

Universidade Federal de Juiz de Fora  
Núcleo de Assessoria Treinamentos e Estudos em Saúde  
Programa de Pós-Graduação  
Mestrado Profissional em Saúde da Família

Sebastião Alves de Souza Filho

**AVALIAÇÃO DO CAPITAL SOCIAL COMO ESTRATÉGIA DE RELAÇÕES  
HUMANAS PARA INTERVENÇÃO EM SAÚDE EM UMA COMUNIDADE  
ADSCRITA À EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Juiz de Fora

2019

Sebastião Alves de Souza Filho

**AVALIAÇÃO DO CAPITAL SOCIAL COMO ESTRATÉGIA DE RELAÇÕES  
HUMANAS PARA INTERVENÇÃO EM SAÚDE EM UMA COMUNIDADE  
ADSCRITA À EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família, Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde, Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Helena de Oliveira

Juiz de Fora

2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Souza Filho, Sebastião Alves de.

Avaliação do capital social como estratégia de relações humanas para intervenção em saúde em uma comunidade adscrita à equipe de saúde da família / Sebastião Alves de Souza Filho. -- 2019.

103 f.

Orientador: Helena de Oliveira

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2019.

1. Capital Social. 2. Estratégia de Saúde da Família (ESF). 3. Programa de Saúde da Família (PSF). 4. Empoderamento. I. Oliveira, Helena de, orient. II. Título.

Sebastião Alves de Souza Filho

**AVALIAÇÃO DO CAPITAL SOCIAL COMO ESTRATÉGIA DE RELAÇÕES  
HUMANAS PARA INTERVENÇÃO EM SAÚDE EM UMA COMUNIDADE  
ADSCRITA À EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde da Família, submetida ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado Profissional em Saúde da Família, Núcleo de Assessoria Treinamentos e Estudos em Saúde, Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

---

Dr<sup>a</sup>. Helena de Oliveira – Orientadora - UFJF  
(Orientadora)

---

Dr<sup>a</sup>. Carolina Marques Borges – (The College of New Jersey)

---

Dr. Luiz Cláudio Ribeiro - UFJF

A minha avó,  
Aos meus pais,  
Aos meus irmãos,  
A minha esposa,

Dedico.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por me fortalecer a cada dia em que precisei somar forças para aliar a vida pessoal à profissional, acadêmica e espiritual, impelindo-me à luta diária com os mais variados desafios, hoje transcritos na vitória de quem tem muito a agradecer.

À espiritualidade que me amparou nos momentos mais difíceis, quando tudo era noite e fez-se dia.

Aos professores e coordenadores do Mestrado PROFSAÚDE da Universidade Federal de Juiz de Fora/ NATES, pelas lições ministradas que foram fundamentais.

À professora Dra. Helena de Oliveira (UFJF), pela cuidadosa orientação acadêmica, pelo zelo em acompanhar os estudos que fundamentaram esta dissertação, desde as primeiras leituras ao momento da defesa, quando pudemos considerar os resultados positivos desta longa batalha.

À professora Dra. Carolina Marques Borges (The College of New Jersey) pelos estímulos, pelo cuidado e pela imensa espiritualidade com que tanto me estimulou a dar conta de preencher lacunas e reinventar motivos para prosseguir nessa empreitada que se tornou menos árdua com a sua presença tão forte, ainda que marcada por uma distância tão ampla.

A Dr. Luiz Cláudio Ribeiro (UFJF), por fazer parte da Banca de qualificação e defesa, pela valiosa contribuição à tabulação, transcrição, leitura e análise dos dados deste estudo, e por me ensinar que as críticas nos trazem crescimento e nos levam a encontrar respostas significativas para todas as questões.

À professora Dra. Estela Campos (UFJF), por confiar e me incentivar a prosseguir, num momento delicado e difícil.

Ao Prof. Dr. Márcio José Martins Alves (UFJF), por ter me incentivado desde a especialização em Saúde da Família a percorrer o bom caminho do conhecimento. Obrigado por sua ajuda e participação.

Ao professor Dr. Mathias Loch, pelas importantes palavras de incentivo e encorajamento. Obrigado por sua gentileza!

De modo muito especial, a minha professora das primeiras letras, Dalvina Maria Rezende que, com seu dom de encantar, preparou-me na alfabetização para galgar o primeiro degrau que me conduziria à realização desta jornada acadêmica.

Aos meus familiares, em especial aos meus pais e aos meus irmãos, que me ensinaram valores, persistência e fé e que sempre me fortaleceram com seu aconchego e com veementes orações, estimulando-me a caminhada. Com muito carinho, minha mais singela e calorosa gratidão a minha querida avó que partiu antes mesmo de me ver concluir este almejado título que ora alcanço e a ela dedico.

A minha esposa Meyre, companheira, nas longas horas de dedicação aos estudos, nas madrugadas percorridas e finais de semanas e feriados dedicados à pesquisa.

Aos pesquisadores que se preparam nas pesquisas sob o tema Capital Social e Promoção à Saúde, cujos estudos foram tão importantes para embasar o referencial teórico desta pesquisa. Minha admiração.

A minha equipe de trabalho que sempre me cercou de carinho, compreensão, amizade e doação, para que a nossa missão, os nossos deveres e os nossos serviços sempre fossem e sejam concluídos com a máxima dedicação possível.

Aos pesquisadores de campo – Caio, Fábio, Leonardo, Paulo e Vinícius – que se prepararam para aplicar o Questionário – Instrumento de investigação desta pesquisa – dedicando-se ao máximo para realizarem uma coleta de dados precisa, válida, fidedigna e útil à produtividade desta investigação. Os esforços de vocês foram essenciais!

A cada um participante que abriu a porta do seu lar e gentilmente recebeu os nossos monitores, por ocasião da coleta de dados.

Ao secretário do mestrado profissional, Aloísio, por suas orientações e paciência.

À equipe da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), pelo apoio e pela confiança em mim depositados.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para que este estudo fosse conduzido e concluído com êxito, representados por Danielle Bandeira e Ana Lúcia Lima Guedes, o meu obrigado.

Aos amigos queridos que se furtaram à minha presença em vários momentos de convivência salutar. Trago todos em meu coração. Caminhar é preciso...

*“Quando cria harmonia em si próprio, o ser humano provoca harmonia nas coisas a sua volta. A questão é perceber que estamos em rede, que tudo está conectado e que uma atitude benéfica transforma o entorno”. (Monja Coen)*



## RESUMO

Há quase 20 anos a Equipe de Saúde da Família (ESF) de número 56, atua em uma Unidade Básica de Saúde, no bairro Filgueiras (UBS-JF-MG), visando melhorar as condições sociais e de saúde da comunidade que a compõe. Neste estudo, questionou-se se a baixa participação social, identificada de modo empírico, seria uma das causas de não se alcançar êxito no referido propósito. A mensuração do Capital Social surgiu como meio eficaz para subsidiar essa análise, por refletir a capacidade de uma comunidade ter acesso aos meios e aos bens que melhorem a sua saúde, por meio das relações interpessoais estabelecidas. Sendo assim, o objetivo primeiro deste estudo foi realizar um diagnóstico do Capital Social (CS) da população adscrita à referida ESF, em suas diferentes microáreas. Especificamente, avaliaram-se as seis dimensões do capital social na comunidade: grupos/redes; confiança/solidariedade; ação coletiva/cooperação; informação/comunicação; coesão/inclusão social; autoridade/ação política. O estudo contou com 384 participantes, consolidando uma amostra representativa, inquirida por meio do QI-MCS (Questionário Integrado para Medir Capital Social). A partir dos dados coletados, foram produzidos resumos estatísticos descritivos do consolidado e das seis dimensões, além de comparações entre as microáreas, utilizando-se testes estatísticos indicados, com nível de significância de 5%. Nos resultados sociodemográficos destacou-se participação feminina (69%), faixa etária 21-59 anos (73,2%), escolaridade predominante fundamental (62,7%), e apenas 9,1% superior. Nas Redes e Grupos, predominou grupo familiar (74,5%) determinando CS estrutural inadequado, formado por redes de laços fortes, restrito ao ambiente, sem CS de ponte e de ligação. Há desconfiança no ambiente comunitário local, quanto a dirigentes políticos (96,7%), constatou-se baixa participação social e imobilização na busca por recursos na esfera pública, ausência de mobilidade social, de benefícios à saúde e participação comunitária, portanto baixa qualidade de vida. A fonte de informação comunitária se restringe à família (49%), a TV (50,8%) e Internet (41,8%). Há apenas 30,5% de socialização em companhia e convivência mútua, com troca saudável de opiniões e visões de mundo. Concluiu-se ser viável a intervenção da referida equipe (ESF/56) para se promover maior participação social e soluções diversificadas para os problemas coletivos e para ampliação do CS adequado.

**Palavras-Chave:** Capital Social (CS); Estratégia de Saúde da Família (ESF); Programa de Saúde da Família (PSF); Atenção Primária à Saúde (APS); Empoderamento.

## ABSTRACT

For almost 20 years, the Family Health Team (ESF), number 56, works in a Basic Health Unit in the Filgueiras neighborhood (UBS-JF-MG), aiming to improve the social and health conditions of the community that compose it. In this study, it was questioned if the low social participation, empirically identified, would be one of the causes of not achieving success in this purpose. Measurement of Social Capital has emerged as an effective means to support this analysis, since it reflects the capacity of a community to have access to the means and assets that improve its health, through established interpersonal relationships. Therefore, the first objective of this study was to carry out a diagnosis of the Social Capital (SC) of the population assigned to the FHS, in its different micro areas. Specifically, the six dimensions of social capital in the community were evaluated: groups / networks; trust / solidarity; collective action / cooperation; information / communication; social cohesion / inclusion; authority / political action. The study had 384 participants, consolidating a representative sample, surveyed through the QI-MCS (Integrated Questionnaire to Measure Social Capital). Based on the data collected, descriptive statistical summaries of the consolidated and six dimensions were produced, as well as comparisons among the micro areas, using statistical tests indicated, with a significance level of 5%. In the sociodemographic results, female participation (69%), age group 21-59 years (73.2%), predominant fundamental schooling (62.7%), and only 9.1% were highlighted. In the Networks and Groups, the family group (74.5%) predominated, determining inadequate structural CS, formed by networks of strong ties, restricted to the environment, without bridge and connection CS. There is distrust in the local community environment, as for political leaders (96.7%), there was low social participation and immobilization in the search for resources in the public sphere, lack of social mobility, health benefits and community participation, of life. The source of community information is restricted to the family (49%), TV (50.8%) and Internet (41.8%). There is only 30.5% of socialization in company and mutual coexistence, with a healthy exchange of opinions and world views. It was concluded that the intervention of the said team (ESF / 56) was feasible to promote greater social participation and diversified solutions to the problems and for the expansion of the appropriate SC.

**Key words:** Social Capital (CS); Family Health Strategy (FHS); Family Health Program (PSF); Primary Health Care (PHC); Empowerment.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 4.1:	Pontuação atribuída às questões do QI-MCS para classificação do Capital Social.....	51
Figura 5.1:	Média $\pm$ desvio-padrão das seis dimensões do Questionário Integrado para medir Capital Social (QI-MCS) e do compósito de Capital Social da Microrregião 56 do ESF.....	54

## LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1:	Características sociodemográficas da amostra (n=384).....	53
Tabela 5.2:	Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas às questões do Questionário Integrado para medir Capital Social (QI-MCS), referentes à dimensão Grupos e Redes (n = 384).....	55
Tabela 5.3:	Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas às questões do Questionário Integrado para medir Capital Social (QI-MCS), referentes a dimensão Confiança e Solidariedade (n = 384).....	56
Tabela 5.4:	Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas às questões do Questionário Integrado para medir Capital Social (QI-MCS), referentes a dimensão Ação coletiva e Cooperação (n = 384).....	57
Tabela 5.5:	Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas às questões do Questionário Integrado para medir Capital Social (QI-MCS), referentes a dimensão Informação e Comunicação (n = 384).....	58
Tabela 5.6:	Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas às questões do Questionário Integrado para medir Capital Social (QI-MCS), referentes à dimensão Coesão e Inclusão Social (n = 384).....	59
Tabela 5.7:	Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas às questões do Questionário Integrado para medir Capital Social (QI-MCS), referentes a dimensão Autoridade e Ação política (n = 384).....	60
Tabela 5.8	Frequência relativa (%) das respostas às questões do Questionário Integrado para medir Capital Social (QI-MCS) classificadas como Capital Social Adequado (n = 384) nas diferentes Microáreas.....	61

Tabela 5.9	Média $\pm$ desvio-padrão das seis dimensões do Questionário Integrado para medir Capital Social (QI-MCS) e do compósito de Capital Social nas diferentes Microáreas.....	63
------------	---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária a Saúde

CS – Capital Social

CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

ESF – Equipe de Saúde da Família

ESF 55 – Filgueiras - Estratégia da Saúde da Família - Filgueiras

ESF 56 – Vale dos Sonhos - Estratégia da Saúde da Família Vale dos Sonhos

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

OECD – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PDAPS – Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PPV – Pesquisa de Padrão de Vida

PSF – Programa Saúde da Família

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

QI-MCS - Questionário Integrado para medir Capital Social

SAPS - Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UAPS – Unidade de Atenção Primária à Saúde

UBS – Unidade de Atenção Primária à Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	21
2.1 PARTICIPAÇÃO POPULAR E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	21
2.2 CAPITAL SOCIAL: ORIGENS E CLASSIFICAÇÕES .....	23
2.3 CONSEQUÊNCIAS DO CAPITAL SOCIAL: ALGUNS EXEMPLOS .....	30
<b>2.3.1 Positivas</b> .....	30
<b>2.3.2 Negativas</b> .....	32
2.4 CAPITAL SOCIAL COMO CIVISMO.....	34
2.5 CAPITAL SOCIAL / REDES SOCIAIS .....	35
2.6 CAPITAL SOCIAL E PROMOÇÃO À SAÚDE.....	38
2.7 CAPITAL SOCIAL E EMPODERAMENTO .....	41
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	48
3.1 OBJETIVO PRIMÁRIO.....	48
3.2 OBJETIVO SECUNDÁRIO .....	48
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	49
4.1 O ESTUDO PROPOSTO E A AMOSTRA.....	49
4.2 DESCRIÇÃO DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	49
4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	50
<b>5 RESULTADOS</b> .....	53
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	64
<b>7. CONCLUSÃO</b> .....	77
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	82
<b>ANEXOS</b> .....	90
<b>ANEXO A</b> .....	90
<b>ANEXO B</b> .....	91
<b>ANEXO C</b> .....	95
<b>ANEXO D</b> .....	100

## 1 INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em nível nacional em 1994 e depois transformado em Estratégia (ESF), com o objetivo de melhorar os indicadores de saúde, fazendo frente às baixas condições sociais. Para isso, deveria assegurar a universalidade da assistência, a equidade no acesso e a integralidade das ações oferecidas, além de estimular o seu público a participar das tomadas de decisões, junto à gestão municipal da saúde (SALDANHA, 2003).

Diagnóstico realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), com critérios descritos no Mapa da Fome, listou as comunidades de maior vulnerabilidade social, e as elegeu para receber as primeiras equipes do Programa. Assim, foi escolhido o território da UBS Filgueiras, com sua primeira equipe implantada em 2000 (Cf. SALDANHA, 2003).

A UBS de Filgueiras é parte da rede de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) de Juiz de Fora. Essa rede é constituída por 63 (sessenta e três) Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídas nas 7 (sete) regiões administrativas e em 12 (doze) regiões sanitárias. Nessas UBS, existem 89 (oitenta e nove) equipes da ESF e outras 24 (vinte e quatro) do Modelo Tradicional de Assistência. A cobertura total dos serviços e ações na APS (ESF + Tradicionais) é de 81% da população. A cobertura pela ESF corresponde a 51%, restando 49% da população descoberta por ações e serviços dessa Estratégia. (Juiz de Fora, PDAPS, 2014).

Filgueiras-JF, onde está localizada a referida UBS, situa-se a 18,5 km do centro de Juiz de Fora. Anteriormente, pertencia ao município de Chácara e, dada a frequente utilização dos serviços administrativos públicos de Juiz de Fora, foi anexada à comarca em 1997. Esta UBS foi inaugurada em outubro de 2000, tendo como território adscrito os Bairros Filgueiras, Vila dos Sonhos e Granjas Triunfo. A população estimada pelo IBGE (2014) é de 4.463 hab. A infraestrutura é precária, sendo as condições de saneamento, incluindo-se os serviços de oferta de água e coleta de esgoto, muito aquém do esperado. Há consumo de água não filtrada e maior contaminação em épocas de chuva. O espaço físico do território adscrito mantém características rurais.



É deficitário em área de lazer e recursos institucionais, com crescentes índices de violência e drogadicção. Escassez de transporte público prejudica o acesso à Unidade Básica e ao transporte sanitário (Diagnóstico Situacional ESF56). A participação popular no Conselho de Saúde é mínima. Baixo nível de escolaridade e desemprego instauram outros reflexos negativos na comunidade.

Passados quase 20 anos dessa implantação no local, é possível detectar uma mudança positiva de indicadores de saúde, principalmente, com diminuição da mortalidade materno-infantil<sup>1</sup>. No entanto, alguns indicadores tais como gravidez na adolescência, drogadicção e sofrimento mental, entre outros, vêm aumentando a prevalência<sup>1</sup>.

Alguns autores (ao estudarem a situação de saúde de comunidades pobres), observam comportamentos de inércia, estagnação e ausência de participação social. Verifica-se, também, que, embora o SUS recomende e incentive a participação da população na gestão e no controle do Sistema, essa atuação tem sido um imenso desafio. Os “sujeitos coletivos” parecem estar ausentes, ou adormecidos, longe do cenário de luta por melhorias das condições de saúde, visto que não se organizam para expor necessidades de conhecer as demandas coletivas, ausentam-se de reuniões, de cursos, de campanhas educativas e de saúde e mal se manifestam sobre a qualidade de serviços prestados; e se o fazem isso ocorre de forma individual ou isolada, muitas vezes longe dos ricos debates, encontros e congressos.

Esses fatos trazem à cena a negligência com o compromisso em favor do coletivo, quanto à importância de envolver a participação popular e realizar o controle social como estratégias prioritárias para adequar os serviços públicos de saúde oferecidos – via ESF – às necessidades da população cadastrada para receber esses benefícios. O contraponto a esse contexto deve ser compreendido a partir da importante escuta, via diálogo e importante debate entre os membros da equipe com membros dessa comunidade, no sentido de melhor compreender essas necessidades.

---

<sup>1</sup> Estes dados podem ser comprovados pelos prontuários dos pacientes sob cuidados do pesquisador que conduz esta pesquisa e atua por cerca de duas décadas na ESF da referida comunidade.

Mediante o conhecimento da literatura que coaduna propostas e fazeres para as equipes de ESF, motivado pelas várias restrições presentes nessa comunidade, especialmente a incompletude na evolução dos indicadores de saúde, e a constatação dos desafios da Participação Social no SUS, algumas perguntas inquietantes serviram de norteadores dessa pesquisa.

A mais emergente se relaciona ao diálogo estabelecido entre a comunidade e o SUS, com base nas estratégias da ESF:

Em que medida o envolvimento dos profissionais com a comunidade, as ações coletivas de promoção e prevenção à saúde, os cuidados nos ciclos de vida, contribuem – ou não – para a formação de cidadãos ativos, empoderados de si, capazes de reivindicar seus direitos e entender a corresponsabilidade pela qualidade dos serviços de saúde prestados?

Por outro lado, independente do SUS, poderiam os próprios moradores, ajudados por seus pares, construir melhorias sociais e de saúde favoráveis à comunidade e consolidar a participação social comunitária? Ainda, e notadamente, como as relações e interações entre eles se estabelecem – ou não - enquanto grupos e redes colaborativas em direção ao bem comum, à saúde de todos?

Ter o bem coletivo como valor, e nessas bases construir as relações interpessoais, supõe um grau avançado de democracia, cultura cívica e participação popular. Nesse aspecto, muitas são as comunidades, de periferias de médias e grandes cidades brasileiras, pouco afeitas ao bem coletivo como valor, marcadas que foram por séculos de clientelismo, personalismo e patrimonialismo (BAQUERO, 2003). Considera-se que sem participação social, sem empoderamento psicológico, econômico e sociocultural, alguns indicadores de saúde não se modificam e a situação de saúde tenderá a permanecer frágil e vulnerável ao ambiente social.

No Capital Social, encontra-se uma ferramenta fértil e útil para tratar essas questões. Muitos benefícios, materiais e simbólicos, adquiridos por pessoas ou grupos, decorrem das relações interpessoais estabelecidas, independentemente da atuação das instituições, visto que a coesão, a conexão e os laços fracos, para muito além de uniões familiares restritas, ampliam e fortalecem o CS comunitário. Dentre estes, emprego, alimentos, medicamentos, dinheiro, cuidado com crianças, exames laboratoriais, roupas e informações são alguns dos recursos potenciais ou efetivos que podem ser acessados pelos participantes dessas relações, conforme mostrado em Portes (2000b).

Entretanto, há um dissenso entre os autores, no que diz respeito à possibilidade de estimular a criação de Capital Social partindo somente das ações das instituições e governo ou da própria sociedade (Putnam, *apud* PORTES, 2000). Nesse sentido, Fernandes (2001) apoia-se nos estudos de Putnam em que o autor afirma que a preparação de políticas públicas pode ser conduzida tanto para criar quanto para destruir o capital social, de modo que “o governo pode ser o problema ou a solução. Muitos dos mais criativos investimentos em capital social na história da América foram resultado direto de política de governo” (Putnam, 2000, p. 413). Por certo, não se há de prescindir da atuação do governo na produção de capital social, especialmente em contextos sociais com crescentes déficits de cidadania. No tocante à questão da mudança e desempenho institucional, constata-se que a existência de capital social pode aumentar o desempenho das instituições, tornando-as mais eficientes e responsáveis.

Na realidade, ou no contexto deste estudo, por exemplo, em que as políticas públicas se presentificam muito aquém do esperado (visto não haver nem mesmo material e insumos para os atendimentos de urgência e emergência), não se pode negar, entretanto, que há atuação dos agentes sociais engajados na promoção à saúde, na escuta, na advocacia pela necessidade dos pacientes, na inserção desses usuários nas redes assistenciais de saúde, entre outras formas de compreensão simbólica e de solidariedade entre os pares.

De certo modo, não é realizada aquisição de contribuições potenciais por meio de ofertas ou bens materiais, por parte de terceiros ou de associações e ONGs. Mas vale repetir que a comunidade envolvida nesta pesquisa conta, no sentido da participação ativa, com o pesquisador e sua equipe, atuantes na área da saúde, visando promover a saúde integrativa e holística. Além disso, esta ESF conta, também, com doações materiais, sempre no sentido de ampliar os estoques de equipamentos (aparelhos de pressão, insumos para controle de glicemia), materiais de reabilitação (materiais para curativos, pomadas, fraudas, sondas etc.), reparos estruturais (pintura, serviços de pedreiro, bombeiro, hidráulica etc.).

Alguns acreditam que esse trabalho integrado, colaborativo e solidário que precisa ser muito estimulado para fortalecer o CS dos copartícipes e dos usuários, seja apenas resultado de processos históricos, fortemente condicionados. No entanto, os usuários estão predispostos a uma série de vulnerabilidades que uma instituição de saúde, por si só e com atendimento emergencial, jamais resolveria.

Tangenciando esse sentido de 'agir', importantes estudiosos (Bourdieu, 1980; Coleman, 1988, *apud* FIALHO, 2016), por sua vez, recomendam, inclusive, estratégias institucionais que possam fortalecer o Capital Social, tais como problematizar a questão da capacidade individual ou grupal de estabelecer relações interpessoais úteis e, a partir daí, envolver a comunidade em ações voltadas para o bem coletivo. Portes (2000) e Kleba e Wendausen (2009) representam também alguns dos estudiosos que propõem alternativas para promovê-lo, coletivamente: elementos de promoção da saúde e da educação, trabalhados de forma ampliada e integrada, promoveriam a transformação, convergindo para a ampliação do CS.

Seguindo a linha dos últimos autores, conhecer alguns traços da vida social desta comunidade, à luz do Capital Social, pode contribuir para melhor desempenho da equipe de Saúde da Família local, fortalecimento desse CS e maior impacto nas variáveis que interferem na saúde e no tratamento das doenças nessa população.

Muitos desses conceitos, entre vários outros discutidos e considerados na proposta de investigação QIMC de Grootaert, et al. (2003) constituíram a base metodológica e conceitual de CS nesta pesquisa.

Após realizar os estudos de revisão bibliográfica e refletir a vivência como pesquisador, ao observar o fenômeno do Capital Social, compreendo que se trata de um produto advindo da subjetividade, ao compartilhar conhecimento e saberes adquiridos também no cotidiano da vida, que vão desde a partilha de um simples pão à doação-distribuição de ofertas mais especializadas. Esses donativos passam pelo acesso consciente a bens e serviços, pela ajuda mútua nos afazeres domésticos e na vida comunitária, tendo como clímax a solidariedade que instiga tornar melhores, por meio do ser e do fazer, a si próprio e o entorno, participando e auxiliando no fortalecimento de todo o grupo e da comunidade.

É essa coesão ou conexão sociocultural que há de fecundar as condições de enfrentamento das adversidades coletivas e permitirá beneficiar o núcleo familiar, ampliando-o num crescente fazer, junto ao grupo em convívio na Igreja, na escola, no trabalho, na saúde e na busca de cultura de Paz, propiciando felicidade e crescimento comunitário coletivo.

Dissensos ou visões cruzadas na extensa busca presente na literatura pertinente ao CS e mesmo nos resultados das pesquisas constituem os prós e contras.

Tais embates levaram Putnam (2000: 413) a afirmar, ao analisar o caso americano, que: “O papel das instituições locais e nacionais em restaurar a comunidade americana necessitam ser complementares; nenhum deles sozinho pode resolver o problema. Outro falso debate é se o governo é o problema ou a solução. A resposta acurada, julgando o registro histórico é que ambos são importantes.”

Por toda essa relevância, este estudo foi conduzido, após ter sido o projeto aprovado junto ao Comitê de Ética de Pesquisa em Humanos, sob o número 2.761.272.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 PARTICIPAÇÃO POPULAR E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS – BRASIL, 2013) brasileiro, originado do movimento de redemocratização do país, e criado a partir da Constituição de 1988, reforça a necessidade de participação efetiva de todos os cidadãos para o planejamento, a organização, operação e o controle desse sistema, de forma a garantir o acesso universal à saúde para toda a população. Essa Participação Social é garantida pela Constituição Federal e por leis complementares, e deve se fazer presente em todos os níveis de governo, por meio da representação popular nos Conselhos e Conferências de Saúde (ROLIM et al., 2013). É importante assinalar que o SUS constituiu a primeira política pública no Brasil que adotou constitucionalmente a participação popular como um de seus princípios, fato que reforça o valor oferecido a essa participação (BARBOSA, 2009).

Os membros desses Conselhos e Conferências são em grande parte eleitos pela população – nas diretrizes da democracia representativa vigente – e são o canal mais importante para que os brasileiros possam, não só mostrar suas necessidades de saúde, como também as discutir, formular estratégias de melhora, fiscalizar e avaliar as ações executadas. (BRASIL, 1990 – Lei n. 8.142).

Por um lado, hoje, 30 anos após a criação do SUS, é inegável a melhoria dos principais indicadores de saúde da população brasileira, mostrando que muitas necessidades de saúde foram identificadas, problematizadas e atendidas. Por outro, 30 anos após a promulgação da Constituição, que retomou a democracia e regulamentou o SUS, questiona-se, fortemente, a “representatividade” real desses Conselhos e Conferências e, com isso, a própria essência da Participação Social (COELHO, 2012; ROLIM, 2013; 2014; DURÁN e GERSCHMAN, 2014; FARIAS FILHO et al., 2014).

Indaga-se: serão obtidos resultados nos indicadores de saúde ocorridos apenas por atuação vertical e centralizada do governo federal? Os Conselhos e Conferências constituem uma versão madura da Democracia, ou os representantes, “uma vez eleitos, fazem prevalecer sua vontade particular em detrimento da

comunidade, em um sentido amplo”? (BAQUERO, 2003). Há negociação forte e verdadeira, estabelecida entre a população e essas instâncias decisórias? As pessoas participam efetivamente dessa fração da vida pública? Há confiança dos cidadãos em seus representantes para fazer valer seus direitos à saúde? (COELHO, 2012; ROLIM, 2013; 2014; DURÁN e GERSCHMAN, 2014; FARIAS FILHO et al., 2014).

Alguns autores respondem negativamente às três últimas questões (COELHO, 2012; ROLIM, 2013; 2014; DURÁN e GERSCHMAN, 2014; FARIAS FILHO et al., 2014). Amparados por séculos de colonialismo, clientelismo e paternalismo, desconectados das bases populares que os elegeram, os membros dos Conselhos e Conferências de Saúde parecem trazer à cena mais os interesses particulares ou de grupos que os interesses gerais ou coletivos. A população, também herdeira desses “ismos”, traduz-se em cidadãos passivos, com pouca ou nenhuma participação na vida da comunidade, silenciosos e voltados apenas para as questões individuais. (BAQUERO, 2003; EICHNER e FONTES, 2004). E o SUS, nos vários níveis de governo – inclusive através das equipes da ESF – vem servindo mais como elemento desagregador que formador de participação popular efetiva. (EICHNER e FONTES, 2004).

Bastos et al. (2009), orientados pelo pensamento de Putnam (2005), apontam que a participação popular na discussão e reivindicação de seus direitos se relaciona positivamente à competência de os governos atenderem a essas demandas. Apontam, inclusive, que as organizações sociais são necessárias ao bom desempenho das instituições políticas. Acompanhados por Duque (2013), enfatizam ser o fortalecimento de alguns princípios basilares de convivência na população, especialmente solidariedade, confiança interpessoal, integração social e compromisso cívico, a forma mais elementar de promover a transformação socioeconômica – e de saúde – de uma comunidade.

Nesse contexto, invariavelmente, situa-se a necessidade do "controle social" a partir de um dos princípios do SUS, ou seja, a capacidade que a sociedade organizada tem de interagir com o Estado para o estabelecimento de seus interesses e de suas necessidades, o que se dá através dos conselhos e das conferências de saúde, embasados em uma legislação infraconstitucional dentro de uma prática mais ampla de democratização e de descentralização do Estado, buscando quebrar uma tradição autoritária e clientelística, ligada à formação de um Estado patrimonialista. Todavia, esse "controle social" apresenta limites pela forma de configuração das relações entre Estado e Sociedade no Brasil ao longo de seu processo histórico de conformação em que a preponderância daquele, pela ausência de capital social, retardou a dinamização e a organização desta em certo sentido. (BASTOS et al., 2009)

Talvez o estímulo à constituição de redes colaborativas e de capital social público possa ser um primeiro passo para uma participação social legítima no SUS, voltada para a coletividade, verdadeiramente democrática.

## 2.2 CAPITAL SOCIAL: ORIGENS E CLASSIFICAÇÕES

O debate epistemológico e metodológico em torno do Capital Social ainda é atual e, apesar de ter inspirado várias pesquisas, seu conceito nem sempre é claro, ou único. É fundamental reconhecer que o Capital Social possui uma natureza multidimensional, visto que aborda vários aspectos da vida em sociedade.

Bourdieu (1980) parece ter sido o primeiro estudioso a explorar, de forma sistemática, esse conceito, compreendendo-o como “o agregado dos recursos efetivos ou potenciais, ligado à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas de conhecimento ou reconhecimento mútuo.” (BOURDIEAU, 1986, p. 248). Sustenta, portanto, a capacidade de os atores garantirem benefícios próprios em virtude da pertença a redes sociais ou a outras estruturas sociais - definição geral aceita pela maioria dos estudiosos (PORTES, 2000; GROOTAERT et al, 2003; EICHNER e FONTES, 2004; SOUSA, 2009; BONAMINO et al., 2010; AMARAL, 2012; KAUFMAN, 2012).

São dois os elementos que compõem o CS: a) a relação social que admite que os indivíduos reclamem o acesso a recursos na posse dos membros do grupo; e b) a quantidade e a qualidade desses recursos (Bourdieu, *apud* PORTES, 2000).

Em função desses dois elementos, algumas classificações foram e são possíveis.



Robert D. Putnam (1995, p. 664) afirma que o “capital social engloba características de redes, vida sociais, normas (incluindo reciprocidade) e confiança – que habilitam os participantes a agirem juntos mais efetivamente”, ainda que o perceba como um bem tanto individual quanto – principalmente – coletivo. Nesse sentido de coletividade – mais especificamente, redes – encontra-se o ambiente favorável à geração de capital social, definido pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OECD (2001, p. 41) como “redes conjuntas com normas compartilhadas, valores e entendimentos que facilitam a cooperação dentro ou entre grupos”.

Vale aqui ressaltar a contiguidade ou equivalência entre CS e redes, uma vez que é através das relações que se estabelecem, interna e externamente, através do capital social pertencente a cada pessoa, que é gerado o seu próprio capital social incorporado, agregado, e se estabelecem novas redes de relacionamentos, integradas com diversas esferas que as cercam, podendo contribuir e receber contribuição (informação) para a ampliação desta rede. (NASCIMENTO et al., 2017)

A Relação social pode ser classificada de acordo com: (a) o número potencial de relações de ajuda; (b) a extensão de ajuda (Flap, 1995, *apud* EICHNER e FONTES, 2004); ou de acordo com (c) a “direção” – dirigida a alguém, a um grupo ou a uma instituição – e (d) a “força” (AMARAL, 2012). É nomeada por alguns autores como relacional. Nascimento et al. (2017 – vide adiante) descreve separadamente as dimensões relacional e social, não no âmbito estrito da relação social, mas do CS. Isso sugere que as descrições de relação social e capital social chegam a se fundir na concepção de alguns autores. Contudo, é imperativo compreender (cf. Flap *apud* EICHNER e FONTES) que o capital social é que pode prescindir da relação social.

O grau de conectividade que une os indivíduos no CS, ou seja, a relação social, no entanto, recebe outra classificação, e pode ser considerada sinônimo da (b) “extensão da ajuda” e de (d) “força” (AMARAL, 2012) e da (Flap 1995, *apud* EICHNER e FONTES, 2004). Esse grau de conectividade pode assumir duas características: os laços fortes (ou redes densas) e os laços fracos (ou redes abertas). Os primeiros estão presentes nas relações familiares e de vizinhança; os últimos na esfera pública mais ampla.

As relações interpessoais podem ser classificadas, ainda, segundo o (e) tipo de rede: informal (vizinhos, grupos recreativos, religiosos etc.) ou formal (cívicas, ONGs, partidos políticos, SUS etc.).

Também, de acordo com a composição:

Uma rede social típica inclui: uma área de parentes (a pessoa, o cônjuge, a família nuclear e um grupo extensivo de parentes); uma área de conhecidos e amigos (pessoas conhecidas, amigos, vizinhos e colegas de trabalho); e uma área de serviços de apoio (funcionários, membros da igreja, trabalhadores sociais, trabalhadores de saúde, movimentos sociais e organizações comunitárias). (MENDES, 2012, p. 751).

Ou, ainda, retomando Bourdieu (1980), segundo (f) a motivação para estabelecer essas relações, estas podem ser instrumentais ou altruístas. As primeiras abalizam um objetivo específico, relacionado aos recursos disponibilizados; enquanto a segunda provém do simples desejo de encontrar com outros, de estar juntos e atuar juntos, de conversar e compartilhar, de ser parte de um grupo, da identificação de uns com os outros, de relações horizontais de reciprocidade e cooperação (*apud* PORTES, 2000).

Segundo Flap (1995, *apud* EICHNER e FONTES, 2004), é a relação que define o CS, e não os recursos originários do estoque de capital social. Os recursos ('capital'), portanto, são sempre 'sociais', por serem acessíveis apenas dentro e por meio das relações já citadas.

Estes recursos podem ser, segundo Bourdieu, (a) materiais ou (b) simbólicos (BONAMINO et al., 2010).

Sousa (2009) esclarece que os materiais são aqueles representados pelos objetos da realidade (bens tangíveis: imóveis, dinheiro, terras, bens em geral); já os simbólicos são os intangíveis, representados por normas, costumes, cultura e conhecimento.

Embora não seja um estudioso do Capital Social, Mendes (2012) vai em direção às redes sociais, referidas por Lin como contexto de criação de capital social (2001, p. 24, *apud* SOUSA, 2009). Ele classifica os recursos acessados, por meio das redes, em quatro (quatro) categorias: (a) instrumentais: dinheiro, emprego, prestação de serviços; (b) emocionais: apoio, amor, confiança, cuidado; (c) informacionais: conselhos, sugestões, informações que uma pessoa pode utilizar para solucionar seu problema; e (d) avaliativas: provisão de informações que podem

ser úteis na autoavaliação como, por exemplo, críticas construtivas (MENDES, 2012, p. 751). Enfatiza-se, pois, uma correspondência entre, de um lado, os (a) recursos materiais e instrumentais e, de outro os (b) simbólicos e emocionais, informacionais e avaliativos.

Quanto ao mecanismo que possibilita, via relações interpessoais, o acesso a Recursos, este se dá, segundo Kaufman (2012), pela diversidade de vetores resultantes das negociações, dentro da dinâmica do coletivo em que os indivíduos estão inseridos, tais como: possibilidade de sinergia, adesão a opiniões e experiência de líderes, ou, ainda, desencadeamento do “comportamento de contágio”.

Quanto aos condicionantes Relação/Recursos, o grau de conectividade das relações pode ser utilizado para compreender o tipo de recursos que pode ser acessado em função da conectividade presente. Laços fortes<sup>2</sup> são mais funcionais à mobilização de recursos apoiada no dom, na solidariedade; ancorada em padrões de distribuição que não são facilmente mensuráveis. Sendo assim, esses laços compartilham, predominantemente, recursos compatíveis a indivíduos e a pequenos grupos.

Os laços fracos, por sua vez, são os que se caracterizam por mobilizar os recursos localizados na esfera pública, formando estoques de CS cujos recursos acessados são compartilhados por uma comunidade política. São mais apropriados para acessar melhores posições e recursos que, por sua vez, aumentariam as oportunidades de obtenção de recursos adicionais (EICHNER e FONTES; 2004. p. 23; LIN, 2001, p. 27 *apud* SOUSA, 2007, p. 26).

Granovetter (1974), Portella e Augustin (2012), complementando, constataam que os indivíduos com poucos “Laços Fracos” serão privados de informações de partes mais distantes de seu próprio sistema social, conseqüentemente, estarão limitados ao conhecimento, às informações, às notícias e visões provincianas de seus familiares e amigos mais íntimos. Sem as conexões de “Laços Fracos”, a tendência é a população permanecer isolada, confinada em seus clusters (Granovetter, 1974 *apud* KAUFMAN, 2012; PORTELLA e AUGUSTIN, 2012).

---

<sup>2</sup> Redes unidas por laços fortes (família e vizinhos); sendo raras as normas de confiança e solidariedade, restritas, não sendo afeitos a projetos que não sejam de resultados imediatos; sendo mínimas as ações coletivas, em uma comunidade com baixo nível de escolaridade, o que se caracteriza pela pouca conexão com a realidade social restringindo o volume de informações e limitando a comunicação às mídias eletrônicas. (EICHNER e FONTES, 2004).

Schmidt (2006) destaca outra classificação, utilizando 12 itens: Capital Social positivo; negativo; bonding ou de união; bridging ou de ponte/vinculação; linking ou de conexão; estrutural; cognitivo; individual; grupal; comunitário; empresarial e público.

Costa e Sanmartim (2016), a respeito do trabalho de Schmidt (2006), alegam que, apesar de existirem esses doze itens ora mencionados, deve-se relevar apenas cinco deles, posto que os demais se ancoram nas relações mais individualizadas, entre duas pessoas ou a grupos específicos ou restritos. Retomam, pois, os cinco tipos de Capital Social, destacados por Schmidt (2006, p.1761) e os consideram como principais:

Capital Social Positivo: laços sociais que oportunizam ações de cooperação em prol de interesses gerais da sociedade;  
Capital Social Estrutural: aspectos da estrutura e organização social que contribuem para ação coletiva mutuamente benéfica;  
Capital Social Grupal: relações estreitas entre um grupo constituído por pessoas que tem forte confiança entre si;  
Capital Social Comunitário: relações próprias de uma comunidade, ou seja, atividades coordenadas com propósito comum, autogovernadas e com sentido de identidade;  
Capital Social Público: redes de relações das organizações estatais com agentes econômicos e sociais, capazes de proporcionar eficácia às suas ações.

As referidas autoras concluem que o capital social é um forte aliado na efetivação da democracia e de políticas públicas, uma vez que em uma comunidade com capital social ativo, as ações implementadas pelo Estado/governo serão melhor executadas, recepcionadas e surtirão maior efeito. Do mesmo modo a comunidade será mais unida para buscar outras ações que são necessárias para o desenvolvimento daquela sociedade/comunidade. Sendo assim, é possível afirmar que o Capital Social público e o Capital Social estrutural são os principais tipos que podem auxiliar da melhor forma na efetivação de ações do Estado, como as Políticas Públicas.

Costa e Reis (2009) endossam a visão das mencionadas autoras, pois também acreditam que em uma sociedade em que esses dois tipos de Capital Social estão presentes, mesmo não sendo exclusivos, constatam-se ações mais bem implementadas e executadas pelo Estado, mantendo a comunidade mais unida e afeita a buscar outras ações necessárias ao desenvolvimento da sociedade.

Assim, “quanto maior o capital social de uma comunidade, maiores as chances de desenvolvimento e de participação” (COSTA; REIS, 2009, p. 174).

Nascimento et al. (2016), tendo em comum com Costa e Sanmartim (2016) apenas o capital social Estrutural e Cognitivo, realizaram uma revisão sistemática de CS e agruparam da seguinte forma:

a) Cognitiva: relacionada aos interesses comuns de indivíduos dentro de grupos, orientando trabalhos de Cattell (2001); Almedon (2004); Felício; Couto; Caiado (2014); Landry; Amara; Lamari (2002); Sherrieb; Norris; Galea (2010); George; Hirschhein; Stetten (2014), Hartman; Herb (2014); Hsu (2015); Wolfe (2010); Prasad et al. (2015);

b) Estrutural: relacionada às estruturas presentes em um determinado ambiente, guiando pesquisas de Almedon (2004); Burt (2004); Burt (2000); Mohan et al. (2015); Rogers; Carlson; Gardner (2013); Landry; Amara; Lamari (2002); Sherrieb; Norris; Galea (2010); George; Hirschhein; Stetten (2014), Hartman; Herb (2014); Hsu (2015); Lochner; Kawachi; Kennedy (1999); Fussel et al. (2006); Chung; Choi; Lee (2014); Prasad et al. (2015);

c) Relacional: com respeito aos relacionamentos entre os indivíduos em determinados grupos: Burt (2004); Lehtonen (2004); Jin (2015); Mansuri; Rao (2004); Ulhoi (2005); Fang; Duffy; Shaw (2011); Van de Valk; Conostas (2011) e Li (2013); George; Hirschhein; Stetten (2014), Hartman; Herb (2014); Hsu (2015); Prasad et al. (2015); Lochner; Kawachi; Kennedy (1999);

d) Social: pautada nas relações estabelecidas entre indivíduos de um mesmo grupo: Wolfe (2010);

e) Cultural: referente ao contexto ambiental de um determinado grupo: Chung; Choi; Lee (2014) e

d) Comunicação: que trata da variedade de atividades de mensagens entre indivíduos.

Nascimento et al. (2017) admitem que as dimensões cognitivas, estruturais e relacionais, são aceitas como as mais evidenciadas no processo de constituição do capital social.

Embora só a estrutural e a social tenham a nomenclatura coincidente, observa-se que relacional e grupal ocupam dimensões idênticas; do mesmo modo que a comunitária e a cultural guardam elementos semelhantes entre si.

D'Araújo (2003, p. 10) constata que o “[...] Capital Social expressa, basicamente, a capacidade de uma sociedade estabelecer laços de confiança interpessoal e redes de cooperação com vistas à produção de bens coletivos [...]”], promovendo uma busca coletiva para o desenvolvimento da sociedade.

E o estabelecimento desses laços são descritos de forma interessante por Borges (2011), que parte de um exemplo virtuoso ~~de mãos dadas~~, que aproxima CS de norma, conceituando-o de modo singular:

[...] o capital social pode ser entendido como um recurso acessível às pessoas por meio da participação em vários tipos de redes sociais, possibilitando o alcance de certos objetivos, retornos ou benefícios que não seriam alcançados na ausência deste capital específico. Além disso, o capital social individual pode fazer com que outras formas de capitais (dinheiro, informação, recursos materiais, conhecimento, entre outros) que são de posse de uma pessoa, tornem-se disponíveis para outra por meio do relacionamento social entre ambas. No entanto, é importante ressaltar que a posse do capital social é inerente às estruturas dos relacionamentos entre indivíduos (Coleman, 1988), portanto este tipo de capital desaparece tão logo a dissolução dos relacionamentos.

A autora se ancora nas dimensões estrutural e cognitiva para afirmar que o capital social é inerente à estrutura dos relacionamentos sociais, constituindo, quase sempre, um tipo de subproduto das relações sociais e não um resultado de investimentos conscientes por parte dos membros de determinada estrutura social.

Não se objetivou neste estudo definir nomenclaturas do capital social, conforme sua dimensão ou natureza, mas é importante retomar da discussão de Nascimento et al (2017), também pela consonância com esta pesquisa conduzida em Juiz de Fora-MG, que dimensão cognitiva foi tratada por Cattell (2001), dado seu fator de consciência social em relação aos processos sociais voltados à saúde; e, ainda em relação à saúde, também, Almedom (2004) relacionou componentes cognitivos e estruturais do capital social em nível micro e macro, para tratar da relação saúde mental/capital social, a partir de duas definições de capital social, *bonding* e *bridging* capital, que são o capital social de um indivíduo do grupo e do grupo em si, respectivamente.

Quanto ao aspecto sociodemográfico do CS, é viável realçar que, para Chung; Choi e Lee (2014 *apud* NASCIMENTO et al., 2017), as dimensões de abrangência do CS são as estruturais e culturais, o que ampara a afirmação dos autores de que baixo grau de escolaridade e baixa renda dos indivíduos os afastam de participarem fortemente dos laços relacionais da sociedade.

Os trabalhos analisados mostraram o capital social como o principal fomentador de vantagem competitiva e, ou organizacional, em diferentes áreas e em diferentes aplicações.

Por certo, a participação popular e capital social se interligam de modo significativo e complementar – fato extensamente comprovado nesta revisão de literatura.

## 2.3 CONSEQUÊNCIAS DO CAPITAL SOCIAL: ALGUNS EXEMPLOS

A leitura dos conceitos de CS, por si só, sinalizam que o CS pode trazer consequências positivas ou negativas.

### 2.3.1 Positivas

Parcel e Managhan (1994, *apud* PORTES 2000) produziram análises quantitativas em escala nacional para avaliar efeito da ocupação profissional dos pais no desenvolvimento cognitivo e social das crianças e concluíram que os recursos apreendidos pelos pais contribuíram para desvelar formas de capital familiar que facilitavam resultados positivos por parte das crianças. Miguel (2003) encontra no capital familiar uma condição de capital político, entendido a partir das considerações obtidas em abordagens de Familiares de líderes políticos que costumam herdar não só o *savoir-faire* ou *know how* da política como uma rede de vínculos, compromissos e lealdades; mas uma espécie particular de capital social, propícia a se converter em capital político.

Por sua vez, também Hao (1994, *apud* PORTES, 2000) e Stanton-Salazar e Dornbush (1995, *apud* PORTES, 2000) discutiram a influência do maior Capital Social nas famílias com dois progenitores, com menos crianças, naquelas em que os pais possuem grandes aspirações para os filhos, e nas que estabelecem laços sociais com o exterior, acarretando êxito dos adolescentes.

Também nessa direção, Gold (1995) relata que, em Israel, os laços comunitários estreitos, ou “laços fortes” – e o conseqüente CS – facilitam a supervisão e a educação das crianças, visto que os demais adultos conhecem os mais novos e assumem a responsabilidade pelo seu bem-estar. (Gold, 1995, *apud* PORTES, 2000).

Anheier et al. (1995) ilustram a função do CS como manancial de benefícios por meio das redes extrafamiliares. Os autores, analisando os laços sociais entre os membros do núcleo da elite intelectual da cidade em Colônia, Alemanha, identificaram redes muito fortes, coesas, permitindo o acesso de seus membros a vários benefícios. (*apud* PORTES, 2000). E, junto a outros autores, relatam iniciativas realizadas por grupos (étnicos, de imigrantes, de elite intelectual), em que as redes e o Capital Social que flui em seu interior são consistentemente identificados como recurso-chave para a criação de pequenas empresas ou acesso a empregos, através de laços de confiança (Anheier et al., 1995; Nan Lin et al., 1981 *apud* PORTES, 2000).

Nascimento et al. (2017) compreendem o capital social como um valioso construto que instiga pesquisadores de todas as áreas do conhecimento a utilizarem-no em incontáveis aplicações de seus preceitos e componentes, no intuito de identificar aspectos positivos nos mais diferentes níveis de aplicação. Esses autores evidenciam que, tanto trabalhos de cunho teórico quanto trabalhos mais empíricos, entendem que o capital social, quando constituído, torna-se uma vantagem competitiva para aqueles que o possuem, seja em nível individual, como foi encontrado nas pesquisas embaixadoras de Felício; Couto e Caiado (2014); Jin (2015); Li (2013) e Van de Valk e Constas (2011), seja em nível de grupo ou de comunidade conforme Almedon (2004); Burt (2004); Burt (2000); Mohan et al. (2015); Rogers; Carlson e Gardner (2013); Landry; Amara e Lamari (2002); Sherrieb; Norris; e Galea (2010); George; Hirschhein e Stetten (2014), Hartman e Herb (2014); Hsu (2015); Lochner; Kawachi e Kennedy (1999); Fussel et al. (2006); Chung; Choi e Lee (2014); Prasad et al. (2015).



### 2.3.2 Negativas

Apesar de a maioria dos autores referirem-se aos ganhos positivos, vale ressaltar, entretanto, que as diferentes formas de Capital Social nem sempre serão positivas. Podem prestar um desserviço, se usadas para dificultar o bem-estar dos indivíduos, ao invés de contribuir para a comodidade, conforto, segurança, controle social e apoio familiar (Portes 1998, Woolcock, 1998, *apud* GROOTAERT et al., 2003).

As consequências negativas, produzidas pelos mesmos mecanismos que geram as positivas, resultam em Capital Social Negativo, especialmente, quando os oprimidos são persistentes e os mais ambiciosos tendem a fugir às normas de controle dos grupos e de suas comunidades.

Dentre as consequências negativas do CS, encontram-se, principalmente: a exclusão de não membros, as exigências excessivas a membros do grupo, as restrições à liberdade individual e as normas de nivelamento descendente. (PORTES, 2000).

Os próprios laços fortes que produzem benefícios para os membros de um grupo, normalmente, são negativos ao impedirem o acesso de terceiros (Anheier et al. 1995, *apud* PORTES, 2000). Waldinger (1995, *apud* PORTES, 2000) descreve o estreito e fechado controle exercido por alguns grupos restringindo as oportunidades para outros: indivíduos de etnia branca controlando os ofícios da construção civil, sindicatos dos bombeiros e da polícia de Nova Iorque; imigrantes coreanos da Costa Leste controlando o comércio de legumes; comerciantes judeus no monopólio de diamantes em Nova Iorque; cubanos dominando numerosos setores do comércio em Miami.

Ademais, acontece, também, de os compromissos gerados pelos “laços fortes” intrafamiliares poderem dissipar as oportunidades de êxito empresarial. Geertz (1963, *apud* PORTES), por exemplo, observou empresários do comércio de Bali, de maior sucesso, constantemente assediados por familiares à procura de emprego e empréstimos (PORTES, 2000).

Histórias de sucesso individual também minam o CS e a coesão do grupo, à medida que o grupo supostamente não se volte à integração para o crescimento. Daí resultarem normas de nivelamento descendente que funcionam de modo a manter os membros de um grupo oprimido no seu lugar, e forçar os mais ambiciosos a fugir do controle do grupo. Essa experiência histórica assinala a emergência de um posicionamento de oposição à sociedade e de uma solidariedade centrada em uma experiência de subordinação. Depois de ativada, essa perspectiva normativa ajuda a perpetuar a própria situação que denuncia. Isto é o Capital Social na forma de controle social, mas seus efeitos são opostos aos citados normalmente na literatura. O Capital social pode ser fonte de bens públicos, mas também de males públicos, reunindo a máfia, círculos de jogos, prostituição, gangs juvenis etc.

Consequências negativas podem ocorrer, quando o estoque de CS é baixo. O estudo de Hagan et al. (*apud* PORTES, 2000) é um exemplo, no qual é analisado o extremismo de direita entre a juventude da Alemanha do Leste, vítima de baixo controle social e de longas privações sofridas, favorecendo produção de incertezas e enfraquecimento da integração social, fazendo ressurgir tradições culturais subterrâneas da Alemanha. O mesmo autor cita outro exemplo, no qual são registrados deslocamentos múltiplos da família, destruição dos laços estabelecidos, prejuízo da adaptação emocional e do desempenho escolar das crianças.

McLanahan e Sandefur (1994, *apud* PORTES, 2000) examinaram as consequências da monoparentalidade sobre o baixo estoque de CS familiar, gerando insucesso escolar, gravidez na adolescência e outras situações.

Outro estudo citado por Portes (2000) registra o papel indutor de baixo estoque de capital social em famílias onde mulheres se dedicam exclusivamente aos filhos, tornando frágeis os laços comunitários. Com esse comportamento, elas reforçam o apoio familiar, mas reduzem o Capital Social, aumentando a probabilidade de insucesso juvenil (PORTES, 2000).

Outros exemplos são oferecidos por Carol Stack (1974 *apud* PORTES, 2000) e Fernandez-Kelly (1995, *apud* PORTES, 2000), no qual inferem que, em comunidades urbanas pobres, a estreita interação entre familiares e amigos é fundamental para a sobrevivência em situações de carência e conflito. Esses laços fortes, por outro lado, limitam as fontes de informação, quanto a oportunidades e formas de alcançar emprego.

A mobilidade de emprego pode também destituir o CS de uma família, segundo Wacquant e Wilson (1996, 1989, *apud* PORTES, 2000), dado o enfraquecimento das redes sociais estabelecidas e suas trocas, o que pode acarretar níveis extremamente elevados de desemprego e de dependência da seguridade social.

## 2.4 CAPITAL SOCIAL COMO CIVISMO

Um capital social incipiente, conforme estudado e descrito por Coleman (1990, *apud* PORTES, 2000), apresenta-se, geralmente, como um conjunto de indivíduos independentes, que almejam objetivos estritamente pessoais. Quanto mais pobre a população, mais voltada para resultados individuais ou, no máximo, que atinjam suas relações mais próximas.

Este autor enfatiza que um dos mecanismos sociais que fortalece o Capital Social é a existência de normas de reciprocidade que privilegiem os interesses e os deveres com a coletividade e inibam interesses individuais.

Esse conceito está muito próximo do civismo, que prevê uma coletividade informada, participativa e inserida na solução de problemas comuns a todos. É o interesse público que guia as atitudes e os comportamentos dessa coletividade cívica.

Em sentido abrangente, o CS deve incorporar a família, os amigos e os colegas de trabalho como elementos constituintes de um recurso importante que se pode catalisar em épocas de crise ou situações que requeiram alcançar bens materiais coletivos. A rede social mais próxima, referida por Mendes (2012), é imprescindível. Entretanto, comunidades com elevados estoques de redes sociais e associações cívicas estão em uma posição muito mais sólida para enfrentar vulnerabilidades, pobreza, resolver disputas e, ou aproveitar novas oportunidades (Woolcock, 2001, *apud* BAQUERO, 2003; p. 102). Além dessas vantagens, o compromisso cívico expresso pela coletividade incitará atitudes de reciprocidade e o revigoramento da confiança mútua, retroalimentando com mais CS e civismo. (PUTNAM,1995)

Considerando a situação brasileira, valemo-nos de Baquero (2003) que constata lacunas e deficiências na compreensão sobre quais mecanismos funcionam (ou não) na dinâmica de capacitar os cidadãos para maior e mais qualificada participação nesse espaço público.

Uma das lacunas se refere ao processo de desenvolvimento de interesses políticos, coletivos, voltados para o bem de todos, em um contexto caracterizado pela desigualdade social e crescente pobreza. Por essa razão, propõe-se que o estímulo à construção de capital social possa funcionar como fator de *Empowerment* dos setores excluídos, abrindo-se a possibilidade de engajamento cívico (BAQUERO, 2003). Ainda assim, resta saber, seguindo o pensamento de Putnam (1993), quais são as características estratégicas das organizações sociais e relações interpessoais que facilitam a ação e a cooperação com vistas a um mútuo benefício.

As obrigações, a confiança, o fluxo de informações, os amigos, a cultura, as normas, as redes e o engajamento cívico constituem indicadores parciais do que é Capital Social e onde se situa. Esse conjunto que move ações, enquanto recurso, embora pareça complexo, oferece explicação sobre como os dilemas da ação coletiva podem ser superados.

Estudos mostram um intenso e relevante impacto na obtenção de importantes resultados de políticas públicas em áreas como educação, saúde, criminalidade, bem-estar, crescimento econômico, desempenho de instituições políticas e desenvolvimento de governos efetivos e democráticos, valendo-se desse conjunto de ações (Malloney et al., 2000, *apud* BAQUERO, 2003). A premissa básica é a de que essas ações cooperativas, cívicas e comunitárias estruturadas, sempre resolvem problemas comuns da coletividade.

## 2.5 CAPITAL SOCIAL / REDES SOCIAIS

Explicou-se, anteriormente, que Capital Social tem seu conceito muito próximo ao de relação social e ambos, por conseguinte, possuem estreita relação com o conceito de redes sociais, embora nenhum deles esgote o significado um dos outros.

As redes são uma parte do Capital Social que, quando utilizadas, podem dar acesso aos benefícios que, de outro modo, ou sem elas, não seriam alcançados. (Bourdieu, 1980, *apud* PORTES, 2000; Flap, 1995, *apud* EICHNER e FONTES, 2004).

Tratando-se dos benefícios, é pertinente retomar estudos de Hiroshi, Fujiwara, Kawachi (2012), em que se mostra a associação entre capital social e saúde, e discutem-se as estratégias de intervenção que melhoram o CS. A partir do estudo de 13 artigos selecionados para se proceder à revisão de literatura, os autores constataram que tanto o CS quanto a área ou local de trabalho apresentaram efeitos positivos nos resultados de saúde, independentemente do desenho do estudo, do período de acompanhamento ou tipo de resultado de saúde. Pontuou-se a limitação, atualmente, de estudos analíticos multiníveis sobre o efeito do capital social na saúde, evidenciando-se que é preciso coletar evidências adicionais nesse contexto e explorar a viabilidade de intervenções que construam o capital social como meio de promover a saúde.

Pautando-se em vários conceitos para desenvolver sua pesquisa sobre “A formação de capital social através de redes sociais na internet”, Amaral (2012) definiu uma rede social composta por dois elementos básicos: atores e conexões.

Afirma, junto a Castells (2005, *apud* GONÇALVES, p. 39, 2018), que os atores podem ser pessoas, grupos, gangues, empresas, instituições, Estados ou outras formas sociais, e são nomeados na bibliografia pertinente como ‘nós da rede’. Castells (2005, *apud* GONÇALVES, p. 39, 2018) conceitua rede como ‘ligação entre nós’. Já as conexões são as interações ou contatos que ocorrem entre os atores, sendo também conhecidos como laços sociais. Assim dissertando, retoma de Klijn (1998) o conceito de redes sociais como padrões mais ou menos estáveis de relações (ou laços) sociais entre atores interdependentes.

Os laços sociais, como já citado, podem ser classificados como fortes ou fracos, condicionando, na abordagem do Capital Social, o tipo de recursos disponíveis através dessas conexões, interações ou contatos interpessoais (EICHNER e FONTES (2004, p 21).

Mais próximo ao entendimento do presente estudo, reafirmamos Rede social como instrumento de análise que permite a reconstrução dos processos interativos dos indivíduos e suas afiliações a grupos, a partir das conexões interpessoais construídas cotidianamente (EICHNER e FONTES, 2004, p. 6).

Essa possibilidade se assenta no fato de, por um lado, os processos estruturadores das redes sociais se originarem das interações sociais estabelecidas pelos indivíduos, ou seja, da estrutura de sociabilidade presente em cada um dos atores de uma interação. Por outro, de surgirem com base na solidariedade, citada por Bourdieu (PORTES, 2000), em “certos impulsos ou em função de certos propósitos”, de serem organizadas em campos sociais e de, finalmente, trazerem elementos de identidade de uma geografia social que permite, por exemplo, a localização dos indivíduos em uma estrutura social e as potencialidades interativas entre eles. (EICHNER e FONTES, 2004, p. 6).

Desse modo, os autores afirmam que:

A análise de redes busca as estruturas profundas de sociabilidade – padrões regulares de redes - existentes por baixo dos sistemas sociais. Tenta-se descrever estes padrões e usar estas descrições para aprender como as estruturas de redes condicionam comportamentos e influenciam mudança social” (EICHNER e FONTES, 2004, p. 7).

Sendo a rede o eixo da interação entre os indivíduos, reforça-se a teoria de Capital Social voltado à ação individual, ocorrendo sempre a partir de determinadas condições institucionais (Flap, 1995, *apud* EICHNER e FONTES, 2004). Analisando-se o agir individual, enquanto ação propositiva com condicionantes institucionais, Flap (1995) considera o conceito de Capital Social uma possibilidade de superação de algumas dificuldades de análise na teoria das redes sociais, visto que o bem-estar físico e a aceitação social são os principais objetivos almejados pelos indivíduos. Além desses dois elementos invariantes, acresce-se que atores, dispondo de grande quantidade de recursos, terão cada vez mais chances de atingir seus objetivos. Não se pode esquecer, pois, de que grupos sociais diversos possuem seus objetivos específicos a serem atingidos (EICHNER e FONTES, 2004, p. 12):

[...] (a) ajudas diversas prestadas entre vizinhos, ou do suporte dado por familiares por ocasião de doenças, utilizando o capital social instrumentalizado pelo indivíduo, a partir de sua rede ego centrada, com possibilidades de alocação de recursos individualmente. (b) práticas associativas ou outras formas de manifestações políticas em que os indivíduos participam, de certo modo induzidos pelo círculo de relações a que pertencem, utilizando o capital social comunitário, a partir de recursos que, embora gerados pelas redes ego centradas, traduzem-se em uma ampliação da esfera pública (EICHNER e FONTES, 2004, p 21).

Mapeando os conceitos de redes, pode-se assegurar para a presente pesquisa que Eugênio Vilaça Mendes é quem nos traz uma profícua descrição que, basicamente, condensa o que até então aqui se transcreveu quanto à importância das redes sociais na vida das pessoas e comunidades. Segundo o autor, a rede social é um sistema constituído por pessoas, situações e funções, em que ocorre o apoio material, moral e emocional às famílias, em momentos de necessidades. Visa, portanto, ao bem-estar das pessoas nas várias dimensões: social, cultural, econômica, religiosa, educacional e de saúde. Sendo assim, é muito importante identificar os laços sociais familiares “que possam ajudar a superar as fragilidades de seu relacionamento interno nesses momentos de crise” (MENDES, 2012, p. 747).

Assim sendo, é válido ser redundante e realçar que a) as redes sociais são fundamentais para o incremento do capital social; b) o CS é um conjunto de atributos presentes numa sociedade sob a forma de bens intangíveis que favorecem a confiança, a reciprocidade, a ação social e as normas compartilhadas; c) há uma associação direta entre capital social e saúde, bem como de redes sociais e redução de morbimortalidade.

## 2.6 CAPITAL SOCIAL E PROMOÇÃO À SAÚDE

Ancorando-se em Mendes (2012), para esclarecer a associação feita, neste e em vários estudos, entre CS e saúde, de certo modo articulado pelas redes que, por meio de diferentes de apoio, impactam a saúde e a morbimortalidade, esta revisão pontua outro trabalho relevante, em que Duque (2013) ajusta, na formação de CS, importante espaço para a Promoção à Saúde .

A ideia básica de Duque proveio do princípio de que, havendo a agilização das redes sociais, estimuladas pela confiança e cooperação, haverá um benefício direto em prol do social, sendo que, ao invés, o não aproveitamento daquelas sinergias conduz a uma condição social reducionista.

Essa teoria aparece bem vincada em Putnam (1995), quando se refere ao Capital Social como atributo próprio das organizações sociais, ancorado nas redes, nas normas e na confiança, como facilitadores da ação e dessa cooperação para um benefício mútuo, enfatizando que, num grupo ou numa sociedade com um valor significativo de capital social, as redes sociais de compromisso cívico estimulam a prática generalizada de confiança recíproca, facilitando a confiança mútua (Putnam, 1995: 67, *apud* DUQUE, 2013).

De modo amplo, reafirmamos, valendo das ponderações de Duque (2013) que o Capital Social, por meio da formação de redes sociais que possam expandir a cooperação e o nível de cooperação, constitui recurso fundamental para apoiar a construção de um sistema produtivo, ambientalmente viável e contribuir para o bem-estar social – ressaltando-se a Saúde, ampliada.

Um dos grandes resultados do CS é, portanto, a Promoção à Saúde.

O Projeto de Promoção à Saúde constitui uma resposta aos desafios sanitários contemporâneos, como enfrentamento às mudanças sociais, políticas e culturais, o esgotamento do paradigma biomédico e a mudança do perfil epidemiológico populacional (CARVALHO, 2004; p. 1).

Não se há de abordar o tema Promoção à Saúde sem discorrer sobre um dos trabalhos pioneiros da área, a Carta de Otawa<sup>3</sup>, de 1986, que propôs reorientar os serviços de saúde, realçando que a responsabilidade nos serviços dessa promoção deve ser partilhada ‘entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos’ que, juntos, não de criar um sistema que contribua para elevar o nível de saúde.

---

<sup>3</sup> “A reorientação dos serviços de saúde também requer um esforço maior de pesquisa em saúde, assim como de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde. Isto precisa levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é. [...] A Conferência conclama a OMS e outras organizações internacionais para a defesa da promoção da saúde em todos os fóruns apropriados e para o apoio aos países no estabelecimento de estratégias e programas para a promoção da saúde. A Conferência está firmemente convencida de que se as pessoas, as ONGs e organizações voluntárias, os governos, a OMS e demais organismos interessados, juntarem seus esforços na introdução e implementação de estratégias para a promoção da saúde, de acordo com os valores morais e sociais que formam a base desta Carta, a Saúde Para Todos no Ano 2000 será uma realidade!” (CARTA DE OTTAWA PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE Ottawa, novembro de 1986).



Entre outros compromissos, os participantes da referida Conferência recomendam: reconhecer as pessoas como o principal recurso para a saúde; considerar a comunidade como porta-voz essencial em matéria de saúde, condições de vida e bem-estar; incentivar a participação e colaboração de outros setores e da própria comunidade; reconhecer a saúde e sua manutenção como o maior desafio e o principal investimento social dos governos; e unir esforços no compromisso por uma forte aliança em torno da saúde pública. (CARTA..., 1986).

Tais considerações são assumidas por outros autores, também seguidores da abordagem socioambiental preconizada por Duque (2003). Promover saúde significa construir políticas públicas profícuas, ambientes sustentáveis e fortalecer as capacidades individuais e comunitárias em direção ao bem comum (Carvalho e Gastaldo, 2008; Kleba e Wendausen, 2009; CARVALHO, 2004). Nessa mesma linha, Martins (2009) destaca a promoção da saúde como o processo em que os indivíduos são capacitados para realizar maior controle sobre a própria saúde e seus determinantes sociais (DSS), com estratégias que visem a empoderar os sujeitos e aumentar sua participação social.

Buss e Pellegrini Filho (2007) estudaram os diversos mecanismos por meio dos quais os DSS provocam as iniquidades de saúde. Ressaltaram-se os “aspectos físico-materiais” na produção da saúde e da doença, visto que as diferenças de renda influenciam a saúde, no que tange à escassez de recursos dos indivíduos e por causa da ausência de investimentos em infraestrutura comunitária (habitação, saneamento, educação, transporte, serviços de saúde etc.), provenientes de decisões políticas e de processos econômicos. Outro enfoque refere-se aos “fatores psicossociais”, explorando-se as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e condições de saúde, uma vez que, em sociedades desiguais, as percepções e as experiências vivenciadas provocam estresse e prejuízos à saúde.

Os autores acrescentam que:

Os enfoques “ecossociais” e os chamados “enfoques multiníveis” buscam integrar as abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica. Finalmente, há os enfoques que buscam analisar as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos.

Esses estudos identificam o desgaste do chamado “capital social”, ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, como um importante mecanismo através do qual as iniquidades de renda impactam negativamente a situação de saúde. Países com frágeis laços de coesão social, ocasionados pelas atrocidades de renda, são os que menos investem em capital humano e em redes de apoio social, fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Esses estudos também procuram mostrar por que não são as sociedades mais ricas as que possuem melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 82-83).

Para este estudo, ‘relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos’, expressam os mais relevantes DSS. Portanto, a expectativa é de que, a partir da análise proposta, valorize-se a rede de prestação de serviços do SUS, procurando ampliar o sentido de suas ações, visando a consolidá-lo enquanto espaço privilegiado de sociabilidade e politização de usuários, trabalhadores e gestores. Há de se prestar serviços de saúde que previnam a doença, que curem e que reabilitem, na comunidade adstrita e no Brasil, visando a contribuir para o aumento da capacidade reflexiva e de intervenção de diferentes sujeitos sobre o social.

Ao contribuir para a constituição de cidadãos reflexivos, conscientes de seu direito e portadores do “direito a ter direitos”, esses serviços aumentarão a capacidade de intervenção de diferentes sujeitos sobre o social, incidindo positivamente sobre os múltiplos determinantes do processo saúde/doença (CARVALHO, 2004, p. 7).

## 2.7 CAPITAL SOCIAL E EMPODERAMENTO

Analisando o termo ‘empoderamento’, sob a ótica de Paulo Freire<sup>4</sup>, compreende-se que a instituição, o grupo ou a pessoa empoderada caracterizam-se

---

<sup>4</sup> Empoderamento é uma palavra ricamente definida pelo grande educador, embora o vocábulo *Empowerment* já existisse na Língua Inglesa, significando “dar poder” a alguém para realizar uma tarefa sem precisar da permissão de outras pessoas; no entanto, o conceito de Empoderamento em Paulo Freire segue uma lógica diferente. Para o educador, a pessoa, grupo ou instituição empoderada realiza, por si, as mudanças e ações que a levam a evoluir e se fortalecer. [In: VALOURA, Leila de Castro. Paulo Freire, o educador brasileiro autor do termo Empoderamento. Set. 2011. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/303912423\\_Paulo\\_Freire\\_o\\_educador\\_brasileiro\\_autor\\_do\\_termo\\_Empoderamento\\_em\\_seu\\_sentido\\_transformador](https://www.researchgate.net/publication/303912423_Paulo_Freire_o_educador_brasileiro_autor_do_termo_Empoderamento_em_seu_sentido_transformador). Acessado em 12-06-2018].

pela capacidade crescente de realizar ações e mudanças que lhes permitem evoluir. Em seu sentido mais geral, a educação empoderadora – mesmo fora do ambiente escolar - tem foco nos grupos, volta-se para o coletivo, soma forças que se unem em prol do crescimento eficaz, cogrido e da transformação cultural (CARVALHO e GASTALDO, 2008; VALOURA, 2011; AZEVEDO, 2018).

Para o presente estudo, compreende-se que, na “educação empoderadora”, – a que não acontece especificamente dentro da escola – o professor (ou o profissional de saúde) precisa fazer mais que repassar conhecimentos e experiência, pois o aluno (ou o usuário dos serviços de saúde) não é somente um receptor passivo do que lhe é transmitido (CARVALHO e GASTALDO; 2008; p. 2031-2033).

Essa concepção exige uma capacidade de escuta do outro, conforme descrito por Paulo Freire:

Se [...] o sonho que nos anima é democrático e solidário, não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo, como se fôssemos portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a escutar, mas é escutando que aprendemos a falar com eles. Somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala com ele, mesmo que em certas condições precise falar a ele. O que jamais faz quem aprende a escutar para poder falar com é falar impositivamente [...] O educador que escuta aprende a difícil lição de transformar o seu discurso, às vezes necessário, ao aluno, em uma fala com ele. (FREIRE, 2014, p. 210-212).

Diante do contexto supracitado, corrobora-se a ideia de que o conceito/estratégia de empoderamento social, ao reconhecer o caráter relacional do poder e da iniquidade na distribuição de recursos na sociedade, contribui para a (re)politização do debate socio-sanitário, implementando uma contribuição para propostas de mudança do *status quo* (CARVALHO e GASTALDO; 2008; p. 2033).

Tudo isso colabora para que, por meio do empoderamento das comunidades ou nações, aumente-se a participação popular e se criem as condições para chegar a um grande estoque de capital social.

O empoderamento comunitário, ou social, no entanto, é mais que “*Empowerment* Psicológico”, que é um sentimento de controle experimentado pelos indivíduos sobre a própria vida, por meio do pertencimento a distintos grupos, e que ocorre sem necessidade de as pessoas participarem diretamente de ações políticas coletivas (CARVALHO, 2004, p. 3).

Contudo, não prescinde dele, à medida que este fortalece a autoestima e a capacidade de adaptação ao meio, oportunizando o desenvolvimento de mecanismos de autoajuda e de solidariedade, condições para o desenvolvimento daquele (Bourdieu, 1980, *apud* PORTES, 2000; Carvalho, 2003; Riger, 1993, *apud* CARVALHO e GASTALDO, 2008, p. 2030).

“*Empowerment* Comunitário” é mais abrangente que o psicológico. Agrupa um processo e um resultado de ações que afetam a distribuição de poder nas esferas pessoais, intersubjetivas e políticas, mas com elevado patamar de ‘*Empowerment* psicológico’, participação ativa na ação política e na conquista de recursos materiais ou de poder por parte dos indivíduos. E pode contribuir para reorganizar a rede de serviços do SUS e as práticas de educação para a saúde (CARVALHO, 2004).

Segundo Taddeo et al. (2018), os modos de interação entre profissionais de saúde e usuários dos serviços – parcialmente condicionados por diferentes inserções sociais – podem, mesmo assim, promover o empoderamento destes. Ao estabelecer processos coletivos para tomada de decisão e praticar a construção de autonomia, ampliam-se as oportunidades de se reconstruir uma ação social e um empoderamento que transponham as fronteiras na relação entre os pares, os gestores, pacientes, indivíduos e comunidade como um todo. O empoderamento, assim constituído, abre as portas para a construção de capital social. E onde houver capital social haverá pleno potencial para uma vida mais saudável (BASTOS et al., 2009).

Nesse sentido, Carvalho e Santos (2018), trazendo à baila reflexões sobre a Política de Assistência Social e sua eficácia, alertam sobre a importância da Constituição Federal e da Política de Assistência Social. Ambas devem estimular participação popular através da instância de Controle Social para a consolidação do Sistema Único de Assistência Social visto que a intensa estrutura do controle social tornou-se um eixo central para a operacionalização da Política de Assistência Social. O Brasil vive um momento democrático, de ampla comunicação, oportuno à interação e participação de todos nas políticas e demandas assistenciais. Essa participação visa a consolidar as políticas públicas, ao mesmo tempo em que se torna um mecanismo de defesa à sua manutenção e existência.

Os autores enfatizam a importância de se implementarem medidas que propiciem o exercício cotidiano da participação, representada pelo Estado, por entidades não governamentais, usuários, trabalhadores da área social e da saúde, influenciando decisões no âmbito das políticas públicas, de modo que o controle social expresse a participação no sentido de elaborar, implementar e fiscalizar as políticas sociais, sendo esta perspectiva reiterada com as políticas da área da saúde e da Assistência Social para sua efetividade.

Com a Constituição Federal de 1988, teve início a perspectiva de empoderamento individual e social, hoje transcritos nos avanços quanto à abertura e uso de canais de participação.

Entretanto, há de se implementar um grande esforço de mobilização, articulação e organização de segmentos específicos e da população como um todo para fazer avançar, ampliar e consolidar o processo de controle social na garantia de direitos a todos, “deixando o cidadão decidir sobre suas condições de vida, suas aspirações, seus destinos e, enfim, sobre o seu bem-estar” Carvalho e Santos (2018, p. 773), e o seu empoderamento como um exercício de cidadania e ativismo cívico.

## 2.8 QUESTIONÁRIO INTEGRADO PARA MEDIR CAPITAL SOCIAL (QI-MCS)<sup>5</sup>

Emana de vários estudos a confirmação de que na última década (1990) que antecedeu o terceiro milênio o conceito do Capital Social angariou crescente prestígio nas Ciências Sociais e em várias outras áreas do conhecimento, tanto na literatura teórica quanto na aplicada.

Dessa expansão, surgiu o conjunto de ferramentas empíricas, para medir o Capital Social - QI-MCS (Questionário Integrado para medir Capital Social).

---

<sup>5</sup> Todas as explicações foram retiradas da publicação do Banco Mundial, referida como GROOTAERT et al., 2003.

Esse instrumento foi elaborado a partir de aplicações nos países em desenvolvimento, quando se esperou, com a utilização dessas medições, instigar um diálogo mais amplo entre pesquisadores e formuladores de políticas públicas, gerenciadores de tarefas e mesmo a população empobrecida, analisando-se o conhecimento das dimensões sociais do desenvolvimento econômico ampliado, visando implementar estratégias mais precisas e eficazes de redução de pobreza (GROOTAERT et al., 2003).

O instrumento fornece um conjunto de questões essenciais, do tipo do tipo *Survey*, para pesquisadores e todos os demais interessados em gerar dados quantitativos sobre as diversas dimensões do Capital Social, como parte de levantamentos para aquisição de dados domiciliares amplos, tendo sido cada questão retirada de pesquisas precedentes que apresentaram confiabilidade, validade e utilidade

Trata-se de um documento que recebeu amplas contribuições e críticas por parte de consultores especializados, tendo sido previamente testado a campo na Nigéria e na Albânia.

Ponderando-se que o Capital Social situa-se, frequentemente, nos grupos, suportado por normas e confiança instituídos pelas pessoas, para fins produtivos, utiliza-se a ferramenta *survey* para alcançar a multidimensão, explorando (a) os tipos de grupos e redes disponíveis às pessoas em situação de pobreza, bem como a extensão e a natureza de suas colaborações para outros grupos e redes; e (b) as percepções subjetivas dos entrevistados, quanto à confiança que depositam nas outras pessoas e nas principais instituições que se presentificam em suas vidas, tais como as regras de cooperação e reciprocidade, quando trabalham unidos para resolver problemas.

As seis dimensões do Capital Social avaliadas pelo QI-MCS e que foram contempladas e discutidas nesta dissertação foram constituídas por quatro consultores do Banco Mundial, Cristian Grootaert, Deepa Narayan, Verônica Nyhan Jone e Michael Woolcock. São elas:

1. Grupos e Redes – geralmente são associados ao Capital Social, evidenciando-se a natureza e a expansão da participação de um membro de um domicílio em vários tipos de organização social e redes informais, além das diversas contribuições dadas e recebidas nessas relações. Avalia-se a diversidade das associações de determinado grupo, observando-se como se escolhem os líderes e que tipo de envolvimento ocorre entre o indivíduo e o grupo com o passar do tempo.

2. Confiança e Solidariedade – avaliam-se os dados sobre confiança, em relação a vizinhos, prestadores ou mantenedores de serviços essenciais e de estranhos ao grupo; analisam-se as alterações dessas percepções com a continuidade da convivência.

3. Ação coletiva e Cooperação – indaga-se como os membros de um domicílio trabalham com outras pessoas em sua comunidade, em projetos comuns e, ou em situações de crise ou conflitos. Consideram-se, também, as consequências do não cumprimento das expectativas em relação à participação. Serão observados três aspectos: 1) quais atividades são desenvolvidas pelo grupo, de forma coletiva; 2) o grau de interação do grupo; 3) a disponibilidade dos membros para participar e cooperar em ações coletivas (GROOTAERT et al., 2003).

4. Informação e Comunicação – pesquisa-se se o acesso à informação tem sido reconhecido como fundamental (GROOTAERT et al., 2003). A questão explora os meios pelos quais os domicílios pobres recebem informações relativas às condições de mercado e serviços públicos, e até onde têm acesso às infraestruturas de comunicação.

5. Coesão e Inclusão Social – com essa dimensão, examina-se se as comunidades são ou não entidades coesas, avaliando-se as várias formas de divisão, e as diferenças que podem levar ao conflito. Questões elaboradas para essa categoria procuram identificar a natureza e o tamanho das diferenças, os mecanismos por meio dos quais elas são gerenciadas, e quais são os grupos excluídos dos serviços públicos essenciais. São levantadas, ainda, questões relativas às formas cotidianas de interação social.

6. Autoridade (ou capacitação) [*Empowerment*] e Ação Política – parâmetro utilizado para se investigar se os indivíduos têm autoridade, ou se são capacitados (“Empowered”), à medida que detêm certo controle sobre as instituições e os processos que afetam diretamente seu bem-estar. Nesses termos, as questões

buscam averiguar o sentimento de felicidade<sup>6</sup>, eficácia pessoal e capacidade dos membros do agregado doméstico e sua influência, tanto em eventos locais como em respostas políticas mais amplas.

---

<sup>6</sup> No Questionário Integrado para medir Capital Social (QI-MCS), investiga-se o nível de felicidade na dimensão Autoridade e Ação política (Questão 24 – Como você se considera em relação à felicidade), sem mais referências ao teor abstrato desse sentimento. Vale ressaltar que, na literatura filosófica, predomina a visão de Espinosa, voltada à ontologia do necessário. Nela, alegria e felicidade pertencem, portanto, à esfera da necessidade. Assim, precisamos compreender por que e como a busca de alegrias é determinada ontologicamente, para compreendermos em que sentido se coloca o problema da passagem da alegria à felicidade (DE PAULA, 2009). Em sentido amplo, quando a felicidade predomina no ambiente, surge um reflexo de contentamento, satisfação e dever cumprido por parte dos integrantes do grupo. Pode-se viver uma série de momentos alegres sem se atingir o estágio de felicidade.



### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Realizar um diagnóstico do capital social da população adscrita à equipe de saúde da família (ESF) de número 56, no bairro Filgueiras, em suas diferentes microáreas.

#### 3.2 OBJETIVO SECUNDÁRIO

Avaliar as seis dimensões do capital social nesta comunidade: grupos/redes; confiança/solidariedade; ação coletiva/cooperação; informação/comunicação; coesão/inclusão social; autoridade/ação política.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 O ESTUDO PROPOSTO E A AMOSTRA

Para a realização dos objetivos desta pesquisa, foi realizado estudo transversal, mediante inquérito populacional com moradores cadastrados na equipe de Saúde da Família ESF/56 da UBS Filgueiras, com a aplicação do QI-MCS em sua versão simplificada. Foram também coletados dados sociodemográficos dos entrevistados: sexo, escolaridade e faixa etária.

A população-alvo foi constituída pelos moradores cadastrados na ESF/56, com 20 anos ou mais de idade, totalizando 1.618 pessoas, 862 domicílios e cinco microáreas de residência. Calculou-se a amostra de 384 participantes, levando-se em conta uma prevalência de 50% de capital social na população e precisão de 5%.

A amostra, estratificada segundo o tamanho da população de cada microárea, foi assim distribuída: 1 – 76; 2- 71; 3- 71; 4- 87; 5- 79. Foram incluídos os moradores cadastrados na referida ESF, na faixa etária indicada, sendo no máximo 1 (um) morador por domicílio, independente de sexo, ocupação ou etnia, e foram selecionados aleatoriamente. Foram excluídos os usuários que não conseguiram se comunicar adequadamente.

### 4.2 DESCRIÇÃO DA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA

Os sujeitos foram abordados pelos pesquisadores – especificamente treinados para tal fim – em seus próprios domicílios. Nessa oportunidade, receberam informações detalhadas sobre o estudo através de explicações individuais e foram convidados a participar da pesquisa, consentindo voluntariamente essa participação com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os que concordaram em participar foram inquiridos sobre o melhor dia e horário para a aplicação do questionário, que foi realizada no domicílio do participante, garantindo-se a privacidade e o sigilo. Cada questionário foi identificado com um código conhecido apenas pelos pesquisadores.

No decorrer da realização da pesquisa, elaborou-se um diário de campo onde todas as dúvidas surgidas no decorrer das entrevistas foram devidamente registradas, esclarecidas e sanadas, cotidianamente. (Vide detalhamento da preparação e da prática no Anexo D desta dissertação).

O questionário aplicado contém 27 perguntas agrupadas nas seis dimensões do CS: Grupos e Redes; Confiança e Solidariedade; Ação coletiva e Cooperação; Informação e Comunicação; Coesão e Inclusão Social e Autoridade (ou capacitação).

### 4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise dos dados foi realizada em duas etapas: descritiva e inferencial. Na primeira etapa, foram calculadas as frequências absolutas e relativas das categorias de resposta das variáveis qualitativas, sendo apresentadas por meio de tabelas de frequência. Em seguida, como forma de quantificar o construto analisado, procedeu-se à transformação de cada uma das respostas do questionário em variáveis binárias, classificando-as quanto ao capital social em: 1 = adequado e 0 = inadequado, conforme proposto no Quadro 4.1<sup>7</sup>.

Para a categorização das questões 1, 6, 13, 15 e 21, dada a grande dispersão das respostas, utilizou-se como ponto de corte o percentil 75, com base nos valores observados na própria amostra<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Utilizou-se adequado e inadequado por serem termos recorrentes, em análise de construto, para classificar respostas de questionários, transformadas em variáveis binárias, passíveis a parâmetros mais diversos de avaliação. Positivo e negativo, e.g., seriam termos muito limitantes, tratando-se de questionário semiestruturado e com diferentes escalas de mensuração.

<sup>8</sup> Embora a opção pelo percentil 75 tenha ocorrido de forma aleatória ou arbitrária, com ponto de corte ordenado entre 0 e 6, dada a grande dispersão das respostas, pode-se afirmar, ainda que em caráter estatisticamente redundante, que, das 99 partes constituintes do todo, pautando-se em uma distribuição normal, as respostas que ficam dentro de percentil 25 são consideradas abaixo da média, e os resultados acima de percentil 75 são consideradas acima da média, ou seja, acima da normalidade – assim, a normalidade fica entre os percentis 25 e 75. \* Não há relação entre percentil e porcentagem.

Quadro 4.1: Pontuação atribuída às questões do QI-MCS para classificação do Capital Social

Questão	Item de Resposta	Pontuação
1	≤2	0
	>2	1
2	Família	0
	Religião/outros	1
3	Não	1
	Sim	0
4	Não	1
	Sim	0
5	Não	0
	Sim	1
6	<6	0
	≥6	1
7	1,2 ou 3	0
	4 ou 5	1
8	1	1
	2	0
9	1 ou 2	1
	3, 4 ou 5	0
10	1 ou 2	1
	3, 4 ou 5	0
11	1	0
	2	1
12	1	1
	0	0
13	<5	0
	≥5	1
14	1 ou 2	1
	3, 4 ou 5	0
15	<150	0
	≥150	1
16	1,2,3 ou 4	0
	5 a 14	1
17	1 ou 2	1
	3, 4 ou 5	0
18	1	0
	2	1
19	1 a 4 e 8 e 9	1
	5 a 7 e 10 e 11	0
20	1	0
	2	1
21	<4	0
	≥4	1
22	1	1
	2	0
23	1 ou 2	1
	3, 4 ou 5	0
24	1 ou 2	1
	3, 4 ou 5	0
25	1, 2 ou 3	0
	4 ou 5	1
26	1 ou 2	0
	3 ou 4	1
27	1	1
	2	0

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A partir dos parâmetros desse Quadro, cada dimensão do capital social recebeu uma pontuação, calculada da seguinte forma: somatório das pontuações das respectivas questões, dividido pelo número de questões de cada dimensão. A variável “Capital Social” foi calculada pelo compósito das seis dimensões, seguindo o mesmo procedimento. Com pontuação variando de zero (0) a um (1,0), foram então calculados sete escores: um para o Capital Social e seis relativos a cada dimensão.

Na segunda etapa da análise dos dados, foram avaliadas as diferenças entre as microáreas. Para respostas categorizadas como “adequado vs. Inadequado” foi utilizado o teste Qui-Quadrado ( $X^2$ ). Para os escores do Capital Social e das seis dimensões, a análise de variância (ANOVA). Os pressupostos de normalidade dos dados e de igualdade de variâncias, nesse caso, foram validados pelos valores de assimetria/curtose e pelo teste de Levene, respectivamente.

Todas as análises foram feitas utilizando-se o software estatístico IBM SPSS versão 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA). O valor de  $p < 0,05$  foi adotado.

## 5 RESULTADOS

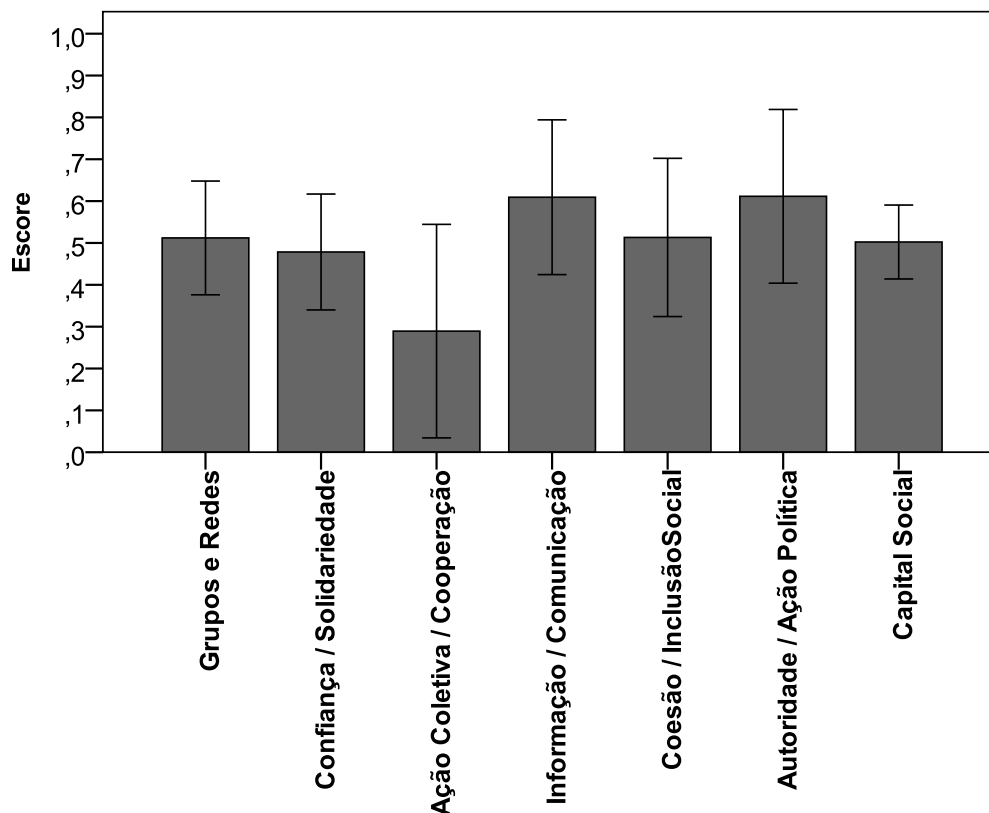
Na Tabela 5.1, estão apresentadas as características sociodemográficas da amostra. A maioria dos participantes era do sexo feminino e possuía o ensino fundamental incompleto. A média de idade da amostra foi de  $49,8 \pm 15,1$  anos, variando de 21 a 92 anos. Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre as microáreas em relação ao sexo ( $X^2 = 1,507$ ;  $p = 0,82$ ), faixa etária ( $X^2 = 7,238$ ;  $p = 0,51$ ) e nível de escolaridade ( $X^2 = 17,972$ ;  $p = 0,59$ ).

**Tabela 5.1: Características sociodemográficas da amostra (n=384)**

	N	%
Microárea		
1	76	19,7
2	71	18,5
3	73	19,0
4	87	22,7
5	77	20,1
Sexo		
Feminino	265	69,0
Masculino	119	31,0
Escolaridade		
Fundamental incompleto	195	54,3
Fundamental completo	30	8,4
Médio incompleto	36	10,0
Médio completo	85	23,7
Superior	13	9,1
Faixa Etária		
21 a 45 anos	151	39,3
46 a 59 anos	130	33,9
≥ 60 anos	103	26,8

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2019.

Como pode ser verificado na Figura 5.1, o escore do Capital Social foi 0,5 e das seis dimensões variaram de 0,29 a 0,63.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Figura 5.1: Média  $\pm$  desvio-padrão das seis dimensões do Questionário Integrado para medir Capital Social (QI-MCS) e do compósito de Capital Social da Microrregião 56 do ESF.

### Dimensão 1 – Grupos e Redes

Na Tabela 5.2, estão apresentadas as frequências absolutas e relativas correspondentes às questões que compõem a dimensão 1 – Grupos e Redes. Foram considerados “capital social adequado” os que participaram em mais de dois grupos ou redes. Na opinião da maioria dos entrevistados, o grupo mais importante é a família. Os membros do grupo, geralmente, são da mesma religião e grupo étnico, mas de diferentes ocupações, escolaridade e sexo.

**Tabela 5.2: Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas às questões do Questionário Integrado para medir Capital Social (QI-MCS), referentes à dimensão Grupos e Redes (n = 384)**

Questões	N	%
<b>Questão 1</b> – De quantos grupos ou redes o entrevistado faz parte?		
≤ 2	286	76,1
> 2	90	23,9
<b>Questão 2</b> – Qual é o grupo mais importante?		
Família	260	74,5
Religião / Outros	89	25,5
<b>Questão 3</b> – A maioria dos membros do grupo é da mesma (o):		
3.1 Religião (sim)	226	64,8
3.2 Sexo (sim)	46	13,2
3.3 Grupo étnico ou linguístico/raça/casta/tribo (sim)	193	55,3
<b>Questão 4</b> – A maioria dos membros do grupo têm a mesma:		
4.1 Ocupação (sim)	46	13,2
4.2 Formação educacional ou grau de escolaridade (sim)	78	22,4
<b>Questão 5</b> – O grupo trabalha ou interage com grupos fora do bairro?		
Não	92	26,4
Sim, ocasionalmente	104	29,8
Sim, frequentemente	153	43,8
<b>Questão 6</b> – Quantos amigos próximos você possui hoje?		
< 6 amigos	282	73,4
≥ 6 amigos	102	26,6
<b>Questão 7</b> – Caso você precisasse, pessoas estariam dispostas a lhe emprestar dinheiro?		
Definitivamente	162	42,2
Provavelmente	77	20,1
Não tenho certeza	27	7,0
Provavelmente não	43	11,2
Definitivamente não	75	19,5

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2019.

O número de amigos próximos variou de zero a 120. A partir desse resultado, optou-se pela estratificação desta variável, de acordo com o percentil 75, sendo classificado como capital social adequado aqueles que possuem mais de seis amigos – o que nos leva a apenas 26% da amostra.

Por outro lado, 43% dos entrevistados interage frequentemente com grupos de fora do bairro e 62,2% relataram que, definitivamente ou provavelmente, receberiam dinheiro emprestado de pessoas próximas, caso precisassem.

## **Dimensão 2 – Confiança e Solidariedade**

Na Tabela 5.3, estão apresentadas as frequências absolutas e relativas correspondentes às questões que compõem a dimensão 2 – Confiança e Solidariedade.



Quase 100% dos entrevistados relatou sentir receio em confiar nas pessoas (Questão 8) e 78% concordaram que é preciso estar atento ou alguém pode tirar vantagem (Questão 9.2). Entretanto, mais da metade concorda (totalmente ou em parte) que receberia ajuda de moradores do bairro, caso precisasse (Questão 9.1).

Quase 2/3 dos participantes não confia no governo local ou central, mas dedicaria tempo (94%) e dinheiro (80%) em projeto que fosse de interesse da comunidade.

**Tabela 5.3: Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas às questões do Questionário Integrado para medir Capital Social (QI-MCS), referentes a dimensão Confiança e Solidariedade (n = 384)**

Questões	N	%
<b>Questão 8</b> – Confiança nas pessoas:		
Pode-se confiar nas pessoas	20	5,2
Nunca é demais ter cuidado	364	94,8
<b>Questão 9.1</b> – A maioria das pessoas neste bairro/localidade está disposta a lhe ajudar caso precise.		
Concordo Totalmente	72	18,8
Concordo em parte	145	37,8
Nem concordo nem discordo	29	7,6
Discordo em parte	79	20,6
Discordo totalmente	59	15,4
<b>Questão 9.2</b> – Neste bairro, é preciso estar atento ou alguém pode tirar vantagem de você.		
Concordo Totalmente	195	50,8
Concordo em parte	106	27,6
Nem concordo nem discordo	22	5,7
Discordo em parte	36	9,4
Discordo totalmente	25	6,5
<b>Questão 10.1</b> – Você confia em membros do governo local?		
Confio totalmente	2	0,5
Confio muito	11	2,9
Nem muito nem pouco	56	14,6
Confio pouco	64	16,7
Confio muito pouco	251	65,4
<b>Questão 10.2</b> – Você confia em membros do governo central?		
Confio totalmente	12	3,1
Confio muito	35	9,1
Nem muito nem pouco	66	17,2
Confio pouco	50	13,0
Confio muito pouco	221	57,6
<b>Questão 11.1</b> – Você contribuiria com Tempo para projeto com benefício p/ comunidade?		
Não	21	5,5
Sim	363	94,5
<b>Questão 11.2</b> – Você contribuiria com Dinheiro para projeto com benefício p/ comunidade?		
Não	77	20,1
Sim	307	79,9

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2019.

### Dimensão 3 – Ação Coletiva / Cooperação

Na Tabela 5.4, estão apresentadas as frequências absolutas e relativas correspondentes às questões que compõem a dimensão 3 – Ação coletiva e Cooperação. Nos últimos 12 meses, apenas dois em cada 10 moradores participaram de atividades comunitárias. O número de participações variou de uma a 96 vezes. A partir desse resultado, optou-se pela estratificação desta variável, de acordo com o percentil 75, sendo considerado adequado capital social aqueles que participaram cinco ou mais vezes: o que nos leva a apenas 6,5% dos entrevistados. Em uma situação de falta de água, 57% dos entrevistados acredita que as pessoas iriam colaborar para resolver o problema.

**Tabela 5.4: Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas às questões do Questionário Integrado para medir Capital Social (QI-MCS), referentes a dimensão Ação coletiva e Cooperação (n = 384)**

Questões	N	%
<b>Questão 12</b> – Nos últimos 12 meses, você participou de atividade comunitária?		
Não	299	78,1
Sim	84	21,9
<b>Questão 13</b> – Quantas vezes participou nos últimos 12 meses?		
< 5 vezes	359	93,5
≥ 5 vezes	25	6,5
<b>Questão 14</b> – Na falta de água, as pessoas iriam colaborar para resolver o problema?		
Muito provável	121	31,7
Relativamente provável	98	25,7
Nem provável nem improvável	35	9,2
Relativamente improvável	64	16,8
Muito improvável	64	16,8

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2019.

### Dimensão 4 – Informação / Comunicação

Na Tabela 5.5, são mostradas as frequências absolutas e relativas correspondentes às questões que compõem a dimensão 4 – Informação e Comunicação. O número de vezes que as pessoas receberam ou fizeram um telefonema, no último mês, variou de zero a 900 telefonemas.

A partir desse resultado, optou-se pela estratificação desta variável, de acordo com o percentil 75, sendo classificado como adequado capital social aqueles que receberam ou efetuaram uma ligação pelo menos 150 vezes no último mês. Os resultados mostram menos de 30% dos participantes.

As fontes de informação mais citadas pelos entrevistados foram: parentes, amigos e vizinhos, TV e internet.

**Tabela 5.5: Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas às questões do Questionário Integrado para medir Capital Social (QI-MCS), referentes a dimensão Informação e Comunicação (n = 384)**

Questões	N	%
<b>Questão 15</b> – No último mês, quantas vezes você fez ou recebeu um telefonema?		
< 150	278	72,2
≥ 150	106	27,6
<b>Questão 16</b> – Quais as três fontes de informação mais importantes sobre o que o governo está fazendo (a mais citada).		
16.1 Parentes, amigos, vizinhos	188	49,0
16.2 TV	189	50,8
16.3 Internet	137	41,8

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2019.

## Dimensão 5 – Coesão / Inclusão Social

Na Tabela 5.6, estão descritas as frequências absolutas e relativas correspondentes às questões que compõem a dimensão 5 – Coesão e Inclusão Social. Observou-se que a metade dos entrevistados acredita que as pessoas do seu bairro sejam relativamente ou muito diferentes e que para 42,6% estas diferenças podem gerar problemas. Para 60%, os problemas são causados principalmente por diferenças em relação ao nível de escolaridade ou riquezas/posses materiais; e para aproximadamente 40% dos entrevistados esses problemas também podem ser causados por diferenças religiosas ou pela posição social. Sete em cada dez moradores acreditam que essas diferenças levam à violência, sendo 37% se sente insegura em casa, ou quando está sozinha.

**Tabela 5.6: Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas às questões do Questionário Integrado para medir Capital Social (QI-MCS), referentes à dimensão Coesão e Inclusão Social (n = 384)**

<b>Questões</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Questão 17</b> – Grau de diferença entre as pessoas em seu bairro/localidade:		
Extremamente diferentes	58	15,1
Muito diferentes	128	33,3
Relativamente diferentes	71	18,5
Pouco diferentes	87	22,7
Muito pouco diferentes	40	10,4
<b>Questão 18</b> – As diferenças causam problemas?		
Não	220	57,4
Sim	163	42,6
<b>Questão 19</b> – Quais são as diferenças que mais causam problemas? (as mais citadas)		
19.1 Educação / Riquezas ou posses materiais	97	60,3
19.2 Crenças religiosas / Posição social	59	38,8
<b>Questão 20</b> – Esses problemas levam a violência?		
Não	43	26,4
Sim	120	73,6
<b>Questão 21</b> – Quantas vezes, no último mês, você se reuniu com outras pessoas?		
< 4 vezes	267	69,5
≥ 4 vezes	117	30,5
<b>Questão 22</b> – Essas pessoas eram:		
22.1 De origem étnica ou linguística, raça/casta/tribo diferente	125	48,6
22.2 De situação econômica diferente	105	40,9
22.3 De posição social diferente	99	38,5
22.4 De um grupo religioso diferente	148	57,6
<b>Questão 23</b> – Como se sente em relação a crime e violência quando está sozinho em casa?		
Muito seguro	119	31,0
Moderadamente seguro	90	23,4
Nem seguro nem inseguro	30	7,8
Moderadamente inseguro	77	20,1
Muito inseguro	68	17,7

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2019.

## **Dimensão 6 – Autoridade / Ação Política**

Na Tabela 5.7, estão apresentadas as frequências absolutas e relativas correspondentes às questões que compõem a dimensão 6 – Autoridade e Ação Política. Apesar dos problemas e diferenças observados, 80% dos moradores se sente moderadamente ou muito feliz e 70% capazes de tomar decisões que mudem suas vidas. Entretanto, nos últimos meses, 80% nunca se reuniu para solicitar algo em prol da comunidade, embora tenha exercido o seu direito de escolher os seus representantes pelo voto.

**Tabela 5.7: Frequência absoluta (n) e relativa (%) das respostas às questões do Questionário Integrado para medir Capital Social (QI-MCS), referentes a dimensão Autoridade e Ação política (n = 384)**

<b>Questões</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Questão 24</b> – Como você se considera em relação à felicidade:		
Muito feliz	178	46,7
Moderadamente feliz	132	34,6
Nem feliz nem infeliz	53	13,9
Moderadamente infeliz	12	3,1
Muito infeliz	6	1,6
<b>Questão 25</b> – Tem poder para tomar decisões que mudariam o curso da sua vida?		
Totalmente incapaz de mudar minha vida	27	7,0
Geralmente incapaz de mudar minha vida	44	11,5
Nem capaz, nem incapaz	45	11,7
Geralmente capaz de mudar minha vida	100	26,0
Totalmente capaz de mudar minha vida	168	43,8
<b>Questão 26</b> – Nos últimos 12 meses, quantas vezes as pessoas se reuniram para solicitar algo em favor da comunidade?		
Nunca	307	79,9
Uma vez	46	12,0
Algumas vezes ( $\leq 5$ )	27	7,0
Muitas vezes ( $> 5$ )	4	1,0
<b>Questão 27</b> – Você votou nas últimas eleições estaduais/nacionais/ presidenciais?		
Não	71	18,5
Sim	313	81,5

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2019.

## 7.1 Análise Inferencial

Na Tabela 5.8, estão apresentadas as distribuições percentuais de capital social adequado em cada uma das questões, com base no critério proposto no Quadro 4.1 e segundo microárea. Foram observadas diferenças estatisticamente significativas nas questões 9.1, 10.1, 11.2, e nas questões 16, 19.1, 22.1, 22.4 e 23.

**Tabela 5.8: Frequência relativa (%) das respostas às questões do Questionário Integrado para medir Capital Social (QI-MCS) classificadas como Capital Social Adequado (n = 384) nas diferentes Microáreas**

Questão	Microáreas					X <sup>2</sup>	p-valor
	1	2	3	4	5		
1	21,3%	31,0%	26,0%	19,5%	22,9%	3,361	0,50
2	32,8%	30,8%	29,4%	20,7%	15,7%	7,809	0,10
3.1	37,5%	30,8%	30,9%	41,5%	34,3%	2,698	0,61
3.2	87,5%	86,2%	88,2%	82,9%	90,0%	1,875	0,76
3.3	37,5%	41,5%	52,9%	41,5%	50,0%	4,616	0,33
4.1	87,5%	84,4%	88,2%	82,9%	91,4%	2,857	0,58
4.2	73,4%	76,6%	76,5%	76,8%	84,3%	2,554	0,63
5	84,4%	76,9%	69,1%	74,4%	64,3%	8,056	0,09
6	28,9%	36,6%	19,2%	24,1%	24,7%	6,347	0,17
7	34,2%	28,2%	28,8%	33,3%	28,6%	1,229	0,87
8	3,9%	5,6%	5,5%	4,6%	6,5%	0,605	0,96
9.1	40,8%	54,9%	56,2%	66,7%	62,3%	12,434	0,01*
9.2	76,3%	74,6%	84,9%	79,3%	76,6%	2,809	0,59
10.1	7,9%	0,0%	5,5%	2,3%	1,3%	9,530	0,049*
10.2	13,2%	12,7%	12,3%	8,0%	15,6%	2,299	0,68
11.1	93,4%	94,4%	94,5%	92,0%	98,7%	3,893	0,42
11.2	85,5%	71,8%	80,8%	73,6%	88,3%	10,000	0,04*
12	22,4%	19,7%	31,5%	16,1%	21,1%	5,888	0,21
13	3,9%	8,5%	12,3%	4,6%	3,9%	6,707	0,15
14	60,5%	60,0%	49,3%	57,0%	59,7%	2,626	0,62
15	22,4%	26,8%	37,0%	24,1%	28,6%	4,842	0,30
16.1	65,8%	47,9%	52,1%	25,3%	29,9%	35,656	<0,001*
16.2	80,3%	85,9%	75,3%	95,4%	93,5%	19,425	0,001*
16.3	85,5%	84,5%	74,0%	90,8%	97,4%	19,585	0,001*
17	56,6%	47,9%	47,9%	49,4%	40,3%	4,128	0,39
18	53,3%	54,9%	53,4%	63,2%	61,0%	2,778	0,60
19.1	94,7%	94,4%	87,7%	97,7%	97,4%	9,574	0,048*
19.2	80,3%	88,7%	87,7%	85,1%	88,3%	3,080	0,54
20	67,1%	62,0%	60,3%	73,6%	79,2%	8,923	0,06
21	36,8%	36,6%	23,3%	23,0%	33,8%	7,195	0,13
22.1	42,1%	36,6%	38,4%	20,7%	27,3%	11,368	0,02*
22.2	26,3%	28,2%	26,0%	28,7%	27,3%	0,213	0,99
22.3	27,6%	29,6%	20,5%	26,4%	24,7%	1,784	0,77
22.4	56,6%	38,0%	38,4%	29,9%	31,2%	14,967	0,005*
23	51,3%	47,9%	39,7%	67,8%	62,3%	16,112	0,003*
24	85,3%	85,9%	75,0%	75,9%	85,5%	6,278	0,18
25	75,0%	67,6%	69,9%	70,1%	66,2%	1,606	0,81
26	6,6%	8,5%	2,7%	12,6%	9,1%	5,597	0,23
27	80,3%	81,7%	86,3%	75,9%	84,4%	3,465	0,48

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2019.

A dimensão Confiança e Solidariedade, condizente à questão 9.1, sobre a maioria das pessoas ter disposição em ajudar; a microárea 4 destaca-se com 66,7% de concordância; confiar nos membros do governo local, objeto da pergunta 10.1, foi marcada pela desconfiança máxima dos respondentes da microárea 2. Em relação à questão 11.2, mesmo que o projeto não os beneficie diretamente, os entrevistados contribuiriam, predominantemente, com quantia em dinheiro, destacando-se a microárea 5, dos quais 88,3% colaborariam com valores.

Para a dimensão Informação e Comunicação, contemplada na questão 16, encontrou-se 65,8% dos entrevistados da microárea 1 identificando como uma das três fontes de informação mais importantes, os parentes, amigos e vizinhos como informantes sobre ações governamentais. Entretanto, 95,4% dos residentes na microárea 4 utilizam a TV como a fonte mais importante, mas na microárea 5, 97,4 afirmam ser a Internet o principal canal para se obter informações governamentais.

Coesão e Inclusão Social são avaliações que dimensionam as variadas formas de diversidade presente na comunidade, sendo que as suas diferenças podem gerar problemas e conflitos. Questionados nos itens agrupados da questão 19.1, os respondentes demonstraram, em um total superior a 88% dos inquiridos, que as diferenças de educação/riquezas ou posses materiais suplantariam as demais alternativas como causas geradoras de conflitos. Sobre encontros que estimulariam a inclusão social, ao se inferir sobre o perfil dos presentes, questões 22 e 22.4, apontam para origem racial diferente, condizentes com 42,1% das respostas na microárea 1, mas, referindo-se aos participantes sobre religião, destaca-se também a microárea 1 com 56,6% de pessoas pertencentes a um grupo religioso diferente. Ainda, nesta dimensão, inquirindo-se sobre a segurança percebida/sentida quando se está só, em casa, diante da violência e do crime, mais de 40% dos respondentes sentiam-se muito seguros ou moderadamente seguros, destacando-se a microárea 4, 67,8% na percepção de segurança.

Nas outras dimensões (Grupos/Redes; Ação Coletiva/Cooperação e Autoridade/Ação Política) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Apesar das diferenças em questões específicas de algumas dimensões, citadas anteriormente, na Tabela 5.9, mostra-se que, de maneira global, os escores de cada dimensão não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre as microáreas.

**Tabela 5.9: Média  $\pm$  desvio-padrão das seis dimensões do Questionário Integrado para medir Capital Social (QI-MCS) e do compósito de Capital Social nas diferentes Microáreas**

Dimensão	Microáreas					F	p-valor
	1	2	3	4	5		
Grupos e Redes	0,52 $\pm$ 0,13	0,52 $\pm$ 0,15	0,51 $\pm$ 0,13	0,50 $\pm$ 0,13	0,50 $\pm$ 0,13	0,475	0,75
Confiança/Solidariedade	0,46 $\pm$ 0,14	0,45 $\pm$ 0,14	0,48 $\pm$ 0,15	0,47 $\pm$ 0,14	0,50 $\pm$ 0,12	1,547	0,19
Ação Coletiva/Cooperação	0,29 $\pm$ 0,24	0,29 $\pm$ 0,28	0,31 $\pm$ 0,27	0,26 $\pm$ 0,24	0,28 $\pm$ 0,24	0,482	0,75
Informação/Comunicação	0,63 $\pm$ 0,17	0,61 $\pm$ 0,18	0,59 $\pm$ 0,19	0,59 $\pm$ 0,19	0,62 $\pm$ 0,20	0,825	0,51
Coesão/Inclusão Social	0,54 $\pm$ 0,19	0,51 $\pm$ 0,18	0,47 $\pm$ 0,19	0,51 $\pm$ 0,19	0,52 $\pm$ 0,19	1,089	0,36
Autoridade/Ação Política	0,62 $\pm$ 0,17	0,61 $\pm$ 0,23	0,58 $\pm$ 0,19	0,59 $\pm$ 0,25	0,61 $\pm$ 0,19	0,386	0,82
Capital Social	0,52 $\pm$ 0,08	0,50 $\pm$ 0,08	0,50 $\pm$ 0,10	0,49 $\pm$ 0,09	0,51 $\pm$ 0,08	1,056	0,38

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2019.



## 6 DISCUSSÃO

Sehnm, Macke e Bertolin (2011), revendo a evolução do conceito de Capital Social, conceituam-no como recurso socioestrutural, essencial nas relações entre as pessoas. Trata-se de um bem intangível, com características subjetivas a cada indivíduo, de modo que não pode ser trocado ou transferido entre indivíduos. Por ser complexo, o conceito de capital social é muito importante para explicitar a dinâmica institucional, a inovação e o valor agregado. Sendo assim, para se conhecer o CS de uma comunidade, região ou país, mensuram-se os elementos que o caracterizam, tais como a confiança, a solidariedade, a comunicação, o acolhimento, a cooperação, as normas de reciprocidade, a valorização do indivíduo e as amizades, observando-se se estão ou não presentes, e se as médias são consideráveis.

Essa visão discursiva que retoma a descrição de CS elaborada e descrita nesta pesquisa sugere afirmar que propor gerar e, ou ampliar CS de uma comunidade constitui ampla tarefa cercada de um grande desafio. Ademais, além dos fatores limitantes deste estudo, pontuados nas considerações, é mister admitir que, mesmo sendo este tipo de estudo recorrente e modelar, desenvolvido a partir de uma estrutura de mensuração quantitativa de CS, o fato de a base do CS ser a confiança, além da conexão, em uma comunidade distribuída em diferentes microáreas, recai em diversas questões subjetivas, difíceis de serem mensuradas.

Por certo, uma permanente inquietação da pesquisa apoia-se na questão problema cercada pelas hipóteses que se ajustam a partir do estudo preliminar de experiências profícuas que irão sustentar o trabalho. Partir, pois, de um modelo de investigação fidedigno adaptado – QI-MCS – utilizado por pesquisadores de diversos países, ainda que não sustente o empoderamento, fortalecimento das redes ou conexões em prol do crescimento, é o mecanismo para se desvelar caminhos que viabilizem a construção do CS.

A relevância dos dados sociodemográficos nessa dinâmica é inegável, no entanto, houve limitações significativas pelo fato de o estudo partir de uma amostra adstrita, previamente situada em um banco de dados, além de fatores como horário comercial da realização da coleta de dados ter homogeneizado a amostra nas microáreas, com predomínio de mulheres respondentes, pessoas mais idosas.

Houve ainda limitações quanto à investigação dos aspectos “da comunicação e reciprocidade”, pelo fato de parte desse público sequer estar inserido nas redes sociais, ou, mesmo, por não possuir um telefone celular ou smartphone.

Com mais de metade da população participante sendo de baixa escolaridade, é de se supor uma baixa qualificação técnica, baixos salários e trabalho informal. Tais fatos dificultam a mobilidade social e restringem as oportunidades “conforme a origem socioeconômica da família” (Pero, 2006 p. 141). Por certo, a mobilidade passa pelo desempenho da economia e de seus impactos sobre a estrutura ocupacional, dependendo, também, da consolidação dos canais de mobilidade na sociedade (escola, associações de classe, governo local, governo central etc.), além de as características individuais, relativas ao investimento em qualificação e formação profissional, serem essenciais.

A referida autora acrescenta que, ao se atingir determinado grau de desenvolvimento, associado a um alto nível de escolaridade da população em geral, a forte competição no mercado de trabalho “acaba recolocando um papel importante da origem social das pessoas para determinação da posição social”. (PERO, 2006, p. 136).

No entanto, essas considerações são relevantes nesta pesquisa, no sentido de sugerir que as chances de recolocação da posição dos participantes do presente estudo, face à faixa etária, também são mínimas. Na Tabela 5.1<sup>9</sup>, mostra-se que os participantes na faixa entre 46 e 59 anos ou  $\geq 60$  anos totalizam cerca de 60% dos entrevistados, o que, para a conjuntura brasileira, não corresponde, na prática, a uma idade produtiva.

Essa reflexão motiva afirmar que a oportunidade de essas pessoas virem a ocupar nova posição social, recolocadas no mercado, via escolaridade, é mínima.

Ademais, essa característica não é peculiar à amostra estudada, visto que a faixa etária encontrada caracteriza-se pela transição epidemiológica, com 73,2% de pessoas jovens e adultas e 26,8% de idosos, sendo compatível com as amostras do IBGE (SCHRAMM et al., 2004).

---

<sup>9</sup> A Tabela 5.1, assim como as demais (subsequentes), retomadas neste Capítulo da Discussão, encontram-se no capítulo anterior, Resultados.

Pode-se ainda acrescentar que a mobilidade de emprego pode destituir o CS de uma família, segundo Wacquant e Wilson (1996, 1989, apud PORTES, 2000), dado o enfraquecimento das redes sociais estabelecidas e suas trocas, o que pode acarretar níveis extremamente elevados de desemprego e de dependência da seguridade social.

Tal constatação permite, ainda, retomar, do estudo de Pero (2006, p. 146-153), os dois caminhos que ela sugere para orientar o debate sobre políticas públicas a serviço da adequada mobilidade social, o que também se aplica aos objetivos desta pesquisa que avalia o capital social na comunidade e nas microáreas analisadas: “a) melhorar a qualidade dos postos de trabalho, quer dizer, a renda por ocupação; b) explorar as vantagens comparativas em termos de escolaridade”, aproveitando esse capital humano para diminuir as desigualdades socioeconômicas e aprimorando a situação dos mais pobres. (PERO, 2006, 152-153)

Ao se investigar a primeira dimensão, **grupos e redes**, que constitui o Capital Social estrutural, foram encontrados baixos valores de CS.

De acordo com essa dimensão, no enfrentamento da adversidade, são poucos os amigos presentes e próximos que possam oferecer o conforto de uma escuta, um bom conselho, uma atitude crítica, ou apoio nos momentos de dificuldade.

A maioria dos entrevistados (74,5%) também se estreita e se confina na rede ou grupo familiar como o mais importante, limitando-se aos poucos conhecimentos familiares, entre eles vivenciados, e às poucas informações trocadas (FONTES, 2004). Tal confinamento configura um capital social baixo. Para uma pequena parcela dos entrevistados, há um foco importante no Grupo Religioso. Este, que configura Laços Fracos, é capaz de desenvolver grupos mais heterogêneos que oferecem possibilidades de informações mais amplas e redes diversificadas, além de proporcionar empregos mais qualificados, com maior rentabilidade, ampliar a formação profissional e conceder aos seus membros mais oportunidades de crescimento e mudanças na qualidade de vida. Isso significa que somente os 25,5% dos participantes integrados pela religião caracterizam o bom e mais alto padrão de Capital Social na amostra.

Ainda que haja possibilidades de um potencial Capital Social estrutural estar em construção, a participação dos indivíduos será baixa, uma vez que, sendo justamente o grupo Familiar de maior número, consolidam-se os laços Fortes e densos, com pouca diversidade e sem a necessária potência para criar estoques de Capital Social de ponte e de ligação. Desse modo, não contribuem com benefícios comunitários e não estimulam a Participação Social (Banco Mundial 2003; Fontes, 2004).

A segunda dimensão estudada avaliou o Capital Social Cognitivo, condizente com a estimativa de **confiança e solidariedade** (Tabela 5.3). Tal dimensão é marcada, entre os entrevistados, pela desconfiança, em vários níveis. Apesar dessa imperiosa desconfiança, 94,5% contribuiriam doando seu tempo à realização de projetos comunitários e 79,9% contribuiriam com dinheiro para benefícios à comunidade. No contexto das dimensões estudadas, compreende-se que a confiança é a mola mestra para desenvolver na comunidade as relações de parceria e ajuda mútua, criando uma rede de solidariedade e regras a partir de normas coletivas, fundamentais à manutenção da ordem e ao controle da violência nas relações de boa vizinhança (GROOTAERT et al., 2003). A desconfiança não permite trocas, nem gera normas de confiança e solidariedade comunitárias, de modo que não contribui para promover um Capital Social de conexão.

No que tange à solidariedade, à capacidade de doar-se, é pertinente retomar a constatação de Mendes (2012, p. 751), quanto ao fato de toda rede social, que ele nomeia como 'típica', incluir uma área ligada pelo parentesco (o cônjuge, a família nuclear e o grupo dos demais parentes); uma área de conhecidos e amigos (conhecidos, vizinhos, amigos e colegas de trabalho); e uma área de serviços de apoio (que abrange funcionários, membros da igreja, trabalhadores sociais, trabalhadores de saúde, movimentos sociais e organizações comunitárias). É desse emaranhado de relações interpessoais que se constituem as redes informal (vizinhos, grupos recreativos, religiosos etc.) e a formal (cívicas, ONGs, partidos políticos, SUS etc.).

Conforme essa composição e a vivência com esses pares, em maior ou menor intensidade, os participantes se autoavaliaram sobre a confiança e a solidariedade, talvez movidos por informações midiáticas, para afirmarem (96,7%) que desconfiam dos membros do governo local, e em semelhante proporção, também não confiam nos membros do governo central.

Esse contraponto é explicado e corroborado por Kaufman (2012), quando descreveu a diversidade de vetores resultantes das transações, dentro da dinâmica do coletivo onde os indivíduos se agrupam, movidos pela possibilidade de cooperação adesão a opiniões e experiência de líderes, ou, ainda, ação conjunta oriunda do comportamento por contágio.

Esse raciocínio se reforça ainda mais pelo fato de que, ao mesmo tempo em que desconfiam ou não confiam (d)naqueles com quem poderiam ou deveriam contar, surpreendente parcela da população-alvo é predisposta a ajudar e ser solidária, construindo um mecanismo que viabiliza recursos via relações interpessoais. Esses dados, portanto, vão de encontro aos de Portella e Augustin (2012), ao afirmarem que, sem as conexões de “Laços Fracos”, a tendência é a população permanecer isolada, confinada em seu diminuto aglomerado (cluster). Mas, por outro lado, o fato de apenas 12,2% da amostra confiar no governo local retoma a coerência da literatura que considera que os laços fracos, por sua vez, caracterizam-se por mobilizar os recursos localizados na esfera pública, formando estoques de CS cujos recursos acessados são compartilhados por uma comunidade política.

Essa constatação de Sousa (2007) reforça os resultados encontrados, posto que os laços fortes mobilizam recursos ancorados no dom, na solidariedade em modos de distribuição não sistematizáveis ou facilmente mensuráveis (cf. EICHNER e FONTES; 2004, p. 23). Além disso, dependem dos recursos individuais e do grupo. A coesão pelos laços fortes só resolve situações momentâneas e esporádicas.

A dimensão **ação coletiva e cooperação** (Tabela 5.4) difere da dimensão confiança e solidariedade, especialmente, pelo nível e, ou tipo de ação desenvolvida conjuntamente, no cenário comunitário, mas estando as ações dentro do contexto político (GROOTAERT et al., 2003). Sendo assim, consiste em concentrar todos os benefícios possíveis existentes através do Capital Social gerado, encontrados no CS de ponte, de ligação e conexão, gerando estoques positivos e altos, decorrentes das benfeitorias oriundas do interior das redes. Trata-se de atributos que ocorrem na vida comunitária, ou nela estão presentes, reunindo aspectos positivos, desenvolvidos coletivamente, como benefícios advindos da rede de cooperação.

Duque (2013) afirmou que a agilização das redes sociais, estimuladas pela confiança e cooperação, resulta em benefício direto ao social, rompendo a condição social reducionista, reafirmando a linha de raciocínio de Putnam (1995), quando este mencionou o Capital Social como característica inerente às organizações sociais, ancorado nas redes, nas normas e na confiança, facilitando a ação e a cooperação em prol de benefício mútuo.

As avaliações de Duque (2013) de que o Capital Social, por meio da formação de redes sociais, amplia a cooperação e o nível de cooperação, constituem recurso fundamental para se manter e construir um sistema produtivo, ambientalmente viável, contribuindo para o bem-estar social que converge para a importância da Saúde, nesse contexto. Isso significa que um dos produtivos e valiosos resultados do CS é, portanto, a Promoção à Saúde.

No que tange ao bem-estar social, avaliando-se a participação dos entrevistados do presente estudo, em atividades comunitárias nos últimos 12 meses, verificou-se que apenas 21,9% confirmaram participação. Quanto ao número de vezes, nos últimos meses, verificou-se que apenas 6,5% participaram acima de cinco vezes. Sobre a colaboração para resolver problemas comunitários, considerando-se a falta de água que afetaria a todos, 57,4% acreditam que é relativamente a muito provável que todos se envolveriam no enfrentamento do problema.

Considerando-se a grande importância do elemento do exemplo, pode-se considerar baixa essa perspectiva dos participantes. Neste ponto desta seção discursiva, pode-se reunir as três dimensões, até então abordadas, como potentes geradoras de alto estoque de CS, de modo que a falta delas na população estudada não traz avanço nem progresso local, além de não promover ascensão social nem acesso à boa qualidade de vida e benefícios à saúde.

Essa consideração apoia-se no fato de que, em um grupo ou em uma sociedade com um valor significativo de capital social, as redes sociais de compromisso cívico estimulam a prática generalizada de confiança recíproca e de cooperação, facilitando a confiança mútua (Putnam, 1995: 67, apud DUQUE, 2013). Como fenômeno social, o Capital Social requer interação e integração das pessoas, de modo presencial, preferencialmente, resultando em ganhos e trocas coletivas.

A quarta análise de dimensão do CS estuda a **informação e comunicação** como formas de veículos de aproximação e interação, pois, através dos meios utilizados, pode-se informar, orientar, conscientizar, esclarecer, cumprir a função e o papel social destinado ao cidadão.

O Banco Mundial aponta a acessibilidade aos canais de informação e comunicação como elementos fundamentais às comunidades carentes, empobrecidas. Conceder a voz aos excluídos, permite que, de forma ativa, eles podem reivindicar assuntos relativos ao bem-estar social (saúde, educação, saneamento básico, trabalho etc.).

Na Tabela 5.5, demonstra-se que apenas 27,6% das pessoas recebem acima de 150 ligações telefônicas/mês, o que indica baixo padrão comunicativo e interativo com outras pessoas, além de denotar poucas trocas de informações, não produzindo, conseqüentemente, estoque de capital Social. Ressalta-se aqui o fato de esse questionário ter sido produzido em 2003 pelo Banco Mundial, sendo que, quase duas décadas depois de sua elaboração, vivencia-se, no presente momento, a conectividade através dos smartphones, quando a maior parte da comunicação é feita por mensagens escritas ou áudio mensagens, suprimindo a ausência da escrita formal, técnica, utilizando-se uma linguagem própria, curta e rápida, que dispensa o uso de normas, até mesmo de palavras e, inclusive, a ligação tradicional telefônica, também substituída pelos aplicativos e 'memes' de comunicação. Inquiridas sobre as três fontes de informação consideradas mais importantes na comunidade, sobre o governo e suas ações, 49% citaram a Família, 50,8% a TV e 41,8% relataram utilizar a Internet como veículo comunicativo.

Não se há de abordar informação e comunicação, no contexto do CS, tendo como principal viés o tema Promoção à Saúde, sem discorrer sobre um dos trabalhos pioneiros da área, a Carta de Ottawa, de 1986, que, constituindo o próprio meio de comunicação, visou reorientar os serviços de saúde, realçando que a responsabilidade nos serviços dessa promoção deve ser partilhada 'entre indivíduos, comunidade, grupos, profissionais da saúde, instituições que prestam serviços de saúde e governos' que, juntos, haveriam de criar um sistema que contribuísse para elevar o nível de saúde.

Sob esse aspecto, Martins (2009) destaca a promoção da saúde como o processo em que os indivíduos são capacitados para realizar maior controle sobre a própria saúde e seus determinantes, utilizando estratégias que visem a empoderar os sujeitos e aumentar sua participação social.

Em uma comunidade onde cerca de 73% dos participantes recebem menos de cinco ligações/dia, não se exploram os meios pelos quais os domicílios pobres acessam informações relativas às condições de mercado e serviços públicos, bem como há dificuldades de se obter acesso às infraestruturas de comunicação (GROOTAERT et al., 2003). Desse modo, longe ficarão do empoderamento, da participação social e em qualquer estratégia que viesse a consolidar melhoria do CS.

No entanto, ainda sob esse aspecto, é válido voltar a atenção ao fenômeno relacionado a uma nova postura diante do uso de mídias eletrônicas e utilização maciça dos celulares, como fenômeno sociológico, a partir da massificação da internet e de seus variados canais eletrônicos, não físicos, sem filtros e sem preocupações éticas de notícias que são vinculadas livremente em grande circulação nesta década, criando novos conceitos e cooptando massas sem qualificação dessas informações, produzindo canais de conflitos e a disseminação de informações inverídicas.

Portella e Augustin (2012) constataram que os indivíduos com poucos “Laços Fracos” serão privados de informações de partes mais distantes de seu próprio sistema social e, conseqüentemente, ficarão limitados ao conhecimento, às informações, às notícias e visões provincianas de seus familiares e amigos mais íntimos.

A rede familiar traz pouca diversidade e gera pouca acessibilidade de contato com outras visões e não permite trocas com outras comunidades e formas alternativas de vivências, ceifando novas possibilidades de crescimento pessoal e comunitário, não produzindo CS, bem como a TV e a INTERNET que conectam apenas virtualmente, produzindo ilusões de padrão da realidade, mas sem estreitar laços sociais.

A quinta dimensão do CS, **Coesão e inclusão social** (Tabela 5.6) permite uma reflexão sobre graus de sociabilidade e considera se a diversidade presente na comunidade é capaz de agregar valores positivos de crescimento social, ou se essas diferenças são apontadas como causas de conflitos, crimes e violência local.



Por meio das características de coesão e inclusão social, identifica-se a natureza e o quanto essas diferenciações estão presentes, como se organizam e quais grupos que estão à margem dessa participação comunitária, sem acesso aos serviços públicos essenciais, considerando-se todas as formas de integração nessa comunidade (GROOTAERT et al., 2003).

O contraponto da coesão e da inclusão social, dificultando a ocorrência de CS alto ou positivo, é predominantemente o individualismo, o subjetivismo e a predominância do laço forte entre os indivíduos de uma mesma comunidade. Desse modo, Portes (2000) assegura o papel indutor de baixo estoque de capital social nas famílias em que as mulheres se dedicam tão-somente aos filhos, tornando frágeis os laços comunitários.

Essa é uma forma de se reforçar o apoio familiar, reduzir o Capital Social, aumentar a expectativa de insucesso juvenil (PORTES, 2000) e de dificultar processos de coesão, de inclusão, de ampliação de redes produtivas e promissoras.

Também, McLanahan e Sandefur (1994, *apud* PORTES, 2000) pesquisaram as consequências da monoparentalidade sobre o baixo estoque de CS familiar, e verificaram insucesso escolar, gravidez na adolescência entre outras situações. O referencial teórico desta pesquisa ilustra diversas histórias de sucesso individual que dissipam o CS e a coesão do grupo, visto não haver integração de grupos voltados para o crescimento coletivo. Travam-se conflitos entre oprimidos e ambiciosos. O saldo é o impacto da subordinação que converge para a formação de impérios em que o Capital Social surge como forma de controle social, em que o capital social tanto pode ser fonte de bens públicos, quanto de males públicos, reunindo a máfia, círculos de jogos, violência, prostituição, gangs juvenis etc.

Outros estudos evidenciaram deslocamentos múltiplos da família, destruição dos laços estabelecidos, prejuízo da adaptação emocional e do desempenho escolar das crianças. (PORTES, 2000). Essas consequências negativas evidenciam o estoque de CS baixo, a ausência de coesão e de inclusão.

Por outro lado, ao se mensurar os aspectos sociais comunitários organizacionais, transitando entre os aspectos pessoais, a renda ou lucros, status social, nível social, raça, crença religiosa ou política, bem como diferenças de gerações, considerando sexo e idade, tipificando-se, quantificando-se e avaliando-se a inclusão, laço fraco e coesão, estando presentes essas variáveis, configura-se estoque de alto CS comunitário (GROOTAERT et al., 2003).

Questionados sobre grau de diferença presente entre as pessoas no bairro/localidade, apenas 15,1% dos participantes deste estudo consideram-se extremamente diferentes, outros (33,3%) compreendem que são muito diferentes, mas a maioria entende ser relativamente, pouco ou muito pouco diferentes, totalizando 51,6% dos entrevistados.

Indagados sobre se as diferenças presentes são fontes de problemas, 57,4% afirmam que não. O grupo de 42,6% de pessoas que afirmam que causam problemas, cita que as diferenças que mais geram problemas são educação/riquezas ou posses (60,3%), seguindo-se crenças religiosas e posição social (38,8%).

Observa-se, pois, que a vasta explanação elaborada para circundar e explicar essa dimensão aponta que os exatos elementos (educação/riquezas/posses) que servem à ampliação do CS bom e adequado constituem diferenças/problemas que impactam o CS da comunidade estudada.

No entanto, um número pequeno de participantes afirma que essas diferenças não levam à violência (26,4%), embora a maior parte deles (73,6%) acredite que são causas de violência.

A sociabilidade provém do ato de compartilhar a vida em seus vários contextos, diariamente, nas comunidades. Observando-se a quantidade de vezes em que os entrevistados se reuniram com outras pessoas no último mês, categorizados como menor que quatro vezes, confirma-se que esse resultado não é suficiente para se desenvolver CS adequado. O fato de 69,5% das pessoas se encontrarem menos de quatro vezes ao mês indica ausência de participação social comunitária. Apenas 30,5% compartilham companhia e convivência mútua, numa troca saudável de opiniões e visão de mundo.

Analisando-se a sensação provocada pelo crime e pela violência, quando se está só em seus domicílios, 54,4% revelaram-se moderadamente a muito seguros, em seus lares, demonstrando confiança, sendo esta, também, uma dimensão adequada à formação de bom CS.

Os indivíduos têm **autoridade ou são capacitados** (empoderados), à medida que detêm um certo controle sobre instituições e processos que afetam diretamente o seu bem-estar (GROOTAERT et al., 2003).

Diante da possibilidade de acesso a recursos públicos, as pessoas devem estar à frente de negociar e participar da tomada de decisão, e seguir fiscalizando a distribuição e aplicação dos recursos, fortalecendo a participação política e democrática (Baquero, 2003).

Esta dimensão do Capital Social (Tabela 5.7) avalia subjetivamente a felicidade, a eficácia pessoal e a capacidade que os membros do agregado doméstico detêm para influenciar tanto eventos locais quanto respostas políticas mais amplas.

Ao questionar se as pessoas se consideravam felizes, 81,3% responderam ser muito felizes ou moderadamente felizes. Sobre a percepção de se ter o poder de tomar decisões que alterem o curso de suas próprias vidas, 59,8% consideram-se geralmente ou totalmente capazes.

Quando o inquérito avalia a participação política, representado pela reunião das pessoas na comunidade, em um período de 12 meses, para entrega conjunta de petição a membros do governo ou a líderes políticos, requerendo benefícios coletivos, apenas 8,0% declaram terem participado algumas vezes, ou muitas vezes, tendo como parâmetro, mais de uma vez e acima de 05 encontros. Sobre a participação democrática nas eleições através do voto, mesmo sendo obrigatório em nosso País, 81,5% compareceram ao último pleito.

Garbois, Sodr e e Dalbello-Araujo (2017) buscaram elucidar a estrutura teórica subjacente   noção de ‘determinantes sociais da saúde’ (DDS), a partir dos argumentos clássicos positivistas (e.g. Émile Durkheim), visando descrever sua sustentac o e estabelecerem considera es sobre sugestões obtidas da ado o da no o de determinantes sociais da saúde e de outros desafios da atualidade referentes a essa problemática.

No percurso, realçaram que o foco de análise desse amplo debate incide no tema desigualdades, sendo estas constatadas nas sérias disparidades de condi es de trabalho e de vida, no acesso distinto a serviços assistenciais, na desigual distribui o de recursos de saúde e nas suas repercussões sobre a morbidade e mortalidade entre os diferentes grupos sociais.

A abordagem dos DDS passa por camadas que vão das características individuais (acesso a informações, alimentos saudáveis, lazer etc.) aos macrodeterminantes (condições econômicas, sociais e ambientais em que vive a sociedade, determinantes supranacionais como o processo de globalização) do processo saúde-doença.

No intervalo entre as individuais e as macro, estão as camadas “representadas pelas redes comunitárias e de apoio, que conformam redes de solidariedade e expressam, em maior ou menor grau, de acordo com a sua organização, o nível de coesão social”. Seguem-se os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho dos indivíduos, alimentos disponíveis, acesso a serviços essenciais, como saúde e educação, que indicam as diferenças de vulnerabilidade a que estão expostos os indivíduos que se encontram em condição de pobreza. (Comissão Nacional Sobre os Determinantes Sociais da Saúde, 2008).

Quando se encontram perfis profissionais desmotivados e despreparados para viver no mundo atual, torna-se necessária a conexão de saberes e fazeres, visto que um ambiente social fragmentado ou individualizado contraria a união e os esforços necessários a uma sociedade coesa e harmoniosa com um capital social positivo. (GARBOIS, SODRÉ e DALBELLO-ARAUJO, 2017).

Diante desses grandes desafios, entende-se ser urgente abrir um amplo debate sobre os caminhos e trajetórias adotados e sua possível transformação. Um dos pontos é a necessidade da superação do paradigma da disjunção, da redução, da divisão, da fragmentação, que sustenta a ciência moderna (Santos, 2008, citado por GARBOIS, SODRÉ e DALBELLO-ARAUJO, 2017).

Isso significa uma reforma radical do pensamento, afirmando um paradigma que dê conta da complexidade ou diversidade das conexões. Do ponto de vista das políticas públicas de saúde, os autores asseguram que separar o social e a saúde é contrariar o princípio da integralidade, reforçar a fragmentação da vida e construir atalhos contrários às diretrizes do SUS, restringindo a capacidade política de os atores sociais agirem perante as complexas questões sociais.

Analisando-se, pois, as práticas cotidianas, em especial as de atenção à saúde, e, pressupondo-se que todo ato em saúde contém significação, há de se adotar a noção de ‘determinantes sociais da saúde’ para reforçar a polaridade situada entre o ‘ser biológico’ e o ‘ser social’. GARBOIS, SODRÉ e DALBELLO-ARAUJO (2017).

Considerando-se os DSS, com o objetivo de enfrentamento a minimizar iniquidades referentes à estratificação social, além de promover uma atuação coordenada intersetorial em diversos níveis da administração pública, há de se englobar políticas mais gerais de caráter transversal para fortalecer a coesão e expandir o “capital social” das comunidades vulneráveis, promovendo a participação social no traçado e na prática de novas políticas e programas (CNDSS, 2008).

Somente a partir do momento em que ocorrer a evolução conceitual e prática do movimento de promoção da saúde, não só em nível local, mas mundial, haverá destaque maior na atuação sobre os DSS, estabelecendo-se um importante apoio para a implantação das políticas públicas e intervenções adequadas.

Ao contribuir, pois, para a constituição de cidadãos reflexivos, conscientes de seu direito e portadores do “direito a ter direitos”, toda luta e esses serviços aumentarão a capacidade de intervenção de diferentes sujeitos sobre o social, incidindo positivamente sobre os múltiplos determinantes do processo saúde/doença (CARVALHO, 2004, p. 7).

## 7. CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou que o objetivo proposto fosse alcançado, reforçando quantitativamente não só o perfil sociodemográfico, revisitado experiencialmente pelo pesquisador nos últimos 20 anos, como também confirmou as hipóteses *a priori* de que o estoque de Capital Social na comunidade é baixo e pouco voltado ao bem coletivo e que as seis dimensões avaliadas encontrariam predomínio de formação de redes unidas por laços fortes (família e vizinhos). No entanto a variação entre as microáreas não foi significativa, refutando, inclusive, a importância de se realçar o cruzamento dos dados.

A interpretação e a análise dos dados frente ao quadro teórico que vem ampliando as pesquisas acerca da avaliação do CS por meio do QI-MCS – Questionário Integrado para medir Capital Social – esclareceram as circunscrições da vida social, as redes de contatos, as normas e os níveis de confiança da amostra, permitindo chegar às seguintes conclusões:

O instrumento utilizado (QI-MCS) em seu formato reduzido apresenta um bom alcance de dados, mas é possível que as dimensões que avaliam **ação coletiva e cooperação, coesão e inclusão social, autoridade** ou capacitação (Empowerment) e **ação política** possam ser ampliadas nos próximos estudos, visando aprofundar questões que evidenciem mais a percepção dos participantes em ações conjuntas e efetivas para alcançar objetivos comuns, e o próprio fazer e os cuidados utilizados para se conectarem ao sistema social em que se inserem.

Analisar o território e sua população adscrita a uma ESF permitiu conhecer alguns aspectos sociológicos e demográficos que compõem a comunidade, quanto a sua cultura, em seu processo de formação e constituição em seu ir e vir, no cotidiano da vida, instigando a um diálogo que permita aos seus membros encontrar e refletir sobre melhores condições de vida e de saúde.

As características sociodemográficas da amostra evidenciaram maior participação feminina de respondentes do QIMCS, corroborando a importância das mulheres no cuidado familiar. A baixa escolaridade com as limitações e dificuldades que ela propicia, em termos de mobilidade social, constitui tema relevante aos prejuízos dos participantes em um contexto que não lhes permite usufruir dos atributos e benefícios da educação escolar, principalmente empregos e moradias confortáveis, por não terem tido o adequado acesso a uma formação acadêmica.

Observou-se ser evidente a transição epidemiológica com adultos em sua maioria e expressiva população em envelhecimento, para além das doenças crônicas degenerativas, à luz do CS, bem como suas implicadas redes e teias, sugerindo a premência de se estimular a inclusão e a convivência desses idosos na comunidade, em seu envelhecimento ativo e criar uma rede de apoio, com base na solidariedade, para os mais frágeis e com as limitações do ser idoso.

A análise evidenciou que a participação em grupos e redes se encontra muito aquém do necessário para se permitir estabelecer normas de confiança e alcançar melhores possibilidades de acesso a redes qualificadas de bens e serviços, identificando-se uma centelha de incipiente CS com chances de crescimento, a partir de grupos e redes ligados à Religião, por permitirem a participação e conagração em outros territórios mais qualificados que os próprios e o encontro com pessoas diversificadas com informações mais ampliadas que o seu núcleo familiar, vizinhos e colegas de trabalho.

Os participantes desvelaram implicadas teias de participação que os interligam como cidadãos ao seu território, permitindo-lhes rever o modo como constroem as redes e quiçá perceber que 'não' estão muito certos desse envolvimento. Indicadores da participação/recepção solidária foram discutidos neste estudo com os respectivos contrapontos. Resultados estes que servem de sustentação para se analisar o contato real (ajuda/dinheiro/falta de água) com outras possibilidades de trocas mútuas e parcerias que possibilitem crescimento do ser, estimulando-o ao crescimento pessoal, enquanto 'indivíduo' que luta em prol do coletivo e do outro.

Constatou-se, no entanto, no que tange à Confiança, que os entrevistados tiveram dificuldades para distinguir ações como dar e receber, ajudar e ser ajudado, sugerindo não saberem que essa dimensão necessita de normas de convivência e compartilhamento, e, além de tempo para se construir e permitir que também se possa ser reconhecido como confiável, é a partir de manifestações de reciprocidade que se firma esta qualidade importante ao CS.

Mesmo achando que se deve ter cuidado e ficar atento para ninguém tirar vantagens, as pessoas, em sua maioria, contribuiriam com tempo e valores para a construção de projetos e intervenções comunitárias.

Despertá-las para a participação na construção de melhorias comunitárias e principalmente de fiscalizar a aplicação e a realização de projetos públicos é (re)construir a cidadania e se apropriar do constructo democrático tão necessário à sociedade civil.

Tanto os resultados obtidos neste estudo quanto a literatura asseguram que a individualidade, enquanto fenômeno social, propicia CS inadequado. A baixa participação da amostra nas atividades comunitárias, especialmente na intervenção de causas que afetam a poucos, mas que, paulatinamente, acabam por atingir a todos, requerem ação coletiva e principalmente cooperação, para que seus membros possam se beneficiar, carecendo do estabelecimento de normas de confiança e da participação de todos, para se fortalecer o apelo local e estender o empoderamento a todos, no verdadeiro sentido de se formar uma unidade social que se organize e reivindique melhorias na aplicação de políticas públicas, por meio das conquistas de garantias de direitos sociais.

Ainda que 70% dos representantes da comunidade na amostra tenham respondido que se sentem totalmente a geralmente capazes de modificar suas vidas, e mesmo estando empoderados dessa vontade, 92% deles tiveram baixíssimo envolvimento em promover melhoria comunitária para todos. Mesmo sendo o voto obrigatório no País, 81,5% votaram, o que deixou quase 20% dos entrevistados descumprindo a lei, o que confirma ser muito significativo o grau de desconfiança em lideranças políticas, em nível local e nas outras esferas políticas. Outro ponto de grande relevância neste estudo foi o fato de, mesmo no cenário de baixo estoque de capital social na comunidade, o grau de felicidade encontrado, atingir 81,3%, em meio a tanta adversidade, justificando, de certo modo, a baixa mobilização social e comprometendo a dimensão ação política.

Esses resultados da mensuração do Capital Social presente na comunidade adscrita à ESF permitem promover o envolvimento de todos os integrantes da equipe, principalmente os ACS, na busca por um indicador que ajude a reestruturar, além dos dados sociodemográficos, o modo como se organizam, ou não, coletivamente, a partir do que foi possível compreender da ampliação do diagnóstico de saúde comunitário, da identificação de forças e fragilidades expostas, visto que desenvolver possibilidades de intervenção, focando-se nas potencialidades evidenciadas, constitui o ponto de partida encontrado nessa linha de chegada.



Isso posto, pode-se sumarizar esta pesquisa enfatizando que avaliar o Capital social a partir das 06 dimensões (grupos e redes, confiança e solidariedade, ação coletiva e cooperação, informação e comunicação, coesão e inclusão social, autoridade ou capacitação (Empowerment) e ação política) constituiu uma forma eficaz de aprofundar o estudo das relações humanas para delinear formas de intervenção no processo saúde-doença, dentro dos conceitos de Determinantes Sociais em saúde, e Saúde ampliada em sua integralidade no contexto comunitário.

Se o Capital Social é produto, fruto de relações de normas e confiança, tendo a solidariedade como guia de boas práticas relacionais, sendo capaz de contaminar seus pares ao bem comum, penso, como pesquisador e observador atento ao ser humano, que é preciso estimular essas características por meio do apoio e da coparticipação comunitária na conquista de novos espaços de acesso e melhorias, no enfrentamento de iniquidades e vulnerabilidades sociais.

Quer esse embate seja em saúde ou em outras necessidades que fragilizam as pessoas, já constitui um primeiro passo na direção de se atingirem benefícios que possam ser estendidos a todos, utilizando-se dos recursos propostos pela Política Nacional de Promoção à Saúde; quer seja um caminho incipiente na construção de uma unidade comum, partilhada e compartilhada entre os semelhantes, uma vez empoderados, agora agentes, que poderão se organizar na conquista permanente dos recursos que produzam qualidade de vida e bem-estar a todos na comunidade.

E nesse sentido, não há dúvida de que, ao término desta pesquisa, enquanto médico-pesquisador, sinto que me encontro no começo da apropriação de um novo conceito que impacta e potencializa o olhar acadêmico e profissional sobre a comunidade estudada. Essa revisão, transformada em investigação e análise de resultados, permite-me aproximar mais desse ideal proposto à ESF e pelo SUS, que é a integralidade que abrange a vida comunitária no cotidiano das práticas em saúde, resgatando a importância do território no contexto de saúde, e resgata e coloca em destaque a necessidade do investimento e trabalho diuturnamente na Promoção da Saúde ofertado à comunidade. Nesse espaço, todos são copartícipes e essenciais na construção de melhores condições de vida comunitária, não só para reduzir e enfrentar as desigualdades e iniquidades causadoras de sofrimento e doenças, mas, principalmente, que todos se tornem coesos, solidários, mais igualitários e que possam tecer, com fios de esperança, a teia que cria redes

capilares de comprometimento e perspectivas melhores para si mesmos e para toda a comunidade.

Sendo assim, é chegada a hora não de encerrar com um capítulo derradeiro o retrato proporcionado pela leitura e estrutura que fundamenta o CS de uma comunidade, por décadas, mas de aprofundar ainda mais o olhar crítico. É necessário buscar diretrizes que possam reestruturar recursos 'de coesão saúde, felicidade e comunicação entre pessoas que o 'UNI-verso' juntou em cinco microáreas. Estas, estruturadas em um espaço que os expectadores, mesmo sabendo das inúmeras diferenças e características individuais, sugerem categorizar ou agrupar, pelas suas parcas características amostradas, como provincianas, rurais, periféricas, quanto ao polo urbano. Mas que aqui são, acima de tudo, humanas amparadas pela Lei Maior, com direito a dignidade, a ir e vir, e a ter amparo especialmente na vida, na moradia, na saúde e na educação. Que esses dados nos permitam um novo recomeço a partir do conhecimento adquirido!

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, Henrique Gonçalves. **A formação de capital social através de redes sociais na internet**. [Mestrado em Economia] Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

AZEVEDO, Bruno Mariani de Souza. **O ensino da gestão no curso de graduação de medicina da FCM/UNICAMP**: possíveis encontros entre universidade e serviços de saúde. 2012. 159 p. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000863412>>. Acessado em: 05-03-2018.

BARBOSA, A. M. G. Políticas de Saúde e Participação Social. **Revista Profissão Docente**, Uberaba, v. 9, n. 21, p. 41-69, jan./jul. 2009.

BAQUERO, M. Construindo uma outra sociedade: o capital social na estruturação de uma cultura política participativa no Brasil. **R. Sociol. Polit.**, Curitiba, n. 21, p.83-108, nov. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n21/a07n21.pdf>> Acessado em 10-08-2017.

BASTOS, F. A. **O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Centro do Estado RS**: uma década de história. Porto Alegre: DaCasa, 2005.

BASTOS, Francisco Avelar; SANTOS, Everton; TOVO, Maximiano Ferreira. Capital Social e Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. **Saude soc.**[online]. 2009, v. 18, n. 2, p. 177-188. 2009. ISSN 0104-1290. Disponível em: <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reference.php?pid=S010412902009000200002&caller=www.scielo.br&lang=en> Acessado em: 10-07-2018.

BISPO JUNIOR, José Patrício; GERSCHMAN, Sílvia. Legitimidade da representação em instâncias de participação social: o caso do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2015, v. 31, n. 1, p.183-193. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00086214>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000100183&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000100183&script=sci_abstract&tlng=pt) Acessado em: 10-07-2017.

BOLETIM – Projeto de Análise de Políticas de Saúde no Brasil (2013-2017). Observatório de Análise Política em Saúde. A quem interessa a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Disponível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletim/edicao/13/> Acessado em: 10-01-2017.

BONAMINO, Alicia; ALVES, CRESO; FRANCO, Fátima. **Os efeitos das diferentes formas de capital no desempenho escolar**: um estudo à luz de Bourdieu e de Coleman. Departamento de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. [Coord. Sibeles Cazelli – Coordenação de Educação do Museu de Astronomia (MAST)]. Revista Brasileira de Educação v. 15 n. 45 set./dez. 2010.

BORGES, Carolina Marques. Tese [Doutorado em Odontologia]. **A potencial influência do capital social na saúde bucal: um estudo de perdas dentárias em adultos**. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte; 2011. 149 p.

BOURDIEU, P. **As formas de capital**. Em J. Richardson (Ed.) Manual de Teoria e Investigação em Sociologia da Educação (New York, Greenwood), p. 241-258, 1986.

BOURDIEU, Pierre. **Escritos de Educação**. Maria Alice e Afrânio Catani (Org.) Petrópolis, RJ: Vozes, 1999, 2. Ed. P. 65-69.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8.142/90, de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.html) Acessado em 01-03-2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria n. 648 de 28 de março de 2006. Brasília, v. 143, n. 61, 2006. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Portaria\\_n\\_648\\_GM\\_de\\_28\\_mar\\_2006\\_Aprova\\_a\\_politica\\_nacional\\_da\\_Atencao\\_Basica\\_estabelecendo\\_a\\_revisao\\_de\\_diretrizes\\_e\\_normas\\_para\\_a\\_organizacao\\_da\\_atencao\\_basica\\_para\\_o\\_Programa\\_Saude\\_da\\_Familia\\_PSF\\_par\\_o\\_Programa\\_de\\_Agente\\_Comunitario\\_de\\_Saude\\_PACS/62](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Portaria_n_648_GM_de_28_mar_2006_Aprova_a_politica_nacional_da_Atencao_Basica_estabelecendo_a_revisao_de_diretrizes_e_normas_para_a_organizacao_da_atencao_basica_para_o_Programa_Saude_da_Familia_PSF_par_o_Programa_de_Agente_Comunitario_de_Saude_PACS/62) Acessado em: 10-07-2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (**Cadernos de Atenção Básica**; n. 27)

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990<sup>a</sup>. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm) Acessado em: 12-01-2017.

BUSS Paulo Marchiori PELLEGRINI FILHO Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 7-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acessado em 20-05-2019.

CARVALHO, Marília Gabriela; SANTOS Luam Leiverton Pereira dos. O Controle Social na Efetivação das Políticas Públicas com ênfase na Assistência Social. *Rev. Mult. Psic.* v. 12, n. 41, p. 760-773, 2018. Disponível em: <http://idonline.emnuvens.com.br/id>. Acessado em: 10-06-2019.

CARTA DE OTTAWA – PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf) Acessado em: 10-06-2018.

CARVALHO, Sérgio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, jul-ago, 2004. Disponível em: <[http://www.Epsjv.Fiocruz.Br/upload/d/os\\_multiplos\\_sentidos\\_da\\_categoria\\_empowerment\\_no\\_projeto\\_da\\_promoção\\_da\\_saude](http://www.Epsjv.Fiocruz.Br/upload/d/os_multiplos_sentidos_da_categoria_empowerment_no_projeto_da_promoção_da_saude). Acessado em 10-02-2017.

CARVALHO, Sérgio Resende; GASTALDO, Denise. Promoção à Saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13 (Sup2), p. 2029-2040, 2008.

CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas\\_sociais\\_iniquidades.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf). Acessado em 10-04-2019.

COELHO, Juliana Souza. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 21, supl.1, p.138-151, 2012.

COHN, Amélia. Os princípios do Sistema Único de Saúde e a atenção Básica (Programa Saúde da Família): o perigo mora ao lado. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s23-s24, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300006&lng=en&nrm=iso)>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300006>. Acessado em: 05-06-2018

COSTA, Marli M. M. da.; REIS, Suzéte da Silva. Cidadania, participação e capital social na gestão de Políticas Públicas. In: **Revista do Direito**, nº 31, janeiro/junho 2009. Disponível em: Acesso em: 19 out. 2015.

COSTA, Marli Marlene Moraes da; SANMARTIM, Cleidiane. O capital social como forma de efetivação da democracia através das políticas públicas. **Rev. Direitos fundam. Democ.**, v. 20, n. 20, p. 117-135, jul./dez. 2016.

D'ARAÚJO, Maria Celina Soares. **Capital Social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf> Acessado em: 10-05-2017.

DUNCAN, Bruce Bartholow et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. Ed. In: Duncan, Bruce B., Harzheim, Erno [Coord.]: Seção I – Atenção Primária à Saúde no Brasil Porto Alegre: Artmed, 2013.

MARCOS FERREIRA DE PAULA. **Alegria e felicidade: a experiência do processo liberador em Espinosa**. 2009. [Tese – Doutorado em Filosofia] – Universidade de São Paulo (USP). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas São Paulo.

DURÁN, Paulo Renato Flores; GERSCHMAN, Silvia. Desafios da participação social nos conselhos de saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.3, p.884-896, 2014.

DUQUE, Eduardo. Capital social como instrumento de desenvolvimento sustentável. **Configurações** [Online], n.11, 2013. Disponível em: <http://americançoes.revues.org/1862>; DOI:10.4000/americançoes.1862. Acessado em: 25-06-2018.

EICHNER, Klaus; FONTES, Breno Augusto Souto-Maior. A formação do capital social em uma comunidade de baixa renda. **Revista Hispânica para el análisis de redes sociales**, v. 7, n. 2, out. /nov. 2004. Disponível em: [http://revista-redes.rediris.es/html-vol7/vol7\\_2.htm](http://revista-redes.rediris.es/html-vol7/vol7_2.htm). Acessado em 05-03-2018.

FARIAS FILHO, Milton Cordeiro; SILVA, Andréia Neves da; MATHIS, Armin. Os limites da ação coletiva nos Conselhos Municipais de Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1911-1919, jun. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000601911&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000601911&lng=pt&nrm=iso). Acessado em: 18 jul. 2018.

FERNANDES, Antônio Sérgio Araújo. O Conceito de Capital Social e sua Aplicação na Análise Institucional e de Políticas Públicas Disponível em: ANPAD (2001) Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enanpad2001-pop-16.pdf>. Acessado em: 30-05-2019.

FIALHO, Joaquim. O Capital Social no Contexto da Teoria Sociológica Contemporânea. Desenvolvimento e Sociedade. N. 1, nov. 2016. Uévorá, ECS, Dsoc, CICS.NOVA. [Online]. Acessado [pelo título do artigo] em 10-06-2018.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**. Saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014. P. 110-122.

GARBOIS, Júlia Arêas, SODRÉ, Francis, DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, jan-mar 2017.

GOMES, Doris; RAMOS, Flávia Regina Souza. Solidariedade, aliança e comprometimento do profissional da saúde nas práticas do Sistema Único de Saúde (SUS): um debate bioético. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000100009&script=sci\\_arttext\\_plus&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000100009&script=sci_arttext_plus&tlng=pt) Acessado em: 10-07-2018

GONÇALVES, Joyce Gesuilo. Capital social e a força dos laços sociais: perspectivas macrossociais, a partir do estudo de uma rede de relações no bairro Primeiro de Maio em Belo Horizonte. **Revista 3 Pontos**. [s.d] [online] Acessado em 20-05-2018.

GRANOVETTER, M. S., **Getting a Job: A Study of Contacts and Careers**, Cambridge, MA: Harvard Univ. Press. 1974.

GROOTAERT, Christiaan; NARAYAN, Deepa; JONES, Veronica Nyhan; WOOLCOCK, Michael. Questionário Integrado para Medir Capital Social (QI-MCS) (Integrated Questionnaire for the Measurement of Social Capital) (SC-IQ) Banco Mundial, 23 jun. 2003. Disponível em: <<https://Questionario%20Integrado%20para%20medir%20Capital%20Social%20Banco%20Mundial.pdf>. Acessado em: 08-02-2017>.

HIROSHI, Murayama; FUJIWARA, Yoshinori; KAWACHI, Ichiro. 2012. "Social Capital and Health: A Review of Prospective Multilevel Studies." **Journal of Epidemiology**. n. 22, v. 3, p. 179-187. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2188/jea.JE20110128>. Acessado em: 15-06-2019.

JUIZ DE FORA – Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde – Projeto de Implantação. (PDAPS – PJF) Prefeitura. Secretaria de Saúde. Thiago Campos Horta, Maria Aparecida Martins Baêta Guimarães et al. Juiz de Fora (MG), 2014. 133 p. Disponível em: <[https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/plano\\_diretor/docs/implantacao.pdf](https://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/ss/plano_diretor/docs/implantacao.pdf)> Acessado em 05-04-2017.

JUNQUEIRA, Simone Rennó. In: **Competências profissionais na estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe**. Módulo Político Gestor (2014). [s.n.t.]

KAUFMAN, D. **A força dos “laços fracos” de Mark Granovetter no ambiente do ciberespaço**. Galaxia (São Paulo, Online), n. 23, p. 207-218, jun. 2012.

KLEBA, M.E.; WENDAUSEN, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.4. p. 733-743, 2009.

MARTINS, P.C. et al. Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde: possibilidades e desafios apresentados ao Programa de Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 679-694, 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 55-61. 2012.

MIGUEL, Luís Felipe. Capital político e carreira eleitoral: algumas variáveis na eleição para o congresso brasileiro. UnB. Rev. Sociol. Polít., Curitiba, 20, p. 115-134, jun. 2003.

MOREIRA DE DEUS, Maria Helena Botelho. **Formação de capital social em comunidade de baixa renda**. [Dissertação ADM Empresas]. Fundação Edson Queiroz Universidade de Fortaleza-Unifor, Fortaleza, 2008.

NASCIMENTO, Everton Ricardo do; SELIG, Paulo Mauricio; PACHECO Roberto Carlos dos Santos. **Dimensões do Capital Social: uma revisão integrativa** Recebido em:10-08-16. Aprovado:02-09-2016. **Revista ESPACIOS** v. 38, n. 4, Ano 2017. p. 10-25.

NELSON, Reed. O uso da análise de redes sociais no estudo das estruturas organizacionais. **Rev. Adm. Empres.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 150-157, Dec. 1984. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75901984000400025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901984000400025&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 24-06-2018.



OECD (2001), *Innovative Networks: Co-operation in National Innovation Systems*, OECD, Paris. 2001.

PERO, Valéria. Mobilidade social no Rio de Janeiro. **Revista de Economia Mackenzie**. V. 4, n. 4, 2006, p. 136-153. Disponível em: [http://www.ie.ufrj.br/intranet/ie/userintranet/hpp/arquivos/080920152730\\_mobilidadesocialNoRioDeJaneiro.pdf](http://www.ie.ufrj.br/intranet/ie/userintranet/hpp/arquivos/080920152730_mobilidadesocialNoRioDeJaneiro.pdf). Acessado em 10-04-2019.

PORTELLA, Tondolo; R. Y.; AUGUSTIN, R. **O papel dos laços sociais na constituição do capital social**. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, noviembre 2012.

PORTES, A. **Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology**. *Knowledge and Social Capital: Foundations and Applications*. Lesser Ed. Boston, MA: Butterworth-Heinemann, pp. 43– 67, 2000a.

PORTES, Alejandro. **Capital social: origens e aplicações na sociologia contemporânea**. *Sociologia, Problemas e Práticas* [online]. 2000b, n.33, pp.133-158. ISSN 0873-6529. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scieloOrg/php/reference.php?pid=S0873-65292000000200007&caller=www.scielo.mec.pt&lang=pt> Acessado em 10-05-2018.

PUTNAM, R. **Making Democracy Work**. *Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton, NJ: Princeton University Press. 1993.

PUTNAM, R. **Bowling Alone: America's Declining Social Capital**. *Journal of Democracy*, Baltimore, v. 6, n. 1, p. 65-78, Jan. 1995.

PUTNAM, R. **Bowling Alone: the collapse and revival of American community**. New York: Simon and Schuster, 2000.

ROLIM, L. B; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

SALDANHA; C. R. M. **Avaliação do PSF em Juiz de Fora**. 2003. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option>. Acessado em 12-08-2017.

SCHMIDT, João Pedro. **Exclusão, inclusão e Capital Social: o Capital Social nas ações de inclusão**. In: LEAL, Rogério Gesta.; REIS, Jorge Renato. *Direitos Sociais e Políticas Públicas*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade; OLIVEIRA, Andreia Ferreira de; LEITE, Iúri da Costa; VALENTE, Joaquim Gonçalves; GADELHA, Ângela Maria Jourdan; PORTELA, Margareth Crisóstomo; CAMPOS Mônica Rodrigues. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Scielo**. 25-09-2004. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2004.v9n4/897-908/> Acesso em: 10-04-2019.

SEHNEM Alyne, MACKE Janaina, BERTOLIN, Adriana Locatelli. **Uma avaliação do capital social dos alunos da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC)**. Ciências Sociais Unisinos, São Leopoldo, v. 47, n. 2, p. 129-140, mai/ago, 2011.

SOUSA, Paulo de Tarso Costa de. **O capital social estratégico como recurso para a gestão da informação e do conhecimento no processo eleitoral brasileiro**. [Tese – Doutorado em Ciência da Informação] Universidade de Brasília. 2009.

TADDEO Patricia da Silva, GOMES Kilma Wanderley Lopes, CAPRARA Andrea, GOMES Annatália Meneses de Amorim, OLIVEIRA Giselle Cavalcante de, MOREIRA Thereza Maria Magalhães. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. Ciênc. Saúde coletiva [Internet]. 2012 Nov, v. 17, n.11, p. 2923-2930. Disponível em: from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100009&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100009>. Acessado em: 13-07-2018.

VALOURA, Leila de Castro. **Paulo Freire, o educador brasileiro autor do termo Empoderamento**. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/303912423\\_Paulo\\_Freire\\_o\\_educador\\_brasileiro\\_autor\\_do\\_termo\\_Empoderamento\\_em\\_seu\\_sentido\\_transformador](https://www.researchgate.net/publication/303912423_Paulo_Freire_o_educador_brasileiro_autor_do_termo_Empoderamento_em_seu_sentido_transformador) Acessado em 12-06-2018.

WOOLCOCK, Michael. Social Capital and economic development: Toward a Theoretical Synthesis and Policy Framework. **Theory and Society**, n. 27, v. 2, p. 151-208. 1998.

## ANEXOS

### ANEXO A

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sr./Sra. Está sendo convidado como voluntário a participar da pesquisa “Avaliação do Capital Social como estratégia de relações humanas para intervenção em saúde em uma comunidade adscrita à Equipe de saúde da Família. Nesta pesquisa pretendemos avaliar o capital social da comunidade adscrita à área 56 da UBS Filgueiras, com a aplicação de Questionário preconizado pelo Banco Mundial, a moradores locais. “Capital social é o resultado da convivência entre as pessoas de uma comunidade, permitindo que estas pessoas compartilhem recursos (econômicos, culturais, lazer, cuidados de saúde, afetivos, apoio mútuo, solidariedade, etc.) com os outros membros, baseados em normas de confiança. Desta forma o Capital Social influencia a saúde criando mecanismos de ajuda entre as pessoas da comunidade”. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: O Sr/ Sra terá que responder algumas perguntas feitas através de uma entrevista. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos, como cansaço, insegurança no que se refere à quebra do sigilo e anonimato. Tendo em vista esses possíveis riscos, serão adotadas como medidas de precaução/prevenção o fornecimento de esclarecimentos prévios sobre a pesquisa, a realização da entrevista na privacidade do domicílio e no horário mais conveniente ao entrevistado, a interrupção da entrevista a qualquer tempo em que for solicitada e o compromisso do pesquisador com a preservação do anonimato do participante. Nessa direção, o questionário aplicado não será identificado por nome. Os participantes podem se beneficiar diretamente pela possibilidade de reflexão sobre o tema do estudo, desencadeada pelo processo de aplicação dos questionários. Os resultados finais podem auxiliar no aprimoramento das ações do serviço de saúde no que diz respeito ao desenvolvimento do capital social da comunidade e a adequação das políticas públicas. Para participar deste estudo o Sr./Sra. Não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr./Sra tem assegurado o direito a indenização. O Sr./Sra. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr./ Sra é atendida. O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O Sr./ Sra. Não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Núcleo Assessoria e Treinamento em Saúde (Nates/UFJF), da Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida ao Sr/Sra. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos. Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “Avaliação do Capital Social como estratégia de relações humanas para intervenção em saúde em uma comunidade adscrita à Equipe de saúde da Família, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

Pesquisador Responsável: Sebastião Alves de Souza Filho Endereço: Rua Orlando Riani, 2200 Bairro Filgueiras  
CEP:36048650 Juiz de Fora MG Fone: (32) 36907816 e-mail: sebastianfilho33@yahoo.com.br

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: CEP -Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – UFJF Campus Universitário da UFJF Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa CEP:

36036-900 Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufff.edu.br

## ANEXO B

### QUESTIONÁRIO QI-MCS (VERSÃO RESUMIDA)<sup>10</sup>

Número questionário \_\_\_\_\_ Microárea \_\_\_\_\_ Entrevistador \_\_\_\_\_

#### Grupos e redes

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

\_\_\_\_\_

2. De todos os grupos de que você, ou os membros do seu domicílio fazem parte, qual é o mais importante para o seu domicílio? \_\_\_\_\_ [Nome do grupo]

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

1 Sim

2 Não

A. Religião ( )

B. Sexo ( )

C. Grupo étnico ou linguístico/raça/casta/tribo ( )

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

1 Sim

2 Não

A. Ocupação ( )

B. Formação educacional ou grau de escolaridade ( )

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

1. Não

2. Sim, ocasionalmente

3. Sim, frequentemente

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

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

1. Definitivamente

2. Provavelmente

3. Não tenho certeza

4. Provavelmente não

5. Definitivamente não

<sup>10</sup> GROOTAERT, Christiaan; NARAYAN, Deepa; JONES, Veronica Nyhan; WOOLCOCK, Michael. Questionário Integrado para Medir Capital Social (QI-MCS) (Integrated Questionnaire for the Measurement of Social Capital) (SC-IQ) Banco Mundial, 23 jun. 2003. Disponível em: <<https://questionario%20Integrado%20para%20medir%20Capital%20Social%20Banco%20Mundial.pdf>>. Acessado em: 08-02-2017>.

### Confiança e Solidariedade

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

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

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

- 1 Concordo totalmente
- 2 Concordo em parte
- 3 Nem concordo, nem discordo
- 4 Discordo em parte
- 5 Discordo totalmente

A. A maioria das pessoas neste(a) bairro/localidade estão dispostas a ajudar caso você precise. ( )

B. Neste(a) bairro/localidade, é preciso estar atento ou alguém pode tirar vantagem de você ( )

10. Quanto você confia em...

- 1 Confio totalmente
- 2 Confio muito
- 3 Nem muito, nem pouco
- 4 Confio pouco
- 5 Confio muito pouco

A. Membros do governo local ( )

B. Membros do governo central ( )

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

A. Tempo ( ) B. Dinheiro ( )

- 1 Não contribuiria com tempo ( ) 1 Não contribuiria com dinheiro ( )
- 2 Contribuiria com tempo ( ) 2 Contribuiria com dinheiro ( )

### Ação Coletiva e Cooperação

12. Nos últimos 12 meses, você ou alguém do seu domicílio participou de alguma atividade

comunitária, em que as pessoas se reúnem para realizar algum trabalho em benefício da comunidade? ( )

1. Sim
2. Não (vá para a questão 14)

13. Quantas vezes, nos últimos 12 meses? ( )

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

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

### Informação e Comunicação

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

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

( ) ( ) ( )

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

### **Coesão e Inclusão Social**

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

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

18. Alguma dessas diferenças causa problemas? ( )

1. Sim
2. Não (vá para a questão 21.)

19. Quais são as duas diferentes que mais frequentemente causam problemas? ( ) ( )

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

20. Alguma vez esses problemas levaram à violência? ( )

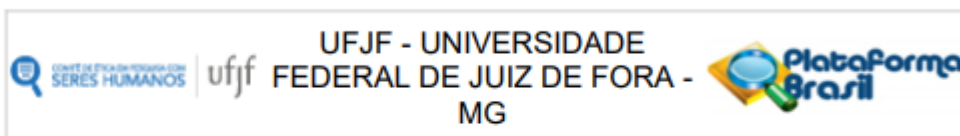
1. Sim
2. Não

21. Quantas vezes, no último mês, você se reuniu com outras pessoas para comer ou beber, em casa ou em um lugar público? ( )
22. [SE A RESPOSTA À Q 21 NÃO FOR ZERO] Alguma dessas pessoas era...
- 1 Sim
  - 2 Não
- A. De origem étnica ou linguística, raça/casta/tribo diferente? ( )
- B. De situação econômica diferente? ( )
- C. De posição social diferente? ( )
- D. De um grupo religioso diferente? ( )
23. Em geral, como você sente em relação ao crime e violência quando está sozinho(a) em casa?( )
1. Muito seguro(a)
  2. Moderadamente seguro(a)
  3. Nem seguro(a), nem inseguro(a)
  4. Moderadamente inseguro(a)
  5. Muito inseguro(a)

### **Autoridade ou Capacitação (*Empowerment*) e Ação Política**

24. Em geral, você se considera uma pessoa... ( )
1. Muito feliz
  2. Moderadamente feliz
  3. Nem feliz, nem infeliz
  4. Moderadamente infeliz
  5. Muito infeliz
25. Você sente que tem poder para tomar decisões que podem mudar o curso da sua vida? Faça uma avaliação de você mesmo em uma escala de 1 a 5, em que 1 quer dizer “totalmente incapaz de mudar minha vida”, e 5 quer dizer “totalmente capaz de mudar minha vida”. ( )
1. Totalmente incapaz de mudar minha vida
  2. Geralmente incapaz de mudar minha vida
  3. Nem capaz, nem incapaz
  4. Geralmente capaz de mudar minha vida
  5. Totalmente capaz de mudar minha vida
26. Nos últimos 12 meses, quantas vezes as pessoas neste(a) bairro/localidade se reuniram para entregar conjuntamente uma petição a membros do governo ou a líderes políticos pedindo algo em benefício da comunidade? ( )
1. Nunca
  - Uma vez
  3. Algumas vezes (<5)
  4. Muitas vezes (>5)
27. Muitas pessoas consideram difícil sair para votar. Você votou nas últimas eleições estaduais/nacionais/presidenciais? ( )
1. Sim
  2. Não

## ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação do Capital Social como estratégia de relações humanas para intervenção em saúde em uma comunidade adscrita à Equipe de saúde da Família.

**Pesquisador:** SEBASTIAO ALVES DE SOUZA FILHO

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 85010018.1.0000.5147

**Instituição Proponente:** NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.761.272

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, que pretende avaliar o capital social de uma comunidade de Juiz de Fora, com a aplicação de Questionário preconizado pelo Banco Mundial(QI-MCS), a moradores locais. Apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Realizar um diagnóstico do capital social da população descrita à equipe de saúde da família (ESF) de número 56 , em um bairro de Juiz de Fora em suas diferentes microáreas

**Objetivo Secundário:**

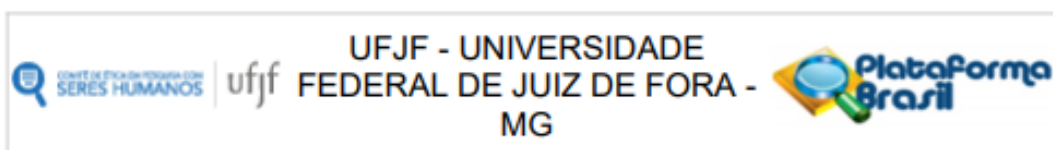
Avaliar as seis dimensões do capital social nesta comunidade: grupos/redes;confiança/solidariedade; ação coletiva/cooperação; informação/comunicação; coesão/inclusão social; autoridade/ação política.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos, como cansaço, insegurança no que se refere à quebra do sigilo e anonimato. Tendo em vista esses possíveis riscos, serão adotadas como medidas de precaução/prevenção o fornecimento de esclarecimentos prévios

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br





Continuação do Parecer: 2.761.272

sobre a pesquisa, a realização da entrevista na privacidade do domicílio e no horário mais conveniente ao entrevistado, a interrupção da entrevista a qualquer tempo em que for solicitada e o compromisso do pesquisador com a preservação do anonimato do participante. Nessa direção, o questionário (QI-MCS) aplicado não será identificado por nome. Como benefício espera-se que os participantes se beneficiem diretamente pela possibilidade de reflexão sobre o tema do estudo, desencadeada pelo processo de aplicação dos questionários. Espera-se também que os resultados finais auxiliem no aprimoramento das ações do serviço de saúde no que diz respeito ao desenvolvimento do capital social da comunidade e a adequação das políticas públicas. Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

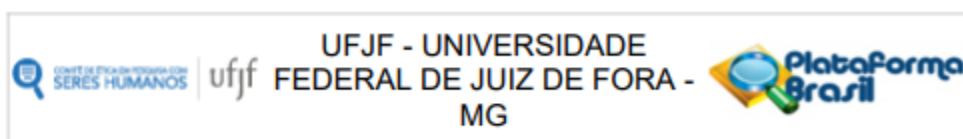
**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma

suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para

<b>Endereço:</b> JOSE LOURENCO KELMER S/N			
<b>Bairro:</b> SAO PEDRO	<b>CEP:</b> 36.036-900		
<b>UF:</b> MG	<b>Município:</b> JUIZ DE FORA		
<b>Telefone:</b> (32)2102-3788	<b>Fax:</b> (32)1102-3788	<b>E-mail:</b> cep.propesq@ufjf.edu.br	

Página 02 de 04



Continuação do Parecer: 2.761.272

CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: março de 2019.

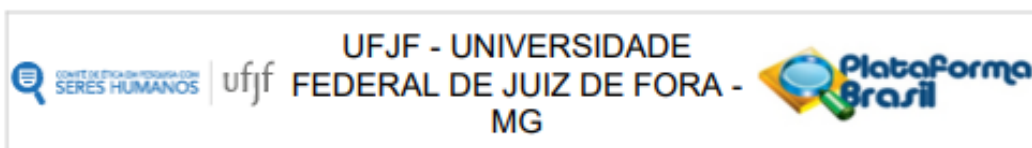
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1090797.pdf	05/07/2018 11:34:43		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Atualizado_0507.docx	05/07/2018 11:21:41	SEBASTIAO ALVES DE SOUZA FILHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/05/2018 01:44:02	SEBASTIAO ALVES DE SOUZA FILHO	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostro.pdf	25/04/2018 13:27:33	SEBASTIAO ALVES DE SOUZA FILHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	INfraestrutura.pdf	25/04/2018 09:26:43	SEBASTIAO ALVES DE SOUZA FILHO	Aceito
Outros	Questionario.pdf	09/03/2018 17:43:07	SEBASTIAO ALVES DE SOUZA FILHO	Aceito

**Endereço:** JOSE LOURENCO KELMER S/N  
**Bairro:** SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@uff.edu.br



Continuação do Parecer: 2.761.272

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JUIZ DE FORA, 09 de Julho de 2018

---

**Assinado por:**

**Patrícia Aparecida Fontes Vieira  
(Coordenador)**

## ANEXO D

### Manual para Pesquisa de Campo

Estas orientações tem o propósito de subsidiar a realização da Pesquisa de Campo que integra o projeto ***“Avaliação do Capital Social como estratégia de relações humanas para intervenção em saúde em uma comunidade adscrita à Equipe de Saúde da Família”***. Pretende-se que sirva de guia de consulta aos estudantes que integrarão a Equipe de Pesquisa de Campo. Conterá um questionário da pesquisa a ser realizada, o termo de consentimento livre e esclarecido e um guia local de orientação espacial sobre os domicílios onde serão realizados os questionários, bem como telefones para contatos em casos e situações não previstas, além de conter esclarecimentos às dúvidas mais frequentes surgidas ao se percorrer o território e o rito da realização da pesquisa. Conterá também, materiais permanentes como canetas, lápis e caderno de anotações feito diário de campo. O público-alvo desta pesquisa destina-se aos moradores da área adscrita à ESF56(Vale dos Sonhos) da Estratégia da Saúde da Família da UBS de Filgueiras, maiores de 20 anos ou mais, totalizando 826 domicílios e 1618 pessoas onde a significância estatística será representativa para uma amostra de 384 pessoas distribuídas nas 05 microáreas da ESF56, onde pretende-se avaliar 50% do Capital Social nesta população. O instrumento a ser utilizado é o Questionário Integrado de Medir Capital Social(QI-MCS), produzido pelo Banco Mundial, testado e validado em vários países onde foi aplicado, se confirmando como um potente instrumento de se medir as seis dimensões que contemplam o Capital Social. Está prevista a realização de uma oficina para o treinamento dos alunos selecionados, com a presença dos Agentes Comunitários de Saúde(ACS) da ESF56, que auxiliarão na orientação e apoio logístico no território das microáreas onde se realizarão as entrevistas , auxiliando inclusive nos aspectos de facilitação diante das questões culturais e no respeito aos hábitos e costumes locais. Serão 384 entrevistas, sendo que a disponibilidade dos alunos será terça e quintas-feiras à tarde. Considerando-se 30min para cada entrevista, serão 04 entrevistas por turno e ocorrendo duas vezes na semana, serão 08 entrevistas por aluno por semana. Selecionados 10 alunos para a pesquisa de campo acontecer, serão 80 entrevistas por semana. Levando-se em conta imprevistos e possíveis abstenções, pretendo também me dedicar à entrevista, desejando finalizar o ato em 04 semanas.

<p>1</p> <p><b>Apresentação do Território da ESF56 da UBS de Filgueiras</b></p> <p>Local: UBS de Filgueiras</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 30min para exposição de Slides</li> </ul> <p>1. Exposição do Projeto (15min)</p> <p>2. Apresentação do QI-MCS (10min)</p> <p>3. Conhecimento do TCLE (05min)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Serão utilizados nesta exposição do território:</li> </ul> <p>-Mapa construído pelos ACS</p> <p>-Fotografias</p>	<p>2</p> <p><b>Apresentação e Conhecimento do Projeto</b></p> <p><b>QI-MCS Simplificado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 20 min para que realizem leitura das entrevistas entre pares para que registrem dúvidas e questões que possam surgir.</li> <li>• 40min de atividade prática: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escolher 02 duplas para que simulem entrevistas para o grupo presente. A cada momento específico de dúvida, interromper e ir esclarecendo e orientando a condução necessária à entrevista, tirando as dúvidas pertinentes.</li> </ul> </li> </ul> <p>Dar oportunidade para que se manifestem e participem e exponham dúvidas e entendimentos.</p> <p>Observar atentamente a performance individual de cada um para orientação coletiva e se necessário particularizar o esclarecimento, buscando o melhor desempenho na entrevista.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10min de intervalo para</li> </ul>	<p>3</p> <p><b>Diário de Campo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar o conceito de Diário de Campo para registros de intercorrências, dúvidas pertinentes que surgirem no momento da entrevista e quaisquer informações que julgarem necessário.</li> <li>• Pactuação e padronização de perguntas e respostas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecimento de metas, prazos e estratégias para o cumprimento do cronograma de entrevistas</li> </ul> </li> <li>• Pactuações de metas</li> <li>• Fornecimento de contatos para dúvidas e necessidades</li> <li>• Contratualização de</li> </ul>	<p>4</p> <p><b>Logística:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contarei neste momento do encontro com os entrevistadores, com todos os ACS das microáreas de ESF56.</li> <li>• Identificação do espaço de Uso Comum na UBS (banheiros, sala de reunião, copa)</li> <li>• Identificação de pontos de apoio e logística dentro do Território (ACS e apoio logístico dentro de cada microárea)</li> <li>• Fornecimento do Crachá aos Entrevistadores de Campo</li> </ul> <p><b>Apoio Instrumental e Financeiro</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 pastas</li> <li>• 10 cadernetas para registro do Diário de Campo</li> </ul>
---	--	--	---

<p>-Painel vivo com ACS dialogando e contextualizando sobre as características de cada microárea e seus domicílios.</p> <p>-Orientações e explanação sobre trajeto do ônibus e respectivos horários.</p> <p>-Apresentação do QI-MCS simplificado</p> <p>-Apresentação do TCLE</p>	<p>socialização (fornecer lanche) e 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ao retornarem do intervalo, fazer nova sequência de entrevistas no foco na performance e retirada de dúvidas (20min)</li> <li>• Leitura do QI-MCS Simplificado, em sequência de perguntas conforme cada dimensão do Capital Social, elucidando os possíveis questionamentos, questões éticas e fidedignidade.</li> <li>• Realizar a leitura do TCLE e orientações sobre sua importância e obrigatoriedade como padrão ético na realização da entrevista (10min)</li> </ul>	<p>compromisso, prazos e proventos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estipulação de encontros relâmpagos (5 a 10min) se necessário, na resolução de problemas e logística.</li> <li>• Pactuar entrega do TCLE e entrevistas realizadas</li> <li>• Discorrer sobre a assinatura do TCLE (Cursiva e digital)</li> </ul> <p><b>Custos relativos aos insumos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Serão impressas 400 páginas para o QI-MCS e 400 TCLE</li> <li>• Valor unitário das entrevistas</li> <li>• Vale Transporte (3,10 x 2) x10</li> <li>• Lanche a fornecer</li> <li>• 10 pastas</li> <li>• 10 cadernetas</li> <li>• 10 pranchetas</li> <li>• 20 canetas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 02 Canetas por entrevistador</li> <li>• 10 pranchetas</li> <li>• 10 Squeeze de água de 250ml</li> <li>• Questionário Integrado de Medir Capital Social Simplificado</li> <li>• Vale Transporte</li> <li>• Lanche (pensar logística)</li> <li>• Pactuação do valor da Entrevista Realizada e o cumprimento dos prazos estipulados para a realização da mesma</li> <li>• TCLE</li> </ul> <p><b>Critérios de Seleção dos Alunos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilidade de Tempo</li> <li>• Dedicção e compromissos assumidos</li> <li>• Possibilidade de deslocamento (logística)</li> <li>• Pactuação de metas e</li> </ul>
---	---	---	--

		<ul style="list-style-type: none"><li>• 10 lápis com borracha</li><li>• 10 squeeze de água</li></ul>	<p>cumprimentos de prazos</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ter boa capacidade de comunicação e habilidade de entrosamento</li><li>• Cumprir rigorosamente para com a Ética necessária no momento da entrevista.</li></ul>
--	--	--	--



