiança/Escola e Bairro/Vizinhança (PAIVA *et al.*, 2014). De acordo com a soma dos valores atribuídos às respostas de cada questão (0, 1 ou 2), o capital social dos adolescentes foi classificado como baixo ou alto, no geral e por dimensão.

O questionário para os pais dos adolescentes foi elaborado de acordo com os objetivos do estudo de verificar a associação do capital social dos adolescentes com a participação deles em atividades coletivas, como esportivas, religiosas e artísticas, renda familiar e escolaridade dos pais.

3.6 Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada no período de fevereiro a março de 2017. Com autorização da Secretaria de Educação de Minas (Anexo B) e consentimento da diretoria e professores das nove escolas participantes, o primeiro contato com todos os alunos dos sétimos anos foi feito pela pesquisadora, em sala de aula, para explicar o estudo a ser desenvolvido. Nessa ocasião, após os esclarecimentos sobre a importância da pesquisa e demais orientações, foi distribuído a cada aluno um envelope contendo documentos a serem entregues aos pais para que

preenchessem e assinassem. Esses documentos eram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que explicavam detalhadamente do que se tratava o estudo. Os termos destinados aos pais eram dois: um TCLE sobre seu próprio consentimento para responder o questionário elaborado para os pais (Apêndice B) e o outro para consentir a participação do(a) filho(a) na pesquisa (Apêndice C), cada um em duas vias, uma dos pais e outra da pesquisadora. No envelope havia também o questionário para os pais. Esse questionário preenchido e uma via de cada termo assinado foram recolhidos em um segundo encontro com os alunos, geralmente um dia após a entrega dos envelopes, para se evitar perdas. Nesse segundo encontro, os Termos de Assentimento Livre e Esclarecido -TALE (Apêndice D) foram distribuídos para todos os adolescentes que estavam autorizados a participar da pesquisa assinarem, concordando em contribuir para o estudo. Finalmente, os questionários sobre o capital social foram aplicados a esses estudantes, também em sala de aula. Todas as questões foram lidas em voz alta pela pesquisadora e foi aguardado que todos os participantes respondessem a cada questão para minimizar viés de compreensão e facilitar o entendimento. As dúvidas que surgiram foram prontamente esclarecidas pela mesma.

3.7 Variáveis do estudo

O capital social foi considerado variável dependente e análise foi feita por domínio, buscando-se verificar sua associação com as variáveis independentes: tipo de escola, idade, gênero, renda familiar, trabalho da mãe, idade da mãe, situação conjugal dos pais e participação dos adolescentes em atividades coletivas. Foi atribuído escore 3, 2 ou 1 às respostas “Concordo”, “Não tenho opinião/não sei”, “Discordo”, respectivamente, nas questões de 1 a 10 do questionário. Apenas nas questões 11-“Os meus vizinhos tentariam tirar vantagens de mim” e 12-“Os colegas da escola tentariam tirar vantagens de mim” as respostas “Concordo” e “Discordo” tiveram seus escores invertidos, correspondendo a 1 e 3, respectivamente. A resposta “Não tenho opinião/não sei” recebeu escore 2 em todas as questões. A soma dos escores poderia variar de 4 a 12 no domínio 1 - Coesão Social na Escola, de 3 a 9 no domínio 2 - Rede de Amigos na Escola, de 2 a 6 no domínio 3 – Coesão Social na Escola e Bairro/Vizinhança e de 3 a 9 no domínio 4 – Confiança na Escola e Bairro/Vizinhança. A partir da soma, cada domínio foi categorizado pelo quartil e

classificado em “menor”, quando o valor da soma dos escores foi menor ou igual ao valor do primeiro quartil ou “maior”, quando esse valor foi superior ao valor do primeiro quartil.

3.8 Estudo piloto

Um estudo piloto foi desenvolvido com 40 escolares, regularmente matriculados no 7º ano, de uma escola pública estadual do município de Nova Era, em Minas Gerais. Nesse estudo, os critérios de inclusão foram cursar o 7º ano do ensino fundamental e não apresentar limitações cognitivas. Com a autorização da direção da escola e da professora, foram feitas a apresentação e orientações sobre a pesquisa aos alunos, em sala de aula, e o TCLE enviado para os pais, em duas vias, por meio dos estudantes. Esse termo continha as explicações sobre a pesquisa e solicitava a assinatura dos pais, autorizando os filhos a participarem do estudo. No segundo encontro, os termos assinados foram recolhidos e os estudantes também assinaram os Termos de assentimento, concordando em responder o questionário sobre capital social. Nessa ocasião, os alunos foram divididos em dois grupos para que se definisse a melhor forma de aplicar o questionário. O primeiro grupo foi orientado a ler e responder o questionário, em silêncio, e levantar a mão em caso de dúvida, que seria prontamente esclarecida pela pesquisadora. O segundo grupo recebeu instruções para aguardar a leitura, em voz alta, pela pesquisadora, e marcar a opção desejada. As dúvidas também seriam imediatamente solucionadas pela mesma. A avaliação dos dois métodos permitiu eleger a leitura das questões em voz alta, pela pesquisadora, como a melhor forma de se aplicar o questionário em nosso estudo, pois permitiu um maior entendimento pelos alunos, que nesse caso não tiveram dúvidas, e um menor tempo de aplicação.

3.9 Análise dos dados

Foi feita análise descritiva da distribuição da amostra segundo todas as variáveis e realizou-se teste qui-quadrado para verificar a associação entre cada domínio e as variáveis independentes de interesse. A partir desses resultados, foram selecionadas as variáveis independentes que apresentaram valor de $p \leq 0.20$ na análise bivariada. Então, foi realizada regressão logística múltipla dos fatores associados aos domínios do Capital Social

3.10 Considerações éticas

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – COEP, no dia 08 de fevereiro de 2017 (CAAE – 59855716.8.0000.5149) (Anexo C).

4 REFERÊNCIAS

- Atlas Brasil, 2013. [online] Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/nova-lima_mg>. Acesso em 17 abril 2017
- Bann D, Hamer M, Parsons S, Ploubidis GB, Sullivan A. Does an elite education benefit health? Findings from the 1970 British Cohort Study. *Int J Epidemiol*. 2017; 46(1): 293-302.
- Bourdieu P. The forms of Capital. In: Richardson JG, editors. *Handbook of theory and research for the sociology of education*. Nova Iorque: Greenwood; 1985. p. 241-58.
- Chen H, MENG T. Bonding, bridging, and linking social capital and self-rated health among Chinese adults: use of the anchoring vignettes technique. *PloS one*. 2015; 10(11).
- Coleman J. Social Capital. In: Coleman J, author. *Foundations of social theory*. Cambridge: Harvard University Press; 1990. p.300-21.
- Cuffe SP, McKeown RE, Addy CL, Garrison CZ. Family and psychosocial risk factors in a longitudinal epidemiological study of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005 Feb; 44(2): 121-129.
- Datasus, 2017. [online] Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabmg.def>> . Acesso em 24 maio 2017
- De Clercq B, Vyncke V, Hublet A, Elgar FJ, Ravens-Sieberer U, Currie C, Hooghe M, Leven A, Maes L.. Social capital and social inequality in adolescents' health in 601 Flemish communities: A multilevel analysis. *Soc Sci Med*.2012; 74(2): 202-210.
- Delany-Brumsey A, Mays VMC, Susan D. Does neighborhood social capital buffer the effects of maternal depression on adolescent behavior problems? *Am J Community Psychol*, 2014 53(3-4): 275-285.
- Dias C, Oliveira-Monteiro, NR; Aznar-Farias, M. Comportamentos antissociais e delitivos em adolescentes. *Aletheia*. 2014 dez; 45:101-113.
- Due P, Lynch J, Holstein B, Modvig J. Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations. *J Epidemiol Community Health*. 2003; 57(9): 692-698.
- Elbe AM, Wikman JM, Zheng M, Larsen MN, Nielsen G, Krstrup P. The importance of cohesion and enjoyment for the fitness improvement of 8–10-year-old children participating in a team and individual sport school-based physical activity intervention. *Eur J Sport Sci*. 2017; 17(3): 343-350.

Elgar FJ; Trites SJ, Boyce W. Social capital reduces socio-economic differences in child health: evidence from the Canadian Health Behaviour in School-Aged Children study. *Can J Public Health*. 2010; 23-27.

Fernandes, ASA. O capital social e a análise institucional e de políticas públicas. *Rev. Adm. Pública*. 2002 Mai/Jun; 36 (3): 375-398.

Fujisawa Y, Hamano T, Takegawa S. Social capital and perceived health in Japan: an ecological and multilevel analysis. *Soc Sci Med*. 2009; 69(4): 500-505.

Fundação João Pinheiro, 2015. [online] Disponível em: <<http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/docman/noticias-em-destaque/588-imrs-tabelas-dez-2015/file>>. Acesso em 17 abril 2017

Garcia JM, Sirard JR, Deutsch NL, Weltman A. The influence of friends and psychosocial factors on physical activity and screen time behavior in adolescents: a mixed-methods analysis. *J Behav Med*. 2016; 39(4): 610-623.

Harpham T. The measurement of community social capital through surveys. In: Kawachi I, Subramanian SV, KIM D. *Social capital and health*. Springer; 2010. p. 51-62.

Higgins, SS. O capital social como infra-estrutura de iniciativas produtivas: estudo de caso de um projeto agroindustrial na Colômbia. [Tese]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil e Paris-Dauphine, França. 2008.

Ho CY. Better health with more friends: The role of social capital in producing health. *Health Econ*. 2016; 25(1): 91-100.

Hong, JS, Merrin GJ, Crosby S, Jozefowicz DMH, Lee, JM, Allen-Meares P. Individual and contextual factors associated with immigrant youth feeling unsafe in school: a social-ecological analysis. *J Immigr Minor Health*. 2016; 18(5): 996-1006.

Horta RL, Andersen CS, Pinto RO, Horta BL, Oliveira-Campos M, Andreazzi MAR, Malta DC. Promoção da saúde no ambiente escolar no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017 Mar 30;51(0): 27.

Hurtado D, Kawachi I, Sudarsky J. Social capital and self-rated health in Colombia: the good, the bad and the ugly. *Soc Sci Med*. 2011; 72(4): 584-590.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades*, 2016. [online] Disponível em: <www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=314480>. Acesso em 17 abril 2017

Islam MK, Merlo J, Kawachi I, Lindström M, Gerdtham UG. Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review. *Int J Equity Health*. 2006 Apr 5; 5(1): 3.

Jonsson F, Hammarström A, Gustafsson PE. Social capital across the life course and functional somatic symptoms in mid-adulthood. *Scand J Public Health*. 2014 Sep 9; 42(7):581-588.

Kavanagh AM, Turrel G, Subramanian SV. Does area-based social capital matter for the health of Australians? A multilevel analysis of self-rated health in Tasmania. *Int J Epidemiol*. 2006; 35(3):607-613.

Kawachi I, Subramanian SV, Kim D. *Social capital and health*. Nova Iorque: Springer; 2008.

Lin N. Building a network theory of social capital. *Connections*. 1999; 22(1): 28-51.

MARLIER, Mathieu et al. Interrelation of sport participation, physical activity, social capital and mental health in disadvantaged communities: A SEM-analysis. *PLoS one*, v. 10, n. 10, p. e0140196, 2015.

MARMOT, M. et al. *Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post 2010*. 2010.

Mason MJ, Schmidt C, Mennis J. Dimensions of religiosity and access to religious social capital: Correlates with substance use among urban adolescents. *The journal of primary prevention*. 2012; 33(5-6): 229-237.

Morgan A, Haglund BJA. Social capital does matter for adolescent health: evidence from the English HBSC study. *Health Promotion International*. 2009; 24(4): 363-372.

Morrow VM. Conceptualising social capital in relation to the well-being of children and young people: a critical review. *The sociological review*. 1999; 47(4). 744-765.

Morrow VM. 'Dirty looks' and 'trampy places' in young people's accounts of community and neighbourhood: Implications for health inequalities. *Crit Public Health*. 2000; 10(2): 141-152.

Morrow VM. Young people's explanations and experiences of social exclusion: retrieving Bourdieu's concept of social capital. *International journal of sociology and social policy*, v. 21, n. 4/5/6, p. 37-63, 2001.

Novak D, Suzuki E, Kawachi I. Are family, neighbourhood and school social capital associated with higher self-rated health among Croatian high school students? A population-based study. *BMJ open*. 2015; 5 (6).

Paiva PCP, Paiva HN, Filho PMO, Lamounier JA, Ferreira EF, Ferreira RC, Kawachi I, Zarzar PM. Development and validation of a social capital questionnaire for adolescent students (SCQ-AS). *PLoS one*. 2014 Aug 5; 9(8).

Pattussi MP, Moysés SJ, Junges JR, Sheiham A. Capital social e a agenda de pesquisa em epidemiologia. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(8): 1525-1546.

Petrou S, Kupek E. Social capital and its relationship with measures of health status: evidence from the Health Survey for England 2003. *Health Econ*. 2008; 17(1): 127-143.

Physical Activity Guidelines for Americans. United States Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Helath Promotion. Physical

- Activity Guidelines for Americans. Advisory Committee Report. 2008 [online]. Disponível em: <http://www.health.gov/paguidelines/report/pdf/G8_mentalhealth.pdf> Acesso em 17 março 2017.
- Prefeitura de Nova Lima. Conheça Nova Lima, 2017. [online] Disponível em: <www.novalima.mg.gov.br/conheca-nova-lima/>. Acesso em 17 abril 2017
- Prefeitura de Nova Lima. Mapa da saúde, 2017. [online] Disponível em: <http://www.novalima.mg.gov.br/noticias/mapa-da-saude/>>. Acesso em 17 abril 2017
- Portes, Alejandro. Capital social: origens e aplicações na sociologia contemporânea. *Sociologia, problemas e práticas*. 2000; 33: 133-158.
- Putnam R. *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton: Princeton University Press; 1993.
- QEDu, 2017. [online] Disponível em: http://www.qedu.org.br/cidade/2266-nova-lima/censo-escolar?year=2015&dependence=0&localization=0&education_stage=0&item=. Acesso em 24 maio 2017
- Senna SRCM, Dessen MA. Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. *Psicologia: teoria e pesquisa*. 2012; 28(1):101-108.
- Silva SS, Medeiros CCC, MARCHI JÚNIOR W. Habitus e prática da dança: uma análise sociológica. *Motriz Revista de Educação Física*. 2012; 18(3): 465-475.
- Straus MA, Hamby SL, Finkelhor D, Moore DW, Runyan D. Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: Development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child abuse & neglect*. 1998; 22(4): 249-270.
- Subramanian SV, Kawachi I, Kennedy BP. Does the state you live in make a difference? Multilevel analysis of self-rated health in the US. *Social sci. med.* 2001; 53(1): 9-19.
- Szreter S, Woolcock M. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *Int. J. Epidemiol.* 2004; 33(4): 650-667.
- Teixeira AKM. Trajetórias de vida e a cárie dentária em jovens no nordeste brasileiro: um estudo de coorte. 2015.
- Tsuboya T, Tsutsumi A, Kawachi I. Change in psychological distress following change in workplace social capital: results from the panel surveys of the J-HOPE study. *Int J Occup Environ Med*. 2015; 72(3): 188-194.
- Twenge JM, Campbell WK, Carter NT. Declines in trust in others and confidence in institutions among American adults and late adolescents, 1972–2012. *Psychological Science*. 2014.
- Uphoff EP, Pickett KE, Cabieses B, Small N, Wright J. A systematic review of the relationships between social capital and socioeconomic inequalities in health: a

contribution to understanding the psychosocial pathway of health inequalities. *Int J Equity Health*. 2013; 12(1): 54.

Vieira EM, Higgins SS. Fundamentos Teóricos do Capital Social. *Rev Debates*. 2008; 2(1): 179.

Vilhjalmsdottir A, Gardarsdottir RB, Bernburg JG, Sigfusdottir ID. Neighborhood income inequality, social capital and emotional distress among adolescents: A population-based study. *J. Adolesc*. 2016; 51:92-102.

Vyncke V, De Clercq B, Stevens V, Costongs C, Barbareschi G, Jónsson S. H, Curvo SD, Kebza V, Currie C, Maes L. Does neighbourhood social capital aid in levelling the social gradient in the health and well-being of children and adolescents? A literature review. *BMC Public Health*. 2013 Jan 23; 13(1): 65.

Yagi J, Fujiwara T, Yambe T, Okuyama M, Kawachi I, Sakai A. Does social capital reduce child behavior problems? Results from the Great East Japan Earthquake follow-up for Children Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016; 51(8): 1117-1123.

Ziersch AM, Baum FE, MacDougall C, Putland C. Neighbourhood life and social capital: the implications for health. *Soc Sci Med*. 2005; 60(1): 71-86.

PARTE 2

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão serão apresentados em formato de artigo científico e este foi elaborado de acordo com as regras para submissão do periódico.

Artigo submetido ao periódico:

Ciência & Saúde Coletiva

Qualis/Capes: B1

Fator de impacto: 0,81

Comprovante de submissão: Anexo D

O CAPITAL SOCIAL DE ADOLESCENTES ESCOLARES DE UM MUNICÍPIO BRASILEIRO

SOCIAL CAPITAL AMONG ADOLESCENTS STUDENTS OF A BRAZILIAN CITY

RESUMO

O objetivo do artigo foi verificar associação do capital social de adolescentes com fatores de condições de vida e participação em atividades coletivas. No estudo transversal, aplicou-se questionário validado (SCQ-AS) para medir o capital social de estudantes do sétimo ano de escolas públicas e privadas de um município brasileiro. Os pais responderam a um questionário sobre condições de vida e participação dos filhos em atividades coletivas. Após teste qui-quadrado, fez-se regressão logística múltipla com os domínios do capital social, variáveis dependentes, e variáveis independentes ($p \leq 0.20$). Observou-se maior frequência de coesão social na escola em adolescentes de escolas privadas (OR= 4.08; IC 95% 1.39 – 11.96) e com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos. e menor frequência entre os de sexo masculino (OR=0.41; IC 95% 0.18 – 0.90) e que não praticavam esportes (OR=0.43; IC 95% 0.20 – 0.94). Maior rede de amigos foi encontrada entre os que tinham pais vivendo juntos (OR= 2.21; IC 95% 1.28 – 3.78) e maior frequência de confiança na escola/bairro em estudantes de escolas privadas (OR=2.71; IC 95% 1.16 – 6.32). Não houve associação com coesão social no bairro. Estudar em escola privada e ter renda familiar de 1 a 3 salários mínimos podem impulsionar a coesão social na escola, bem como praticar atividade esportiva. A escola privada pode reforçar a confiança na escola/bairro. Os pais viverem juntos pode favorecer maior rede de amigos.

Descritores: Capital social. Adolescentes. Estudantes. Rede social. Condições sociais.

ABSTRACT

The article aimed to verify the association of adolescents social capital with living conditions factors and participation in collective activities. In the cross-sectional study, a validated

questionnaire (SCQ-AS) was used to measure the social capital of seventh grade students from public and private schools in a Brazilian city. The parents answered a questionnaire on living conditions and children's participation in collective activities. After chi-square test, multiple logistic regression was performed with social capital' domains, dependent variables, and independent variables ($p \leq 0.20$). There was higher frequency of social cohesion at school in adolescents from private schools (OR=4.08, 95% CI 1.39-11.96) and who have a family income of 1 to 3 minimum wages, a larger network of friends among those with parents living together OR = 2.21, 95% CI 1.28 - 3.78) and higher school/neighborhood confidence in private school students (OR=2.71, 95% CI 1.16 - 6.32). There was no association with neighborhood social cohesion. Studying in private school and having a family income of 1 to 3 minimum wages can boost social cohesion in school, as well as practice sports. The private school can build confidence in the school/neighborhood. Parents living together can favor larger network of friends.

Keywords: Social capital. Adolescents. Students. Social networking. Social conditions.

INTRODUÇÃO

O capital social faz parte da pesquisa contemporânea desde 1985, quando foi definido por Pierre Bourdieu como “a soma dos recursos reais ou potenciais que advém de redes duráveis de relações, mais ou menos institucionalizadas, de conhecimento ou reconhecimento mútuo”¹. Segundo o sociólogo francês, a rede social oferece aos seus membros uma “credencial” para acesso a oportunidades impossíveis ou difíceis de serem obtidas individualmente. Na área da saúde, o interesse pela pesquisa do capital social foi despertado pelo estudo do cientista político Robert Putnam, na década de 1990, que chamou a atenção para o declínio do capital social nos Estados Unidos e seu impacto negativo no bem-estar geral da sociedade. Sua teoria defendia que “características da organização social como

confiança, normas e redes sociais podem melhorar a eficiência da sociedade por facilitar ações coordenadas” 2.

A partir desses estudos houve um crescimento progressivo das pesquisas do capital social na saúde, mas ainda hoje há uma vasta discussão sobre o seu conceito e persiste a falta de uma definição consensual para o termo. No entanto, pode-se entendê-lo como um recurso relacionado a redes de relacionamentos, confiança, solidariedade, reciprocidade, normas. O termo capital social apresenta um conceito amplo e difuso porque redes de confiança e solidariedade podem referir-se desde a uma densa rede de organizações e associações civis (tais como ONGs, associações profissionais, de classe, religiosas, de bairros, entidades filantrópicas, cooperativas de produção, grupos em geral) até às conexões sociais mais informais, como relações de amizade 3.

Diante das possibilidades oferecidas pelo capital social, por meio das redes sociais, é relevante a busca por um conhecimento mais aprofundado desse recurso na adolescência, pois a literatura sobre o capital social nessa fase da vida ainda é escassa 4. Além disso, a adolescência merece atenção especial por ser um período de mudanças que tende a ser particularmente maleável e é profundamente influenciada pelos relacionamentos. Alguns estudos já mostram que o reduzido capital social durante este período vulnerável pode contribuir para uma trajetória de vida que aumenta o risco de má saúde mental na idade adulta. O impacto do baixo capital social pode se acumular por todo o curso de vida e é importante, para o cuidado na saúde, especialmente com adolescentes, reconhecer seus efeitos 5.

Com base na influência dos determinantes sociais na saúde da população ao longo do seu curso de vida, tem grande relevância o estudo da relação do capital social e condições de vida também na adolescência. Pesquisas com adolescentes brasileiros revelaram que as condições

socioeconômicas se apresentaram como fatores de risco, enquanto a participação dos adolescentes em grupos mostrou-se um fator de proteção para a saúde bucal. Além disso, acrescentam que os adolescentes que sempre foram pobres e com maior experiência de pobreza ao longo da vida apresentaram maior risco em relação às condições de saúde 6. Outros estudos recentes sugerem que o adolescente também é influenciado pelo contexto em que vive e a desigualdade de renda da vizinhança contribui positivamente para angústia emocional de seus adolescentes individualmente e interfere em suas redes familiares e relações sociais 7.

A importância de mais estudos sobre o capital social dos adolescentes, especificamente sobre a associação de seus indicadores como coesão social, rede de amigos e confiança com fatores socioeconômicos e participação de atividades em grupos impulsionou o desenvolvimento desta pesquisa, que levou em consideração outros aspectos do capital social para ser desenhada. Entre esses, a escolha do município de Nova Lima, em Minas Gerais, onde foi realizado o estudo.

O município do estudo foi emancipado em 1891 e desde 1923 recebeu o nome que permanece até hoje. Pertence a Região Metropolitana de Belo Horizonte e em 2016 apresentava população estimada de 91.069, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 0,813, a renda per capita média de 2,3 salários mínimos e Coeficiente de Gini de 0,4. Recebeu forte influência da colonização inglesa motivada pela exploração do ouro, fortalecida no início do século 20. Mas hoje, tem como recurso principal a exploração do ferro .

Com área de cerca de 430 m², sua população se concentra na parte central da cidade (origem do município). A região abriga 11 unidades de preservação ambiental e mais de 800 nascentes e alguns lagos, tendo sido por isto, motivo de uma grande expansão imobiliária ocorrida a partir da década de 80. Tornou-se um reduto de moradia tranquila para cidadãos que

trabalham na capital, o que motivou o surgimento de condomínios habitados por moradores na grande maioria de Belo Horizonte que não convivem com a parte central do município.

A região favorece a prática de atividades físicas e os adolescentes têm oportunidade de desenvolver atividades em grupo como dentro do Projeto “Proteger é Preciso”, em parceria com uma mineradora ou o “Coletivo Mega Foco”, além de outros grupos de atividades esportivas, artísticas ou culturais.

Considerando ser este um ambiente que parece possibilitar a vida com qualidade e que favorece a construção de relações sociais, pretende-se com este estudo avaliar o capital social entre adolescentes escolares e sua associação com o nível de participação em atividades coletivas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal que utilizou para coleta de dados um questionário específico para mensurar o capital social de estudantes. O questionário, denominado Social Capital Questionnaire for Adolescent Students (SCQ-AS), foi construído e validado no Brasil, para adolescentes escolares de 12 anos de idade.

O questionário, considerado de boa aplicabilidade e fácil compreensão, apresenta doze questões divididas em quatro domínios: 1. Coesão Social na Escola (*os alunos da minha escola ficam juntos, eu sinto que pertencço a esta escola como se ela fosse minha, eu me sinto seguro nesta escola e meus pais se dão bem com meus professores*); 2. Rede de Amigos na Escola (*os alunos da minha escola se divertem bem uns com os outros, eu confio nos meus amigos da escola e eu posso pedir ajuda aos meus amigos da escola*); 3. Coesão Social no Bairro/Vizinhança (*eu confio nos vizinhos e eu posso contar com a ajuda dos meus vizinhos*); 4. Confiança na Escola e Bairro/Vizinhança (*os professores da minha escola são solidários e*

nos dão apoio, os meus vizinhos tentariam tirar vantagens de mim e os colegas da escola tentariam tirar vantagens de mim). As três possibilidades de resposta eram iguais para todas as questões: “Concordo”; “Não tenho opinião, não sei” e “Discordo” 8.

O sétimo ano foi eleito por apresentar os escolares na faixa etária de interesse do estudo (12 anos). Foram selecionadas todas as nove escolas contendo 7º ano no município, 5 estaduais e 4 privadas, localizadas em bairros distintos. Excluiu-se do estudo 5 escolas privadas, por não fazerem parte da região central do município e, por isso, contarem com estudantes moradores de condomínios, que não convivem no núcleo central. O total de matriculados no sétimo ano das escolas selecionadas foi de 1001 alunos, segundo informações de matrículas no ano de 2017, fornecidas pelas próprias escolas.

Os pais desses alunos também participaram da pesquisa, por meio do preenchimento de um questionário autoaplicável, no qual se procurou verificar a renda familiar, situação conjugal dos pais, idade da mãe e trabalho da mãe, além de dados sobre a participação dos seus filhos em atividades coletivas, como esportivas, religiosas e artísticas.

O cálculo amostral foi feito para estimativa de proporção, considerando a significância de 95%, erro de 5% e padrão de frequência esperada de 50%, obtendo-se o total de 384 adolescentes. Com uma possível perda de 10% e *deff* 1.2, encontrou-se um *n* de 510 adolescentes. Esse valor foi ajustado por se tratar de um universo finito ($N=1001$), chegando-se a um *n* final de 337 adolescentes.

Os critérios de inclusão foram: estar regularmente matriculados nas escolas públicas e privadas do município, cursar o 7º ano do ensino fundamental, não apresentar limitação cognitiva (relatada pela professora). Os critérios de exclusão foram: não residir no município e estudar em escolas privadas que não faziam parte da região central do município.

Um estudo piloto foi desenvolvido com 40 escolares, regularmente matriculados no 7º ano, de uma escola pública estadual de um município próximo ao do estudo, com características semelhantes. Nesse estudo, os critérios de inclusão foram cursar o 7º ano do ensino fundamental e não apresentar limitações cognitivas. Com a autorização da direção da escola e da professora, foram feitas a apresentação e orientações sobre a pesquisa aos alunos, em sala de aula, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) enviado para os pais, em duas vias, com explicações sobre a pesquisa, solicitando a assinatura, autorizando os filhos a participarem do estudo. No segundo encontro, os termos assinados foram recolhidos e os estudantes também assinaram os Termos de assentimento, concordando em responder o questionário sobre capital social.

Nessa ocasião, os alunos foram divididos em dois grupos para que se definisse a melhor forma de aplicar o instrumento. O primeiro grupo foi orientado a ler e responder o questionário, em silêncio, e levantar a mão em caso de dúvida, que seria prontamente esclarecida pela pesquisadora. O segundo grupo recebeu instruções para aguardar a leitura, em voz alta, pela pesquisadora, e marcar a opção desejada. As dúvidas também seriam imediatamente solucionadas pela mesma. A avaliação dos dois métodos permitiu eleger a leitura das questões em voz alta, pela pesquisadora, como a melhor forma de se aplicar o questionário em nosso estudo, pois possibilitou um maior entendimento pelos alunos, que nesse caso não tiveram dúvidas, além de ter gerado um menor tempo de aplicação.

Após o estudo piloto, a coleta dos dados foi realizada no período de fevereiro a março de 2017 com a autorização da Secretaria de Educação de Minas Gerais e consentimento da diretoria e professores das nove escolas participantes. Os procedimentos de primeiro contato e envio do TCLE para os pais, agora acompanhado do questionário a ser preenchido por eles, foram feitos como no estudo piloto. Foram enviados dois TCLE: um para sua participação no

estudo e outro para consentir a participação do (a) filho(a) na pesquisa, cada um em duas vias, uma dos pais e outra da pesquisadora.

O questionário preenchido e uma via de cada termo assinado foram recolhidos em um segundo encontro com os alunos, geralmente um dia após a entrega, para se evitar perdas. Nesse segundo encontro, os Termos de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) foram distribuídos para todos os adolescentes que estavam autorizados a participar da pesquisa assinarem, concordando em contribuir para o estudo. Finalmente, os questionários sobre o capital social foram aplicados a esses estudantes, também em sala de aula. Todas as questões foram lidas em voz alta pela pesquisadora e foi aguardado que todos os participantes respondessem a cada questão para minimizar viés de compreensão e facilitar o entendimento. As poucas dúvidas que surgiram foram prontamente esclarecidas pela mesma.

A análise do capital social, considerado variável dependente, foi realizada por domínio, buscando-se verificar sua associação com as variáveis independentes: tipo de escola, idade, gênero, renda familiar, trabalho da mãe, idade da mãe, situação conjugal dos pais e participação dos adolescentes em atividades coletivas. Foi atribuído escore 3, 2 ou 1 às respostas “Concordo”, “Não tenho opinião/não sei”, “Discordo”, respectivamente, nas questões de 1 a 10 do questionário. Apenas nas questões 11 e 12 tiveram seus escores invertidos (perguntas negativas).

A soma dos escores poderia variar de 4 a 12, de 3 a 9, de 2 a 6 e de 3 a 9 nos domínios 1, 2, 3 e 4, respectivamente. A partir da soma, cada domínio foi categorizado pelo quartil e classificado em *menor*, quando o valor da soma dos escores foi menor ou igual ao valor do primeiro quartil e *maior*, quando esse valor foi superior ao valor do primeiro quartil (PAIVA *et al.*, 2014).

Após a análise descritiva da distribuição da amostra segundo todas as variáveis (Tabelas 1 e 2), realizou-se teste qui-quadrado para verificar a associação entre cada domínio e as variáveis independentes de interesse. A partir desses resultados, foram selecionadas as variáveis independentes que apresentaram valor de $p \leq 0.20$ e realizada regressão logística múltipla (Tabela 3).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais – COEP, no dia 08 de fevereiro de 2017 (CAAE–59855716.8.0000.5149).

RESULTADOS

A amostra totalizou 335 adolescentes e foi selecionada por conveniência, já que para participar, esses tiveram que apresentar o TCLE assinado pelos pais e o TALE assinado por eles. Entre os pais participantes, 326 entregaram os questionários preenchidos, com algumas questões não respondidas, sendo as duas maiores perdas para a variável trabalho da mãe (6,5%) e renda familiar (3,1%).

O capital social total, embora não tenha sido objeto deste estudo, foi calculado e considerado *maior* na grande maioria dos adolescentes (72,7%) da nossa amostra, com diferença entre os estudantes de escola pública e privada. A média da pontuação do capital social (1 a 36) em escolas públicas foi $26,73 \pm 4,02$ e em escolas privadas foi $31,1 \pm 2,26$. Nos dois tipos de escola foi observada a pontuação máxima (36) mas a pontuação mínima foi 15 e 25, nas escolas públicas e privadas, respectivamente.

A Tabela 1 mostra a distribuição dos escolares segundo as variáveis de condições de vida pesquisadas e participação em atividades em grupo. Mais de dois terços dos adolescentes da amostra estudavam em escolas públicas. A renda familiar mais frequente nas famílias dos

escolares foi de um a três salários mínimos (de R\$ 880,00 até R\$ 2.640,00) e a maioria dos pais viviam juntos.

Tabela 1. Distribuição da amostra de escolares adolescentes, segundo condições de vida e participação em atividades em grupo (n=335)

Variável	n (%)	IC 95%
<i>Tipo de escola</i>	n = 335	
Pública	272 (81,2)	76,6 – 85,0
Privada	63 (18,8)	14,9 – 23,4
<i>Idade</i>	n = 335	
11 ou 12 anos	255 (76,1)	71,2 – 80,4
13 a 16 anos	80 (23,9)	19,6 – 28,8
<i>Gênero</i>	n = 335	
Feminino	191 (57,1)	51,8 – 62,4
Masculino	144 (42,9)	37,6 – 48,2
<i>Situação dos pais</i>	n = 326	
Vivem juntos	175 (53,7)	48,2 – 59,1
Não vivem juntos	151 (46,3)	40,9 – 51,8
<i>Idade da mãe</i>	n = 316	
Até 37 anos	162 (51,1)	45,6 – 56,6
38 anos ou mais	154 (48,9)	43,4 – 54,4
<i>Trabalho da mãe</i>	n = 305	
Do lar/Desempregada/Não trabalha	56 (18,4)	14,4 – 23,1
Doméstica/Faxineira/Diarista/Babá	59 (19,3)	15,3 – 24,2
Profissão de nível fundamental/médio	112 (36,7)	31,5 – 42,3
Funcionária pública/Autônoma/Nível superior	49 (16,1)	12,3 – 20,7
Outros	29 (9,5)	6,7 – 13,4
<i>Renda familiar</i>	n = 318	
Nenhuma renda até 1 salário mínimo (R\$880,00)	106 (33,3)	28,3 – 38,7
De 1 a 3 salários mínimos (até R\$2640,00)	149 (46,9)	41,4 – 52,4
Mais de 3 salários mínimos (R\$2640,01 ou mais)	63 (19,8)	15,8 – 24,6
<i>Participação em atividades coletivas</i>	n = 320	
Sim	240 (74,8)	69,3 – 78,9
Não	80 (25,2)	21,1 – 30,7
<i>Participação em atividades esportivas</i>	n = 320	
Sim	159 (49,7)	44,2 – 55,2
Não	161 (50,3)	44,8 – 55,8
<i>Participação em atividades artísticas</i>	n = 320	
Sim	33 (10,3)	7,4 – 14,2
Não	287 (89,7)	85,8 – 92,6
<i>Participação em atividades religiosas</i>	n = 320	
Sim	93 (29,1)	24,3 – 34,3
Não	227 (70,9)	65,7 – 75,7
<i>Hábito de sair com amigos</i>	n = 320	
Sim	67 (20,9)	16,8 – 25,8
Não	253 (79,1)	74,2 – 83,2
<i>Total de atividades relatadas</i>	n = 318	
0	80 (25,2)	20,7 – 30,2
1	140 (44,0)	38,6 – 49,6
>1	98 (30,8)	25,9 – 36,1

A maior parte dos adolescentes, mais de dois terços, participava de alguma atividade coletiva, com destaque para a maior frequência de participação em atividades esportivas em relação às outras atividades. Quanto ao gênero, houve uma frequência um pouco maior de meninas em relação aos meninos.

A Tabela 2 traz a distribuição da amostra de escolares segundo os domínios do capital social. A maior parte dos adolescentes foi considerada de *maior* capital social, em todos os domínios: coesão social na escola, rede de amigos na escola, coesão social no bairro/vizinhança e confiança na escola e no bairro/vizinhança.

Tabela 2. Distribuição da amostra de escolares adolescentes, segundo os domínios os do capital social (n=335)

Domínios do Capital social	n (%)	IC 95%
<i>Domínio 1 – Coesão social na escola</i>		
Menor	101 (30,5)	25,8 – 35,7
Maior	230 (69,5)	64,3 – 74,2
<i>Domínio 2 – Rede de amigos na escola</i>		
Menor	94 (28,2)	23,6 – 33,3
Maior	239 (71,8)	66,7 – 76,4
<i>Domínio 3 – Coesão social na vizinhança</i>		
Menor	120 (36,3)	31,2 – 41,6
Maior	211 (63,7)	58,4 – 68,8
<i>Domínio 4 – Confiança na escola/ vizinhança</i>		
Menor	129 (39,7)	34,5 – 45,1
Maior	196 (60,3)	54,9 – 65,5

A partir dos resultados da análise binária, foram selecionadas as variáveis independentes que apresentaram valor de $p \leq 0,20$. Em relação ao *domínio coesão social na escola*, foram selecionadas as variáveis tipo de escola ($p = 0,000$), gênero ($p = 0,149$), situação conjugal dos pais ($p = 0,077$), trabalho da mãe ($p = 0,004$), renda familiar ($p = 0,000$), participação em atividades esportivas ($p=0,122$), participação em atividades artísticas ($p=0,042$), total de atividades relatadas ($p=0,003$) e participação em atividades coletivas ($p=0,121$). Em relação ao *domínio rede de amigos na escola*, foram selecionadas as variáveis tipo de escola

($p=0,001$), situação conjugal dos pais ($p=0,037$), trabalho da mãe ($p=0,200$) e renda familiar ($p=0,009$). O *domínio coesão social na escola/vizinhança* não apresentou associação com nenhuma das variáveis analisadas no teste qui-quadrado. A *confiança na escola e no bairro/vizinhança*, quarto e último domínio, mostrou relação com as variáveis tipo de escola ($p=0,000$), idade ($p=0,069$), situação conjugal dos pais ($p=0,104$), trabalho da mãe ($p=0,050$), renda familiar ($p=0,019$), participação em atividades esportivas ($p=0,076$), hábito de sair com amigos ($p=0,015$), total de atividades relatadas ($p=0,148$) e participação em atividades coletivas ($p=0,086$). Os dados da regressão múltipla se encontram descritos na Tabela 3.

Tabela 3. Regressão logística múltipla dos fatores associados aos domínios do Capital Social de escolares adolescentes.

Variáveis independentes	Odds Ratio	P	IC 95%
COESÃO SOCIAL NA ESCOLA **			
Tipo de escola			
Pública	1		
Privada	4,08	0,010*	1,39 – 11,96
Renda familiar			
Nenhuma renda até 1 salário mínimo (até R\$880,00)	1		
De 1 a 3 salários mínimos (até R\$ 2640,00)	2,45	0,002*	1,39 – 4,28
Mais de 3 salários mínimos (R\$ 2640,01 ou mais)	1,74	0,252	0,67 – 4,46
Gênero			
Feminino	1		
Masculino	0,41	0,028*	0,18 – 0,90
Participação em atividades esportivas			
Sim	1		
Não	0,43	0,035*	0,20 – 0,94
REDE DE AMIGOS NA ESCOLA ***			
Situação dos pais			
Não vivem juntos	1		
Vivem juntos	2,21	0,004*	1,28 – 3,78
CONFIANÇA NA ESCOLA/VIZINHANÇA ****			
Tipo de escola			
Pública	1		
Privada	2,71	0,021*	1,16 – 6,32

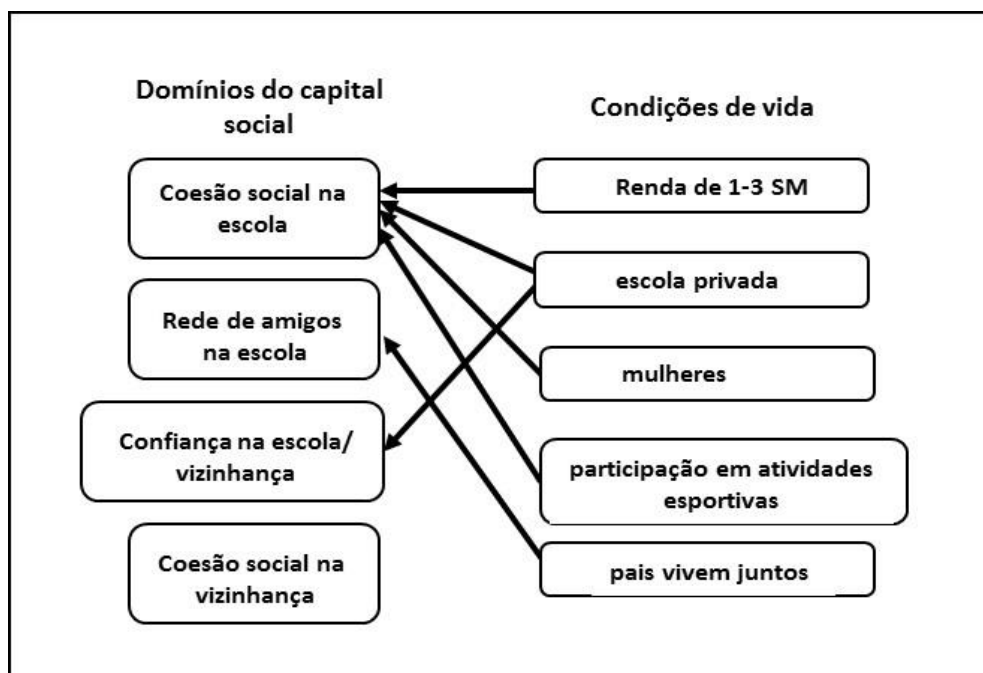
**Modelo controlado pela interação entre gênero e participação em atividades esportivas,

***Modelo controlado por tipo de escola,

****Modelo controlado por renda e idade,

A Figura 2 mostra a figura representativa de um modelo explicativo para este estudo, apresentando uma síntese das relações estabelecidas entre as variáveis.

Figura 2: Modelo explicativo da associação entre os domínios do capital social e condições de vida de adolescentes escolares.



DISCUSSÃO

O maior capital social está geralmente associado a melhores condições socioeconômicas e de saúde 9, 10, 11,12. Como nosso estudo foi realizado em um município de alto IDH, ou seja, com bons indicadores de renda, educação e longevidade, há um contexto que pode ter contribuído para o *maior* nível de capital social, total e de seus domínios, encontrado entre os adolescentes, cerca de dois terços deles. No entanto, os melhores resultados foram observados em escolas privadas.

O primeiro domínio do capital social analisado, coesão social na escola, se refere às relações próximas com os colegas, entre a família (pais) e a escola e ao grau de pertencimento àquele espaço. Este se mostrou associado para adolescentes que vivem em famílias de renda média

(OR 2,45; 1,39-11,96), estudando em escola privada (OR 4,08; 1,39-11,96) e ainda entre as mulheres e entre os participantes de atividades esportivas.

Os estudantes de escolas privadas, de um modo geral, pertencem a famílias com maior renda. Geralmente, esses adolescentes com melhores condições socioeconômicas apresentam maior frequência de coesão social, enquanto que os de menor renda familiar relatam não se sentirem seguros no ambiente escolar e reportam conexões mais pobres com suas escolas, fatores que indicam menor coesão social. A diferença de padrões socioeconômicos também influencia o apoio dos pais à escola e as percepções dos adolescentes sobre suas relações com a escola em termos de regras institucionais e bullying 13.

A categoria *renda* que apresentou associação com a coesão social na escola foi a intermediária (um a três salários mínimos), o que sugere a possível influência de outros fatores nos níveis de coesão social na escola, por exemplo a importância da coesão familiar e os relacionamentos com amigos próximos, que também estão associados a uma maior percepção de segurança na escola pelos adolescentes 14.

A menor frequência de coesão social na escola foi encontrada entre os adolescentes do sexo masculino e que não praticavam atividades esportivas. Essas associações estão de acordo com a literatura que indica uma maior tendência das adolescentes do gênero feminino a relatarem maiores níveis de capital social em relação aos do gênero masculino 15, Além disso, existem outros dados sobre a coesão social, especificamente, que sugerem fortes associações de gênero quanto à forma como os adolescentes se relacionam com seus pais em termos da escola e mostram uma maior preocupação das meninas com esse relacionamento 13.

Neste grupo de escolares, entre as atividades coletivas, somente as esportivas parecem influenciar o capital social, no domínio coesão social na escola.

Uma pesquisa recente sobre coesão social e atividades físicas nas escolas também mostrou que esportes em equipe parecem ser mais vantajosos para o desenvolvimento da diversão e da coesão, que são fatores que influenciam positivamente os resultados de saúde 16. Esses dados corroboram os resultados do nosso estudo.

A análise do domínio rede de amigos na escola mostrou que a maioria dos adolescentes da nossa amostra apresentou *maior* rede de amigos (71,8%) e sua maior frequência foi encontrada entre os adolescentes que pertenciam a famílias em que os pais viviam juntos (OR 2,21; 1,28-3,78).

Essa foi a única associação verificada em relação à rede de amigos na escola e sugere a influência dos laços familiares nas relações dos adolescentes com os amigos, principalmente quanto à confiança e solidariedade, abordadas nas questões desse domínio. Para pessoas jovens, a família é importante por *estar lá* nas horas que eles mais precisam e os familiares são sempre considerados como um recurso crucial de apoio 4. Pesquisas já mostraram que não viver com ambos os pais biológicos aumenta a chance de transtorno afetivo em adolescentes¹⁷ e este pode refletir uma dificuldade em se relacionar e interferir negativamente na construção de uma rede de amizades pelos adolescentes. Os estudos de Coleman já levantavam evidências sobre o impacto positivo das famílias monoparentais na deserção escolar, que também pode ser um fator que dificulta a criação de laços de amizade entre os estudantes 18.

A *confiança* dos adolescentes na escola e no bairro/vizinhança, outro domínio do capital social, foi mensurada em nosso estudo por meio de questões sobre solidariedade, apoio dos professores e confiança dos adolescentes em seus colegas de escola e vizinhos e foi considerada *maior* na maioria dos adolescentes (60,3%) A análise desses dados mostrou uma

maior frequência de confiança na escola e no bairro/vizinhança entre adolescentes de escolas privadas (OR 2,71; 1,16-6,32).

Considerando as melhores condições socioeconômicas dos adolescentes de escolas privadas em relação aos de escolas públicas, de modo geral, admite-se que aqueles tendem a residir em bairros mais favorecidos. Assim, esse resultado se apoia no *modelo das normas e eficácia coletiva*, por Leventhal e Brooks-Gunn, em que as desvantagens estruturais do bairro influenciam negativamente as normas sociais da vizinhança. Em contrapartida, bairros mais favorecidos tendem a ter maior boa vontade da vizinhança em intervir pelo bem comum e isso repercute positivamente nos resultados para crianças e adolescentes 19. Esse modelo pode explicar nossos resultados na medida em que os melhores níveis de solidariedade entre vizinhos e colegas de escola e, portanto, maior confiança na escola e no bairro/vizinhança, foram encontrados em adolescentes de escolas privadas, que tendem a residir em bairros mais favorecidos.

A coesão social na vizinhança, apesar de ter sido considerada alta na maioria dos adolescentes (63,7%) não apresentou associação com nenhuma das variáveis independentes analisadas. Esse resultado pode ser explicado pelas particularidades do capital social dos adolescentes em relação ao capital social de adultos, pois “comunidades de pessoas jovens constituem mais frequentemente uma comunidade virtual de amigos em torno da escola, centro da cidade e rua, casas de amigos e parentes, ao invés de fortemente ligada a uma localização geográfica identificável facilmente” 20. Os sites de redes sociais - *Social Network Sites*, SNSs - foram considerados ferramentas benéficas para seus usuários em relação ao ganho de capital social, de acordo com a literatura existente com estudantes 21, 22, 23. Uma outra possibilidade para o resultado da coesão social na vizinhança em nosso estudo encontra apoio em outro modelo de

Leventhal e Brooks-Gunn chamado *modelo dos recursos institucionais*, em que a qualidade, acessibilidade e disponibilidade dos recursos institucionais podem explicar a relação entre as características da vizinhança e os resultados em crianças e adolescentes. Esse modelo sugere que a quantidade e qualidade de recursos que influenciam a vida dos jovens (por exemplo, atividades de lazer, educação, saúde, facilidades de cuidado) tendem a ser mais baixas em vizinhanças desfavorecidas (baixo status socioeconômico, elevada diversidade étnica, alta instabilidade residencial) 19.

Considerações finais

Observando o modelo construído (Figura 1), nota-se que, apesar do município apresentar o melhor IDH do estado, observou-se a desigualdade entre os escolares com prejuízo para frequentadores de escolas públicas. A escola privada está associada à maior coesão social na escola e maior confiança na escola/vizinhança.

A escola pública na maioria das vezes não é escolha, ao contrário da escola privada. A renda familiar é determinante desta opção e observando a renda familiar dos adolescentes deste estudo, a menor renda foi associada também a menor coesão social na escola. Deste modo, desigualdade e capital social são complementares e não concorrentes 24, mesmo se tratando de questões empíricas.

A desigualdade de renda em uma comunidade pode gerar angústia emocional em seus adolescentes, interferindo em suas redes familiares e relações sociais 7. O estabelecimento de relações sociais se constituem na fonte do capital social e o menor capital social, sobretudo

considerando o período vulnerável da adolescência, pode contribuir para uma trajetória de vida com riscos para saúde física e mental 5.

O capital social acumulado, ao contrário, possibilita o alcance de determinados objetivos, e pode melhorar a eficiência da sociedade, por meio da confiança, normas e redes sociais 2, atraindo a credibilidade, que pode resultar em legitimidade, e um contrato social mais forte 25.

Este é o trabalho que se vislumbra pela frente. Entende-se o capital social como um recurso, para melhoria das condições de vida dos adolescentes, sobretudo os que ainda não recebem a atenção necessária das políticas públicas. Os resultados sugerem que é preciso olhar além dos problemas individuais dos adolescentes e enxergar seus relacionamentos e o contexto em que vivem como uma forma de transformar sua vulnerabilidade em benefícios. O município do estudo tem grande potencial para explorar o capital social dos adolescentes, considerado *maior* em aproximadamente, dois terços da amostra. Sugerimos para uma melhor compreensão dos nossos achados, novos estudos.

Reconhecemos que o estudo tem limitações, inicialmente por ser transversal, que enfraquece as associações e não permite inferir a determinação. Além disto, a menor amostra de estudantes de escola privada em relação aos estudantes de escola pública, também pode ter sido uma limitação, apesar de ser este o quadro nacional entre as escolas de ensino fundamental e médio no Brasil.

REFERÊNCIAS

- 1 Bourdieu P. The forms of Capital. In: Richardson JG, editors. Handbook of theory and research for the sociology of education. Nova Iorque: Greenwood; 1985. p. 241-58.
- 2 Putnam R. Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy. Princeton: Princeton University Press; 1993.
- 3 Fernandes, ASA. O capital social e a análise institucional e de políticas públicas. Rev. Adm. Pública. 2002 Mai/Jun; 36 (3): 375-398.
- 4 Novak D, Suzuki E, Kawachi I. Are family, neighbourhood and school social capital associated with higher self-rated health among Croatian high school students? A population-based study. *BMJ open*. 2015; 5 (6).
- 5 Jonsson F, Hammarström A, Gustafsson PE. Social capital across the life course and functional somatic symptoms in mid-adulthood. *Scand J Public Health*. 2014 Sep 9; 42(7):581–588.
- 6 Teixeira AKM. Trajetórias de vida e a cárie dentária em jovens no nordeste brasileiro: um estudo de coorte. 2015.
- 7 Vilhjalmsdottir A, Gardarsdottir RB, Bernburg JG, Sigfusdottir ID. Neighborhood income inequality, social capital and emotional distress among adolescents: A population-based study. *J. Adolesc*. 2016; 51:92-102.
- 8 Paiva PCP, Paiva HN, Filho PMO, Lamounier JA, Ferreira EF, Ferreira RC, Kawachi I, Zarzar PM. Development and validation of a social capital questionnaire for adolescent students (SCQ-AS). *PloS one*. 2014 Aug 5; 9(8).
- 9 Islam MK, Merlo J, Kawachi I, Lindström M, Gerdtham UG. Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review. *Int J Equity Health*. 2006 Apr 5; 5(1): 3.
- 10 Petrou S, Kupek E. Social capital and its relationship with measures of health status: evidence from the Health Survey for England 2003. *Health Econ*. 2008; 17(1): 127-143.
- 11 Fujisawa Y, Hamano T, Takegawa S. Social capital and perceived health in Japan: an ecological and multilevel analysis. *Soc Sci Med*. 2009; 69(4): 500-505.
- 12 Hurtado D, Kawachi I, Sudarsky J. Social capital and self-rated health in Colombia: the good, the bad and the ugly. *Soc Sci Med*. 2011; 72(4): 584-590.
- 13 Due P, Lynch J, Holstein B, Modvig J. Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations. *J Epidemiol Community Health*. 2003; 57(9): 692-698.

- 14 Hong, JS, Merrin GJ, Crosby S, Jozefowicz DMH, Lee, JM, Allen-Meares P. Individual and contextual factors associated with immigrant youth feeling unsafe in school: a social-ecological analysis. *J Immigr Minor Health*. 2016; 18(5): 996-1006.
- 15 Newman BM, Lohman BJ, Newman PR. Peer group membership and a sense of belonging: their relationship to adolescent behavior problems. *Adolesc* 2007;42:241–63.
- 16 Elbe AM, Wikman JM, Zheng M, Larsen MN, Nielsen G, Krstrup P. The importance of cohesion and enjoyment for the fitness improvement of 8–10-year-old children participating in a team and individual sport school-based physical activity intervention. *Eur J Sport Sci*. 2017; 17(3): 343-350.
- 17 Cuffe SP, McKeown RE, Addy CL, Garrison CZ. Family and psychosocial risk factors in a longitudinal epidemiological study of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005 Feb; 44(2): 121-129.
- 18 Higgins, SS. O capital social como infra-estrutura de iniciativas produtivas: estudo de caso de um projeto agroindustrial na Colômbia. [Tese]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil e Paris-Dauphine, França. 2008.
- 19 Vyncke V, De Clercq B, Stevens V, Costongs C, Barbareschi G, Jónsson S. H, Curvo SD, Kebza V, Currie C, Maes L. Does neighbourhood social capital aid in levelling the social gradient in the health and well-being of children and adolescents? A literature review. *BMC Public Health*. 2013 Jan 23; 13(1): 65.
- 20 Morrow, VM. ‘Dirty looks’ and ‘trampy places’ in young people's accounts of community and neighbourhood: Implications for health inequalities. *Crit Public Health*. 2000; 10(2): 141-152.
- 21 Ellison NB, Steinfield C, Lampe C. The benefits of Facebook “friends:” Social capital and college students’ use of online social network sites. *Journal of Computer-Mediated Communication*. 2007 Jul 1;12(4):1143-68.
- 22 Lin JH, Peng W, Kim M, Kim SY, LaRose R. Social networking and adjustments among international students. *new media & society*. 2012 May;14(3):421-40.
- 23 Lin JH. The role of attachment style in Facebook use and social capital: Evidence from university students and a national sample. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2015 Mar 1;18(3):173-80.
- 24 Pattussi MP, Moysés SJ, Junges JR, Sheiham A. Capital social e a agenda de pesquisa em epidemiologia. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(8): 1525-1546.
- 25 Baquero M. Construindo uma outra sociedade: o capital social na estruturação de uma cultura política participativa no Brasil. *Rev. Sociol. Polít*. 2003; 21: 83-108.

PARTE 3

6 CONSIDERAÇÕES SOBRE O MESTRADO E O ESTUDO DESENVOLVIDO

Esse estudo é o encerramento de uma etapa de grande aprendizado e ricas experiências que me instigaram a olhar para os adolescentes com vontade de compreender o que há por trás dessa fase intensa de mudanças, descobertas e sentimentos exacerbados. Não poderia ter escolhido melhor área, senão a saúde coletiva, para me provocar ainda mais interesse pelo social e suas repercussões na vida das pessoas. É um privilégio aprender na prática da pesquisa que estudar o ser humano é mais complexo do que parece e os resultados são surpreendentes.

Os achados do nosso estudo mostraram que o capital social dos adolescentes pode ser um recurso capaz de melhorar a vida dos adolescentes de Nova Lima porque encontrou sua associação com as condições de vida e também com a participação em atividades esportivas. Por isso, o desenvolvimento de políticas públicas para melhorar as condições de vida dos adolescentes pode tomar o caminho do investimento nas redes sociais e nos benefícios que elas podem proporcionar. Nosso estudo chama a atenção também para a necessidade de se olhar para os estudantes, sobretudo de escolas públicas, para os seus relacionamentos e para a relação de seus pais com a escola. Esses fatores podem amenizar a influência de fatores socioeconômicos na vida dos adolescentes e permitir que eles tenham um futuro melhor.

Nosso estudo contribui para a ciência por ampliar o conhecimento do capital social de adolescentes, que é ainda pouco estudado, e traz resultados relevantes sobre a necessidade de se explorar esse recurso com grande potencial de melhorar as condições de vida na adolescência.

ANEXO A**QUESTIONÁRIO DE CAPITAL SOCIAL PARA ADOLESCENTES ESCOLARES
(QCS-AE) Número _____****OBRIGADO (A) POR NOS AJUDAR EM NOSSO ESTUDO.**

Este estudo está sendo realizado para compreender melhor os problemas existentes na sua idade. Respondendo a estas questões, você nos ajudará a aprender mais sobre as experiências de pessoas jovens.

POR FAVOR, LEMBRE-SE:

- Isto não é uma prova e não existem respostas certas ou erradas.
- Marque a SUA resposta sem interferência dos colegas.
- Responda SINCERAMENTE o que você puder.
- Suas respostas são sigilosas, NINGUÉM irá vê-las;

INICIALMENTE, ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE VOCÊ:

Sexo: (0) Masculino (1) Feminino

Data de nascimento: ____/____/____

A SEGUIR, ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SEUS AMIGOS, SUA ESCOLA E SEUS VIZINHOS:**Coesão Social na Escola**

- 1) Os alunos da minha escola ficam juntos?
0 () Concordo
1 () Não tenho opinião, não sei.
2 () Discordo
- 2) “Eu sinto que pertencço a esta escola, como se ela fosse minha”.
0 () Concordo
1 () Não tenho opinião, não sei.
2 () Discordo
- 3) “Eu me sinto seguro nesta escola”
0 () Concordo
1 () Não tenho opinião, não sei.
2 () Discordo
- 4) “Meus pais se dão bem com meus professores”
0 () Concordo
1 () Não tenho opinião, não sei.
2 () Discordo

Rede de Amigos na Escola

- 5) “Os alunos da minha escola se divertem bem uns com os outros”
0 () Concordo
1 () Não tenho opinião, não sei.
2 () Discordo
- 6) “Eu confio nos meus amigos da escola”
0 () Concordo
1 () Não tenho opinião, não sei.
2 () Discordo
- 7) “Eu posso pedir ajuda aos meus amigos a escola”
0 () Concordo
1 () Não tenho opinião, não sei.
2 () Discordo

Coesão Social no Bairro/Vizinhança

- 8) “Eu confio nos vizinhos”
0 () Concordo
1 () Não tenho opinião, não sei.
2 () Discordo
- 9) “Eu posso contar com a ajuda dos meus vizinhos”
0 () Concordo
1 () Não tenho opinião, não sei.
2 () Discordo

Confiança / Escola e Bairro/Vizinhança

- 10) “Os professores da minha escola são solidários e nos dão apoio”
0 () Concordo
1 () Não tenho opinião, não sei.
2 () Discordo
- 11) “Os meus vizinhos tentariam tirar vantagens de mim”
0 () Concordo
1 () Não tenho opinião, não sei.
2 () Discordo
- 12) “Os colegas da escola tentariam tirar vantagens de mim”
0 () Concordo
1 () Não tenho opinião, não sei.
2 () Discordo

ANEXO B

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO DE MINAS GERAIS
SUBSECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO BÁSICA**

Ofício SEE/SB nº 167/ 2016

Belo Horizonte, 20 de maio de 2016

Senhora Diretora,

A Subsecretária de Desenvolvimento de Educação Básica encaminha Termo de Autorização para Stela Drumond de Menezes Rajão, aluna do mestrado em odontologia, da Universidade Federal de Minas Gerais, realizar o projeto de pesquisa: "O CAPITAL SOCIAL SOB A PERSPECTIVA DOS ADOLESCENTES ESCOLARES DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE, nas seguintes escolas dessa jurisdição: E.E. Deniz Vale, E.E. George Chalmers, E.E. João Felipe da Rocha, E.E. Josefina Wanderley Azevedo, E.E. Maria Josefina Sales Wardi, Escola Liceu Santa Maria Imaculada, Instituto Santa Terezinha Ensino Fundamental, Ceduc São Tomaz de Aquino, Instituto Cassio Magnani.

Augusta Aparecida Neves de Mendonça
Subsecretária de Desenvolvimento da Educação Básica

Ilma. Senhora,
Idalina Franco de Oliveira
Diretora da Superintendência Regional de Ensino Metropolitana A

ANEXO C

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Projeto: CAAE - 59855716.8.0000.5149

**Interessado(a): Profa. Efigenia Ferreira e Ferreira
Departamento de Odontologia social e Preventiva
Faculdade de Odontologia- UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 08 de fevereiro de 2017, o projeto de pesquisa intitulado “**O capital social sob a perspectiva dos adolescentes, escolares de um município da região metropolitana de Belo Horizonte**”, bem como:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Vivian Resende'.

Profa. Dra. Vivian Resende

Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO D

2017-6-4
ScholarOne Manuscripts
<https://mc04.manuscriptcentral.com/cscscielo>
1/2

Ciência & Saúde Coletiva

Submission Confirmation · Print

Thank you for your submission

Submitted to
Ciência & Saúde Coletiva
Manuscript ID
CSC20171405

Title

O CAPITAL SOCIAL ENTRE ADOLESCENTES ESCOLARES DE UM MUNICÍPIO DE BRASILEIRO

Authors

Rajão, Stela
Zarzar, Patricia Maria
Ferreira, Raquel
Ferreira, Efigenia

Date Submitted

04Jun2017

[Author Dashboard](#)

© Thomson Reuters | © ScholarOne, Inc., 2017. All Rights Reserved.
ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.
ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[· @ScholarOneNews](#) | [· System Requirements](#) | [· Privacy Statement](#) | [· Terms of Use](#)

[· Home](#)

[· Author](#)

[· Review](#)

[· Associate Editor Center](#)

201764

ScholarOne Manuscripts

<https://mc04.manuscriptcentral.com/cscscielo>

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL PARA OS PAIS

OBRIGADA POR NOS AJUDAR EM NOSSO ESTUDO.

Este estudo está sendo realizado para compreender melhor os problemas existentes na idade de seu (sua) filho (a). Respondendo a estas questões, você nos ajudará a aprender mais sobre as experiências de pessoas jovens.

POR FAVOR, LEMBRE-SE:

- Suas respostas são sigilosas, NINGUÉM irá vê-las nem saber o que você escreveu;

1. Nome do estudante: _____

2. Endereço completo: _____

3. Os pais vivem juntos? () sim () não

4, Dados do pai: O pai tem _____ anos. Estudou durante _____ anos. Atualmente seu trabalho é _____

5, Dados da mãe: A mãe tem _____ anos. Estudou durante _____ anos. Atualmente seu trabalho é _____

6. Quanto entra de dinheiro na casa desta família, por mês. (escolher uma resposta)

- () Nenhuma renda
- () Até um salário mínimo (até R\$ 880,00).
- () De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 880,01 até R\$ 2.640,00).
- () Mais de 3 salários mínimos (mais de R\$ 2.640,01).

7. De quais atividades EM GRUPO seu (sua) filho (a) participa? (pode marcar mais de uma resposta, se precisar)

- () Atividades esportivas como futebol, ginástica, dança;
- () Atividades artísticas como coral, banda de música, artesanato;
- () Atividades religiosas, como grupos de jovens;
- () Sai muito com amigos para passear
- () Outra atividade em grupo: _____
- () Não participa de atividades em grupo.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE PARA O QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL DOS PAIS

Título do projeto: O CAPITAL SOCIAL SOB A PERSPECTIVA DOS ADOLESCENTES, ESCOLARES DE UM MUNICÍPIO DE MINAS GERAIS

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), em uma pesquisa do curso de mestrado da Faculdade de Odontologia da UFMG. Após serem esclarecidas as informações a seguir, no caso de concordar em fazer parte do estudo, assine ao final deste documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável. Desde logo fica garantido o sigilo das informações. A pesquisa tem como objetivo avaliar o capital social dos adolescentes do município de Nova Lima, Minas Gerais. O capital social pode ser definido como o quanto somos rodeados por pessoas que nos dão apoio e com as quais sempre podemos contar. Pretende-se também entender o que na nossa vida pode influenciar ter mais ou menos deste capital. Se concordar em participar, você responderá a um questionário. Os resultados do estudo serão analisados e farão parte de um trabalho científico e poderão ser divulgados em revistas científicas. O seu nome não aparecerá em lugar nenhum. Você não será prejudicado caso não queira participar e não haverá qualquer tipo de custo ou recompensa. Se quiser mais informações sobre este trabalho, por favor, ligue ou fale pessoalmente com: Profa. Efigênia Ferreira e Ferreira, na Faculdade de Odontologia da UFMG, na Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha – tel.: (31)3409.2442 ou 3409.2441, e-mail: efigeniaf@gmail.com. Se tiver alguma dúvida sobre questões éticas do projeto, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, localizado na Av. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II - 2º andar – sala 2005 – campus Pampulha – Belo Horizonte – MG – CEP 31270-901, tel.: (31)3409.4592, e-mail: coep@prpq.ufmg.br.

Eu li e entendi as informações acima. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar desta pesquisa. **Fui informado de que os riscos da pesquisa são relacionados ao meu possível constrangimento ou desconforto com relação às questões formuladas e serão controlados por meio da garantia do sigilo e preservação da minha identidade. Além disso, tenho plena liberdade para recusar-me a participar do estudo ou posso retirar o meu consentimento, sem penalização alguma. Assinarei duas vias desse consentimento, uma ficará com o pesquisador e receberei uma via assinada.**

_____	_____	___/___/___
NOME DO RESPONSÁVEL	ASS. DO RESPONSÁVEL	DATA

EFIGÊNIA FERREIRA	_____	___/___/___
NOME DO COORDENADOR DA PESQUISA	ASS. DO COORDENADOR DA PESQUISA	DATA

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE PARA O QUESTIONÁRIO DE CAPITAL SOCIAL

Título do projeto: O CAPITAL SOCIAL SOB A PERSPECTIVA DOS ADOLESCENTES, ESCOLARES DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE

O (a) seu (sua) filho (a) está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), em uma pesquisa do curso de mestrado da Faculdade de Odontologia da UFMG. Após serem esclarecidas as informações a seguir, no caso de concordar que seu (sua) filho (a) faça parte do estudo, assine ao final deste documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável. Desde logo fica garantido o sigilo das informações. A pesquisa tem como objetivo avaliar o capital social dos adolescentes do município de Nova Lima, Minas Gerais. O capital social pode ser definido como o quanto somos rodeados por pessoas que nos dão apoio e com as quais sempre podemos contar. Pretende-se também entender o que na nossa vida pode influenciar ter mais ou menos deste capital. Se concordar com a participação do (a) seu (sua) filho (a), ele responderá a um questionário. Os resultados do estudo serão analisados e farão parte de um trabalho científico e poderão ser divulgados em revistas científicas. O nome do (a) seu (sua) filho (a) não aparecerá em lugar nenhum. A entrevista será realizada em uma sala de aula, após a finalização da aula. O (a) seu (sua) filho (a) não será prejudicado caso não queira participar e não haverá qualquer tipo de custo ou recompensa. Se quiser mais informações sobre este trabalho, por favor, ligue ou fale pessoalmente com: Profa. Efigênia Ferreira e Ferreira, na Faculdade de Odontologia da UFMG, na Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha – tel.: (31)3409.2442 ou 3409.2441, e-mail: efigeniaf@gmail.com. Se tiver alguma dúvida sobre questões éticas do projeto, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, localizado na Av. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II - 2º andar – sala 2005 – campus Pampulha – Belo Horizonte – MG – CEP 31270-901, tel.: (31)3409.4592, e-mail: coep@prpq.ufmg.br.

Eu li e entendi as informações acima. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para que meu (minha) filho (a) participe desta pesquisa **Fui informado de que os riscos da pesquisa são relacionados ao possível constrangimento ou desconforto de meu filho (a) com relação às questões formuladas e serão controlados por meio da garantia do sigilo e preservação da identidade dele (a). Além disso, ele (a) tem plena liberdade para recusar-se a participar do estudo ou posso retirar o meu consentimento, sem penalização alguma. Assinarei duas vias desse consentimento, uma ficará com o pesquisador e receberei uma via assinada.**

		//___
NOME DO PARTICIPANTE	ASS. DO RESPONSÁVEL	DATA
EFIGÊNIA FERREIRA		_/_/___
NOME DO COORDENADOR DA PESQUISA	ASS. DO COORDENADOR DA PESQUISA	DATA

APÊNDICE D

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TALE

Título do projeto: O CAPITAL SOCIAL SOB A PERSPECTIVA DOS ADOLESCENTES, ESCOLARES DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), em uma pesquisa do curso de mestrado da Faculdade de Odontologia da UFMG. **Após entender as informações a seguir, se aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento que está em duas vias.** Uma delas é sua e a outra do pesquisador responsável. **As suas respostas serão sigilosas e você não será identificado.** A pesquisa tem como objetivo avaliar o capital social dos adolescentes do município de Nova Lima, Minas Gerais. O capital social pode ser definido como o quanto somos rodeados por pessoas que nos dão apoio e com as quais sempre podemos contar. Pretende-se também entender o que na nossa vida pode influenciar ter mais ou menos deste capital. Se aceitar participar, responderá a um questionário. Os resultados do estudo serão analisados e farão parte de um trabalho científico e poderão ser divulgados em revistas científicas. Seu nome não aparecerá em lugar nenhum. A entrevista será realizada em uma sala de aula, após a finalização da aula. Você não será prejudicado caso não queira participar e não haverá qualquer tipo de custo ou recompensa. Se quiser mais informações sobre este trabalho, por favor, ligue ou fale pessoalmente com: Profa. Efigênia Ferreira e Ferreira, na Faculdade de Odontologia da UFMG, na Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha – tel.: (31)3409.2442 ou 3409.2441, e-mail: efigeniaf@gmail.com. Se tiver alguma dúvida sobre questões éticas do projeto, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, localizado na Av. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II - 2º andar – sala 2005 – campus Pampulha – Belo Horizonte – MG – CEP 31270-901, tel.: (31)3409.4592, e-mail: coep@prpq.ufmg.br.

Eu li e entendi as informações acima. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar desta pesquisa. **Fui informado de que os riscos da pesquisa são relacionados ao meu possível constrangimento ou desconforto com relação às questões formuladas e serão controlados por meio da garantia do sigilo e preservação da minha identidade. Além disso, tenho plena liberdade para recusar-me a participar do estudo ou posso retirar o meu consentimento, sem penalização alguma. Assinarei duas vias desse consentimento, uma ficará com o pesquisador e receberei uma via assinada.**

_____	_____	_/_/____
NOME DO PARTICIPANTE	ASS. DO PARTICIPANTE	DATA

EFIGÊNIA FERREIRA	_____	_/_/____
NOME DO COORDENADOR DA PESQUISA	ASS. DO COORDENADOR DA PESQUISA	DATA