

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Ester Paiva Souto

Percepção da disponibilidade do capital social e sua associação com os transtornos mentais comuns e depressão: resultados do ELSA-Brasil

Rio de Janeiro

2018

Ester Paiva Souto

Percepção da disponibilidade do capital social e sua associação com os transtornos mentais comuns e depressão: resultados do ELSA-Brasil

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rosane Härter Griep

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Arlinda B. Moreno

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S728p

Souto, Ester Paiva.

Percepção da disponibilidade do capital social e sua associação com os transtornos mentais comuns e depressão: resultados do ELSA-Brasil / Ester Paiva Souto. -- 2018.
103 f. : il. color. ; tab.

Orientadora: Rosane Härter Griep.

Coorientadora: Arlinda B. Moreno.

Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Depressão. 2. Capital Social. 3. Determinantes Sociais da Saúde. 4. Saúde Mental. 5. Transtornos Mentais. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.2

Ester Paiva Souto

Percepção da disponibilidade do capital social e sua associação com os transtornos mentais comuns e depressão: resultados do ELSA-Brasil

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovada em: 24/08/2018

Banca Examinadora

Prof. Dr. Marcos Pascoal Pattussi
Universidade do Vale do Rio dos Sinos - RS

Prof. Dr. Antônio Ignácio de Loyola Filho
Centro de Pesquisa René Rachou, Fiocruz - MG

Prof.^a Dr.^a Dóra Chor
Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz - RJ

Prof. Dr. Evandro da Silva Freire Coutinho
Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz - RJ

Prof.^a Dr.^a Rosane Härter Griep (Orientadora)
Instituto Oswaldo Cruz, Fiocruz - RJ

Rio de Janeiro

2018

Aos meus filhos, Cecília e Jonas.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo Dom da vida.

Aos trabalhadores do ELSA-Brasil, participantes voluntários que possibilitaram a construção do banco de dados desta pesquisa.

Aos pesquisadores do ELSA-Brasil por possibilitarem o desenvolvimento e a continuidade de um estudo tão importante para a população brasileira.

Ao corpo de doutores da ENSP, pelos ensinamentos e conselhos na minha formação acadêmica. Em especial gostaria de agradecer às Doutoradas Enirtes Caetano e Maria de Jesus, que compartilharam seus conhecimentos de maneira generosa contribuindo nas análises e em revisões textuais.

Às minhas orientadoras, Rosane Griep e Arlinda Moreno, agradeço a paciência, a disponibilidade e toda a dedicação que tornaram o processo de doutoramento instrutivo e enriquecedor. As inúmeras horas de supervisões e reuniões permitiram a construção desta tese com excelentes direcionamentos e todo o apoio necessário.

Às amigas doutorandas, Raíla Santos e Fabíola Naomi e a doutora Joanna Guimarães que dividindo a sala e o processo de produção científica auxiliaram com gentileza e solicitude em dúvidas acadêmicas e incertezas pessoais.

À Fumi Okatani, agradeço a amizade construída ao longo dos últimos dois anos, em que dividimos as angústias e alegrias de conciliar as atividades laborais, acadêmicas e de cuidados aos filhos.

Às minhas irmãs, Judite Souto e Alice Souto que são fontes de inspiração ao trabalharem tão bem com as palavras. Entre literatura e textos científicos, poesias ou textos profissionais, elas se expressam com arte e refinamento, exemplificando para mim o empoderamento feminino.

Ao meu marido Luiz Brito, que contribuiu com um olhar leigo sobre as relações estabelecidas no campo da saúde mental e do capital social, ajudando a tornar a tese mais clara, e também com um olhar profissional, otimizando a organização dos meus scripts na análise de dados.

A toda equipe ELSA-Brasil, que continua coletando dados para nossos futuros trabalhos e divide alegrias e aflições no cotidiano do Centro de Investigação.

À Telma Oliveira, que assumiu com dedicação e competência os cuidados da casa e das crianças, permitindo que eu tivesse tranquilidade e confiança enquanto estive ausente.

À toda a minha família, pais, irmãos, sogra, cunhadas, que valorizam a pesquisa científica e desta forma incentivaram e apoiaram minha escolha pelo doutorado, tornando possível conciliar as atividades acadêmicas e profissionais sem prejuízos e culpas a eventuais compromissos adiados e reorganização de prioridades.

RESUMO

Os transtornos mentais comuns (TMC), caracterizados em suas duas categorias diagnósticas, os transtornos depressivos e ansiosos, possuem alta prevalência no mundo todo. Apesar de evidências sugerirem sua associação com o capital social, poucos estudos se dedicam a explorá-la. Estas evidências ainda são limitadas no Brasil, especialmente se comparadas a outros países da Europa e América do Norte. Dados do ELSA-Brasil (n= 15.105), uma grande coorte brasileira, foram utilizados na linha de base (2008-2010) e no primeiro seguimento (2012-2014) para explorar a relação entre o capital social e a saúde mental, apresentados em dois artigos científicos. Instrumentos válidos e confiáveis foram utilizados para captar a disponibilidade de capital social (a escala *Resource Generator*) e as variáveis de saúde mental (o instrumento *Clinical Interview Schedule Revised* - CIS-R).

No primeiro artigo, apenas os dados da linha de base foram utilizados para investigar a associação entre as duas dimensões do capital social (apoio social / prestígio e educação) com os TMC e a depressão. Nesse artigo, utilizando modelos de regressão logística, após ajustes por idade, escolaridade e situação conjugal, as mulheres com capital social baixo na dimensão apoio social tiveram maior chance de apresentar TMC (OR = 1,36; IC 95%: 1,16-1,60) e depressão (OR = 2,07; IC95%: 1,57-2,72) comparadas às mulheres com capital social alto. Entre os homens não foi observada associação.

No segundo artigo, a partir dos dados do primeiro seguimento, foram investigadas a incidência e a manutenção de episódios depressivos entre homens e mulheres. De maneira semelhante ao primeiro artigo, encontramos associações apenas na dimensão "apoio social" entre as mulheres. Utilizando modelos de regressão multinomiais, controlando por idade, escolaridade e situação conjugal, observamos que comparadas às mulheres com capital social alto, o risco de manutenção de episódios depressivos é maior entre as mulheres de capital social baixo (RRR = 2,66; IC 95%: 1,61-4,41). Entretanto a incidência de depressão não se apresentou associada com o capital social entre as mulheres.

Diferentemente da análise transversal, no segundo artigo encontramos resultados entre os homens. Comparados aos homens de capital social alto, o capital social baixo representou um fator de risco para os homens na dimensão de apoio social apenas na incidência de episódios depressivos (RRR = 1,66; IC 95%: 1,01-2,72). Em todas as análises, nos dois artigos, entre homens e mulheres, a dimensão de prestígio e educação não esteve associada à saúde mental.

Os achados dos artigos corroboraram a multidimensionalidade (e a importância da dimensão "apoio social") do capital social na investigação dos TMC e de episódios depressivos, assim como o seu comportamento diferenciado entre os sexos. Ratificaram também a necessidade de considerar o capital social baixo como um fator de risco dos distúrbios mentais, colocando-o como uma variável importante na agenda da saúde pública brasileira.

Palavras-chave: Depressão, Capital Social, Determinantes Sociais de Saúde, Saúde Mental Transtornos Mentais Comuns.

ABSTRACT

The common mental disorders (CMD), characterized by their two diagnostic categories, the depressive and anxiety disorders, have high prevalence all over the world. Despite some evidence suggesting their association with the social capital, only a few studies have been dedicated to explore it. These evidences are still limited in Brazil, especially if compared to other countries in Europe and North America. Data of ELSA-Brasil (n=15,105), a large Brazilian cohort study, was used in the baseline (2008-2010) and in the second measurement (2012-2014) to explore the relationship between social capital and mental health, presented in two scientific papers. Valid and reliable instruments were used to assess the availability of social capital (the Resource Generator scale) and the mental health variables (the instrument Clinical Interview Schedule Revised - CIS-R).

In the first article, only the baseline data was used to investigate the association between the two dimensions of the social capital ("social support" / "prestige and education") and CMD and depression. In this article, using logistic regression models, after adjusting by age, education and marital status, women with lower social capital in the social support dimension had a greater chance of presenting CMD (OR = 1,36; CI 95%:1,16-1,60) and depression (OR = 2,07; CI 95%:1,57- 2,72) when compared to women with higher social capital. Among men no association was observed.

In the second article, we analyzed data from the second wave the incidence and the maintenance of depressive episodes among men and women. Similarly to the first article, we found associations in the "social support" dimension among women. Using multinomial regression models, adjusting by age, education and marital status, we observe that, when compared to women with higher social capital, the risk of maintenance of depressive episodes is greater among women with lower social capital (RRR = 2,66; CI95%: 1,61-4,41). Nevertheless, the incidence of depression was not associated to social capital among women.

Unlike the transversal analysis, in the second article we found results among men. When compared to men with higher social capital, lower social capital presented a risk factor for men in the social support dimension only the incidence of depressive episodes (RRR = 1,66; CI95%: 1,01-2,72). In all the analyses, in both articles, among men and women, the dimension of prestige and education was not associated with the mental health.

The findings of the articles support the multidimensionality (and the importance of the "social support" dimension) of the social capital in the investigation of the CMD and the

depressive episodes, as well as the gender-based differences. They also supported the need to consider the lower social capital as a risk factor for mental disorders, positioning it as an important variable in the Brazilian public health agenda.

Keywords: Depression; Social Capital; Social Determinants of Health; Mental Health, Common Mental Disorders

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Avaliação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde, 10ª edição
CIS-R	<i>Clinical Interview Schedule - Revised</i>
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DALY	<i>Disability-Adjusted Life Year</i>
DSM-V	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, V Edition</i>
ELSA	Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GHQ-12	<i>General Health Questionnaire</i>
IC	Intervalo de Confiança
IDS	<i>Inventory of Depressive Symptomatology</i>
IUPERJ	Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Odds Ratio
RRR	Razão de Risco Relativo
SRQ-20	<i>Self-Reporting Questionnaire</i>
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
USP	Universidade de São Paulo
WHO	<i>World Health Organization</i>
YLD	<i>Years Lived with Disability</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Apresentação da proposta de tese	13
1.2 Transtornos mentais comuns e depressão	14
1.3 Capital Social: definições, classificações e estratégias de mensuração	21
1.4 Associação entre capital social e transtornos mentais não psicóticos	27
2 OBJETIVOS	31
2.1 Objetivo Geral	31
2.2 Objetivos específicos.....	31
2.2.1 <i>Artigo 1</i>	31
2.2.2 <i>Artigo 2</i>	31
3 MÉTODOS.....	32
3.1 O estudo ELSA-Brasil.....	32
3.2 Descrição da escala <i>Resource Generator</i> (avaliação do capital social).....	33
3.3 Descrição do <i>CIS-R</i> (avaliação dos transtornos mentais comuns e da depressão)	34
3.4 Definição de variáveis.....	36
3.5 Aspectos Éticos.....	37
3.6 Procedimentos de análise dos dados	38
3.6.1 <i>Artigo 1 (a ser submetido para os Cadernos de Saúde Pública)</i>	38
3.6.2 <i>Artigo 2 (a ser submetido)</i>	55
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
BIBLIOGRAFIA	76
ANEXOS	83
Anexo A - Análise de Sensibilidade	83
Anexo B - Escala <i>Resource Generator</i>	86
Anexo C - <i>CIS-R</i>	92

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação da proposta de tese

O reconhecimento crescente de que determinantes sociais podem influenciar a saúde mental (ALLEN et al., 2014; ALMEDOM; GLANDON, 2008) inspirou a presente tese que investigou a associação entre a percepção da disponibilidade do capital social e a saúde mental no contexto brasileiro. Através da sistematização das discussões mais atuais sobre o capital social pretende-se contribuir com o desenvolvimento e a delimitação deste construto, assim como avançar no entendimento de sua associação com a saúde mental.

O capital social é um construto multidimensional que apresenta como aspecto central a presença de recursos que indivíduos podem acessar por meio de uma rede de relacionamentos. Embora com produção científica crescente, a medida do capital social ainda apresenta desafios conceituais e metodológicos em sua operacionalização, como será apresentado adiante. Entretanto, parece haver consenso por parte dos pesquisadores da área de que os investimentos nas redes sociais podem atuar de maneira positiva na saúde mental (COSTA; LUDERMIR, 2005; MCCULLOCH, 2001).

Esta tese analisou dados das duas primeiras etapas de coleta de dados (linha de base e primeiro seguimento) do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil). Esse estudo, desde 2008, acompanha uma coorte de 15.105 servidores públicos de seis capitais brasileiras, cujo objetivo principal é avaliar a incidência e fatores de risco de doenças crônicas, como diabetes e doenças cardiovasculares. Dentre os instrumentos incluídos na linha de base está a escala holandesa *Resource Generator* de mensuração da percepção individual do capital social, escala incluída pela primeira vez em um estudo epidemiológico brasileiro, cuja apresentação das etapas iniciais de adaptação transcultural e a avaliação da validade dimensional já foram apresentadas (GRIEP et al., 2013; SOUTO et al., 2016). O ELSA-Brasil também incluiu na linha de base o CIS-R (*Clinical Interview Schedule-Revised*), uma entrevista psiquiátrica estruturada e padronizada que resulta em escores para avaliar os TMC e categorias diagnósticas obtidas através da aplicação de algoritmos baseados nos critérios da CID-10. No primeiro seguimento esse instrumento foi inserido de maneira parcial para avaliar apenas episódios depressivos.

A população do ELSA-Brasil abrange diferentes estados e regiões brasileiras, sendo bastante heterogênea quanto a aspectos socioeconômicos e contextuais (SCHMIDT et al., 2015). Portanto, representa uma oportunidade interessante de investigar as relações existentes entre o capital social e a saúde mental. Além disso, o ELSA-Brasil é permeado, da sua concepção a sua execução, por excelente qualidade operacional e rigor metodológico que favorecem a geração de resultados confiáveis e válidos (LOTUFO, 2013). Aliado a estes atributos, o caráter prospectivo e o grande tamanho amostral do estudo garantem grande potencial de aplicação para a saúde pública.

A tese está estruturada da seguinte maneira: na revisão de literatura serão conceituados os TMC segundo as pesquisas de saúde mental e algumas abordagens classificatórias da depressão serão descritas; logo após, serão discutidas diferentes definições do conceito e medida do capital social e em seguida um breve panorama da associação entre a saúde mental e o capital social será apresentado.

A metodologia contemplará uma descrição mais detalhada da coorte do ELSA-Brasil, dos instrumentos de medida em estudo e das demais variáveis utilizadas. Os procedimentos das análises de dados e os resultados poderão ser contemplados por meio de dois artigos que compõem esta tese. No primeiro a linha de base do ELSA-Brasil foi a fonte de dados e a associação do capital social com os TMC e a depressão foi investigada. O segundo explorou dados da segunda onda da coorte, investigando a incidência e a manutenção da depressão associada à disponibilidade de capital social.

Desta forma, a presente tese pretende investigar a associação entre o capital social e a saúde mental no contexto brasileiro, a fim de contribuir com a identificação dos caminhos envolvidos no desenvolvimento dos TMC e da depressão e subsidiar mudanças que contribuam para uma sociedade mais saudável para todos.

1.2 Transtornos mentais comuns e depressão

Segundo a OMS, saúde mental é um estado de bem-estar em que o indivíduo percebe seu potencial, lida adequadamente com os próprios sentimentos e emoções, trabalha de forma produtiva e contribui para a sua comunidade (WHO, 2005) .

Os transtornos mentais indicam a existência de um conjunto de comportamentos e sintomas com manifestação psicológica, reconhecidos clinicamente e associados na maioria dos casos ao sofrimento e à interferência em funções pessoais (WHITEFORD et al., 2013). Eles

possuem alta prevalência e são a principal causa de incapacidade em todo o mundo, respondendo por quase um terço de todos os anos vividos com deficiência (VIGO; THORNICROFT; ATUN, 2016). Em 2010 eles corresponderam a 7,4% dos DALYs (anos de vida perdidos ajustados por incapacidade) mundial e os transtornos depressivos correspondem a 40,5% deste indicador (WHITEFORD et al., 2013). Acredita-se que entre os transtornos mentais a depressão deverá ser a causa número um do mundo de problemas de saúde e morte prematura em 2030 (MATHERS; LONCAR, 2006).

O diagnóstico precoce dos transtornos mentais ainda é um desafio a ser alcançado, e este atraso no diagnóstico pode agravar as alterações psicoemocionais, orgânicas e sociais que os acompanham. Devido ao estigma social que este tipo de sofrimento psíquico representa e ao seu caráter subjetivo, o atendimento adequado em saúde mental ainda apresenta grande deficiência na população acometida por estes transtornos (WHO, 2005).

Com o desenvolvimento do conhecimento científico na área da saúde mental, o termo “transtornos mentais comuns” (TMC) foi estabelecido para caracterizar situações em que o indivíduo não se enquadra nas categorias dos manuais de diagnóstico de psiquiatria, mas apresenta uma forma de sofrimento com sintomas proeminentes e que trazem prejuízos significativos, por vezes até piores do que quadros crônicos já bem estabelecidos (GOLDBERG; HUXLEY, 1992). O termo ainda surge como sinônimo dos transtornos mentais leves, ou de transtornos psiquiátricos menores. Os transtornos mentais leves são aqueles relacionados aos transtornos de ansiedade, depressão, transtornos somatoformes e as neuroses (MOREIRA, 2010).

Os transtornos mentais comuns caracterizam-se por sintomas não-psicóticos como fadiga, insônia, esquecimento, irritabilidade, dificuldade de concentração e queixas somáticas, que afetam o desempenho das atividades diárias, acarretando prejuízo nos aspectos pessoal, familiar e profissional dos indivíduos (MOREIRA, 2010). Os sintomas indicativos dos TMC são mais frequentes no sexo feminino (WHO, 2017) e também tem sido verificada a associação com os eventos produtores de estresse, com redução de apoio social e com variáveis relacionadas às condições de vida e trabalho tais como renda e escolaridade (PATEL, 2001).

Dentro de uma perspectiva de saúde pública, os transtornos mentais comuns são os mais importantes de serem acompanhados, devido a sua prevalência e persistência (VOS et al., 2012). Entretanto, por se apresentarem muitas vezes por meio de sintomas somáticos inespecíficos, sua identificação e manejo tornam-se difíceis, resultando em subdiagnóstico (MARAGNO et al., 2006) ou levando à prescrição de fármacos, encaminhamentos e exames desnecessários (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008).

Estimativas recentes da *World Health Organization* (WHO, 2017), incluem estatísticas para os TMC apontando para sua alta prevalência e, portanto, para a importância de sua investigação. A WHO os caracteriza apresentando suas duas principais categorias diagnósticas, os transtornos depressivos e os ansiosos. Entretanto, ressalta que não é adequado entender os dados como um somatório, dado que nos TMC muitas pessoas experimentam as duas condições simultaneamente. Assim, informa que a prevalência de depressão na população mundial é de cerca de 4,4% e a de ansiedade 3,6%. Tem-se ainda que a depressão é o maior contribuidor do YLD (*years lived with disability*), correspondendo a 7,5% de todos os anos vividos com incapacidade em 2015 e a ansiedade está em sexto lugar com 3,4%.

Uma revisão sistemática realizada por Steel e colaboradores (2014) buscou integrar os resultados de muitos inquéritos ao redor do mundo para investigar a prevalência dos transtornos mentais comuns. O estudo estimou a prevalência combinada dos TMC, englobando principalmente os diagnósticos dos transtornos de humor, ansiedade e uso de substâncias (excluindo a nicotina). Os autores consideraram a influência do método do estudo, do tempo histórico, da região geográfica e da renda do país. A análise incluiu 175 estudos populacionais em 63 países, publicados entre 1980-2013 para a faixa etária de 16-65 anos. Agrupando todos os estudos, cerca de uma em cada cinco pessoas preencheram os critérios para transtorno mental comum nos últimos 12 meses. Traduzido para a população global, o estudo sugere que quase um bilhão de pessoas com idade entre 16 e 65 anos sofrem de algum transtorno mental comum em um determinado momento da vida.

No Brasil os TMC têm sido estudados frequentemente nos serviços de atenção primária, onde os indivíduos acometidos são facilmente encontrados. Nestes estudos a prevalência com a população atendida pelo programa de saúde família variou de 24,9% a 33% (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008; GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008; MARAGNO et al., 2006). Encontramos também grandes estudos populacionais com adultos, que utilizando o instrumento SRQ-20 (*Self-Reporting Questionnaire*), encontraram estimativas que variaram entre 29,9% e 36,0% (COELHO et al., 2009; COSTA; LUDERMIR, 2005; ROCHA et al., 2010). A prevalência dos TMC na linha de base do ELSA-Brasil foi de 26,8%, e corroborando a literatura nacional, estes foram encontrados mais frequentemente entre participantes do sexo feminino e de baixa escolaridade (NUNES et al., 2016).

A depressão também apresenta um grande impacto na saúde mental, acometendo mais de 300 milhões de pessoas globalmente (sua prevalência foi estimada em 4,4%). Entre 2005 e 2015, o número total de pessoas vivendo com depressão aumentou em 18,4% (WHO, 2017).

Com o objetivo de identificar a prevalência de sintomas depressivos em inquiridos populacionais, uma revisão sistemática com metanálise foi conduzida por Silva e colaboradores (2014) com adultos brasileiros entre 18 e 65 anos. Apesar das dificuldades existentes relacionadas à diversidade de instrumentos de medida (11 no total), os dados apontaram um grande impacto na população brasileira, afetando principalmente mulheres com idade mais avançada. A prevalência de episódios depressivos encontrada neste estudo foi de 14% e a prevalência de Depressão Maior ao longo da vida foi de 17% entre homens e mulheres.

Por ser um termo amplamente utilizado na linguagem popular como sinônimo de tristeza ou desânimo, para entender a depressão como uma patologia (ou uma síndrome) é importante saber diferenciá-la de estados afetivos comuns como tristeza e luto, que são reações humanas naturais a situações adversas e de perdas (PORTO; ALBERTO, 1999). A depressão enquanto doença apresenta um conjunto de elementos que devem ser considerados. O núcleo dos quadros depressivos é caracterizado por sentimentos de tristeza, cansaço ou perda de energia e ainda falta de interesse ou perda da capacidade de experimentar prazer (PAYKEL, 2008). Enquanto síndrome, a depressão é caracterizada por alterações do humor (tristeza, irritabilidade, apatia), assim como aspectos como alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono e apetite) (PORTO; ALBERTO, 1999).

Apesar de ser possível identificar características principais da depressão, classificá-la de maneira mais detalhada sempre foi um grande desafio para a nosologia psiquiátrica, como pode ser constatado pelas mudanças dos termos e das formas de classificação ao longo do tempo (PAYKEL, 2008). Na conceituação moderna da depressão, que podemos apreender por meio das duas principais classificações existentes, quais sejam, a CID e o DSM, consideram-se fatores orgânicos e psicogênicos na etiologia da depressão, entretanto esta é definida pela presença de sintomas, sem a necessidade de identificar a etiologia. Pode-se dizer ainda que as duas classificações são paralelas, e nenhuma delas isenta de críticas (PAYKEL, 2008).

Na CID-10 os transtornos depressivos compõem os transtornos do humor. Eles subdividem-se em Episódio Maníaco, Episódios Depressivos, Transtorno Depressivo Recorrente, Transtornos de Humor persistentes (Ciclotimia e Distímia), Transtorno Afetivo Bipolar, Outros Transtornos do Humor e Transtorno do Humor não especificado (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2008; CAETANO, 1999).

No DSM-V os transtornos bipolares compõem um capítulo à parte, e os transtornos depressivos são subdivididos em: Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor, Transtorno Depressivo Maior (incluindo episódio depressivo maior), Transtorno Depressivo Persistente (distímia), Transtorno Disfórico Pré-menstrual, Transtorno Depressivo Induzido por

Substância/Medicamento, Transtorno Depressivo devido a outra condição médica, Outro Transtorno Depressivo Especificado e Transtorno Depressivo Não Especificado (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

Na literatura, a Depressão Maior é um dos transtornos do humor mais estudados. Ela é composta por um ou mais episódios depressivos maiores, sem histórico de Episódios Maníacos, Mistos ou Hipomaníacos, presentes por pelo menos duas semanas consecutivas. A principal característica de um Episódio Depressivo Maior é o humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. O indivíduo também pode experimentar perda ou ganho de peso significativo, perturbações no sono, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, culpa e autodesvalorização, dificuldade de concentração, pensamentos recorrentes de morte, tentativa ou ideação suicida. O Transtorno Depressivo Menor é caracterizado de forma semelhante à Depressão Maior, diferindo apenas quanto a um menor número de sintomas e menor prejuízo para o indivíduo.

Em nosso estudo, os Episódios Depressivos foram classificados de acordo com a CID-10. Neste manual, os Episódios Depressivos caracterizam-se por humor triste, perda do interesse e prazer nas atividades cotidianas, diminuição da capacidade de concentração e sensação de fadiga aumentada. O sono também se encontra perturbado e perda de apetite, de peso e da libido também são sintomas importantes. Sintomas de ansiedade são muito frequentes. A angústia tende a ser tipicamente mais intensa pela manhã. As alterações da psicomotricidade podem variar da lentificação à agitação. O diagnóstico de um episódio depressivo requer a presença de sintomas por pelo menos duas semanas e sua classificação é delineada de acordo com a intensidade dos sintomas. Classifica-se em leve ou moderada com presença ou ausência de sintomas somáticos, e em grave com ou sem sintomas psicóticos.

Ainda segundo a CID-10, podemos falar de Transtorno Depressivo Recorrente quando observamos a ocorrência repetida de episódios depressivos intercalada com possíveis períodos de pequena exaltação do humor ou atividade (hipomania). Ele pode apresentar duração variável de algumas semanas a alguns meses e em caso de ocorrência de um episódio maníaco, o diagnóstico deve ser alterado para Transtorno Afetivo Bipolar.

As diferentes vertentes classificatórias nos manuais diagnósticos e a abrangência do termo Depressão Maior determinou recentemente uma nova linha de estudos que se ocupa em mapear modelos que classificam subtipos de depressão (HARALD; GORDON, 2012). Em um estudo do tipo *meta-review* (uma revisão de revisões de literatura), Harald e Gordon (2012) buscaram estes modelos e encontraram 15 subtipos, organizando-os em 5 categorias a saber: (1) subtipos baseados em sintomas, como melancolia, depressão psicótica, depressão atípica e

depressão ansiosa, (2) subtipos baseados na etiologia, tais quais depressão reprodutiva, depressão perinatal e depressão induzida por drogas, (3) subtipo relacionado à data do primeiro episódio, exemplificada pela depressão de início tardio, assim como a depressão sazonal, (4) baseada em gênero (feminino) e (5) depressão resistente à tratamento. Esta linha de estudos é promissora em tentar superar as sobreposições das classificações existentes e a inespecificidade do termo Depressão Maior.

Os transtornos depressivos (representados pela Depressão Maior) correspondem a 2,5% do DALY mundial, apresentam prevalências mais altas em mulheres e em adultos em idade de trabalho (FERRARI et al., 2013). Dados da WHO referentes a 62.971 indivíduos em 24 países foram avaliados para entender o impacto da depressão na perda de produtividade no trabalho. A Depressão Maior foi associada com 5,1% de todos os dias perdidos de trabalho, a quarta maior proporção de risco atribuível à população de todos os transtornos considerados (ALONSO et al., 2011). A depressão também ocorre em crianças e adolescentes, mas com menor prevalência do que os grupos etários mais velhos (WHO, 2017).

Dada a constatação acerca da maior prevalência da depressão entre mulheres, muitos estudos avançam em identificar fatores e características que expliquem esta diferença. Buscando sistematizar estes achados, alguns estudos de revisão (HAMMARSTRÖM et al., 2009; PICCINELLI; WILKINSON, 2000) comparam modelos e apresentam hipóteses para esta desigualdade. Eles apontam que construções teóricas socioculturais que consideram como a mulher lida com experiências adversas, assim como modelos psicológicos que exploram sua vulnerabilidade a eventos estressores e habilidades para lidar com o estresse, por contemplarem a multifatorialidade e a interseccionalidade, explicaram melhor estas diferenças. Fatores genéticos e biológicos, focando essencialmente as diferenças hormonais, apesar de serem os mais frequentes, apontam resultados contraditórios ou pouco relevantes (NOLEN-HOEKSEMA, 2001).

Grande atenção também tem sido empregada na busca da associação da depressão com os determinantes sociais em saúde. Sabe-se que na pesquisa sobre fatores de risco da depressão, a associação com variáveis como a posição socioeconômica, a situação conjugal e a escolaridade depende da classificação da depressão e do instrumento utilizado para aferi-la. Entretanto, mesmo com diferentes escalas para medir a depressão, a posição socioeconômica e a educação estão consistentemente inversamente associadas à depressão (BJELLAND et al., 2008; ROSS; MIROWSKY, 2006; SANTOS; KASSOUF, 2007).

Quanto à situação conjugal, estudos que exploram sua associação com a depressão indicam que pessoas casadas comparadas a divorciadas, separadas e viúvas apresentam menor

prevalência de depressão (AFIFI; COX; ENNS, 2006) e há também dados indicando que ser casado é fator protetor para os homens (JANG et al., 2009; SANTOS; KASSOUF, 2007) enquanto que entre as mulheres apresenta-se como fator de risco (BULLOCH et al., 2017).

Em relação ao curso da depressão, sabe-se que pode ocorrer em qualquer momento da vida e que sua recorrência é muito frequente (RUBIO et al., 2011). Uma grande coorte americana que buscou investigar o curso da Depressão Maior encontrou que entre os indivíduos com diagnóstico de depressão atual ou que já tiveram alguma vez na vida, 26,5% experimentaram um episódio com duração maior ou igual a 2 anos, e que esta cronicidade está relacionada à menor renda e escolaridade, relato mais frequente de comorbidades, a fatores de risco familiares e é maior entre os mais velhos (RUBIO et al., 2011).

Algumas pesquisas ao investigar fatores de risco da depressão procuram diferenciar os aspectos relacionados à incidência dos relacionados à recorrência. Enquanto características sociodemográficas como o sexo, situação conjugal, e posição socioeconômica parecem estar ligadas à incidência, a recorrência está mais associada a fatores relacionados a uma vulnerabilidade à depressão, como histórico familiar de depressão ou a sua severidade no primeiro episódio depressivo (BURCUSA; IACONO, 2007).

Investigações acerca do curso da depressão também discutem como a rede de sintomas apresentada pelo indivíduo está conectada com a recorrência de um episódio depressivo. Borkulo e colaboradores (2015) analisaram como os padrões de sintomas estão relacionados, já que alguns podem estar ligados de forma cíclica (insônia leva à falta de concentração, que leva a sentir-se inútil, que leva à tristeza que leva à insônia) e outros sintomas parecem ser mais importantes. Eles tentam superar a limitação das classificações diagnósticas que tratam os sintomas como intercambiáveis, em um somatório que define gravidade. De acordo com as abordagens da rede de sintomas, redes mais fortemente conectadas apresentarão um feedback mais forte entre seus sintomas e podem, portanto, estar relacionadas a um nível mais alto de vulnerabilidade a um novo episódio depressivo e perspectivas menos positivas de recuperação. Investigando os sintomas com o *Inventory of Depressive Symptomatology* (IDS) o estudo pôde constatar que os padrões de associação são preditivos de recuperação: uma rede mais densamente conectada parece estar relacionada a perspectivas menos positivas de recuperação da depressão.

Assim, considerados os diversos aspectos descritivos dos TMC e da depressão, as diferenças de conceituação e classificação da depressão, assim como o seu curso, podemos avançar para a teoria do capital social e entender em que aspectos estes construtos se relacionam.

1.3 Capital Social: definições, classificações e estratégias de mensuração

A teoria do capital social introduzida inicialmente por Bourdieu (1986) e posteriormente elaborada por Coleman (1988) e Putnam (2000), descreve o papel que as redes sociais possuem na vida do indivíduo.

Bourdieu (1986), define o capital social como a soma de recursos acessados pelo indivíduo através de relações com um grupo, estabelecidas por meio de um investimento deliberado visando manter ou estabelecer novas conexões, contribuindo e utilizando os recursos da rede para fins próprios. Nesta concepção, a posição do indivíduo na sociedade é um indicativo do tipo de capital social que ele pode mobilizar.

Em sua abordagem, Putnam difere de Bourdieu salientando os benefícios usufruídos pelas comunidades em virtude de suas redes sociais. O capital social proporciona um meio através do qual uma comunidade (vizinhança, cidade, país) coopera para benefício mútuo, sendo este capital propriedade de toda a comunidade e não podendo ser possuído por um só indivíduo. As pessoas presentes nas redes sociais possibilitam conexões para outras redes. As informações fornecidas por meio destas redes podem se multiplicar quando a reciprocidade é atendida. Idealmente por meio deste crescimento a confiança social e a adesão mútua se aprofundam, as normas sociais são fortalecidas e os valores são mais amplamente compartilhados (PUTNAM, 2001; LEONARDI; NANETTI, 1994).

Nesta concepção para identificar se uma determinada comunidade tem disponibilidade de capital social verifica-se a presença de instituições formais ou informais, como clubes e associações que estejam voltadas para o bem-estar coletivo. E a investigação do capital social passa então pela análise das relações tecidas em torno do cumprimento de normas de reciprocidade e confiança que permeiam estas instituições (PUTNAM, 2001; UPHOFF, 2001).

Uma sociedade com alto nível de capital social apresenta também grande participação social e confiança mútua, o que aumenta a interação de indivíduos (PUTNAM, 2001). Assim, ainda dentro desta perspectiva, os indivíduos podem obter os benefícios de morar em uma área com alto nível de participação social, sem necessariamente eles mesmos contribuírem para a existência destes benefícios (NYQVIST et al., 2008).

Para Coleman (1988), o capital social também é considerado um bem público e algo inalienável. A existência, a manutenção e a destruição do capital social dependem da interação de indivíduos, não sendo desta forma transferível de uma pessoa para a outra. Sua visão de capital social é próxima da de Bourdieu (1986) no entendimento de que o mesmo favorece interesses e ações individuais. Familiares e amigos, por exemplo, podem fornecer informações

úteis sobre disponibilidade de vagas de emprego ou ainda aconselhamentos sobre a vida pessoal ou afetiva. Coleman enumera três aspectos da estrutura social que facilitam a ação de indivíduos e familiares dentro das redes sociais: seja gerando expectativas de reciprocidade e um sistema de obrigações entre os participantes (1), como uma rede de troca de informações (2) e por meio de normas ou sanções que encorajam ou coíbem certos comportamentos (3), como por exemplo, normas culturais que desencorajam o tabagismo.

Sintetizando, pode-se dizer que Bourdieu acredita que o capital social se apresenta como um benefício individual, gerado e usufruído através das redes sociais individuais. Em contrapartida, Putnam enfatiza o seu aspecto coletivo, colocando-o como uma variável contextual. Diferentemente dos dois, mas de maneira intermediária, Coleman entende o capital social como uma variável contextual, um benefício público, que pode se estender para os indivíduos ou para a sociedade.

Com o desenvolvimento da teoria do capital social, classificações e divisões foram definidas de acordo com a abordagem teórica utilizada. Encontramos algumas classificações do capital social, que estão relacionadas de maneira ortogonal. Referem-se à forma da sua composição (estrutural e cognitivo), ao tipo de relacionamento na rede social (“ligação” - *bonding*, “ponte” - *bridging* e “conexão” - *linking*) e aos diferentes níveis de análise (individual ou coletivo).

O capital social estrutural compreende as várias formas de organização social e de instituições locais que unem pessoas e grupos. Elas são úteis ao desenvolvimento de uma comunidade, favorecendo o auxílio mútuo através do estabelecimento de papéis, regras e procedimentos. Esses elementos, ao estabelecerem padrões de comportamento, favorecem que os resultados da ação coletiva tornem-se mais adequados e desejáveis ao grupo (DE SILVA, 2005; UPHOFF, 2001).

O capital social cognitivo por sua vez, manifesta-se por meio de normas, valores, atitudes e crenças, e é resultante de processos mentais reforçados pela cultura e ideologia de um grupo. A confiança, a solidariedade e a reciprocidade são fatores que propiciam o reforço desta cultura e que quando compartilhados entre os indivíduos, também contribuem para o comportamento cooperativo (DE SILVA, 2005; UPHOFF, 2001).

Em resumo, o capital social estrutural refere-se a relacionamentos, redes e associações que conectam pessoas e grupos, enquanto que o cognitivo se refere à percepção sobre o apoio e a confiança social, possibilitadas pelos valores e a reciprocidade que permeiam estas relações.

Ambas as formas de capital social (cognitivo e estrutural), estão inter-relacionadas e devem ser entendidas de maneira dinâmica, visto que a forma como as pessoas se sentem

influencia suas ações, e como elas se comportam influencia como elas se sentem (GILBERT et al., 2013). Para medir o capital social através deles, usualmente os autores utilizam medidas de confiança e reciprocidade nas relações sociais para o capital social cognitivo ao passo que para o capital social estrutural utilizam medidas de participação social, e número de pessoas e frequência de contatos sociais com familiares ou amigos na rede social (CAO et al., 2015; FORSMAN et al., 2012; JANG et al., 2009).

Classificando os tipos de relacionamentos que são estabelecidos nas redes sociais podemos identificar três tipos de vínculos. O capital social de ligação se estabelece por meio de relacionamentos horizontais próximos, entre grupos de indivíduos como familiares e vizinhos que compartilham similaridades do ponto de vista de características demográficas, comportamentos, interesses e identidade social. Ao estabelecerem relacionamentos horizontais com pessoas não tão similares, caracterizando uma ampliação do alcance de suas ações, conectando-se a outra rede, refere-se ao capital social de ponte. O terceiro tipo, capital de conexão, descreve um tipo de relacionamento entre pessoas e grupos ou instituições em posições diferentes de hierarquia e poder, como patrão e empregado. O estabelecimento deste tipo de relacionamento vertical, pode trazer diferentes benefícios e recursos não alcançados pelas redes horizontais (SZRETER; WOOLCOCK, 2004). A Figura 1 ilustra a sistematização das formas e dos tipos de capital social relatados.

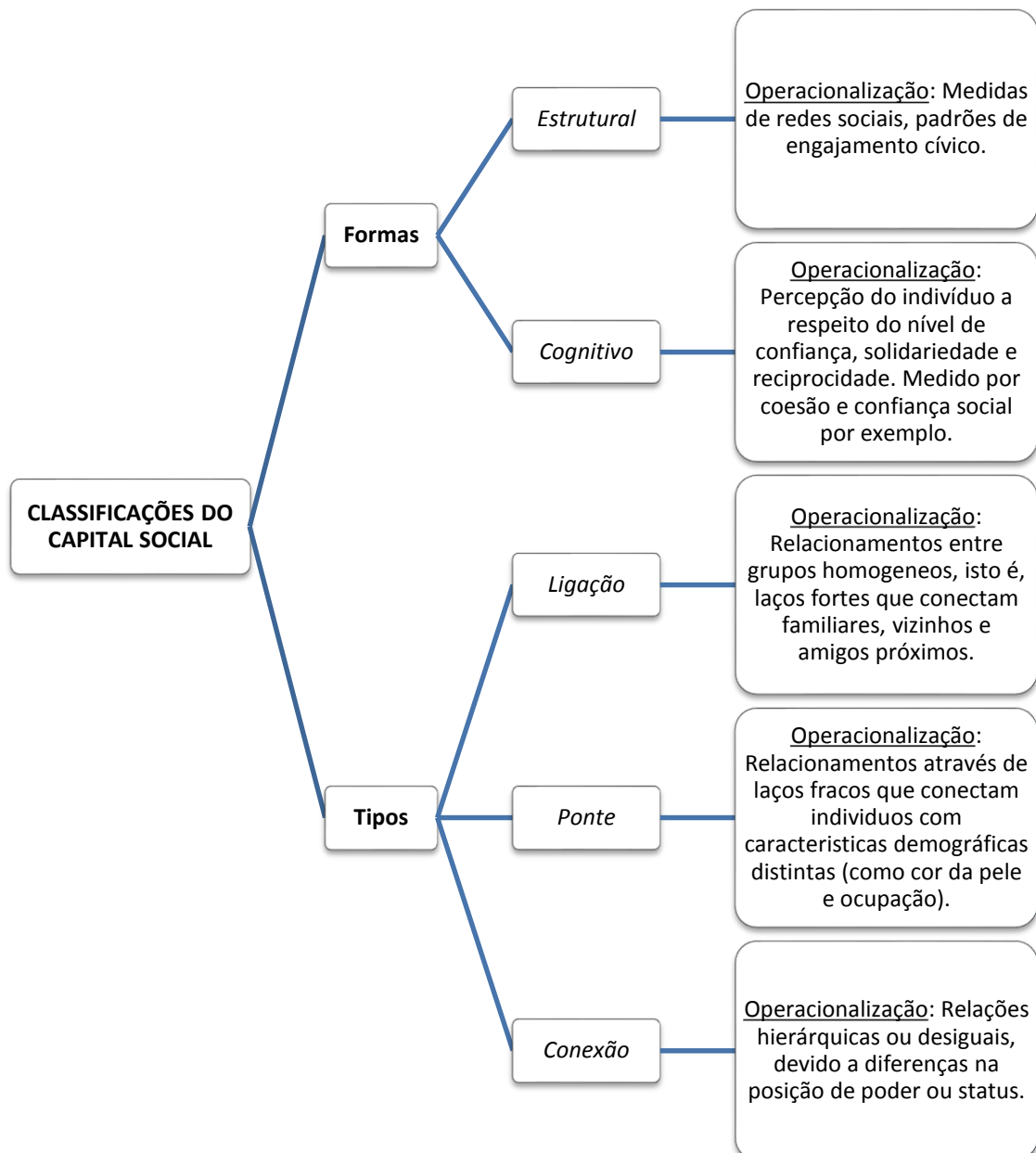


Figura 1 Classificações do capital social com sua operacionalização em estudos empíricos
(Adaptado de Islam, et al., 2006)

O nível em que o capital social deve ser medido tem sido extensamente debatido como uma das dificuldades na operacionalização do capital social (KAWACHI, 2004). Os estudos do nível coletivo / ecológico, ancoram-se na abordagem sociológica que define o capital social como propriedade de um grupo (conforme Coleman e Putman), explorando como as pessoas se relacionam umas com as outras dentro da sociedade. Eles também buscam reconhecer a disponibilidade dos recursos sociais que podem ser atribuídos a características contextuais. O grande leque de investigações diferenciadas que se desenvolveram com o entendimento e a

medida do capital social no nível coletivo, tornaram-no alvo de críticas, tendo sido argumentado que utilizá-lo de maneira tão abrangente reduz o seu poder de análise (PORTES, 1998).

A medida do nível coletivo de capital social pode ser operacionalizada com indicadores estruturais, como o número de organizações voluntárias ou estatísticas de participação cívica (MOHAN et al., 2005). Encontramos também medidas de coesão e confiança social coletadas no nível individual e agrupadas no nível coletivo, com este agrupamento podendo ser realizado em diferentes contextos, como no ambiente de trabalho (GAO et al., 2014), ou, mais frequentemente, em uma vizinhança (PATTUSSI et al., 2016). É comum encontrarmos a expressão “capital social de vizinhança” em alguns estudos em que as perguntas realizadas para os participantes do estudo referem-se à relação deles com a vizinhança e posteriormente os dados são analisados para a vizinhança como um todo (KAWACHI; KENNEDY; GLASS, 1999). Entretanto questiona-se se a natureza coletiva do capital social pode ser inferida de análises que utilizam dados coletados no nível individual (NYQVIST et al., 2013).

O capital social individual é utilizado na abordagem da análise de redes, de acordo com a tradição teórica de Bourdieu que o conceitua como um atributo individual. Entretanto também encontramos instrumentos que utilizam temas como confiança social e ação coletiva para investigar o construto capital social no nível individual, ancorando-se principalmente na abordagem de Coleman para compreender e operacionalizar o capital social (FUJIWARA; KAWACHI, 2008; UESHIMA et al., 2010).

Na temática de análise de redes, o capital social é entendido como recursos sociais inseridos na rede de relações sociais do indivíduo, sendo priorizados aspectos relacionados ao volume (número de pessoas que compõem a rede), à estrutura (análise da densidade da rede) e à diversidade (tipos de laços, contato com pessoas de diferentes idades, sexos e escolaridades) (LIN; COOK; BURT, 2001; VAN DER GAAG, 2005). A escala *Resource Generator* foi construída a partir desta concepção teórica e mede o acesso a diferentes recursos aos quais o indivíduo tem ou não tem acesso, assim como através de quem ele tem este acesso (familiares, amigos ou conhecidos). Inspirada em outras escalas que avaliavam as redes sociais (*Name Generator* e *Position Generator*), ela é considerada mais econômica, de aplicação fácil, teoricamente delimitada e com referências claras sobre os recursos de capital social de determinada população (VAN DER GAAG; SNIJDERS, 2005).

Apesar de a escala não medir diretamente o capital social cognitivo e aspectos como a confiança social e a reciprocidade, estas ideias estão incluídas, dado que o indivíduo refere sua expectativa de acesso aos recursos.

Por originar-se de embasamentos teóricos diferentes, o capital social apresenta delimitações teóricas que inicialmente parecem inconciliáveis, como por exemplo em que nível medi-lo ou discussões acerca de quais são os seus principais elementos de estudo (características da rede como reciprocidade e confiança ou os recursos sociais) (VYNCKE et al., 2014). Neste sentido, Whitley e McKenzie (2005) propõem que a estratégia mais adequada seja considerarmos a existência de "capitais sociais", visto que o nível individual e coletivo medem processos que afetam o cotidiano e a saúde de maneira diferenciada, e desta forma, conceituar o capital social no plural ajuda a validar e agrupar as diferentes orientações existentes, favorecendo maior desenvolvimento teórico do conceito. Neste sentido, Kawachi (2004) reitera a importância dos dois níveis e propõe que a melhor estratégia seja considerarmos os dois em análises multiníveis.

Acreditamos que o núcleo do capital social seja a presença dos recursos na rede, como aponta a teoria do capital social baseada em recursos, que tem se desenvolvido como uma outra abordagem conciliatória dos níveis individual e coletivo (ROSTILA, 2011). A definição de capital social decorrente desta teoria afirma que os recursos sociais se transformam em capital social quando são disponibilizados por meio de redes de relacionamento acessíveis e de estruturas sociais caracterizadas por confiança mútua (CARPIANO, 2006). Nesta abordagem as medidas de capital social devem avaliar diretamente o capital social através dos recursos que são acessados para benefício individual dentro das redes, em vez de focar nas medidas de confiança (CARPIANO, 2006).

Como relatado anteriormente, as principais abordagens que utilizam o capital social coletivo enfatizam que ele se refere a características das estruturas e organizações sociais em detrimento das características dos indivíduos dentro da estrutura social. Esta definição afirma que sua utilização é não exclusiva e desta forma beneficia toda a comunidade. Segundo Rostila (2011), atividades coordenadas e ações coletivas são o cerne desta definição. Entretanto, a base para a geração de recursos sociais individuais e coletivos são as redes sociais caracterizadas pela confiança social (ROSTILA, 2011). Assim, se compreendermos as ações coletivas e as atividades coordenadas como geradoras de recursos sociais coletivos e que estes recursos são o núcleo do capital social e não os seus determinantes, podemos ligar a noção coletiva do conceito à abordagem individual (ROSTILA, 2011). Este raciocínio supera a dicotomia entre os pesquisadores que acreditam que ele deve ser definido e medido como propriedade de indivíduos e os que o veem como propriedade de uma medida ecológica (como vizinhança ou país).

Desta forma, é possível perceber que o capital social é um conceito multidimensional que em sua definição considera aspectos da confiança social e a reciprocidade entre indivíduos, das normas sociais, características das redes sociais e os recursos inseridos nelas e que as diferenças residem essencialmente na ênfase colocada em cada componente (WHITLEY; MCKENZIE, 2005).

1.4 Associação entre capital social e transtornos mentais não psicóticos

Muitos estudos recentes investigam a associação do capital social com a saúde mental. No nível coletivo destaca-se a investigação de características contextuais e no nível individual os estudos de rede social e coesão social. Entretanto, em todos eles é muito comum a distinção entre o capital social cognitivo e o estrutural (ALMEDOM, 2005; FORSMAN et al., 2012). Para embasar estes estudos encontram-se modelos focados em apenas um nível, assim como modelos integrativos, conforme descrito adiante.

A associação entre a saúde mental e o capital social medido apenas no nível coletivo tem sido menos explorada que a do nível individual (VAN DER GAAG; SNIJDERS, 2005) e do que nos dois níveis. Na abordagem do nível coletivo vários estudos sugerem que especialmente em áreas com condições socioeconômicas desfavoráveis é que a associação entre capital social e a presença de transtornos mentais emerge (HAMANO et al., 2010; LOFORS; SUNDQUIST, 2007; TOMITA; BURNS, 2013). As condições socioeconômicas aparecem frequentemente associadas e por vezes interagindo com o capital social. Explorando este tema, os autores de uma revisão sistemática com sessenta estudos com o objetivo de investigar associações e interação entre o nível de capital social e as desigualdades socioeconômicas de saúde, concluiu que pessoas com menor status socioeconômico geralmente têm níveis mais baixos de capital social e que a falta de capital social está relacionada às desigualdades socioeconômicas de saúde.

A abordagem que envolve a utilização de medidas nos dois níveis (coletivo e individual) é mais recente. Nestas pesquisas é possível encontrar a medida do nível individual como covariável em estudos multiníveis (HAMANO et al., 2010; TOMITA; BURNS, 2013), assim como a comparação entre os dois níveis de análise, buscando esclarecer quais aspectos do capital social apresentam maior associação com diferentes desfechos em saúde mental (MARLIER et al., 2015; YIP et al., 2007).

Entre os estudos de saúde mental, o capital social cognitivo parece possuir maior impacto na saúde do que os seus aspectos estruturais (DE SILVA, 2005; FUJIWARA; KAWACHI, 2008; LANGILLE et al., 2012). Uma pesquisa que utilizou a linha de base de uma coorte realizada na região rural da China (YIP et al., 2007) analisou as relações entre capital social, saúde e bem-estar. Adotando a distinção entre capital social cognitivo e estrutural, os desfechos pesquisados incluíram saúde autorreferida, saúde mental e bem-estar subjetivo. Os três desfechos foram positivamente associados ao capital social cognitivo, entretanto poucas evidências foram encontradas na associação com o capital social estrutural.

Em uma outra pesquisa, realizada com dois grupos étnicos diferentes na Finlândia, encontrou-se associação positiva entre capital social cognitivo e desfechos de saúde como autoavaliação de saúde, saúde mental e consumo de álcool e cigarro. Este estudo também indicou a importância de considerar as diferenças étnicas nos determinantes de saúde, já que um dos grupos estudados apresentou maior capital social individual e estrutural do que o outro (NYQVIST et al., 2008).

Também são frequentes estudos de associação entre saúde mental e o capital social medido apenas no nível individual. Em um estudo transversal de base populacional na Rússia, indivíduos com maior nível de capital social (medido por meio da confiança na rede social) apresentaram maior saúde emocional (ROSE, 2000). De maneira semelhante, o capital social, também investigado através da confiança social, foi um importante preditor de sofrimento psíquico (BERRY; RICKWOOD, 2000).

Forsman e colaboradores (2012) estudaram aspectos cognitivos e estruturais do capital social individual entre idosos em duas regiões nórdicas (na Suécia e na Finlândia). Os resultados do estudo apontaram uma forte correlação entre baixo capital social e a presença de depressão nos idosos, além de apontar que o tipo de relacionamento possui influência nesta associação (maior com amigos do que com vizinhos).

O capital social foi associado aos transtornos mentais comuns em um estudo no Reino Unido no qual os autores utilizaram a escala *Resource Generator* na população em geral. Em seus resultados eles encontraram associação independente entre ter acesso a menor número de recursos e ser classificado positivamente para transtornos mentais comuns (WEBBER; HUXLEY, 2007). Essa associação também foi encontrada em relação a traços depressivos em um estudo entre mulheres do sudeste asiático (SON; LIN; GEORGE, 2008).

A *Resource Generator* também foi utilizada para investigar a qualidade de vida relacionada à saúde entre chineses de uma área rural. Os modelos que exploraram a saúde mental (medidos através de uma dimensão do *Item Short Form Health Survey-36*) encontraram

associação em ambos os sexos através do escore total e em suas subdimensões. Associações mais fortes foram encontradas entre as mulheres nas dimensões *Domestic Resource* e *Problem Solving* (que na adaptação brasileira corresponde a questões relacionadas ao apoio social) (SUN et al., 2017).

Apesar do aumento do número de publicações que envolvem o conceito de capital social com desfechos de saúde, as evidências da importância do capital social na saúde mental ainda não são consensuais. Além disso, persistem questões sobre quais mecanismos explicam essas associações, assim como a possibilidade de promover saúde através do capital social, em que nível, ou ainda de que forma o capital social pode beneficiar grupos populacionais diferentes. Alguns autores postulam que há pelo menos três modelos através dos quais as redes sociais podem influenciar a saúde mental do indivíduo (BERKMAN; GLASS, 2000).

O primeiro modelo sugere que o apoio social funciona como uma proteção (*buffer*) contra o sofrimento psicológico causado por eventos estressores da vida, reforçando habilidades de enfrentamento. E a percepção de falta de apoio social aumentaria desta forma a incidência de sofrimento psicológico. O segundo modelo sugere que a participação em redes sociais pode afetar diretamente o bem-estar psicológico independentemente da existência de circunstâncias estressantes. Uma das maneiras possíveis seria mediante a influência obtida pelos membros de uma rede social, a respeito de comportamentos de saúde, como a utilização de cuidados de saúde, a prática de atividade física, e a adesão a tratamentos médicos. No entanto, sabe-se que esta influência pode ter um efeito positivo ou negativo sobre a saúde mental (BERKMAN; GLASS, 2000).

O terceiro modelo sugere que a falta de recursos disponíveis por meio das redes sociais pode atuar como uma vulnerabilidade para o adoecimento mental, ou ainda pode atuar como um gatilho que desencadeia uma crise. É neste último modelo que a escala *Resource Generator* se destaca, pois é ampla, bem estruturada e apresenta potencial para ajudar na compreensão sobre o papel que o acesso aos recursos provenientes da rede social pode ter para auxiliar na recuperação, ou evitar que os transtornos mentais se desenvolvam.

Dentre os modelos de mecanismos causais entre capital social e transtornos mentais comuns que buscam integrar o nível individual e coletivo, destaca-se o modelo elaborado por De Silva e colaboradores (2007), apresentado na Figura 2 a seguir.

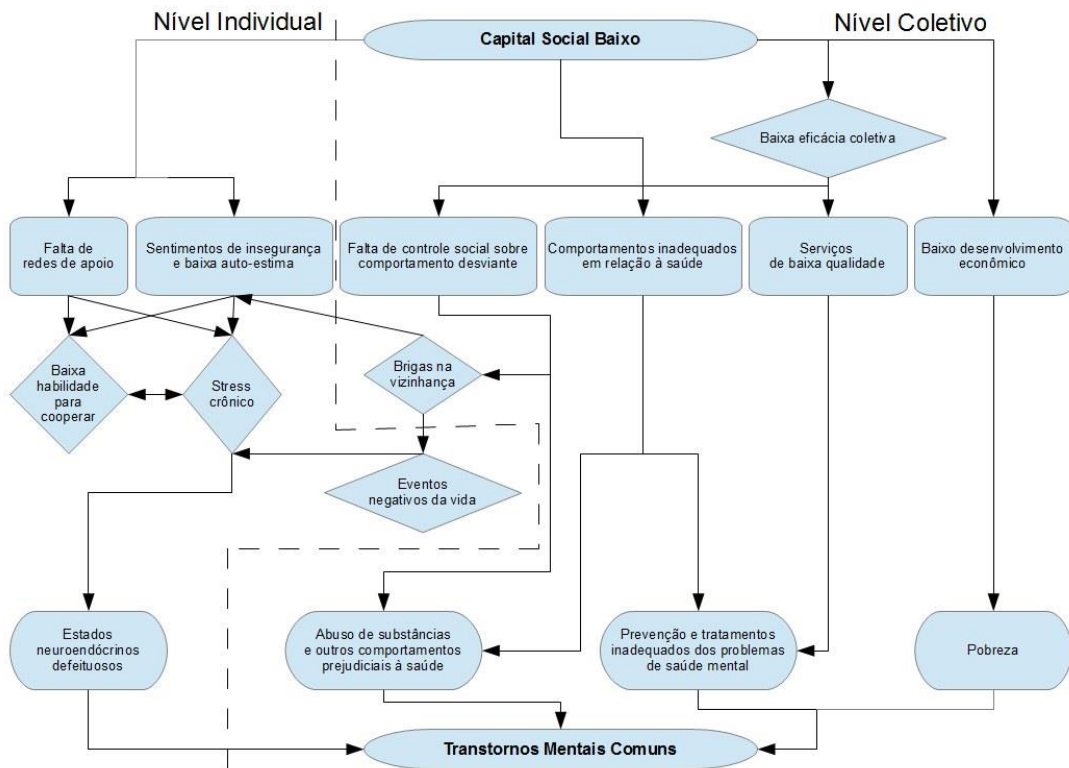


Figura 2 Hipóteses de caminhos pelos quais o capital social afeta os TMC
(Adaptado de De Silva et al., 2007)

O modelo hipotetiza que, no nível individual, a ausência de capital social influencia o desenvolvimento dos TMC através do estresse. A falta de apoio social e a má qualidade das relações sociais podem levar a sentimento de insegurança e baixa autoestima, resultando em níveis mais elevados de estresse que ocasionam a depressão e a ansiedade.

No nível coletivo, o baixo capital social atuaria por meio de variáveis contextuais em uma série de diferentes vias, incluindo baixa eficácia coletiva, levando a serviços de má qualidade e uma falta de controle sobre os comportamentos de risco, que dificultam o tratamento de transtornos da saúde mental. Os caminhos descritos no modelo não contemplam a ideia de que as variáveis intermediárias nesta associação entre capital social e TMC são produtos de um contexto sociopolítico e econômico mais amplo, apesar desta consideração ser desenvolvida pelos autores.

De maneira similar podemos hipotetizar que estes caminhos do nível individual dos mecanismos de causalidade entre TMC e capital social aplicam-se ao desenvolvimento da depressão. Por se tratar de uma doença multifatorial e heterogênea, não há consenso sobre sua etiologia. Entretanto, acredita-se que fatores genéticos aliados a fatores externos (como eventos estressores) estão envolvidos no desencadeamento da depressão (YANG et al., 2015).

Desta forma, tendo sido apresentadas prováveis vias pelos quais o capital social influencia o desenvolvimento de transtornos mentais comuns e da depressão em investigações internacionais, e dada a relevância deste tema para a saúde pública, este estudo pretende prosseguir nesta linha de investigação utilizando dados da linha de base e o primeiro seguimento do ELSA-Brasil. Primeiro, pretende-se focar na associação do capital social com os TMC e a depressão. Além disso, avançaremos no estudo da associação com a depressão, investigando como que o capital social influencia sua incidência e manutenção entre homens e mulheres.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar a associação da percepção da disponibilidade de capital social e desfechos de saúde mental entre adultos brasileiros.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Artigo 1

- Avaliar a associação entre o nível de capital social e a presença de transtornos mentais comuns e depressão na linha de base da população do ELSA-Brasil

2.2.2 Artigo 2

- Investigar a associação do capital social com a incidência e manutenção de episódios depressivos.

3 MÉTODOS

3.1 O estudo ELSA-Brasil

O Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) é uma pesquisa prospectiva e multicêntrica, uma coorte de 15.105 funcionários públicos de seis instituições de ensino superior (UFMG, UFBA, UFES, UFRGS, USP) e pesquisa (FIOCRUZ) brasileiras. Tem por objetivo principal investigar diversos aspectos relacionados à incidência e aos fatores de risco associados à ocorrência das doenças cardiovasculares e do diabetes. Considerando o contexto heterogêneo brasileiro, as informações obtidas com o estudo serão essenciais para promover intervenções preventivas e de promoção à saúde, adequadas a este contexto (AQUINO et al., 2012).

O ELSA-Brasil tem caráter multidisciplinar e procura abarcar vários campos do conhecimento em suas investigações, considerando fatores psicológicos, sociais, comportamentais, ocupacionais, contextuais, entre outros aspectos estudados.

Atualmente, o estudo encontra-se na terceira etapa (segundo seguimento) de coleta de dados. Os dados da linha de base do estudo (2008 a 2010) e da onda 2 (2010 a 2012) foram utilizados nas análises conforme descrição em cada um dos dois artigos. Em todas as etapas foram coletados dados através de questionários multidimensionais, exames clínicos, laboratoriais e de imagem por meio da visita dos participantes aos Centros de Investigação ELSA-Brasil, após a assinatura do termo de consentimento, e aplicado por entrevistadores treinados e certificados.

O treinamento dos entrevistadores/examinadores foi intensivo e exigente, visando a qualidade das informações coletadas. Todos os procedimentos foram precedidos de exposição oral, leitura e discussão de questionários e manuais, observação de supervisores aplicando o questionário e realizando exames com voluntários sob supervisão. A certificação dos entrevistadores/examinadores foi realizada com a utilização de avaliações práticas e teóricas (SCHMIDT et al., 2013).

Durante todo o estudo, atenção especial foi dada à padronização e ao controle de qualidade das entrevistas. Este desafio foi enfrentado mediante algumas ações executadas por uma rede de supervisão eficiente que foi formada com a participação dos seis centros de pesquisa e mantida durante toda a coleta de dados. Esta rede, formada por supervisores treinados, possibilitou um canal de comunicação para centralizar dúvidas e estabelecer condutas

idênticas a questionamentos relativos a diversos aspectos do estudo, como o conteúdo dos manuais dos instrumentos, gerenciamento de entrevistadores e manejo dos participantes (SCHMIDT et al., 2013).

Além disso, o monitoramento de desfechos tem sido realizado com contatos telefônicos anuais, onde são coletadas informações sobre hospitalizações, novos diagnósticos de doenças e óbitos. Descrição mais detalhada dos aspectos metodológicos do ELSA-Brasil pode ser encontrada em Aquino e colaboradores (2012), Mill e colaboradores (2013) e Schimdt (2015).

3.2 Descrição da escala *Resource Generator* (avaliação do capital social)

A escala utilizada para medir o acesso ao capital social no ELSA-Brasil, foi elaborada originalmente na Holanda na pesquisa *Survey on the Social Networks of the Dutch* realizada com 1.004 adultos (VAN DER GAAG; SNIJDERS, 2005).

Esse instrumento, que possui 33 perguntas operacionalizadas em duas etapas, apresenta algumas situações do cotidiano para discriminar o acesso a diversos tipos de recursos. Primeiramente, o indivíduo responde se tem ou não acesso a um determinado recurso e logo após, caso a resposta seja positiva, ele especifica a fonte da qual o recurso pode ser obtido (familiares, amigos ou conhecidos).

O instrumento se propõe a mensurar quatro dimensões do capital social, que foram nomeadas como: 1) capital social relacionado ao prestígio e educação (ex: conhecer alguém que leia livros de literatura); 2) capital social relacionado a habilidades políticas e financeiras (ex: alguém que conheça assuntos financeiros); 3) capital social relacionado a habilidades pessoais (ex: conhecer alguém que tenha habilidade para consertar equipamentos domésticos); 4) capital social relacionado ao apoio pessoal (ex: alguém que possa te abrigar em casa por uma semana) (VAN DER GAAG; SNIJDERS, 2005).

O instrumento foi criado na tradição de duas medidas usuais de rede (*Position Generator* e *Name Generator*) identificadas como capital social estrutural, já que lidam com aspectos de volume e diversidade da rede social, investigando os recursos e o tipo de laços e nós formados na rede.

A definição de capital social subjacente à construção da escala *Resource Generator* enfatiza a importância da identificação dos recursos que são acessados por meio de uma rede caracterizada por confiança mútua. Ela apresenta medidas estruturais; investigando a disponibilidade de diferentes recursos e investigando a força dos laços (se o recurso foi obtido

por amigo, familiar ou conhecido), e ainda as ideias de confiança social e reciprocidade, que são aspectos do capital social cognitivo. Apesar do referencial teórico não abarcar a frequente distinção entre capital social cognitivo e estrutural, entende-se que estes dois componentes estejam incluídos na escala, dado que se mede a expectativa de acesso a um determinado conjunto de recursos, com a confiança de que eles serão disponibilizados em caso de necessidade (WEBBER; HUXLEY; HARRIS, 2011).

A partir da versão inicial, composta por 33 itens, foi construída a versão brasileira da *Resource Generator*. Primeiramente, a escala foi traduzida para o português falado no Brasil por uma equipe de pesquisadores do Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro (IUPERJ). No âmbito do ELSA-Brasil, a validade de face, a confiabilidade e a validade dimensional foram realizadas (GRIEP et al., 2013; SOUTO et al., 2016).

Desta forma, a versão final do instrumento utilizada no ELSA-Brasil foi composta por 31 itens em que se averiguava a percepção da presença do recurso disponibilizado pela rede e, caso o mesmo estivesse presente, a fonte do recurso. Portanto, as opções de resposta apresentavam duas etapas: 1 - sim *versus* 2 - não; no caso daqueles que responderam sim, foi identificada a fonte do recurso a partir de opções de resposta apresentadas por meio de um cartão, no início da escala.

Para compor a medida de capital social deste trabalho, a escala será utilizada com 23 itens distribuídos em duas dimensões de acordo com a recomendação de seu estudo de validade (SOUTO et al., 2016). A dimensão de prestígio e educação, formada por 13 itens, investiga os recursos da rede que podem ser disponibilizados por pessoas com maior escolaridade e posição de destaque na sociedade (ex: conhecer alguém que fale uma língua estrangeira, que tenha uma casa de campo ou praia, que possa emprestar dinheiro). A dimensão apoio social, que investiga recursos na rede social associado ao apoio social recebido nas necessidades cotidianas, apresentou-se com 10 itens (ex: conhecer alguém que possa dar conselhos sobre conflitos no trabalho, cuidar das crianças, fazer compras em caso de adoecimento).

3.3 Descrição do CIS-R (avaliação dos transtornos mentais comuns e da depressão)

O CIS-R (*Clinical Interview Schedule Revised*), foi o instrumento escolhido para avaliar a saúde mental dos participantes do ELSA-Brasil. Trata-se de uma entrevista psiquiátrica estruturada, relativamente breve e adequada para ser aplicada por entrevistadores leigos.

O instrumento é de origem inglesa e foi utilizado em duas grandes investigações sobre prevalência de TMC na população do Reino Unido (JENKINS et al., 1997; LEWIS et al., 1998) e em diversas outras investigações ao redor do mundo (BOTEGA et al., 1995; MCBRIDE; BEBBINGTON; COOPER, 2013; SKAPINAKIS et al., 2013). No Brasil, Botega e colaboradores (1995) traduziram e fizeram a adaptação transcultural do instrumento, em uma amostra de pacientes hospitalizados. Todavia, havia seções que ainda não tinham sido traduzidas e utilizadas no Brasil e desta forma uma nova adaptação transcultural foi realizada por Nunes e colaboradores (2011).

O CIS-R investiga a presença e a severidade de 14 sintomas não-psicóticos presentes na semana anterior à entrevista. Cada seção corresponde a um sintoma: sintomas somáticos, fadiga, concentração e esquecimento, alterações do sono, irritabilidade, preocupações com o funcionamento corporal, depressão, ideias depressivas, preocupações, ansiedade, fobias, pânico, compulsões e obsessões.

Na estrutura do CIS-R, em cada seção duas questões introdutórias averiguam a ocorrência de um determinado sintoma no último mês, e depois, em caso afirmativo, há um maior detalhamento sobre a frequência, a intensidade, a duração e o grau de incômodo ocasionado pelo sintoma nos últimos sete dias. Respostas a estas questões determinam o escore de cada sintoma. Todas as seções apresentam essa estrutura, iniciando com questões filtro e especificação dos sintomas nos últimos sete dias, exceto a seção “Ideias depressivas”, que é uma continuação da seção anterior, “Depressão”.

O CIS-R possibilita a investigação dos TMC por meio dos somatórios do escore dos sintomas relatados. Em cada seção do instrumento o escore varia de 0 a 4 (com exceção da seção sobre ideias depressivas que pontua até 5), somando um total de 57 pontos.

Na avaliação dos TMC o escore CIS-R ≥ 12 é usualmente considerado como o ponto de corte para morbidade psiquiátrica clinicamente significativa. Um escore CIS-R > 18 indica que o perfil sintomático é grave e, portanto, provável que requeira tratamento (LEWIS et al., 1992).

O CIS-R também possibilita o diagnóstico de transtornos específicos por meio de algoritmos baseados nos critérios de avaliação da CID-10. São 6 os transtornos específicos investigados pelo CIS-R: Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno Misto de Ansiedade e Depressão, Episódio Depressivo, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Síndrome do Pânico e Fobias (Agorofobia, Fobia social e Fobia simples). O diagnóstico de Episódio Depressivo corresponde ao grupo F32.xx sem sintomas psicóticos da CID-10.

Nesta tese, avaliaremos os TMC com a utilização do escore de morbidade psiquiátrica (CIS-R ≥ 12) e os episódios depressivos [leves, moderados (com ou sem sintomas somáticos)

e graves] serão agrupados em uma variável dicotômica como presença ou ausência de depressão.

Perguntas introdutórias do CIS-R, considerando o apetite e variação de peso não foram incluídas no questionário ELSA-Brasil. Estas questões não contribuem nem para a classificação de TMC nem para a maioria dos diagnósticos dos transtornos específicos (com exceção da depressão). Todavia, a ausência destas questões pode subestimar o diagnóstico de Episódios Depressivos.

3.4 Definição de variáveis

Variável de exposição: Capital Social

1) Capital social (*Resource Generator*)

- a) prestígio e educação: categórica (valores possíveis: 1= baixo; 2= médio; 3= alto). Construída a partir das seguintes perguntas: (Você conhece alguém que...)
 1. Fale uma língua estrangeira; 2. Trabalhe com um computador; 3. Toque instrumento musical; 4. Leia livros de literatura; 5. Se formou no segundo grau; 6. Leia revistas profissionais (especializadas); 7. Tenha mais de R\$2.000,00 na poupança ou outro tipo de investimento; 8. Trabalhe na prefeitura ou no governo do Estado; 9. Ganhe mais de R\$2.000,00 por mês; 10. Tenha uma casa de campo ou praia; 11. De vez em quando contrate pessoas para trabalhar; 12. Conheça bastante sobre as leis e regulamentos do governo; 13. Conheça bem assuntos financeiros. As respostas possíveis para cada pergunta são: 0= Não; 1= Sim. Será classificado próximo aos tercis de distribuição da população como baixo, médio e alto prestígio e educação, quando a soma das respostas for entre 0-9 pontos, 10-12 pontos e 13 pontos, respectivamente.
- b) apoio social: categórica (valores possíveis: 1= baixo; 2= médio; 3= alto). Construída a partir das seguintes perguntas: (Você conhece alguém que...)
 1. Possa dar conselhos a respeito de seus conflitos no ambiente de trabalho; 2. Possa te ajudar a fazer uma mudança de casa (empacotar, ajudar a carregar); 3. Possa te ajudar em pequenas tarefas domésticas; 4. Possa fazer compras para o(a) sr. (a), se o(a) sr. (a) estiver doente; 5. Possa lhe emprestar uma boa quantidade de dinheiro se o(a) sr. (a) precisar; 6. Possa te abrigar em casa por uma semana se o(a) sr. (a) precisar; 7. Possa te dar conselhos a respeito de

conflitos entre membros de sua família; 8. Possa dar boas referências sobre o(a) sr. (a) quando estiver procurando emprego; 9. Possa tomar conta das crianças enquanto o(a) sr. (a) estiver fora; 10. Possa conversar com o(a) sr. (a) a respeito de assuntos muito importantes. As respostas possíveis para cada pergunta são: 0= Não; 1= Sim. Será classificado próximo aos tercís de distribuição da população como baixo, médio e alto apoio social, quando a soma das respostas for entre 0-7 pontos, 8-9 pontos e 10 pontos, respectivamente.

Variáveis de desfecho

1) Transtornos mentais (avaliadas através do CIS-R)

- a) Transtorno mental comum: variável categórica (valores possíveis: 0= ausência de TMC; 1= presença de TMC). O escore é calculado com o somatório de sintomas relatados. Para esta tese considerou-se o escore ≥ 12 como presença dos TMC.
- b) Episódio Depressivo: variável categórica (valores possíveis: 0= ausência de Episódio Depressivo; 1= presença de Episódio Depressivo). Classificada a partir da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).
- c) Depressão combinada: variável categórica (valores possíveis: 1= ausente, 2= incidente; 3= prevalente; 4= manutenção). Elaborada a partir da variável episódio depressivo na linha de base e no primeiro seguimento.

Covariáveis (variáveis de confusão)

- 1) Idade: variável categórica ordinal (valores possíveis: 1= 35-44 anos, 2= 45-54 anos, 3= 55-65 anos, 4= 65-74 anos).
- 2) Escolaridade (valores possíveis: 1= Até fundamental incompleto, 2= Fundamental completo, 3= Médio completo, 4= Superior completo).
- 3) Situação conjugal: variável categórica (valores possíveis; 1= separado; 2= solteiro; 3= casado/unido; 4= viúvo).

3.5 Aspectos Éticos

Este estudo utilizou dados do ELSA-Brasil que teve seus protocolos submetidos e aprovados pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Todos os participantes foram orientados

através do termo de consentimento livre e esclarecido e o assinaram antes da coleta de dados. O presente projeto foi submetido e aprovado pelo CEP da Escola Nacional de Saúde Pública sob o CAAE no 02392412.0.0000.5240.

3.6 Procedimentos de análise dos dados

Os procedimentos estarão detalhados nos dois artigos a seguir.

3.6.1 Artigo 1 (a ser submetido para os Cadernos de Saúde Pública)

Capital social e sua associação com transtornos mentais comuns e depressão: resultados do ELSA-Brasil

Ester Paiva Souto^I, Arlinda B Moreno^I, Dóra Chor^I, Enirtes Caetano^I, Sandhi M Barreto, Maria Angélica Nunes, Maria Carmen Viana, Rosane Härter Griep^{II}

^I Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde. Instituto Oswaldo Cruz. Fundação Oswaldo Cruz

RESUMO

Introdução: O papel do capital social em diversos desfechos de saúde mental tem sido investigado, e acredita-se que dispor de maior número nível de de capital social disponibilizados por meio das redes sociais pode atuar como um efeito protetor para a saúde mental. Este estudo investiga a associação entre a percepção individual do capital social com transtornos mentais comuns (TMC) e depressão.

Métodos: Foram utilizados dados de 15.052 participantes da linha de base do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil). Os TMC e a depressão foram avaliados pela *Clinical Interview Schedule-Revised* (CIS-R). O capital social foi avaliado pela escala *Resource Generator composta de* duas dimensões (apoio social e prestígio/educação). Utilizaram-se modelos de regressão logística estratificados por sexo com ajustes para possíveis fatores de confusão (idade, escolaridade e situação conjugal).

Resultados: Mulheres com baixo capital social na dimensão apoio social tiveram maior chance de apresentar TMC (OR = 1,36; IC 95%: 1,16-1,60) e depressão (OR = 2,07; IC 95%: 1,57-2,72) comparadas às mulheres com capital social alto. Não foram encontradas associações entre

capital social e transtornos mentais comuns entre os homens em nenhuma das dimensões estudadas e nem entre as mulheres na dimensão “prestígio e educação”.

Conclusão: As diferenças encontradas nas dimensões do capital social corroboram a multidimensionalidade do capital social, assim como as diferenças encontradas entre os sexos ratificam a necessidade da abordagem de gênero em sua associação com a saúde mental.

Palavras-chaves: transtornos mentais comuns; depressão; capital social; modelos logísticos.

ABSTRACT

Introduction: The social capital role in different mental health outcomes have been investigated, and it is believed that having more social capital resources available through social networks can act as a protective effect for mental health. This study investigates the association between the individual perception of the social capital and common mental disorders (CMD) and depression.

Methods: The data of 15,052 participants in the baseline of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil) was used. The CMD and the depression were assessed by means of the Clinical Interview Schedule-Revised (CIS-R). The social capital was assessed by means of the Resource Generator scale, comprised by two dimensions (social support and prestige/education). Logistic regression models stratified by sex was used and adjusted for possible confusing factors (age, education and marital status).

Results: Women with lower social capital in the social support dimension had a greater chance of presenting CMD (OR = 1,36; CI 95%: 1,16-1,60) and depression (OR = 2,07; CI 95%: 1,57-2,72) when compared to women with higher social capital. No association between social capital and common mental disorders was identified among men in none of the dimensions considered, nor among women in the "prestige and education" dimension.

Conclusion: The differences found between the dimensions of the social capital support the multidimensionality of the social capital, as well as the differences found between both sexes, that support the need to approach the gender in its association with mental health.

Keywords: common mental disorders; depression; social capital; logistic models.

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais comuns (TMC), compostos majoritariamente por transtornos depressivos e de ansiedade, impactam negativamente a saúde, afetando indivíduos de ambos os sexos e de diferentes faixas etárias (KESSLER, 2003). Caracterizam-se por transtornos não-psicóticos que acarretam prejuízos nos aspectos pessoal, familiar e profissional dos indivíduos afetados (GOLDBERG; GOODYER, 2005). Em um grande estudo inglês sobre a prevalência de transtornos mentais, um em cada seis adultos apresentou transtornos mentais comuns (17%), afetando de maneira diferenciada homens (12%) e mulheres (20%) (SALLY MCMANUS et al., 2014). No Brasil, grandes estudos populacionais identificaram a prevalência de TMC na população adulta, com estimativas que variam entre 29,9% e 36,0%, (COELHO et al., 2009; COSTA; LUDERMIR, 2005; ROCHA et al., 2010), sendo que ocorre com mais frequência entre mulheres e pessoas com baixa escolaridade. Com valor um pouco abaixo das estimativas nacionais, o ELSA-Brasil apresentou uma prevalência de 26,8% de TMC na população estudada (NUNES et al., 2016).

Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam para o expressivo aumento da depressão nos últimos anos. Entre 2005 e 2015 esse aumento foi de 18,4%. Atualmente, cerca de 322 milhões de pessoas de todas as idades sofrem com a doença em todo o mundo. A depressão é o transtorno mental que mais contribui para a incapacidade (7,5% de todos os anos de vida perdidos por incapacidade em 2015) enquanto os transtornos de ansiedade estão em sexto lugar (3,4%) (WHO, 2017). No Brasil, uma recente revisão com metanálise avaliou estudos transversais de base populacional onde observou-se prevalência de sintomas depressivos de 14%, e 17% de Depressão Maior ao longo da vida em adultos (SILVA et al., 2014).

Embora multifatorial e complexa, alguns fatores de risco já estão bem estabelecidos na ocorrência da depressão e dos TMC. Dentre esses, os determinantes sociais de saúde são componentes importantes do mecanismo de causalidade (LUND et al., 2010). O capital social, definido como a presença de recursos que indivíduos podem acessar por meio de uma rede social (ROSTILA, 2011), tem se caracterizado como um importante determinante social em saúde e vem se mostrando associado à saúde mental (EHSAN; DE SILVA, 2015). Organizações globais como a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (SCRIVENS; SMITH, 2013) e a WHO (2005) reconhecem a importância do capital social e enfatizam que ele pode ser utilizado como uma estratégia para melhorar a saúde de países e comunidades. Aspectos da rede social, como confiança social e solidariedade entre indivíduos,

assim como a participação em associações voluntárias e confiança em instituições, têm sido considerados elementos importantes do capital social e utilizados como indicadores para a sua mensuração (SCRIVENS; SMITH, 2013).

Diferentes abordagens na avaliação de capital social são relevantes e necessárias para testar diferentes hipóteses de pesquisa. Na literatura, há um debate conceitual que se refere ao nível em que o capital social se desenvolve e pode ser acessado. Alguns pesquisadores o entendem como um bem coletivo, uma característica das estruturas sociais, enquanto outros acreditam que seja algo exclusivo e desenvolvido pelo indivíduo dentro de sua rede social (CULLEN; WHITEFORD, 2001). Entretanto, é possível compreender estes dois níveis de maneira complementar e identificar o que é comum às duas definições do capital social é que ele pode ser utilizado por indivíduos através de sua rede social e pode ser empregado para alcançar melhores condições de saúde e longevidade (CARPIANO, 2006; MOORE; KAWACHI, 2017).

Estudos que exploram a associação do capital social e saúde apontam de maneira consistente que o alto nível de capital social individual é protetor na saúde mental (DE SILVA, 2005; ERIKSSON, 2011), enquanto que os estudos que avaliam o capital social no nível coletivo encontram resultados inconclusivos (DE SILVA et al., 2007; MARLIER et al., 2015). Uma revisão sistemática recente buscou estudos quantitativos que examinassem a associação direta entre capital social individual e TMC, e incluiu 39 estudos (31 seccionais e 8 longitudinais) com medidas heterogêneas de capital social. Eles encontraram evidências significativas da associação do alto nível de capital social com melhor saúde mental (EHSAN; DE SILVA, 2015).

A abordagem utilizada neste artigo está apoiada no conceito de capital social que busca capturar a presença percebida de recursos de apoio em redes sociais pelos indivíduos. A utilização da escala *Resource Generator* (RG), elaborada inicialmente na Holanda e adaptada em vários países (SUN et al., 2017; VAN DER GAAG; SNIJDERS, 2005; WEBBER; HUXLEY, 2007) tem auxiliado a desenvolver esta abordagem. No Brasil, este é o primeiro estudo a utilizá-la explorando as duas dimensões propostas em seu processo de adaptação: capital social de prestígio e educação (caracterizada por uma rede social com recursos que podem ser disponibilizados por pessoas com maior escolaridade e posição de destaque na sociedade) e capital social de apoio social (caracterizada por uma rede social com pessoas que podem disponibilizar recursos associados às necessidades do dia-a-dia) (SOUTO et al., 2016). A escala situa o capital social no nível individual e identifica os recursos inseridos na rede como o cerne do capital social.

Os prejuízos dos transtornos mentais têm sido relatados ao redor do mundo nas últimas décadas (WHO, 2017). Entretanto, apesar do reconhecimento internacional da importância do capital social em promover a saúde mental (WHO, 2005), poucos estudos têm sido desenvolvidos no Brasil neste campo. Assim, o presente estudo avalia a associação da percepção do capital social individual com a depressão e com os transtornos mentais comuns, considerando as diferenças por sexo nessa associação.

MÉTODOS

Desenho de estudo, população e coleta e dados

O ELSA-Brasil é um estudo de coorte composto por 15.105 servidores públicos ativos e aposentados na linha de base, com idade entre 35 e 74 anos de idade, de seis instituições de ensino e pesquisa brasileiras, que foi implementado para investigar a incidência e progressão de doenças cardiovasculares e do diabetes e seus determinantes sociais, ocupacionais, ambientais, psicológicos e biológicos.

A coleta de dados da linha de base foi realizada no período de 2008 a 2010 em Centros de Investigações situados em seis estados brasileiros (BA, ES, MG, RJ, RS, SP). Após a assinatura do termo de consentimento, exames foram realizados e questionários foram aplicados por entrevistadores treinados e certificados. O seu delineamento metodológico, bem como a descrição detalhada de medidas de garantia e controle de qualidade de todo o processo de coleta dos dados foram previamente descritos (SCHMIDT et al., 2013). Para o presente estudo, foram excluídos os participantes que deixaram de responder a algum dos itens de capital social (n=47), das variáveis de desfecho (n=5) e/ou a variáveis de ajuste (n=1); a amostra final incluiu 15.052 indivíduos (99,6%).

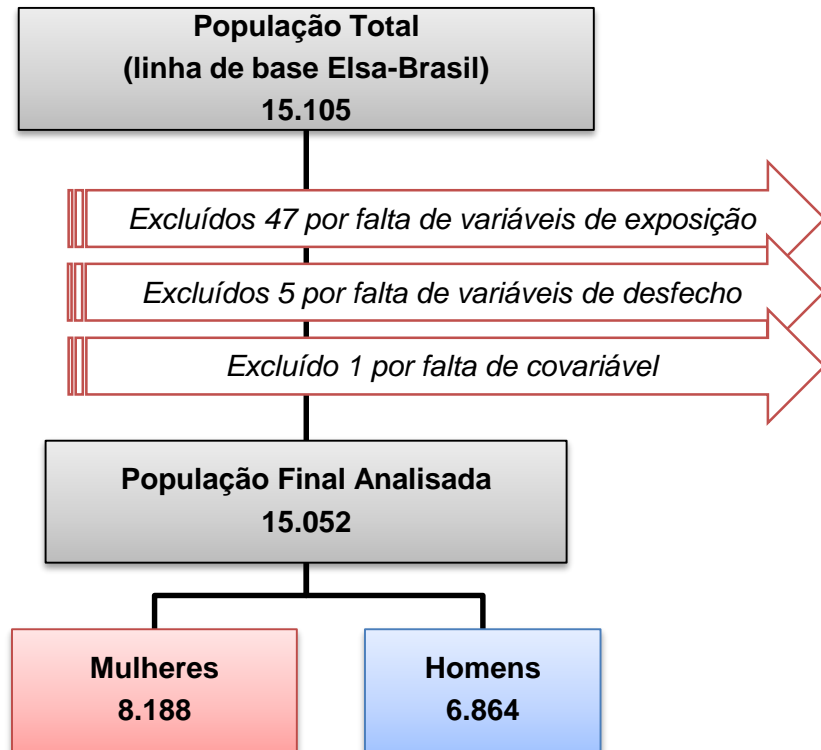


Figura 1 Fluxograma da composição da população

Variáveis do estudo

Capital Social – A versão brasileira da escala *Resource Generator* (RG) foi construída a partir da original Holandesa (VAN DER GAAG; SNIJDERS, 2005), composta por 33 itens, e utilizada para avaliar o capital social da população em estudo. Esta escala apresenta situações do cotidiano para discriminar o acesso a diversos tipos de recursos sociais e qualifica o tipo de relacionamento por meio do qual o recurso pode ser acessado (familiares, amigos e conhecidos). É considerada um instrumento de aplicação fácil, objetivo e com interpretações claras sobre o capital social de determinada população. No ELSA-Brasil, de acordo com a recomendação de seu estudo de validade (SOUTO et al., 2016), foram utilizadas duas dimensões da escala para captar diferentes aspectos do capital social: prestígio e educação (13 itens) e apoio social (10 itens). Em cada dimensão, as respostas para cada pergunta são dicotômicas, indicando a possibilidade (ou não) de acessar determinado recurso disponibilizado na rede social. O capital social foi classificado em baixo, médio e alto, de acordo com os pontos de corte estabelecidos próximos aos tercís de distribuição da população. Na dimensão prestígio e educação, essa classificação se deu, respectivamente, para pontuações entre 0-9, 10-12 e 13 pontos. Na dimensão de apoio social, os escores foram entre 0-7, 8-9 e 10 pontos, respectivamente.

TMC e Depressão – A presença de TMC e depressão nos últimos sete dias foi investigada por meio de uma versão adaptada para o português do Brasil do CIS-R (*Clinical Interview Schedule – Revised*) (NUNES et al. 2011). O CIS-R é uma entrevista psiquiátrica estruturada, relativamente breve e adequada para ser aplicada por entrevistadores leigos. Através de um escore computado ao longo de todas as sessões do CIS-R, é possível avaliar a presença de transtornos mentais comuns (TMC) nos sete dias anteriores à entrevista. Escore igual ou superior a 12 indica a presença de morbidade psiquiátrica clinicamente significativa, e o escore de 18 ou mais sinaliza que a gravidade do quadro clínico requer intervenção (LEWIS et al., 1992). O escore ≥ 12 foi utilizado para indicar a presença de TMC na população em estudo. Ele foi aplicado em entrevistas face a face e a presença de episódios depressivos foi determinada por algoritmos baseados nos critérios diagnósticos da CID-10 para episódios depressivos (grupo F32.xx) sem sintomas psicóticos. Neste estudo, os episódios depressivos [leves, moderados (com ou sem sintomas somáticos) e graves] foram agrupados em uma variável dicotômica como presença ou ausência de depressão.

Covariáveis - idade (contínua), situação conjugal (solteiro/separado/divorciado, casado/unido e viúvo) e escolaridade (até superior incompleto e superior completo/pós-graduação).

Análise de dados

Todas as análises foram conduzidas separadamente para homens e mulheres, já que estudos prévios apontam diferenças de gênero nas associações investigadas (LANDSTEDT et al., 2016; SUN et al., 2017). Iniciou-se com a caracterização da população estudada e em seguida o teste de Qui-quadrado de Pearson foi utilizado para captar as diferenças significativas na variação dos transtornos mentais e demais variáveis confundidoras de acordo com o nível de capital social. Esta análise foi realizada com nível de 5% de significância. Para a seleção das variáveis que foram inseridas na análise múltipla o nível de significância foi de 10%.

Modelos de regressão logística binomial (as duas dimensões do capital social com depressão e as duas dimensões do capital social com TMC) foram usados nas análises múltiplas para a obtenção do *odds ratio* ajustado com intervalo de 95% de confiança (IC 95%). Foram realizados ajustes sequenciais da seguinte forma: estimativa bruta (Modelo 0), inclusão de idade (Modelo 1), escolaridade (Modelo 2) e situação conjugal (Modelo 3). As variáveis retidas nos

modelos finais foram as que permaneceram associadas às variáveis respostas em um nível de significância de 5%. A análise foi realizada utilizando-se o programa R (v.3.4.1).

RESULTADOS

A população de estudo tinha em média 52 anos de idade (± 9 anos) e pouco mais da metade (54,4%) eram mulheres. Observou-se que a escolaridade de nível superior é mais frequente entre as mulheres (54,4%, para mulheres e 50,5% para homens) e que a categoria casado/em união estável é maior entre os homens (81,8% e 53,0%, respectivamente, para homens e mulheres) (Tabela 1). A prevalência de depressão foi de 2,3% e 5,8% e de TMC 18,4% e 33,8%, respectivamente, entre homens e mulheres.

Os itens da escala *Resource Generator* apresentam altas taxas de respostas afirmativas, sendo que a proporção de participantes que referiram ter acesso a 20 ou mais recursos componentes da escala foi de 75%. A distribuição de capital social foi semelhante entre os sexos, sendo que para ambos foram observadas frequências mais altas de disponibilidade de apoio social. Para a dimensão prestígio e educação, as frequências de capital social baixo, médio e alto para homens foram 18,7%, 32,1% e 49% e entre as mulheres 16,4%, 35,0% e 48,6%. Para a dimensão de apoio social foram respectivamente 11,4%, 27,7% e 60,9% para os homens e 10,2%, 27,4% e 62,4% para as mulheres. Quanto à forma de acesso, os familiares foram mais frequentemente referidos em ambos os sexos. Dos 23 itens da escala apenas 2 foram referidos como acessados de forma mais frequente por amigos, e nenhum foi acessado de forma mais frequente por conhecidos .

Observou-se maior frequência de homens e mulheres com presença de depressão e TMC em ambas as dimensões conforme o nível de capital social diminui. Apenas entre os homens não se observou associação entre as dimensões de capital social e a presença de depressão ou de TMC (Tabela 1).

Tabela 1 Caracterização dos homens e mulheres de acordo com o nível de capital social na linha de base do ELSA-Brasil, 2008-2010

Variáveis	Categorias	n total (%)	Depressão		TMC	
			não [%]	sim [%]	não [%]	sim [%]
HOMENS n=6864						
Prestígio e Educação	baixo	1286 (18,7)	97,5	2,5	82,0	18,0
	médio	2208 (32,2)	97,6	2,4	80,6	19,4
	alto	3370 (49,1)	97,8	2,2	82,2	17,8
Apoio Social	baixo	780 (11,4)	96,9	3,1	81,2	18,8
	médio	1899 (27,7)	97,3	2,7	80,3	19,7
	alto	4185 (61,0)	98,0	2,0	82,4	17,6
Idade	35-44	1560 (22,7)	97,0	3,0*	78,9	21,1*
	45-54	2678 (39,0)	97,7	2,3	79,6	20,4
	55-64	1846 (26,9)	98,0	2,0	84,2	15,8
	65-74	780 (11,4)	98,2	1,8	87,8	12,2
Escolaridade	Até fund. incomp.	562 (8,2)	97,3	2,7*	80,4	19,6*
	Fund. completo	571 (8,3)	96,1	3,9	77,6	22,4
	Médio completo	2266 (33,0)	97,2	2,8	77,4	22,6
	Sup. completo	3465 (50,5)	98,3	1,7	85,3	14,7
Situação conjugal	Separado	807 (11,8)	95,9	4,1*	74,6	25,4*
	Solteiro	359 (5,2)	96,9	3,1	78,3	21,7
	Casado/unido	5615 (81,8)	98,1	1,9	83,0	17,0
	Viúvo	83 (1,2)	92,8	7,2	73,5	26,5
MULHERES n = 8188						
Prestígio e Educação	baixo	1345 (16,4)	92,6	7,4*	61,6	38,4*
	médio	2866 (35,0)	93,6	6,4	66,3	33,7
	alto	3977 (48,6)	95,1	4,9	67,7	32,3
Apoio Social	baixo	832 (10,2)	90,3	9,7*	60,5	39,5*
	médio	2245 (27,4)	92,9	7,1	64,1	35,9
	alto	5111 (62,4)	95,4	4,6	68,1	31,9
Idade	35-44	1775 (21,7)	94,3	5,7*	61,6	38,4*
	45-54	3248 (39,7)	93,1	6,9	63,0	37,0
	55-64	2368 (28,9)	95,2	4,8	70,6	29,4
	65-74	797 (9,7)	95,5	4,5	76,8	23,2
Escolaridade	Até fund. incomp.	327 (4,0)	92,4	7,6*	58,1	41,9*
	Fund. completo	453 (5,5)	91,6	8,4	58,7	41,3
	Médio completo	2952 (36,1)	92,4	7,6	60,3	39,7
	Sup. completo	4456 (54,4)	95,7	4,3	71,5	28,5
Situação conjugal	Separado	2124 (25,9)	92,4	7,6*	63,3	36,7*
	Solteiro	1184 (14,5)	95,8	4,2	73,0	27,0
	Casado/unido	4336 (53,0)	94,6	5,4	65,8	34,2
	Viúvo	544 (6,6)	94,7	5,3	66,0	34,0

* *p*-valor < 0,05

A Tabela 2 apresenta os resultados dos modelos logísticos. Entre os homens observou-se associação apenas no modelo ajustado por idade para a dimensão apoio social, mas perdeu a significância no modelo final em ambas as dimensões. Observou-se também que, no modelo final, quando comparadas com as que têm capital social alto, mulheres com capital social médio, na dimensão apoio social, apresentaram chances 15% mais elevadas de TMC e 49% mais elevadas de depressão, enquanto aquelas com capital social baixo, apresentaram chances 36% elevadas de terem TMC e chances 2,1 vezes mais elevadas de apresentarem depressão. Na dimensão de prestígio e educação encontramos associações para os dois desfechos apenas nos modelos brutos e no modelo ajustado por idade, perdendo a significância no modelo final.

Tabela 2 Regressão logística binomial da associação entre capital social e a presença de depressão e TMC entre homens e mulheres da linha de base do ELSA-Brasil, 2008-2010

Capital Social*	HOMENS (n=6864)				MULHERES (n= 8188)			
	OR (IC 95%)				OR (IC 95%)			
	Prestígio e Educação		Apoio Social		Prestígio e Educação		Apoio Social	
	Depressão	TMC	Depressão	TMC	Depressão	TMC	Depressão	TMC
Modelo 0^a								
CS médio	1,11 (0,78; 1,59)	1,11 (0,97; 1,27)	1,41 (0,99; 2,00)	1,15 (1,00; 1,32)	1,32 (1,07; 1,63)	1,06 (0,96; 1,18)	1,57 (1,27; 1,93)	1,20 (1,08; 1,33)
CS baixo	1,15 (0,76; 1,76)	1,01 (0,85; 1,19)	1,59 (1,00; 2,52)	1,08 (0,89; 1,32)	1,54 (1,20; 1,98)	1,31 (1,15; 1,48)	2,22 (1,70; 2,89)	1,40 (1,20; 1,63)
Modelo 1^b								
CS médio	1,13 (0,79; 1,62)	1,13 (0,99; 1,30)	1,49 (1,04; 2,12)	1,22 (1,06; 1,40)	1,32 (1,07; 1,63)	1,09 (0,98; 1,20)	1,64 (1,33; 2,02)	1,29 (1,16; 1,43)
CS baixo	1,21 (0,79; 1,84)	1,07 (0,90; 1,26)	1,80 (1,12; 2,87)	1,22 (1,00; 1,50)	1,60 (1,25; 2,06)	1,41 (1,24; 1,61)	2,44 (1,86; 3,19)	1,62 (1,38; 1,89)
Modelo 2^c								
CS médio	1,01 (0,70; 1,46)	1,02 (0,89; 1,18)	1,37 (0,95; 1,96)	1,12 (0,98; 1,30)	1,20 (0,97; 1,48)	0,98 (0,89; 1,09)	1,49 (1,21; 1,85)	1,17 (1,05; 1,30)
CS baixo	0,90 (0,57; 1,41)	0,81 (0,67; 0,97)	1,54 (0,96; 2,50)	1,07 (0,87; 1,31)	1,21 (0,93; 1,59)	1,08 (0,94; 1,24)	2,09 (1,59; 2,76)	1,38 (1,18; 1,62)
Modelo 3^d								
CS médio	1,03 (0,72; 1,49)	1,03 (0,90; 1,19)	1,34 (0,93; 1,92)	1,11 (0,96; 1,28)	1,20 (0,97; 1,48)	0,98 (0,89; 1,09)	1,49 (1,21; 1,85)	1,15 (1,03; 1,29)
CS baixo	0,90 (0,57; 1,41)	0,81 (0,67; 0,97)	1,47 (0,91; 2,37)	1,03 (0,84; 1,27)	1,21 (0,92; 1,58)	1,08 (0,94; 1,24)	2,07 (1,57; 2,72)	1,36 (1,16; 1,60)

^a Modelo Bruto

^b Modelo ajustado por idade

^c Modelo 1 + escolaridade

^d Modelo 2 + situação conjugal

* Categoria de Referência: alto

DISCUSSÃO

Nesse estudo observamos associações diferentes das dimensões do capital social entre os sexos, com padrões diferenciados segundo a dimensão de capital social avaliada. Somente entre as mulheres, níveis mais baixos de apoio social percebido esteve associado com a presença de depressão e de TMC.

No estudo da associação do capital social com os TMC e com a depressão deve-se levar em consideração que as mulheres são afetadas de maneira diferenciada por problemas de saúde mental. Kessler (2013) sugere em uma revisão, que a maior prevalência de depressão encontrada entre mulheres deve-se à interação entre as vulnerabilidades biológicas e

experiências estressantes ambientais. Uma das hipóteses sobre como a falta de capital social no nível individual influencia o desenvolvimento de TMC é através do estresse (DE SILVA et al., 2007). A falta de redes de apoio e a má qualidade das relações sociais podem reforçar sentimentos de insegurança e baixa autoestima, resultando em níveis mais elevados de estresse que podem desencadear episódios depressivos e sintomas de ansiedade.

Fatores socioambientais, como problemas domésticos e expectativas relacionadas ao seu papel social, têm sido apresentados como justificativa ao maior adoecimento entre as mulheres (AFIFI, 2007). Supõe-se que a reatividade ao estresse nas mulheres é maior que em homens, pois o sexo interage com outros determinantes (envolvendo as diferenças de papéis sociais) e que esta condição pode favorecer sua maior vulnerabilidade à depressão (AFIFI, 2007). Também encontramos estudos das diferenças encontradas em mudanças hormonais como no período pré-menstrual, na gravidez e na menopausa, justificando a maior suscetibilidade feminina à depressão. Todavia apesar de frequentes, estas pesquisas são poucos consistentes em seus achados (NOLEN-HOEKSEMA, 2001).

Nosso estudo, alinhado a outros (CHUANG; CHUANG, 2008; PASGAARD et al., 2018), investigou as possíveis diferenças na maneira pela qual o capital social se distribui de acordo com o sexo. A composição das redes costuma ser apontada como um possível fator de diferenciação entre homens e mulheres. Homens normalmente possuem uma rede social mais extensa, com maior quantidade de laços formais e pessoas em posição de poder (capital social de conexão) enquanto mulheres usualmente estabelecem redes sociais mais homogêneas, com pessoas próximas (capital social de ligação) (FUHRER et al., 1999).

Entretanto, em nosso estudo observamos que praticamente todos os recursos eram acessados mediante laços fortes (capital social acessado através de familiares) em ambos os sexos e sabe-se que, dentro de uma rede social, este tipo de relacionamento é de grande importância para a saúde mental (SAPIN; WIDMER; IGLESIAS, 2016). Vemos também que o acesso relatado aos recursos do capital social foi predominantemente alto em ambos os sexos. Acreditamos que esta diferença entre a composição de redes, ao compararmos com a literatura, e a frequência de capital social alto, possa ser devida à distância entre relatar o acesso ao capital social e de fato poder utilizá-lo, interferindo no estudo de sua associação com os TMC e a depressão. Consideramos adicionalmente que o estudo desenvolveu-se com trabalhadores e não na população geral, e talvez a quantidade de capital social encontrada não reflita sua distribuição na população geral.

Tem-se ainda que os homens podem não querer ou não se sentirem confiantes em mobilizar os recursos mais frequentemente como as mulheres (NORRIS; INGLEHART, 2006),

o que pode justificar a falta de associação com piores níveis de saúde mental. Por outro lado, há evidências de que acreditar que se tenha alguém em quem confiar, pode ser tão importante quanto realmente receber o suporte em um momento de necessidade (KAMARCK; MANUCK; JENNINGS, 1990). Os resultados limítrofes encontrados na dimensão de apoio social com a depressão entre os homens também não devem ser ignorados, apesar da associação não ser estatisticamente significativa, em todos os modelos a direção da associação indica que capital social baixo parece se comportar como um fator de risco para a presença de depressão e de TMC.

A escolaridade, é entendida como um indicador da posição socioeconômica dos participantes, parece ter um papel importante como confundidor da relação entre capital social e os desfechos em estudo. Observamos que em todos os modelos explorados sua inserção produz uma grande queda nas associações e em alguns modelos torna a associação não significativa. Resultados semelhantes foram encontrados em um grande estudo populacional canadense (SMYLIE, LISA KATHERINE, 2002), que não conseguiu estabelecer associações entre capital social e a saúde mental independente da posição socioeconômica. E da mesma forma, o capital social foi um preditor melhor da saúde física e mental das mulheres do que dos homens.

Ao falarmos de capital social abordamos o nível individual, e alguns estudos recentes procuram incluir em sua abordagem (KAWACHI, 2004) o nível coletivo, que procura ponderar a influência da confiança social e do contexto político no desenvolvimento e utilização das redes sociais. Acreditamos que esta análise de contexto na compreensão da diferença da disponibilidade de capital social entre os indivíduos seja secundária à análise da percepção individual da presença dos recursos.

Apesar de encontrarmos associação do capital com os TMC e com a depressão, sabe-se que para avaliar a saúde mental deve-se compreender sua complexidade e múltiplos fatores envolvidos, e ainda deve-se ponderar o papel do capital social quando isolado de possíveis mediadores comportamentais em saúde (como alimentação, atividade física e tabagismo) (XUE; CHENG, 2017). Adicionalmente a coorte do ELSA-Brasil é composta de servidores públicos. Desta forma, nossa amostra talvez não capte todo o impacto do capital social na saúde mental, dado que todos os participantes da coorte são empregados e com renda superior à da realidade brasileira. Nosso estudo também não contemplou no questionário da linha de base, perguntas introdutórias do CIS-R que consideram o apetite e variação de peso, o que pode ter subestimado a prevalência de episódios depressivos.

Também podemos entender o delineamento seccional como uma limitação do estudo, que dificulta determinar a direcionalidade da associação, apesar de termos encontrado modelos causais em estudos prévios (WEBBER; HUXLEY, 2007), que desenvolvem a hipótese do baixo capital social como fator de risco para transtornos mentais comuns. Se, por um lado, o baixo capital social poderia contribuir para a ocorrência dos transtornos mentais comuns, por outro, os transtornos mentais comuns poderiam levar a um menor investimento nas redes sociais, resultando num menor capital social. Assim, diferenciar fatores de risco das consequências é um dos grandes desafios de qualquer estudo com delineamento seccional.

Este é o primeiro estudo que utiliza a escala RG para estabelecer a associação entre o capital social e os TMCs e a depressão. Poucos trabalhos abordam a saúde mental e o capital social no Brasil, e desta forma podemos destacar a originalidade deste trabalho como um dos seus pontos fortes. Ademais, a abordagem escolhida para examinar o construto capital social com uma escala válida e confiável, utilizada previamente em estudos internacionais consolida os achados, na medida em que frequentemente encontramos o capital social identificado por perguntas isoladas ou com pouca padronização dos instrumentos utilizados, dificultando a adequada comparação entre os resultados.

O instrumento utilizado para aferir a saúde mental, também é uma ferramenta válida e confiável, amplamente utilizada em estudos internacionais, e permite a identificação de diagnósticos psiquiátricos de acordo com os critérios da CID-10, além de possuir ótimos resultados psicométricos em sua utilização em vários estudos. Pode-se pontuar adicionalmente como força deste estudo, características da coorte ELSA-Brasil, que de sua concepção à execução primou pela qualidade da coleta de dados, fornecendo para este trabalho uma grande amostra válida e confiável.

Neste estudo, evidências da diferença na associação entre o capital social e a saúde mental entre as mulheres corroboram a necessidade de estratificação por sexo nos próximos estudos. Adicionalmente, nosso estudo auxilia no acúmulo de evidências da utilidade do capital social baseado em recursos, com a utilização da Resource Generator para avaliar a relação entre o acesso em nível individual ao capital social e à saúde mental. Estratégias que promovam as redes sociais podem ser úteis no tratamento e prevenção dos transtornos mentais comuns e da depressão.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos participantes e a equipe de pesquisa do ELSA-Brasil.

FINANCIADORES

O Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) foi financiado pelo Ministério da Saúde (Decit – Departamento de Ciência e Tecnologia) e Ministério de Ciência e Tecnologia (Finep – Financiadora de Estudos e Projetos e CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Processos N^os 01 06 0010.00 RS, 01 06 0212.00 BA, 01 06 0300.00 ES, 01 06 0278.00 MG, 01 06 0115.00 SP, 01 06 0071.00 RJ).

REFERÊNCIAS

AFIFI, M. Gender differences in mental health. **Singapore Medical Journal**, v. 48, n. 5, p. 385–391, maio 2007.

CARPIANO, R. M. Toward a neighborhood resource-based theory of social capital for health: can Bourdieu and sociology help? **Social Science & Medicine** (1982), v. 62, n. 1, p. 165–175, jan. 2006.

CHUANG, Y.-C.; CHUANG, K.-Y. Gender differences in relationships between social capital and individual smoking and drinking behavior in Taiwan. **Social Science & Medicine** (1982), v. 67, n. 8, p. 1321–1330, out. 2008.

COELHO, F. M. DA C. et al. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 59–67, jan. 2009.

COSTA, A. G. DA; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 73–79, fev. 2005.

CULLEN, M.; WHITEFORD, H. The Interrelations of Social Capital with Health and Mental Health. p. 1–64, 2001.

DE SILVA, M. J. Social capital and mental illness: a systematic review. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 59, n. 8, p. 619–627, 1 ago. 2005.

DE SILVA, M. J. et al. Social capital and mental health: A comparative analysis of four low income countries. **Social Science & Medicine**, v. 64, n. 1, p. 5–20, jan. 2007.

EHSAN, A. M.; DE SILVA, M. J. Social capital and common mental disorder: a systematic review. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 69, n. 10, p. 1021, 9 set. 2015.

ERIKSSON, M. Social capital and health – implications for health promotion. **Global Health Action**, v. 4, n. 0, 8 fev. 2011.

FUHRER, R. et al. Gender, social relations and mental health: prospective findings from an occupational cohort (Whitehall II study). **Social Science & Medicine**, v. 48, n. 1, p. 77–87, 1 jan. 1999.

GOLDBERG, D.; GOODYER, I. **The Origins and Course of Common Mental Disorders**. 1 edition ed. Hove, East Sussex; New York, NY: Routledge, 2005.

KAMARCK, T. W.; MANUCK, S. B.; JENNINGS, J. R. Social support reduces cardiovascular reactivity to psychological challenge: a laboratory model. **Psychosomatic Medicine**, v. 52, n. 1, p. 42–58, fev. 1990.

KAWACHI, I. Commentary: Reconciling the three accounts of social capital. **International Journal of Epidemiology**, v. 33, n. 4, p. 682–690, 28 jul. 2004.

KESSLER, R. C. Epidemiology of women and depression. **Journal of Affective Disorders**, v. 74, n. 1, p. 5–13, 1 mar. 2003.

KESSLER, R. C.; BROMET, E. J. The Epidemiology of Depression Across Cultures. **Annual Review of Public Health**, v. 34, n. 1, p. 119–138, 2013.

LANDSTEDT, E. et al. Disentangling the directions of associations between structural social capital and mental health: Longitudinal analyses of gender, civic engagement and depressive symptoms. **Social Science & Medicine (1982)**, v. 163, p. 135–143, 2016.

LEWIS, G. et al. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. **Psychological Medicine**, v. 22, n. 2, p. 465–486, maio 1992.

LUND, C. et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. **Social Science & Medicine**, v. 71, n. 3, p. 517–528, 1 ago. 2010.

MARLIER, M. et al. Interrelation of Sport Participation, Physical Activity, Social Capital and Mental Health in Disadvantaged Communities: A SEM-Analysis. **PLOS ONE**, v. 10, n. 10, p. e0140196, 9 out. 2015.

MOORE, S.; KAWACHI, I. Twenty years of social capital and health research: a glossary. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 71, n. 5, p. 513–517, maio 2017.

NOLEN-HOEKSEMA, S. Gender Differences in Depression. **Current Directions in Psychological Science**, v. 10, n. 5, p. 173–176, out. 2001.

NORRIS, P.; INGLEHART, R. **Gender and Social Capital**. New York: Routledge, 2006.

NUNES, M. A. et al. Common mental disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 38, n. 2, p. 91–97, jun. 2016.

NUNES, M. A. A. et al. Adaptação transcultural do CIS-R (Clinical Interview Schedule-Revised Version) para o português no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA). 2011.

PASGAARD, A. A. et al. Social capital and frequent attenders in general practice: a register-based cohort study. **BMC public health**, v. 18, n. 1, p. 310, 02 2018.

ROCHA, S. V. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 4, p. 630–640, dez. 2010.

ROSTILA, M. A resource-based theory of social capital for health research: Can it help us bridge the individual and collective facets of the concept? **Social Theory & Health**, v. 9, n. 2, p. 109–129, 1 maio 2011.

SALLY MCMANUS et al. **Adult Psychiatric Morbidity Survey: Survey of Mental Health and Wellbeing, England, 2014 - NHS Digital**. [s.l.] Adult Psychiatric Morbidity Survey: Survey of Mental Health and Wellbeing, 2014. Disponível em: <<https://digital.nhs.uk/catalogue/PUB21748>>. Acesso em: 5 dez. 2017.

SAPIN, M.; WIDMER, E. D.; IGLESIAS, K. From support to overload: Patterns of positive and negative family relationships of adults with mental illness over time. **Social Networks**, v. 47, p. 59–72, 1 out. 2016.

SCHMIDT, M. I. et al. Estratégias e desenvolvimento de garantia e controle de qualidade no ELSA-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 105–112, jun. 2013.

SCRIVENS, K.; SMITH, C. **Four Interpretations of Social Capital: An Agenda for Measurement**: OECD Statistics Working Papers. [s.l.] OECD Publishing, 10 dez. 2013. Disponível em: <<https://ideas.repec.org/p/oec/stdaaa/2013-6-en.html>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

SILVA, M. T. et al. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 36, n. 3, p. 262–270, set. 2014.

SMYLIE, LISA KATHERINE. **Social capital and socio-economic status as determinants of physical, mental, and self-rated overall health in Canada**. Windsor: University of Windsor, 2002.

SOUTO, E. P. et al. Validade da estrutura fatorial da escala de capital social utilizada na linha de base no ELSA-Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 7, 2016.

SUN, X. et al. Individual social capital and health-related quality of life among older rural Chinese. **Ageing & Society**, v. 37, n. 2, p. 221–242, fev. 2017.

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

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

WHO. **Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice**. Geneva: WHO, 2005.

WHO. **Depression and Other Common Mental Disorders**. Geneva: WHO, 2017.

XUE, X.; CHENG, M. Social capital and health in China: exploring the mediating role of lifestyle. **BMC Public Health**, v. 17, 6 nov. 2017.

3.6.2 Artigo 2 (a ser submetido)

Capital social e episódios depressivos em quatro anos de seguimento da coorte ELSA-Brasil

Ester Paiva Souto^I, Arlinda B Moreno^I, Dora Chor^I, Enirtes Caetano^I, Sandhi M Barreto^{II}, Maria Angélica Nunes^{III}, Rosane Härter Griep^{IV}

^I Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, Brasil

^{II} Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Brasil

^{III} Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

^{IV} Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde. Instituto Oswaldo Cruz. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil

RESUMO

Introdução: Estudos recentes enfatizam a multidimensionalidade do capital social e o caracterizam como a presença de recursos que indivíduos podem acessar por meio de uma rede social. Sua associação com a depressão também tem sido explorada, pois acredita-se que possuir maior número de recursos disponíveis por meio das redes sociais pode atuar como um efeito protetor para a depressão. Este estudo investiga diferenças de gênero na associação do capital social com a incidência e manutenção de episódios depressivos.

Métodos: Utilizaram-se dados da linha de base e da segunda onda (4 anos de seguimento) do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), uma coorte multicêntrica de servidores públicos com 14.014 trabalhadores entre 35 - 74 anos. O capital social foi avaliado por meio da *Resource Generator*, uma escala composta por duas dimensões distintas: o apoio social e o prestígio/educação. Os episódios depressivos foram avaliados pelo questionário *Clinical Interview Schedule-Revised (CIS-R)*. A análise estatística foi estratificada por gênero e realizada utilizando um modelo de regressão multinomial com ajustes para possíveis fatores de confusão (idade, situação conjugal e escolaridade).

Resultados: Entre os homens, o capital social baixo na dimensão "apoio social" mostrou-se associado à incidência (RRR = 1,66; IC 95%: 1,01-2,72) de episódios depressivos. Entre as mulheres esta dimensão do capital esteve associada à manutenção de episódios depressivos

(RRR = 2,66; IC 95%: 1,61-4,41). O capital social não se mostrou associado à incidência ou a manutenção de episódios depressivos na dimensão de "prestígio e educação" nos dois sexos.

Conclusão: Os resultados destacam a importância da dimensão de "apoio social" em ambos os sexos em sua associação com a saúde mental. A abordagem do capital social baseado em recursos mostrou-se adequada para investigar a saúde mental e ratifica a ideia de que as redes sociais podem ser úteis no tratamento e prevenção dos episódios depressivos.

Palavras-chaves: Depressão; capital social; estudos de coortes.

ABSTRACT

Introduction: Recent studies emphasize the multidimensionality of social capital and characterize it as the presence of resources that individuals can access through a social network. Its association with depression has also been explored, as it is believed that having a greater number of available resources through social networks can act as a protective effect against depression. This study investigates gender differences in the association between social capital with the incidence and maintenance of depressive episodes.

Methods: The data from the baseline and from the second wave (4 years of following) of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil), a multicentric cohort of public servants with 14,014 workers between 35 and 74 years-old, was used. The social capital was assessed by means of the Resource Generator, a scale composed by two different dimensions: social support and prestige / education. The depressive episodes were assessed using the Clinical Interview Schedule-Revised (CIS-R) questionnaire. The statistical analysis was stratified by gender and used the multinomial regression model with adjustments for the possible confounding factors (age, marital status and education).

Results: Among men, the lower social capital in the "social support" dimension was associated with the incidence of depressive episodes (RRR = 1,66; CI 95%: 1,01-2,72). Among women, this dimension of the social capital was associated with the maintenance of depressive episodes (RRR = 2,66; CI 95%: 1,61-4,41). The "prestige and education" dimension of the social capital was not associated with the incidence nor with the maintenance of depressive episodes in both genders.

Conclusion: The results highlight the importance of the "social support" dimension for both genders in its association with mental health. The approach of the social capital based on

resources was adequate for the investigation of mental health and supports the idea that social networks can be useful in the treatment and prevention of depressive episodes.

Keywords: Depression; social capital; cohort studies.

INTRODUÇÃO

Acredita-se que, entre os transtornos mentais, a depressão deverá ser a principal causa de problemas de saúde e morte prematura do mundo em 2030 (MATHERS; LONCAR, 2006). Trata-se de uma doença multifatorial e heterogênea, que apresenta um grande impacto na saúde mental, acometendo mais de 300 milhões de pessoas globalmente (sua prevalência foi estimada em 4,4%). Atualmente a depressão é um dos principais fatores de risco para o suicídio e a maior contribuidora do YLD (*years lived with disability*), correspondendo a 7,5% de todos os anos vividos com incapacidade em 2015 (WHO, 2017). Dados da World Health Organization (WHO) referentes a 62.971 indivíduos em 24 países foram avaliados para entender o impacto da depressão na perda de produtividade no trabalho. A depressão maior foi associada com 5,1% de todos os dias perdidos de trabalho, a quarta maior proporção de risco atribuível à população de todos os distúrbios considerados, sendo a primeira causa de dor atribuída a várias doenças (21,5%) (ALONSO et al., 2011).

Diferentes fatores de risco são atribuídos à incidência ou à recorrência da depressão. Enquanto características sociodemográficas como o sexo, situação conjugal e posição socioeconômica parecem estar ligadas à incidência, a recorrência está mais associada a fatores relacionados à vulnerabilidade à depressão, como histórico familiar de depressão e a presença de determinados sintomas ou a sua severidade no primeiro episódio depressivo (BORKULO et al., 2015; BURCUSA; IACONO, 2007).

Investigações sobre como o capital social pode ser um importante fator para compreender o desenvolvimento da depressão têm sido cada vez mais frequentes nos últimos anos (CAO e colab., 2015; FORSMAN e colab., 2012; LANDSTEDT e colab., 2016; PARK, 2017). O capital social, um construto multidimensional que discorre sobre o papel das redes sociais na vida do indivíduo, vem sendo investigado em relação a diversos desfechos em saúde mental (DE SILVA, 2005). Seus elementos são apresentados por vários autores que o abordam de forma interligada, descrevendo-o como confiança social, apoio social, reciprocidade,

engajamento cívico e controle social (BOURDIEU, 1986; COLEMAN, 1988; PUTNAM, 2001).

Cientes da importância das redes sociais na manutenção do bem-estar psicológico (THOITS, 2011), as principais teorias que procuram elucidar os mecanismos pelos quais aspectos específicos das redes sociais levam à manutenção ou melhoria do bem-estar psicológico afirmam que elas podem agir diretamente (através do controle social) ou atuar como um mecanismo de proteção contra o estresse (KAWACHI; BERKMAN, 2001). Na concepção desenvolvida por Bourdieu (1986), o capital social refere-se a recursos sociais disponibilizados por meio das redes que auxiliam o indivíduo a obter benefícios.

Uma visão ampliada do capital social, proporcionada por Putnam (2001), o coloca como propriedade de grupos, desenvolvida e usufruída em uma comunidade de maneira coletiva. Entretanto, podemos entender que a base para a geração de recursos individuais ou coletivos são as redes sociais caracterizadas pela confiança social (ROSTILA, 2011) e que a investigação da disponibilidade dos recursos pode traduzir a importância do capital social para os indivíduos e/ou para a sociedade.

Avanços teóricos na pesquisa sobre o capital social também o classificam como detentor de componentes cognitivos (percepções sobre o apoio e a confiança social) ou estruturais (relativos à estrutura da rede social) (UPHOFF, 2001). O capital social cognitivo se encontra mais frequentemente vinculado a desfechos em saúde mental (DE SILVA et al., 2007), de modo que a associação entre a saúde mental e o capital social medido apenas no nível coletivo tem sido menos explorada que a do nível individual (DE SILVA, 2005).

Estudos que investigam a presença do capital social ligada a recursos disponíveis nas redes, também encontram associações com efeitos positivos sobre a saúde mental e a depressão. A associação entre transtornos mentais comuns e um menor acesso a recursos do capital social foi identificada no Reino Unido (WEBBER; HUXLEY, 2007). Paralelamente, a associação entre baixos níveis de capital social e traços depressivos foi identificada em estudo com mulheres do sudeste asiático (SON; LIN; GEORGE, 2008).

Um modelo de vulnerabilidade ao estresse pode ser utilizado para interligar o modo que o capital social confere proteção à incidência ou à recaída de um episódio depressivo. Esses modelos postulam que vulnerabilidades individuais interagem com eventos de vida adversos ou estressores para causar determinada patologia (QUAEDFLIEG, C. W. E. M.; SMEETS, TOM, 2013). Modelos de vulnerabilidade que exploram a interação entre a genética e o ambiente para o desenvolvimento da depressão são frequentes (DUNN et al., 2011; MANDELLI; SERRETTI, 2013). De maneira análoga, uma extensão ao modelo de

vulnerabilidade desenvolvida por Harris (2010) considera os aspectos psicossociais no desenvolvimento da depressão, sugerindo que a presença do capital social disponibilizado por meio de redes sociais pode influenciar o curso da mesma. Neste modelo, a ausência de capital social se constituiria em uma vulnerabilidade individual capaz de propiciar o aparecimento da depressão ou a sua manutenção.

Desta forma, compreendendo a importância das redes sociais na investigação da ocorrência e do curso da depressão, este estudo busca examinar a associação de diferentes dimensões do capital social, aferido através dos recursos, na incidência e na manutenção de episódios depressivos em uma grande coorte brasileira de trabalhadores. A necessidade e a importância de estudar o capital social e a saúde longitudinalmente tem sido indicada na literatura internacional (OKSANEN et al., 2011; SAKURAYA et al., 2017). Este é o primeiro estudo brasileiro a investigar a associação entre o capital social e episódios depressivos de maneira prospectiva e semelhante a estudos transversais existentes (SON e colab., 2008; WEBBER; HUXLEY, 2007; SOUTO e colab., 2018 não-publicado), e tem como principal hipótese que um maior nível de capital social está inversamente associado à ocorrência e à manutenção de episódios depressivos e que essa associação se apresenta diferenciada segundo o sexo dos participantes.

MÉTODOS

Desenho de estudo, população e coleta e dados

O Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) é um estudo de coorte prospectivo e multicêntrico, com uma linha de base composta por 15.105 funcionários públicos de seis instituições de ensino e pesquisa brasileiras (FIOCRUZ, UFBA, UFES, UFMG, UFRGS e USP), com idades entre 35 e 74 anos. O objetivo principal desse estudo é a investigação da incidência e progressão de doenças cardiovasculares e do diabetes e de seus determinantes sociais, ocupacionais, ambientais, psicológicos e biológicos, o que lhe confere um caráter multidisciplinar.

A coleta de dados da linha de base foi realizada entre 2008 e 2010, consistindo em entrevistas e exames aplicados por equipe treinada e certificada. Conforme o planejado, uma segunda onda de exames e entrevistas foi realizada entre 2012 e 2014. Além disso, o monitoramento de desfechos tem sido realizado a partir de contatos telefônicos anuais,

momento no qual são coletadas informações sobre hospitalizações, novos diagnósticos de doenças e óbitos. Descrições mais detalhadas dos aspectos metodológicos do ELSA-Brasil podem ser encontradas em Aquino e colaboradores (2012) e Schmidt e colaboradores (2013, p. 201). Conforme ilustrado na Figura 1, para compor a população do estudo, a partir dos participantes do primeiro seguimento, foram excluídos aqueles que deixaram de responder a algum dos itens de capital social, ou às perguntas que compõem a classificação de episódio depressivo no CIS-R em ambas as ondas, ou, ainda, às variáveis de ajuste. Assim, foram excluídas 331 pessoas, resultando em uma população estudada de 13.683 participantes.

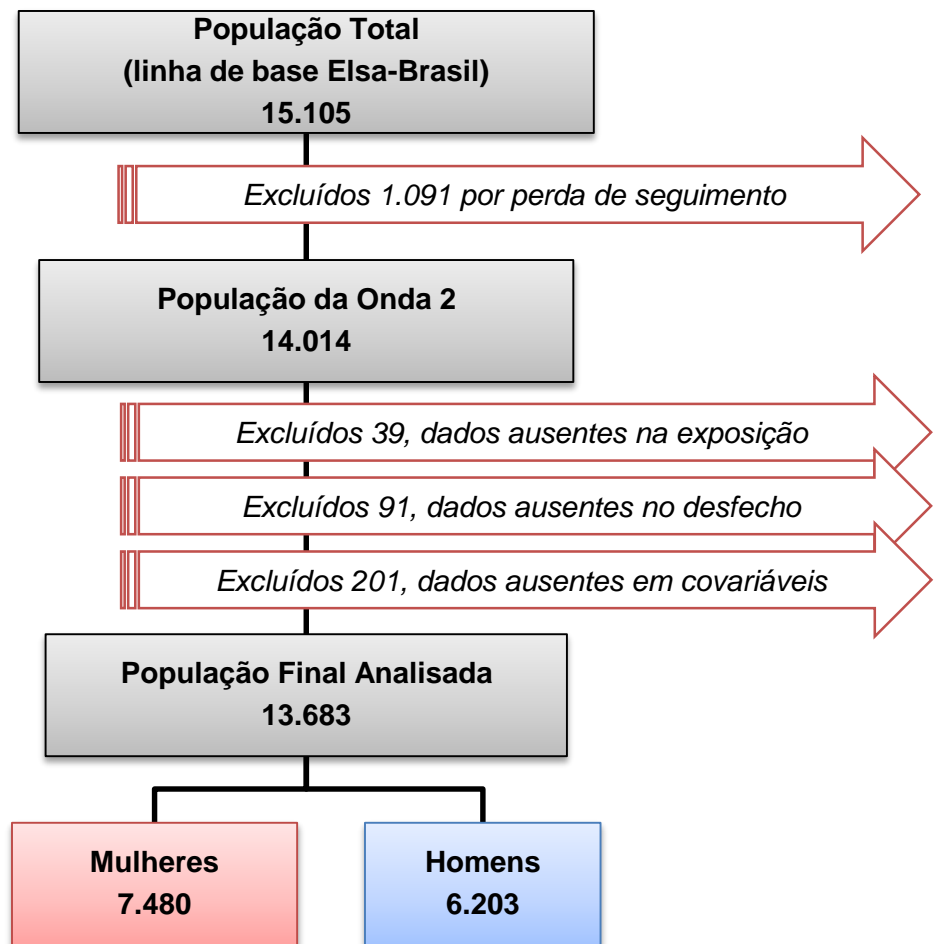


Figura 1 Fluxograma da composição da população em estudo

Variáveis do estudo

Capital Social – utilizou-se a versão brasileira da Resource Generator (RG) (GRIEP et al., 2013). Tal escala é considerada um instrumento simples e objetivo para quantificar o acesso aos recursos disponíveis nas redes sociais. Elaborada na tradição de análise de rede, esta escala

capta dados estruturais (quantidade e fonte dos recursos) de maneira direta e permite inferir aspectos cognitivos na medida em que incorpora os conceitos de confiança e reciprocidade nas redes sociais. A versão original (VAN DER GAAG; SNIJDERS, 2005) é composta por 33 itens que se propõem a avaliar diferentes dimensões do Capital Social. As perguntas, operacionalizadas em uma ou duas etapas, apresentam algumas situações do cotidiano para discriminar o alcance a diversos tipos de recursos. O indivíduo responde se tem ou não acesso a um determinado recurso e logo após, caso a resposta seja positiva, ele especifica a fonte do mesmo (familiares, amigos ou conhecidos).

A versão brasileira, passou por estudos de confiabilidade e validade que avaliaram a adequação da tradução e dos itens e sua estrutura dimensional (GRIEP et al., 2013; SOUTO et al., 2016). Assim, a escala utilizada nesta pesquisa segue a estrutura proposta no estudo de validade, consideradas apenas duas dimensões da escala: “prestígio e educação” (13 itens) e “apoio social” (10 itens). Ademais, ponderamos apenas a presença do recurso; e não sua fonte.

Em cada dimensão, o capital social foi classificado em baixo, médio e alto, dividindo a pontuação aproximadamente em tercís e desta forma a dimensão de prestígio e educação apresentou escores entre 0-9, 10-12 e 13 pontos e na dimensão de apoio social, os escores foram entre 0-7, 8-9 e 10 pontos, respectivamente. A escala de capital social foi aplicada apenas na linha de base, considerando que o nível de capital social trata-se de uma variável estável, que não apresenta variações significativas no curto intervalo de tempo entre as duas medidas (4 anos).

Depressão – A presença de depressão nos últimos sete dias foi investigada por meio de uma versão adaptada para o português do Brasil do CIS-R (*Clinical Interview Schedule – Revised*) (NUNES et al. 2011). O CIS-R é uma entrevista psiquiátrica estruturada, relativamente breve e adequada para ser aplicada por entrevistadores leigos. Ele foi aplicado em entrevistas face a face e a presença de episódios depressivos foi determinada por algoritmos baseados nos critérios diagnósticos da CID-10 para episódios depressivos (grupo F32.xx) sem sintomas psicóticos. Perguntas introdutórias do CIS-R que consideram o apetite e variação de peso não foram utilizadas no questionário da linha de base, o que pode subestimar a prevalência de episódios depressivos.

Nas duas ondas de coleta de dados os episódios depressivos [leves, moderados (com ou sem sintomas somáticos) e graves] foram agrupados em uma variável dicotômica como presença ou ausência de episódio depressivo. Para este estudo, estas variáveis dicotômicas presentes nas duas ondas compõem uma terceira variável com quatro categorias.

A presença de episódio depressivo na linha de base foi chamada de “prevalência” (1). Se este episódio também ocorreu no primeiro seguimento, nomeamos como “manutenção da depressão” (2). A “incidência” (3) correspondeu à presença de um episódio depressivo verificado apenas no primeiro seguimento, enquanto a categoria “não deprimido” (4), utilizada como referência, foi nomeada para os participantes que não foram classificados para episódios depressivos em nenhuma das duas ondas.

Covariáveis - idade (contínua), situação conjugal (solteiro/separado/divorciado, casado/unido e viúvo) e escolaridade (até superior incompleto e superior completo/pós-graduação).

Análise de dados

As diferenças de gênero nas associações investigadas previamente na literatura (LANDSTEDT et al., 2016; SUN et al., 2017) motivaram a estratificação por sexo nas análises. A distribuição das variáveis confundidoras e a variação de capital social em três níveis nas duas dimensões do capital social foram avaliadas através de comparações usando o teste do qui-quadrado para variáveis categóricas. Esta análise foi realizada com nível de 5% de significância. Para a seleção das variáveis que foram inseridas na análise multivariada o nível de significância foi de 10%.

Uma série de modelos de regressão multinomial foram implementados para avaliar separadamente a associação entre as duas dimensões do capital social e os sintomas depressivos. A Razão de Risco Relativo (RRR) e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC 95%) foram estimados, considerando as quatro categorias do desfecho (não deprimido, prevalência, incidência e manutenção). Os modelos multinomiais (as duas dimensões do capital social com depressão combinada) sofreram ajustes sequenciais a partir da estimativa bruta (Modelo 0), da seguinte forma: inclusão de idade (Modelo 1), escolaridade (Modelo 2) e situação conjugal (Modelo 3). As variáveis mantidas nos modelos finais foram as que permaneceram associadas às variáveis resposta em um nível de significância de 5%. A análise foi realizada utilizando-se o programa R (v.3.4.1).

RESULTADOS

Observamos maior proporção de mulheres (54,7%), com média de idade semelhante (52 ± 9 anos) para homens e mulheres. Mais da metade dos homens (51,2%) e das mulheres (55,2%) tinham pelo menos o nível de escolaridade superior completo. Cerca de 80% dos homens e 53,6% das mulheres eram casados. A incidência de depressão foi de 2,3% e 4,6% e a manutenção foi de 0,5% e 1,8%, respectivamente, entre homens e mulheres (Tabela 1).

A distribuição de capital social foi semelhante entre os sexos, sendo que para ambos foram observadas frequências mais altas de disponibilidade de “apoio social” para o capital social alto. Para a dimensão “prestígio e educação”, as frequências de capital social baixo, médio e alto para homens foram 18,7%, 32,1% e 49% e entre as mulheres 16,4%, 35,0% e 48,6%. Para a dimensão de “apoio social” foram respectivamente 11,4%, 27,7% e 60,9% para os homens e 10,2%, 27,4% e 62,4% para as mulheres.

Tabela 1 Caracterização dos homens e mulheres de acordo com o nível de capital social do ELSA-Brasil

Variáveis	Categorias	n total (%)	Depressão			
			não deprimido [%]	prevalência [%]	incidência [%]	manutenção [%]
HOMENS n=6203						
Prestígio e Educação	baixo	1119 (18,0)	94,9	2,0	2,4	0,7
	médio	1996 (32,2)	95,6	2,2	1,9	0,4
	alto	3088 (49,8)	95,3	1,7	2,5	0,4
Apoio Social	baixo	665 (10,7)	93,5	2,3	3,3	0,9
	médio	1699 (27,4)	95,2	2,3	2,0	0,5
	alto	3839 (61,9)	95,7	1,7	2,2	0,4
Idade	35-44	1470 (23,7)	93,8	2,7	3,1	0,4*
	45-54	2457 (39,6)	95,2	1,9	2,5	0,4
	55-64	1626 (26,2)	96,2	1,5	1,7	0,5
	65-74	650 (10,5)	97,1	1,1	1,2	0,6
Escolaridade	Até fund. incomp.	461 (7,4)	95,4	2,0	2,0	0,7*
	Fund. completo	501 (8,1)	92,4	3,6	3,2	0,8
	Médio completo	2067 (33,3)	94,5	2,0	2,7	0,8
	Sup. completo	3174 (51,2)	96,3	1,5	2,0	0,2
Situação conjugal	Separado	721 (11,6)	92,8	3,3	3,1	0,8*
	Solteiro	324 (5,2)	94,1	3,1	2,5	0,3
	Casado/unido	5089 (82,0)	95,9	1,6	2,2	0,4
	Viúvo	69 (1,1)	89,9	5,8	2,9	1,4
MULHERES n = 7480						
Prestígio e Educação	baixo	1164 (15,6)	87,5	5,2	4,6	2,7*
	médio	2631 (35,2)	89,6	4,4	4,1	1,9
	alto	3685 (49,3)	90,2	3,5	5,0	1,4
Apoio Social	baixo	717 (9,6)	85,2	6,7	4,7	3,3*
	médio	2043 (27,3)	88,4	4,7	4,4	2,4
	alto	4720 (63,1)	90,7	3,4	4,7	1,2
Idade	35-44	1664 (22,2)	89,7	3,8	4,4	2,0*
	45-54	3023 (40,4)	87,8	4,8	5,2	2,2
	55-64	2121 (28,4)	90,7	3,7	4,5	1,1
	65-74	672 (9,0)	93,5	2,7	2,5	1,3
Escolaridade	Até fund. incomp.	264 (3,5)	84,8	6,1	6,8	2,3*
	Fund. completo	391 (5,2)	84,9	5,6	5,6	3,8
	Médio completo	2694 (36,0)	87,0	5,0	5,5	2,4
	Sup. completo	4131 (55,2)	92,0	3,2	3,8	1,1
Situação conjugal	Separado	1940 (25,9)	87,1	5,3	5,1	2,5*
	Solteiro	1065 (14,2)	92,4	3,1	3,3	1,2
	Casado/unido	4008 (53,6)	90,0	3,9	4,5	1,5
	Viúvo	467 (6,2)	89,3	3,0	6,0	1,7

* *p*-valor < 0,05

Observou-se também que a incidência de depressão é maior entre homens e mulheres mais jovens enquanto que na categoria manutenção a frequência é maior de acordo com o aumento da idade. Apenas entre os homens não se observou associação entre as dimensões de capital social e a presença de episódios depressivos (Tabela 1).

Entre os homens não observamos associação entre possuir capital social baixo em ambas as dimensões e a manutenção de episódios depressivos, quando comparados aos homens com capital social alto. Entretanto, na dimensão de apoio social, após ajustes pelas covariáveis, a incidência apresenta-se como um fator de risco entre os homens com capital social baixo (RRR = 1,66; IC 95%: 1,01-2,72) (Tabela 2).

Tabela 2 Associação entre capital social e incidência, prevalência e a manutenção da depressão entre homens do ELSA-Brasil

HOMENS (n = 6203)						
Capital Social*	Prestígio e Educação (RRR)			Apoio Social (RRR)		
	ref. não dep. (n = 5915)	prevalência (n = 118)	incidência (n = 142)	manutenção (n = 28)	prevalência (n = 118)	incidência (n = 142)
Modelo 0^a						
CS médio	1,25 (0,83 - 1,88)	0,73 (0,49 - 1,09)	0,83 (0,33 - 2,09)	1,38 (0,93 - 2,07)	0,90 (0,60 - 1,34)	1,30 (0,54 - 3,10)
CS baixo	1,15 (0,70 - 1,90)	0,96 (0,62 - 1,49)	1,71 (0,70 - 4,13)	1,38 (0,78 - 2,45)	1,51 (0,94 - 2,43)	2,53 (0,97 - 6,61)
Modelo 1^b						
CS médio	1,29 (0,86 - 1,93)	0,75 (0,51 - 1,12)	0,82 (0,32 - 2,05)	1,50 (1,00 - 2,26)	0,98 (0,65 - 1,47)	1,26 (0,52 - 3,01)
CS baixo	1,24 (0,75 - 2,06)	1,04 (0,67 - 1,63)	1,64 (0,68 - 3,99)	1,65 (0,92 - 2,94)	1,81 (1,12 - 2,95)	2,37 (0,89 - 6,31)
Modelo 2^c						
CS médio	1,20 (0,80 - 1,82)	0,71 (0,47 - 1,06)	0,59 (0,23 - 1,50)	1,43 (0,95 - 2,15)	0,94 (0,62 - 1,41)	1,00 (0,41 - 2,41)
CS baixo	1,03 (0,60 - 1,76)	0,87 (0,54 - 1,40)	0,78 (0,30 - 1,99)	1,50 (0,83 - 2,70)	1,68 (1,03 - 2,76)	1,60 (0,59 - 4,33)
Modelo 3^d						
CS médio	1,23 (0,81 - 1,86)	0,71 (0,48 - 1,06)	0,60 (0,24 - 1,54)	1,40 (0,93 - 2,11)	0,93 (0,62 - 1,40)	0,98 (0,41 - 2,38)
CS baixo	1,03 (0,60 - 1,76)	0,87 (0,54 - 1,41)	0,78 (0,30 - 2,00)	1,44 (0,80 - 2,59)	1,66 (1,01 - 2,72)	1,56 (0,58 - 4,24)

^a Modelo Bruto

^b Modelo ajustado por idade

^c Modelo 1 + escolaridade

^d Modelo 2 + situação conjugal

* Categoria de Referência: alto

Nenhuma das categorias da dimensão de prestígio e educação encontra-se associada ao capital social. Todavia o capital social baixo apresentou maior incidência antes da inclusão da

covariável escolaridade (Modelo 1) nas categorias prevalência e manutenção de episódios depressivos (RRR = 1,58 [1,15-2,16]; RRR = 2,10 [1,33-3,31]). Os demais ajustes diminuem a força da associação e o intervalo de confiança a torna não significativa. O capital social baixo não se apresentou associado à incidência de episódios depressivos (Tabela 3).

Tabela 3 Associação entre capital social e incidência, prevalência e a manutenção da depressão entre mulheres do ELSA-Brasil

MULHERES (n = 7480)						
Capital Social*	Prestígio e Educação (RRR)			Apoio Social (RRR)		
	prevalência (onda 1) (n = 305)	incidência (n = 344)	manutenção (n = 131)	prevalência (onda 1) (n = 305)	incidência (n = 344)	manutenção (n = 131)
Modelo 0^a						
CS médio	1,29 (1,00 - 1,66)	0,82 (0,65 - 1,05)	1,35 (0,91 - 2,01)	1,41 (1,09 - 1,83)	0,97 (0,75 - 1,25)	2,08 (1,42 - 3,05)
CS baixo	1,53 (1,12 - 2,09)	0,96 (0,70 - 1,31)	1,98 (1,26 - 3,11)	2,09 (1,50 - 2,92)	1,08 (0,75 - 1,57)	2,95 (1,82 - 4,79)
Modelo 1^b						
CS médio	1,30 (1,00 - 1,68)	0,83 (0,65 - 1,06)	1,37 (0,92 - 2,04)	1,47 (1,13 - 1,91)	1,01 (0,78 - 1,29)	2,23 (1,52 - 3,29)
CS baixo	1,58 (1,15 - 2,16)	1,00 (0,73 - 1,36)	2,10 (1,33 - 3,31)	2,27 (1,61 - 3,18)	1,17 (0,80 - 1,70)	3,41 (2,09 - 5,59)
Modelo 2^c						
CS médio	1,18 (0,91 - 1,54)	0,75 (0,59 - 0,97)	1,17 (0,78 - 1,75)	1,35 (1,04 - 1,76)	0,91 (0,71 - 1,18)	1,94 (1,31 - 2,86)
CS baixo	1,23 (0,88 - 1,72)	0,77 (0,55 - 1,07)	1,40 (0,87 - 2,27)	1,98 (1,40 - 2,80)	1,00 (0,68 - 1,46)	2,68 (1,62 - 4,45)
Modelo 3^d						
CS médio	1,18 (0,91 - 1,53)	0,75 (0,58 - 0,96)	1,16 (0,78 - 1,74)	1,35 (1,04 - 1,76)	0,91 (0,70 - 1,18)	1,92 (1,30 - 2,85)
CS baixo	1,23 (0,88 - 1,72)	0,76 (0,54 - 1,06)	1,38 (0,85 - 2,23)	1,95 (1,38 - 2,76)	1,00 (0,68 - 1,47)	2,66 (1,61 - 4,41)

^a Modelo Bruto

^b Modelo ajustado por idade

^c Modelo 1 + escolaridade

^d Modelo 2 + situação conjugal

* Categoria de Referência: alto

De maneira semelhante, entre as mulheres, na dimensão de “apoio social”, o capital social baixo não se apresentou associado à incidência de depressão. Contudo observou-se que no modelo final, comparadas às mulheres com capital social alto, aquelas com capital social baixo apresentam um risco 166% maior de manutenção de episódios depressivos, e observou-se também o capital social baixo associado à prevalência de manutenção na linha de base (RRR = 1,95 [1,38-2,76]) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Pesquisas com o objetivo de explicar a associação entre o capital social e a depressão, embora frequentes, são conduzidas sobretudo em países desenvolvidos com resultados inconclusivos. Apesar de estabelecidas na literatura diferenças entre os sexos relativas ao capital social e à depressão, poucos estudos consideram e investigam essas diferenças. O objetivo deste estudo foi auxiliar a preencher essas lacunas examinando diferenças de sexo na associação do capital social bem como a incidência e a manutenção de episódios depressivos em uma coorte de trabalhadores brasileiros. Trata-se possivelmente da mais ampla investigação já realizada no Brasil acerca da influência do capital social em episódios depressivos.

Os modelos apontaram diferentes resultados entre os sexos. Entre as mulheres, identificou-se associação da dimensão de "apoio social" com a prevalência e com a manutenção de episódios depressivos. Entre os homens, o baixo "apoio social" esteve associado à incidência de episódios depressivos. Esses achados ajudaram a esclarecer como o capital social atua no curso da depressão e possui diferenças relacionadas ao sexo. Adicionalmente, os resultados mostraram que nem todos os elementos do capital social avaliados estão associados aos episódios depressivos, já que as associações foram restritas à dimensão de "apoio social".

Assim como em nosso delineamento, alguns estudos também optaram por explorar as diferenças entre os sexos no nível de capital social com desfechos em saúde mental e escolheram estratificar a população, encontrando associações mais frequentes entre as mulheres (KOBAYASHI et al., 2013; LANDSTEDT et al., 2016; SUN et al., 2017). Além disso, o capital social aferido pela análise de redes apresenta características diferenciadas entre homens e mulheres, que podem explicar as associações mais fortes encontradas em nosso estudo. Mulheres apresentam redes sociais mais extensas (FUHRER; STANSFELD, 2002) e maiores níveis de participação social (ERIKSSON et al., 2011), elas mantêm maior número de relações íntimas do que os homens, enquanto que estes dependem mais de seus recursos financeiros. Comparadas aos homens as mulheres mobilizam mais apoio social durante períodos de estresse e tendem a maior vulnerabilidade quando enfrentam eventos de vida negativos e não dispõem do apoio social. (AFIFI, 2007). Kawachi e Berkman (2001) e Belle (1991).

Apesar do aumento da produção científica na temática do capital social, a diversidade de instrumentos e abordagens em que podemos medi-lo dificulta a compreensão se resultados opostos são divergências reais ou se devem à variabilidade metodológica. Com a medida da depressão a dificuldade é semelhante. Um estudo realizado com idosos no México, que mediu aspectos cognitivos do capital social individual (percepção de apoio, reciprocidade e

confiança), encontrou maior incidência (BOJORQUEZ-CHAPELA et al., 2012) de episódios depressivos (medidos com a escala de depressão geriátrica) entre as mulheres com baixo nível de capital social. Em nosso estudo, as mulheres que apresentam capital social baixo, comparadas às que apresentam nível alto, não apresentaram diferenças significativas relacionadas à incidência de episódios depressivos nas duas dimensões de capital social. Este resultado, apesar de não ser o esperado, pode ser explicativo a respeito das diferenças dos fatores de risco associados à incidência da depressão. Considerando que a presença de episódio depressivo aumenta as chances de ocorrência de um novo episódio, talvez para as mulheres a falta do capital social tenha maior relevância na recorrência, pois redes de apoio não influenciam o primeiro episódio, mas a ausência delas pode ser determinante para um novo episódio, já que diferentes fatores estão relacionados à incidência ou recorrência da depressão (BURCUSA; IACONO, 2007).

A associação entre o nível de capital social e os episódios depressivos na medida de prevalência indicada neste estudo, reflete e é corroborada por análises transversais realizadas com esta mesma população em estudo anterior (SOUTO e colab., 2018 não-publicado), com associação presente apenas em mulheres na dimensão de apoio social. Entre os homens a importância do capital apareceu na incidência de episódios depressivos entre os que possuíam capital social baixo comparados aos de capital social alto. Acreditamos que a manutenção dos episódios depressivos também seja influenciada pelo nível de capital social, no entanto, não temos poder estatístico para demonstrar. O pequeno número de homens que foram classificados na categoria de manutenção dos episódios em nosso estudo (n=28), dificulta conclusões mais claras a respeito do papel do capital social nesta associação.

Este é o primeiro estudo longitudinal brasileiro que busca avaliar a influência na saúde mental do capital social baseado em recursos utilizando a *Resource Generator*, que captura uma lista de recursos úteis capazes de refletir diferentes aspectos do capital social (VAN DER GAAG; SNIJDERS, 2005). Estudos que lançam mão desta escala ainda são pouco frequentes, pois sua concepção é recente e as primeiras adaptações desenvolvidas possuem menos de uma década. Entretanto, resultados válidos têm sido encontrados em sua aplicação quanto a problemas na saúde mental em vários países (DUTT; WEBBER, 2010; SUN et al., 2017; WEBBER; HUXLEY, 2007).

As duas dimensões da escala parecem se relacionar de maneira distinta à saúde mental, corroborando a multidimensionalidade do capital social. Recursos do tipo "prestígio e educação" talvez não sejam úteis para a saúde mental, diferentemente da dimensão de "apoio social", que reflete o suporte dado em atividades do dia a dia e o apoio emocional, como

aconselhamentos e troca de informações. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo chinês que utilizou a RG entre trabalhadores rurais para investigar sua associação com a saúde mental (medido através de uma dimensão do *Item Short Form Health Survey-36*). Associações mais fortes foram encontradas entre as mulheres nas dimensões *Domestic Resource* e *Problem Solving* (que na adaptação brasileira corresponde a questões relacionadas ao "apoio social") (SUN et al., 2017).

Encontramos muitos estudos indicando a importância do apoio social quando associado à saúde mental (CHAO, 2011; HARANDI; TAGHINASAB; NAYERI, 2017). O fato de apenas a dimensão de apoio social ter sido relacionada aos episódios depressivos, nos leva a crer que nestas pesquisas o capital social não está medindo o mesmo que apoio social. Além disso, tanto a definição, como a maneira de medir o apoio social podem variar entre os teóricos (HARANDI; TAGHINASAB; NAYERI, 2017). Desta forma, entendemos que possa haver uma sobreposição destes dois construtos, muito embora estudos anteriores indiquem que tanto a conceituação, como os caminhos causais pelos quais o capital social e o apoio social afetam a saúde sejam distintos (KAWACHI; BERKMAN, 2001; SONG; LIN, 2009).

Podemos destacar também algumas implicações metodológicas na utilização da *Resource Generator*. Escalas de análise de rede como a *Position Generator* (PG) e a *Name Generator* (NG), são referidas como escalas que investigam o capital social estrutural, e a *Resource Generator*, apesar de advir da tradição teórica destas escalas, pode ser indicativa também do capital social cognitivo, dado que capta aspectos como a confiança social e a reciprocidade ao questionar sobre a expectativa de acesso aos recursos.

Sabemos também que estudos que utilizaram PG e o NG (SONG, 2011; STANZANI, 2015), apontam suas limitações ao medir de maneira indireta os recursos de capital social, relatando que estas escalas podem subestimar a quantidade e a qualidade dos recursos relacionados à saúde mental incorporados nas redes sociais. Desta forma, acreditamos que a RG trata-se de uma ferramenta adequada, disponível para as análises baseadas em recursos e que sua utilização em estudos futuros consiste numa boa estratégia para corroborar os resultados encontrados.

Para este estudo a medida do capital social foi realizada apenas na linha de base, e, semelhante a estudos anteriores (BOJORQUEZ-CHAPELA et al., 2012), considerou-se que o nível de capital social permaneceria estável no seguimento. No entanto, entendemos que esta pode ser uma limitação no delineamento do estudo. Devemos considerar também uma certa fragilidade na categorização de nosso desfecho, pois apesar de o CIS-R ser uma excelente ferramenta baseada na CID-10, refere-se aos últimos 7 dias, de modo que nossas conclusões

dizem respeito a um episódio depressivo e não à depressão ao longo da vida. Ademais, o uso de apenas dois pontos no tempo limitou nossa capacidade em capturar as flutuações no curso da depressão que muitos indivíduos experimentam. Assim, o que podemos afirmar é que nossa categoria de referência representa uma maior probabilidade de apresentar indivíduos sem histórico de episódios depressivos, que a incidência representa alguém que teve ao menos um episódio e que a categoria de manutenção representa uma probabilidade maior de um quadro recorrente.

Apesar das limitações apresentadas, nosso estudo foi permeado por importantes características que conferiram qualidade em todas as suas etapas. Nossos dados, provenientes da coorte ELSA-Brasil foram coletados com rigoroso controle de qualidade, delineados longitudinalmente, permitindo inferências de causalidade, além de terem sido coletados de maneira multicêntrica, com representação de várias cidades brasileiras. Toda a qualidade presente no planejamento e execução possibilitou grande aderência e adesão ao estudo, dado que as perdas de seguimento foram baixas (7,2%).

Sabemos que o valor preditivo do capital social e o seu escopo não são consensuais e que estudos longitudinais entre capital social e a presença de sintomas depressivos ainda são escassos. Desta forma, este estudo ajuda a sinalizar a necessidade de investigações longitudinais que invistam em instrumentos válidos e multidimensionais para captar os mecanismos específicos pelos quais o capital social está associado à saúde mental. Os achados de nosso estudo, ao reconhecer as diferenças no curso da depressão relacionadas ao sexo e às diferentes dimensões de capital social, constituem um passo importante na identificação destes mecanismos. Eles não só proveem informações necessárias para guiar planejamentos de intervenção, mas ainda colocam o capital social social como um caminho para minimizar o ônus causado pela depressão na população brasileira.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos participantes e à equipe de pesquisa do ELSA-Brasil.

FINANCIADORES

O Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) foi financiado pelo Ministério da Saúde (Decit – Departamento de Ciência e Tecnologia) e Ministério de Ciência e Tecnologia

(Finep – Financiadora de Estudos e Projetos e CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Processos N^os 01 06 0010.00 RS, 01 06 0212.00 BA, 01 06 0300.00 ES, 01 06 0278.00 MG, 01 06 0115.00 SP, 01 06 0071.00 RJ).

REFERÊNCIAS

AFIFI, M. Gender differences in mental health. **Singapore Medical Journal**, v. 48, n. 5, p. 385–391, maio 2007.

ALONSO, J. et al. Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. **Molecular Psychiatry**, v. 16, n. 12, p. 1234–1246, dez. 2011.

AQUINO, E. M. L. et al. Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil): Objectives and Design. **American Journal of Epidemiology**, v. 175, n. 4, p. 315–324, 15 fev. 2012.

BELLE, D. Gender differences in the social moderators of stress. In: **Stress and coping: An anthology**. New York, NY, US: Columbia University Press: A. Monat & R. S. Lazarus, 1991. p. 258–274.

BOJORQUEZ-CHAPELA, I. et al. Effect of social capital and personal autonomy on the incidence of depressive symptoms in the elderly: evidence from a longitudinal study in Mexico. **Aging & Mental Health**, v. 16, n. 4, p. 462–471, 2012.

BORKULO, C. VAN et al. Association of Symptom Network Structure With the Course of Depression. **JAMA Psychiatry**, v. 72, n. 12, p. 1219–1226, 1 dez. 2015.

BOURDIEU, P. The forms of capital. In: **Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education**. New York: J. Richardson, 1986. p. 241–258.

BURCUSA, S. L.; IACONO, W. G. Risk for Recurrence in Depression. **Clinical psychology review**, v. 27, n. 8, p. 959–985, dez. 2007.

CHAO, S. F. Assessing social support and depressive symptoms in older Chinese adults: a longitudinal perspective. **Aging & Mental Health**, v. 15, n. 6, p. 765–774, ago. 2011.

COLEMAN, J. S. Social Capital in the Creation of Human Capital. **American Journal of Sociology**, v. 94, p. S95–S120, jan. 1988.

DE SILVA, M. J. Social capital and mental illness: a systematic review. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 59, n. 8, p. 619–627, 1 ago. 2005.

DE SILVA, M. J. et al. Social capital and mental health: A comparative analysis of four low income countries. **Social Science & Medicine**, v. 64, n. 1, p. 5–20, jan. 2007.

DUNN, E. C. et al. Research review: gene-environment interaction research in youth depression - a systematic review with recommendations for future research. **Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines**, v. 52, n. 12, p. 1223–1238, dez. 2011.

DUTT, K.; WEBBER, M. Access to social capital and social support among South East Asian women with severe mental health problems: a cross-sectional survey. **The International Journal of Social Psychiatry**, v. 56, n. 6, p. 593–605, nov. 2010.

ERIKSSON, M. et al. The importance of gender and conceptualization for understanding the association between collective social capital and health: A multilevel analysis from northern Sweden. **Social Science & Medicine**, v. 73, n. 2, p. 264–273, 1 jul. 2011.

FUHRER, R.; STANSFELD, S. A. How gender affects patterns of social relations and their impact on health: a comparison of one or multiple sources of support from “close persons”. **Social Science & Medicine (1982)**, v. 54, n. 5, p. 811–825, mar. 2002.

GRIEP, R. H. et al. Capital social no ELSA-Brasil: confiabilidade teste-reteste do Resource Generator scale. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 131–139, jun. 2013.

HARANDI, T. F.; TAGHINASAB, M. M.; NAYERI, T. D. The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. **Electronic Physician**, v. 9, n. 9, p. 5212–5222, 25 set. 2017.

HARRIS, T. A stress-vulnerability model of mental disorder: implications for practice. In: WEBBER, M.; NATHAN, J. (Eds.). . **Reflective Practice in Mental Health. Advanced Psychosocial Practice with Children, Adolescents and Adults**. London: Jessica Kingsley, 2010.

KAWACHI, I.; BERKMAN, L. F. Social ties and mental health. **Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine**, v. 78, n. 3, p. 458–467, set. 2001.

KOBAYASHI, T. et al. Individual-level social capital and self-rated health in Japan: an application of the Resource Generator. **Social Science & Medicine (1982)**, v. 85, p. 32–37, maio 2013.

LANDSTEDT, E. et al. Disentangling the directions of associations between structural social capital and mental health: Longitudinal analyses of gender, civic engagement and depressive symptoms. **Social Science & Medicine (1982)**, v. 163, p. 135–143, 2016.

MANDELLI, L.; SERRETTI, A. Gene environment interaction studies in depression and suicidal behavior: An update. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. 37, n. 10 Pt 1, p. 2375–2397, dez. 2013.

MATHERS, C. D.; LONCAR, D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. **PLoS Medicine**, v. 3, n. 11, nov. 2006.

NUNES, M. A. A. et al. Adaptação transcultural do CIS-R (Clinical Interview Schedule-Revised Version) para o português no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA). 2011.

OKSANEN, T. et al. Workplace Social Capital and All-Cause Mortality: A Prospective Cohort Study of 28 043 Public-Sector Employees in Finland. **American Journal of Public Health**, v. 101, n. 9, p. 1742–1748, 1 set. 2011.

PUTNAM, R. D. **Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community**. 1st edition ed. New York, NY: Touchstone Books by Simon & Schuster, 2001.

QUAEDFLIEG, C. W. E. M.; SMEETS, TOM. Stress Vulnerability Models. In: **Encyclopedia of Behavioral Medicine**. New York: Springer-Verlag, 2013. p. 1897–1900.

ROSTILA, M. A resource-based theory of social capital for health research: Can it help us bridge the individual and collective facets of the concept? **Social Theory & Health**, v. 9, n. 2, p. 109–129, 1 maio 2011.

SAKURAYA, A. et al. Workplace social capital and the onset of major depressive episode among workers in Japan: a 3-year prospective cohort study. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 71, n. 6, p. 606, 12 maio 2017.

SCHMIDT, M. I. et al. Estratégias e desenvolvimento de garantia e controle de qualidade no ELSA-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 105–112, jun. 2013.

SON, J.; LIN, N.; GEORGE, L. K. Cross-National Comparison of Social Support Structures between Taiwan and the United States. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 49, n. 1, p. 104–118, 1 mar. 2008.

SONG, L. Social capital and psychological distress. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 52, n. 4, p. 478–492, dez. 2011.

SONG, L.; LIN, N. Social capital and health inequality: evidence from Taiwan. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 50, n. 2, p. 149–163, jun. 2009.

SOUTO, E. P. et al. Validade da estrutura fatorial da escala de capital social utilizada na linha de base no ELSA-Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 7, 2016.

STANZANI, S. Dimensions of social capital and subjective well-being: evidence from Italy. **International Review of Sociology**, v. 25, n. 1, p. 129–143, 2 jan. 2015.

SUN, X. et al. Individual social capital and health-related quality of life among older rural Chinese. **Ageing & Society**, v. 37, n. 2, p. 221–242, fev. 2017.

THOITS, P. A. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 52, n. 2, p. 145–161, jun. 2011.

UPHOFF, N. Understanding social capital: learning from the Analysis and Experience of Participation. In: **Social Capital: A Multifaceted Perspective**. [s.l.] World Bank Publications, 2001. p. 215–249.

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

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

WHO. **Depression and Other Common Mental Disorders**. Geneva: WHO, 2017.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese investigou a associação entre o capital social e a saúde mental no contexto brasileiro. A relevância dessa análise reside na escassez de pesquisas brasileiras sobre o assunto e na necessidade de esclarecer a aplicabilidade de indicadores de capital social na pesquisa de variáveis de saúde mental. Entretanto, sabemos que esta pesquisa tem uma capacidade limitada quanto às respostas a algumas das preocupações expressadas acerca do valor preditivo do capital social em relação à saúde mental.

Nossos achados já configuram um avanço na identificação da maneira pela qual o capital social é associado com a saúde mental, e acreditamos que esta tese fornece sua parcela de contribuição acrescentando informações bem definidas e aferidas ao conhecimento desta relação. Trata-se apenas de uma parte, pois compreendemos o grande desenvolvimento teórico e empírico que tem ocorrido nos estudos do capital social, além da complexidade e heterogeneidade dos fatores que permeiam o desenvolvimento e a manutenção da saúde mental. Entretanto, os dados produzidos são relevantes e bem delimitados, capazes de auxiliar intervenções efetivas para reduzir o ônus causado pelos transtornos mentais comuns e a depressão.

Este estudo trouxe esclarecimentos conceituais para essa área de pesquisa estabelecendo indicadores de saúde relacionados ao capital social válidos e confiáveis. O desenvolvimento da escala *Resource Generator* é uma destas iniciativas, bem situada no campo da análise de redes, estabelecendo o indivíduo como reservatório de capital social e centrada nos recursos, suas delimitações auxiliam o esclarecimento do que está sendo medido. Adicionalmente, sua utilização em estudos internacionais cada vez maior facilita comparações entre estudos de capital social.

Por meio desta tese foi possível sistematizar as concepções mais usuais de capital social utilizadas para captar desfechos em saúde. Sabemos que diversas organizações conceituais são possíveis, e consideramos que esta tentativa de organizar os conceitos da produção científica de capital social que se desenvolveu nos últimos anos foi a mais adequada para situar nosso estudo e instrumentos de acordo com a teoria em que foram elaborados.

Os grandes prejuízos ocasionados pela falta de saúde mental, assim como o aumento da prevalência de transtornos mentais comuns e depressão nos últimos anos, tornam de grande interesse a elaboração de estratégias que evitem sua reincidência e o adoecimento da população, de modo que as conclusões desta tese enfatizam a importância de incluir o capital social como uma estratégia para minimizar estes impactos sociais e pessoais. Novos estudos devem ser

realizados para ampliar a abrangência de nossa contribuição e, se realizados por meio de estudos longitudinais, contribuirão de maneira mais efetiva com assertivas a respeito da causalidade. Futuras abordagens multiníveis, também terão o potencial de ampliar o entendimento desta associação através de diferentes níveis de medida do capital social.

BIBLIOGRAFIA

- AFIFI, T. O.; COX, B. J.; ENNS, M. W. Mental health profiles among married, never-married, and separated/divorced mothers in a nationally representative sample. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 41, n. 2, p. 122–129, 1 fev. 2006.
- ALLEN, J. et al. Social determinants of mental health. **International Review of Psychiatry**, v. 26, n. 4, p. 392–407, 1 ago. 2014.
- ALMEDOM, A. M. Social capital and mental health: An interdisciplinary review of primary evidence. **Social Science & Medicine**, v. 61, n. 5, p. 943–964, 1 set. 2005.
- ALMEDOM, A. M.; GLANDON, D. Social Capital and Mental Health. In: **Social Capital and Health**. [s.l.] Springer, New York, NY, 2008. p. 191–214.
- ALONSO, J. et al. Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. **Molecular Psychiatry**, v. 16, n. 12, p. 1234–1246, dez. 2011.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais : Texto Revisado(DSM-IV-TR)**. 4a. ed. [s.l.] ARTMED, 2008.
- AQUINO, E. M. L. et al. Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil): Objectives and Design. **American Journal of Epidemiology**, v. 175, n. 4, p. 315–324, 15 fev. 2012.
- ARAÚJO, Á. C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 16, n. 1, p. 67–82, abr. 2014.
- BERKMAN, L. F.; GLASS, T. Social integration, social networks, social support and health. In: **Social Epidemiology**. Oxford: Oxford University Press, 2000. p. 137–173.
- BERRY, H.; RICKWOOD, D. Measuring Social Capital at the Individual Level: Personal Social Capital, Values and Psychological Distress. **Journal of Public Mental Health**, v. 2, 1 mar. 2000.
- BJELLAND, I. et al. Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. **Social Science & Medicine (1982)**, v. 66, n. 6, p. 1334–1345, mar. 2008.
- BORKULO, C. VAN et al. Association of Symptom Network Structure With the Course of Depression. **JAMA Psychiatry**, v. 72, n. 12, p. 1219–1226, 1 dez. 2015.
- BOTEGA, N. J. et al. Psychiatric morbidity among medical in-patients: a standardized assessment (GHQ-12 and CIS-R) using “lay” interviewers in a Brazilian hospital. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 30, n. 3, p. 127–131, maio 1995.
- BOURDIEU, P. The forms of capital. In: **Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education**. New York: J. Richardson, 1986. p. 241–258.
- BRUNONI, A. R. et al. Patterns of benzodiazepine and antidepressant use among middle-aged

adults. the Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). **Journal of Affective Disorders**, v. 151, n. 1, p. 71–77, out. 2013.

BULLOCH, A. G. M. et al. The depression and marital status relationship is modified by both age and gender. **Journal of Affective Disorders**, v. 223, p. 65–68, 01 2017.

BURCUSA, S. L.; IACONO, W. G. Risk for Recurrence in Depression. **Clinical psychology review**, v. 27, n. 8, p. 959–985, dez. 2007.

CAETANO, D. **Classificação De Transtornos Mentais e de comportamento da CID-10**. [s.l.] ARTMED, 1999.

CAO, W. et al. Social capital and depression: evidence from urban elderly in China. **Aging & Mental Health**, v. 19, n. 5, p. 418–429, 4 maio 2015.

CARPIANO, R. M. Toward a neighborhood resource-based theory of social capital for health: can Bourdieu and sociology help? **Social Science & Medicine (1982)**, v. 62, n. 1, p. 165–175, jan. 2006.

CHOR, D. et al. Questionário do ELSA-Brasil: desafios na elaboração de instrumento multidimensional. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 27–36, jun. 2013.

COELHO, F. M. DA C. et al. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 59–67, jan. 2009.

COLEMAN, J. S. Social Capital in the Creation of Human Capital. **American Journal of Sociology**, v. 94, p. S95–S120, jan. 1988.

COSTA, A. G. DA; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 73–79, fev. 2005.

DE SILVA, M. J. Social capital and mental illness: a systematic review. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 59, n. 8, p. 619–627, 1 ago. 2005.

DE SILVA, M. J. et al. Social capital and mental health: A comparative analysis of four low income countries. **Social Science & Medicine**, v. 64, n. 1, p. 5–20, jan. 2007.

FERRARI, A. J. et al. Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **PLOS Medicine**, v. 10, n. 11, p. e1001547, 5 nov. 2013.

FORSMAN, A. K. et al. Structural and cognitive social capital and depression among older adults in two Nordic regions. **Aging & Mental Health**, v. 16, n. 6, p. 771–779, ago. 2012.

FORTES, S.; VILLANO, L. A. B.; LOPES, C. S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 1, p. 32–37, mar. 2008.

FUJIWARA, T.; KAWACHI, I. A prospective study of individual-level social capital and major depression in the United States. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v.

62, n. 7, p. 627–633, 1 jul. 2008.

GAO, J. et al. Workplace social capital and mental health among Chinese employees: a multi-level, cross-sectional study. **PloS One**, v. 9, n. 1, p. e85005, 2014.

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

GOLDBERG, D. P.; HUXLEY, P. **Common Mental Disorders: A Bio-social Model**. [s.l.] Tavistock/Routledge, 1992.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. [Performance of the Self-Reporting Questionnaire as a psychiatric screening questionnaire: a comparative study with Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR]. **Cadernos De Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p. 380–390, fev. 2008.

GRIEP, R. H. et al. Capital social no ELSA-Brasil: confiabilidade teste-reteste do Resource Generator scale. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 131–139, jun. 2013.

HAMANO, T. et al. Social Capital and Mental Health in Japan: A Multilevel Analysis. **PLoS ONE**, v. 5, n. 10, p. e13214, 6 out. 2010.

HAMMARSTRÖM, A. et al. Gender-related explanatory models of depression: a critical evaluation of medical articles. **Public Health**, v. 123, n. 10, p. 689–693, out. 2009.

HARALD, B.; GORDON, P. Meta-review of depressive subtyping models. **Journal of Affective Disorders**, v. 139, n. 2, p. 126–140, 1 jul. 2012.

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

JANG, S.-N. et al. Marital status, gender, and depression: Analysis of the baseline survey of the Korean Longitudinal Study of Ageing (KLoSA). **Social Science & Medicine**, v. 69, n. 11, p. 1608–1615, 1 dez. 2009.

JENKINS, R. et al. The National Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain--initial findings from the household survey. **Psychological Medicine**, v. 27, n. 4, p. 775–789, jul. 1997.

KAWACHI, I. Commentary: Reconciling the three accounts of social capital. **International Journal of Epidemiology**, v. 33, n. 4, p. 682–690, 28 jul. 2004.

KAWACHI, I.; KENNEDY, B. P.; GLASS, R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. **American Journal of Public Health**, v. 89, n. 8, p. 1187–1193, ago. 1999.

LANGILLE, D. B. et al. Suicidal behaviours in adolescents in Nova Scotia, Canada: protective associations with measures of social capital. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 47, n. 10, p. 1549–1555, out. 2012.

LEWIS, G. et al. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. **Psychological Medicine**, v. 22, n. 2, p. 465–486, maio 1992.

LEWIS, G. et al. Socioeconomic status, standard of living, and neurotic disorder. **The Lancet**,

v. 352, n. 9128, p. 605–609, ago. 1998.

LIN, N.; COOK, K. S.; BURT, R. S. **Social Capital: Theory and Research**. [s.l.] Transaction Publishers, 2001.

LOFORS, J.; SUNDQUIST, K. Low-linking social capital as a predictor of mental disorders: A cohort study of 4.5 million Swedes. **Social Science & Medicine**, v. 64, n. 1, p. 21–34, jan. 2007.

LOTUFO, P. A. Construção do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil). **Revista de Saude Publica**, v. 43, 2013.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1639–1648, ago. 2006.

MARLIER, M. et al. Interrelation of Sport Participation, Physical Activity, Social Capital and Mental Health in Disadvantaged Communities: A SEM-Analysis. **PLoS ONE**, v. 10, n. 10, 9 out. 2015.

MATHERS, C. D.; LONCAR, D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. **PLoS Medicine**, v. 3, n. 11, nov. 2006.

MCBRIDE, O.; BEBBINGTON, P.; COOPER, C. Could the lower prevalence of affective disorder in older people be due to measurement error? Reliability of the Revised Clinical Interview Schedule in younger and older adults. **Journal of Affective Disorders**, v. 148, n. 2–3, p. 310–315, jun. 2013.

MCCULLOCH, A. Social environments and health: cross sectional national survey. **BMJ : British Medical Journal**, v. 323, n. 7306, p. 208, 28 jul. 2001.

MILL, J. G. et al. Aferições e exames clínicos realizados nos participantes do ELSA-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 54–62, jun. 2013.

MOHAN, J. et al. Social capital, geography and health: a small-area analysis for England. **Social Science & Medicine** (1982), v. 60, n. 6, p. 1267–1283, mar. 2005.

MOREIRA, J. K. P. **Transtornos mentais comuns na população atendida pelo programa saúde da família**. Dissertação Mestrado—São João Del-Rei: UFSJ, 2010.

NOLEN-HOEKSEMA, S. Gender Differences in Depression. **Current Directions in Psychological Science**, v. 10, n. 5, p. 173–176, out. 2001.

NUNES, M. A. et al. Common mental disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 38, n. 2, p. 91–97, jun. 2016.

NUNES, M. A. A. et al. Adaptação transcultural do CIS-R (Clinical Interview Schedule-Revised Version) para o português no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA). 2011.

NYQVIST, F. et al. The effect of social capital on health: The case of two language groups in Finland. **Health & Place**, v. 14, n. 2, p. 347–360, jun. 2008.

NYQVIST, F. et al. Social capital as a resource for mental well-being in older people: A systematic review. **Aging & Mental Health**, v. 17, n. 4, p. 394–410, maio 2013.

PATEL, V. Poverty, inequality, and mental health in developing countries. In: **Poverty, inequality, and mental health in developing countries : An International Perspective**. 5. ed. Oxford: David Leon and Gill Walt, 2001. p. 247–261.

PATTUSSI, M. P. et al. Individual and neighbourhood social capital and all-cause mortality in Brazilian adults: a prospective multilevel study. **Public Health**, v. 134, p. 3–11, maio 2016.

PAYKEL, E. S. Basic concepts of depression. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 10, n. 3, p. 279–289, set. 2008.

PICCINELLI, M.; WILKINSON, G. Gender differences in depression. Critical review. **The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science**, v. 177, p. 486–492, dez. 2000.

PORTES, A. Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology. **Annual Review of Sociology**, v. 24, n. 1, p. 1–24, ago. 1998.

PORTO, D.; ALBERTO, J. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, p. 06–11, maio 1999.

PUTNAM, R. D. **Comunidade E Democracia: a Experiencia Da Italia Moderna**. [s.l.] FGV Editora, 2000.

PUTNAM, R. D. **Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community**. 1st edition ed. New York, NY: Touchstone Books by Simon & Schuster, 2001.

PUTNAM, R.; LEONARDI, R.; NANETTI, R. **Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy**. 1 edition ed. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1994.

ROCHA, S. V. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 4, p. 630–640, dez. 2010.

ROSE, R. How much does social capital add to individual health? **Social Science & Medicine**, v. 51, n. 9, p. 1421–1435, nov. 2000.

ROSS, C. E.; MIROWSKY, J. Sex differences in the effect of education on depression: Resource multiplication or resource substitution? **Social Science & Medicine**, v. 63, n. 5, p. 1400–1413, 1 set. 2006.

ROSTILA, M. A resource-based theory of social capital for health research: Can it help us bridge the individual and collective facets of the concept? **Social Theory & Health**, v. 9, n. 2, p. 109–129, 1 maio 2011.

RUBIO, J. M. et al. Epidemiology of chronic and nonchronic major depressive disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. **Depression and Anxiety**, v. 28, n. 8, p. 622–631, ago. 2011.

SANTOS, M. J. DOS; KASSOUF, A. L. Uma investigação dos determinantes socioeconômicos

da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação. **Economia Aplicada**, v. 11, n. 1, p. 5–26, mar. 2007.

SCHMIDT, M. I. et al. Estratégias e desenvolvimento de garantia e controle de qualidade no ELSA-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 105–112, jun. 2013.

SCHMIDT, M. I. et al. Cohort Profile: Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). **International Journal of Epidemiology**, v. 44, n. 1, p. 68–75, 1 fev. 2015.

SILVA, M. T. et al. Prevalence of depression morbidity among Brazilian adults: a systematic review and meta-analysis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 36, n. 3, p. 262–270, set. 2014.

SKAPINAKIS, P. et al. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. **BMC Psychiatry**, v. 13, n. 1, dez. 2013.

SON, J.; LIN, N.; GEORGE, L. K. Cross-National Comparison of Social Support Structures between Taiwan and the United States. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 49, n. 1, p. 104–118, 1 mar. 2008.

SOUTO, E. P. et al. Validade da estrutura fatorial da escala de capital social utilizada na linha de base no ELSA-Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 7, 2016.

STEEL, Z. et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. **International Journal of Epidemiology**, v. 43, n. 2, p. 476–493, 1 abr. 2014.

SUN, X. et al. Individual social capital and health-related quality of life among older rural Chinese. **Ageing & Society**, v. 37, n. 2, p. 221–242, fev. 2017.

SZRETER, S.; WOOLCOCK, M. Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. **International Journal of Epidemiology**, v. 33, n. 4, p. 650–667, 28 jul. 2004.

TOMITA, A.; BURNS, J. K. A multilevel analysis of association between neighborhood social capital and depression: Evidence from the first South African National Income Dynamics Study. **Journal of Affective Disorders**, v. 144, n. 1–2, p. 101–105, jan. 2013.

UESHIMA, K. et al. Does Social Capital Promote Physical Activity? A Population-Based Study in Japan. **PLoS ONE**, v. 5, n. 8, p. e12135, 12 ago. 2010.

UPHOFF, N. Understanding social capital: learning from the Analysis and Experience of Participation. In: **Social Capital: A Multifaceted Perspective**. [s.l.] World Bank Publications, 2001. p. 215–249.

VAN DER GAAG, M. P. J. **Measurement of individual social capital**. Holanda: Universidade de Groningen, 2005.

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

VIGO, D.; THORNICROFT, G.; ATUN, R. Estimating the true global burden of mental illness.

The Lancet Psychiatry, v. 3, n. 2, p. 171–178, 1 fev. 2016.

VOS, T. et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2163–2196, dez. 2012.

VYNCKE, V. et al. How equal is the relationship between individual social capital and psychological distress? A gendered analysis using cross-sectional data from Ghent (Belgium). **BMC Public Health**, v. 14, 16 set. 2014.

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

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

WHITEFORD, H. A. et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, v. 382, n. 9904, p. 1575–1586, 9 nov. 2013.

WHITLEY, R.; MCKENZIE, K. Social capital and psychiatry: review of the literature. **Harvard Review of Psychiatry**, v. 13, n. 2, p. 71–84, abr. 2005.

WHO. **Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice**. Geneva: WHO, 2005.

WHO. **Depression and Other Common Mental Disorders**. Geneva: WHO, 2017.

YANG, L. et al. The Effects of Psychological Stress on Depression. **Current Neuropharmacology**, v. 13, n. 4, p. 494–504, jul. 2015.

YIP, W. et al. Does social capital enhance health and well-being? Evidence from rural China. **Social Science & Medicine**, v. 64, n. 1, p. 35–49, jan. 2007.

ANEXOS

Anexo A - Análise de Sensibilidade

A medida de associação entre o capital social e a depressão também foi avaliada através em uma regressão logística multinomial, para considerar o uso de medicamentos em uma análise de sensibilidade. Dado que o CIS-R apenas estima a presença de Episódio Depressivo nos sete dias anteriores, participantes da linha de base deprimidos utilizando antidepressivos podem ter sido classificados como não deprimidos devido ao efeito terapêutico do tratamento medicamentoso. Desta forma a variável do uso de antidepressivos foi combinada com a da depressão. A utilização da variável combinada também foi explorada previamente no ELSA-Brasil para investigar o padrão de utilização de medicamentos antidepressivos (BRUNONI et al., 2013) Esta variável explicativa apresentou três categorias (1) classificação negativa para depressão no CIS-R sem uso de medicação (referência); (2) classificação negativa para depressão no CIS-R com uso de antidepressivos; e (3) classificação positiva para depressão no CIS-R (com ou sem o uso de antidepressivos).

Apresentamos na Tabela 1 a associação do capital social entre ambos os sexos com variável combinada do diagnóstico de depressão e o uso de antidepressivos através do modelo multinomial. Nestes modelos não encontramos associações significativas no grupo de participantes que apresentavam diagnóstico negativo e usavam antidepressivos ao compararmos com o grupo de referência (não deprimido, não usam antidepressivos). Não sendo possível desta forma discriminar os participantes quanto ao uso de antidepressivos.

Tabela 1 Associação entre capital social e a variável combinada da presença de episódios depressivos com uso de antidepressivo entre homens e mulheres da linha de base ELSA-Brasil, 2008-2010

Modelos	RRR (IC 95%)			
	Prestígio e Educação		Apoio Social	
	Não deprimido Usa antidepressivo	Deprimido	Não deprimido Usa antidepressivo	Deprimido
HOMENS				
Modelo 0^a				
CS médio	0,96 (0,77; 1,21)	1,11 (0,77; 1,59)	1,05 (0,84; 1,31)	1,41 (0,99; 2,01)
CS baixo	1,16 (0,90; 1,51)	1,16 (0,76; 1,77)	1,03 (0,75; 1,42)	1,59 (1,00; 2,53)
Modelo 1^b				
CS médio	0,97 (0,77; 1,22)	1,13 (0,79; 1,62)	1,07 (0,85; 1,34)	1,50 (1,05; 2,14)
CS baixo	1,19 (0,92; 1,54)	1,23 (0,81; 1,88)	1,07 (0,77; 1,47)	1,80 (1,12; 2,88)
Modelo 2^c				
CS médio	0,95 (0,76; 1,21)	0,99 (0,69; 1,43)	1,05 (0,83; 1,32)	1,36 (0,95; 1,96)
CS baixo	1,12 (0,84; 1,50)	0,85 (0,53; 1,35)	1,02 (0,73; 1,42)	1,51 (0,93; 2,44)
Modelo 3^d				
CS médio	0,95 (0,76; 1,20)	1,01 (0,70; 1,46)	1,05 (0,83; 1,32)	1,33 (0,93; 1,91)
CS baixo	1,12 (0,84; 1,50)	0,84 (0,53; 1,34)	1,01 (0,73; 1,41)	1,42 (0,87; 2,30)

Modelos	RRR (IC 95%)			
	Prestígio e Educação		Apoio Social	
	Não deprimido Usa antidepressivo	Deprimido	Não deprimido Usa antidepressivo	Deprimido
MULHERES				
Modelo 0^a				
CS médio	1,16 (0,94; 1,43)	1,33 (1,08; 1,64)	1,15 (0,94; 1,42)	1,58 (1,29; 1,95)
CS baixo	1,25 (0,97; 1,63)	1,56 (1,22; 2,01)	1,14 (0,83; 1,56)	2,24 (1,72; 2,91)
Modelo 1^b				
CS médio	1,17 (0,95; 1,44)	1,36 (1,10; 1,67)	1,17 (0,95; 1,45)	1,66 (1,35; 2,05)
CS baixo	1,28 (0,98; 1,66)	1,63 (1,27; 2,10)	1,18 (0,86; 1,62)	2,48 (1,90; 3,25)
Modelo 2^c				
CS médio	1,13 (0,92; 1,40)	1,22 (0,98; 1,50)	1,13 (0,91; 1,40)	1,50 (1,21; 1,86)
CS baixo	1,17 (0,88; 1,56)	1,20 (0,91; 1,58)	1,11 (0,80; 1,54)	2,11 (1,60; 2,79)
Modelo 3^d				
CS médio	1,13 (0,92; 1,40)	1,22 (0,99; 1,51)	1,13 (0,91; 1,40)	1,51 (1,22; 1,87)
CS baixo	1,17 (0,88; 1,56)	1,21 (0,92; 1,59)	1,11 (0,80; 1,54)	2,1 (1,59; 2,78)

^a Modelo Bruto

^b Modelo ajustado por idade

^c Modelo 1 + ajustado por escolaridade

^d Modelo 2 + ajustado por situação conjugal

O padrão de utilização de antidepressivos já foi descrito para a linha de base da coorte ELSA-Brasil e observou-se que os antidepressivos são subutilizados para doenças mentais e utilizado de maneira inadequada por indivíduos que não apresentam diagnóstico de transtornos psiquiátricos (BRUNONI et al., 2013). Desta forma, não é possível garantir que os participantes que utilizam antidepressivos e não foram classificados como deprimidos no CIS-R, eram todos de fato deprimidos, dado que os antidepressivos podem ser utilizados em outras morbidades (psicológicas ou não). Também não podemos afirmar que o grupo de referência (participantes

não deprimidos) não incluiu participantes que tenham histórico de depressão, dado que o CIS-R avalia episódios depressivos (nos últimos 7 dias). Assim, podemos compreender os achados (associação diferenciada com o capital social de acordo com o uso de medicamentos) e sugerir que não é possível discriminar o grupo dos participantes sem diagnóstico de depressão de acordo com a utilização ou não de antidepressivos.

Anexo B - Escala *Resource Generator*

Agora gostaríamos que o(a) Sr(a) respondesse sobre alguns recursos ou habilidades que seus familiares, amigos ou conhecidos têm

Por favor, responda se alguém da sua família **OU** algum amigo **OU** algum conhecido tem alguma(s) dessa(s) coisas.

Por **conhecido** nós entendemos alguém que o(a) Sr(a) saiba o nome e com quem pararia para conversar se encontrasse por acaso na rua (**NÃO** considere conhecido, por exemplo, um comerciante ou vendedor que o(a) Sr(a) encontra quando faz compras)

Entrevistador: Primeiro pergunte "O(a) Sr(a) conhece alguém que [leia cada uma das perguntas]?" Na primeira pergunta, leia as OPÇÕES DE RESPOSTA e mostre o cartão. Fale ao participante: "POR FAVOR, escolha SOMENTE UMA ALTERNATIVA (alguém da sua família OU seu (sua) amigo(a) OU seu conhecido(a))" dando preferência à opção que aparece primeiro: 1 membro da família; 2 amigo; 3 conhecido. NÃO considere o próprio participante como sendo quem possui o recurso.	
Diga ao(à) participante: "O(a) Sr(a) conhece alguém que..." e ENTREGUE O CARTÃO CAP01.	
01. ...possa consertar um carro, uma bicicleta, etc...?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	02. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)
03. ...possua um carro?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	04. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)

05. ...tenha habilidade para consertar equipamentos domésticos?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	06. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)
07. ...fale uma língua estrangeira?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	08. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)
09. ...possa trabalhar com um computador?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	10. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)
11. ...saiba tocar algum instrumento musical?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	12. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)
13. ...leia livros de literatura?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	14. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)
15. ...se formou no segundo grau?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	16. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)

17. ...leia revistas profissionais (especializadas)?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	18. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)
19. ...seja ativista de algum partido político?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	20. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)
21. ...tenha mais de R\$ 2000,00 na poupança ou outro tipo de investimento?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	22. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)
23. ...trabalhe na Prefeitura ou no governo do Estado?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	24. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)
25. ...ganhe mais de R\$ 2000,00 por mês?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	26. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)
27. ...tenha uma casa de campo ou praia?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	28. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)

29. ...de vez em quando contrate pessoas para trabalhar?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	30. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)
31. ...conheça bastante sobre as leis e regulamentos do governo?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	32. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)
33. ...tenha bons contatos com a imprensa ou com pessoas de rádio ou televisão?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	34. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)
35. ...conheça bem assuntos financeiros?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	36. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)
37. ...possa arranjar um emprego temporário para um membro da família?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	38. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)
39. ...possa dar conselhos a respeito de seus conflitos no ambiente de trabalho?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	40. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)

41. ...possa te ajudar a fazer uma mudança de casa (empacotar, ajudar a carregar)?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	42. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)
43. ...possa te ajudar em pequenas tarefas domésticas?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	44. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)
45. ...possa fazer compras para o(a) Sr(a) se o(a) Sr(a) estiver doente?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	46. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)
47. ...possa lhe emprestar uma boa quantidade de dinheiro se o(a) Sr(a) precisar?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	48. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)
49. ...possa te abrigar em casa por uma semana se o(a) Sr(a) precisar?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	50. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)
51. ...possa te dar conselhos a respeito de conflitos entre membros de sua família?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	52. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)

53. ...possa discutir com o(a) Sr(a) sobre candidato ou partido para votar nas eleições?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	54. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)
55. ...possa dar boas referências sobre o(a) Sr(a) quando estiver procurando emprego?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	56. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)
Entrevistador: ATENÇÃO! Na próxima pergunta (sobre ter alguém para cuidar das crianças) se o(a) participante disser que não tem crianças, peça-lhe para responder, imaginando que tivesse	
57. ...possa tomar conta das crianças enquanto o(a) Sr(a) estiver fora?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	58. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)
59. ...possa conversar com o(a) Sr(a) a respeito de assuntos muito importantes?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	60. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)
61. ...possa facilitar uma internação hospitalar ou lhe conseguir a realização de um exame?	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Sim	62. Quem é esta pessoa?
	<input type="checkbox"/> alguém da sua família
	<input type="checkbox"/> seu (sua) amigo(a)
	<input type="checkbox"/> seu (sua) conhecido(a)

Anexo C - CIS-R

“Agora gostaria de fazer algumas perguntas sobre como o(a) Sr(a) tem se sentido nos últimos dias.” “Vamos utilizar cartões auxiliares que apresentam opções de respostas para algumas questões. O Sr(a) perceberá que algumas questões referem-se aos últimos 30 dias, isto é, desde o dia (dia da entrevista) do (mês passado) até ontem, e aos últimos 7 dias, isto é, desde a (dia da semana) passada até ontem.”

SEÇÃO A

A1. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, o(a) Sr(a) teve algum tipo de dor?

Sim

Não -----> A2. DURANTE OS ÚLTIMOS 30 DIAS, o(a) Sr(a) teve algum tipo de desconforto que lhe incomodou, como por exemplo, dor de cabeça ou indigestão?

Sim

Não (PULE PARA A SEÇÃO B)

A3. Essa [dor / desconforto] apareceu ou piorou porque o(a) Sr(a) estava se sentindo “para baixo”, ansioso(a) ou estressado?

Entrevistador(a): se o(a) participante tiver mais de um(a) [dor/desconforto] refira qualquer delas.

Sim

Não (PULE PARA A SEÇÃO B)

A4. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, desde o último (DIA DA SEMANA) até ontem, em quantos dias o(a) Sr(a) sentiu [dor / desconforto]?

4 dias ou mais

1 a 3 dias

nenhum (PULE PARA A SEÇÃO B)

A5. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, essa(e) [dor / desconforto] durou mais de 3 horas no total, [em algum dia / naquele dia]?

Sim

Não

A6. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, essa [dor / desconforto] foi:

LEIA AS ALTERNATIVAS

muito desagradável

um pouco desagradável

ou não foi desagradável?

A7. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, essa [dor / desconforto] lhe incomodou quando o(a) Sr(a) estava fazendo alguma coisa interessante?

Sim

Não / não fez nada interessante

A8. Há quanto tempo o(a) Sr(a) tem sentido essa [dor / desconforto] do modo como o(a) Sr(a) me descreveu?

Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS01

Menos que duas semanas

Entre duas semanas e menos de seis meses

Entre seis meses e menos de um ano

Entre um ano e menos de dois anos

Dois anos ou mais

SEÇÃO B

B1. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, o(a) Sr(a) se sentiu cansado(a)?

Sim

Não -----> B2. DURANTE OS ÚLTIMOS 30 DIAS, o(a) Sr(a) se sentiu com menos energia?

Sim

Não (PULE PARA A SEÇÃO C)

B3. O(a) Sr(a) sabe por que tem se sentido [cansado(a)/com menos energia]?

Sim -----> B3a. Qual é a CAUSA PRINCIPAL? O(a) Sr(a) pode escolher uma opção deste cartão?

Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS02

- Problemas de sono
- Medicamentos
- Doença física
- Excesso de trabalho (incluindo tarefas domésticas, cuidar de crianças)
- Estresse, preocupações ou outras razões psicológicas
- Exercício físico (PULE PARA A SEÇÃO C)
- Outra

Não

B4. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias o(a) Sr(a) se sentiu [cansado(a) / com menos energia]?

4 dias ou mais

1 a 3 dias

nenhum (PULE PARA A SEÇÃO C)

B5. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o(a) Sr(a) se sentiu [cansado(a)/com menos energia], por mais de 3 horas, no total, em algum desses dias? (EXCLUA O TEMPO GASTO DORMINDO)

Sim

Não

B6. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o(a) Sr(a) se sentiu tão [cansado(a)/com menos energia] que precisou se esforçar para realizar as suas atividades?

Sim, em ao menos uma ocasião

Não

B7. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o(a) Sr(a) se sentiu [cansado(a)/com menos energia] quando fazia coisas de que gosta?

Sim, ao menos uma vez

Não ----->

OU

SE DIZ ESPONTANEAMENTE “NÃO GOSTO DE FAZER NADA” B8. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o(a) Sr(a) se sentiu [cansado(a)/com menos energia] quando fazia coisas de que costumava gostar?

Sim

Não

B9. Há quanto tempo o(a) Sr(a) tem se sentido [cansado(a) / com menos energia] como o(a) Sr(a) me descreveu?

Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS01

- Menos que duas semanas
- Entre duas semanas e menos de seis meses
- Entre seis meses e menos de um ano
- Entre um ano e menos de dois anos
- Dois anos ou mais

SEÇÃO C

C1. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, o(a) Sr(a) teve dificuldade para se concentrar no que estava fazendo?

Sim, dificuldade de concentração

Não

C2. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS o(a) Sr(a) teve problema de memória ou de esquecimento?

Sim

Não

C3. Entrevistador(a): Se C1 = NÃO E C2 = NÃO, PULE PARA A SEÇÃO D

C4. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias o(a) Sr(a) teve problemas de [concentração / memória]?

4 dias ou mais

1 a 3 dias

nenhum (PULE PARA A SEÇÃO D)

SE C1 = SIM --> aplique C5 e C6

C5. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o(a) Sr(a) conseguiu se concentrar em assistir um programa de TV, ler um jornal ou conversar com alguém sem se distrair?

Sim

Não, nem sempre

C6. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, esses problemas de concentração IMPEDIRAM o(a) Sr(a) de fazer coisas que costumava fazer ou gostaria de fazer?

Sim

Não

SE C2 = SIM ---> aplique C7

Leia ao(à) participante: “Anteriormente o(a) Sr(a) disse que tem esquecido coisas”

C7. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o(a) Sr(a) esqueceu alguma coisa importante?

Sim

Não

C8. Há quanto tempo o(a) Sr(a) tem tido esses problemas de [concentração / memória] do modo como o(a) Sr(a) me descreveu? Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS01

Menos que duas semanas

Entre duas semanas e menos de seis meses

Entre seis meses e menos de um ano

Entre um ano e menos de dois anos

Dois anos ou mais

SEÇÃO D

D1. NAS ÚLTIMAS 30 NOITES, o(a) Sr(a) tem tido problemas em pegar no sono ou voltar a dormir, quando o(a) Sr(a) acorda ou é acordado(a)?

Sim

Não -----> D2. NAS ÚLTIMAS 30 NOITES, dormir mais do que costuma, tem sido um problema para o(a) Sr(a)?

Sim

Não (PULE PARA A SEÇÃO E)

D3. NAS ÚLTIMAS 7 NOITES, em quantas delas o(a) Sr(a) teve problemas de sono?

4 noites ou mais

1 a 3 noites

nenhuma (PULE PARA A SEÇÃO E)

D4. O(a) Sr(a) sabe por que tem tido problemas de sono?

Sim -----> D4a. O(a) Sr(a) poderia olhar este cartão e dizer a PRINCIPAL CAUSA desse problema?

Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS03

barulhos

trabalho em turnos variados / muito ocupado para dormir

doença / desconforto

preocupações

necessidade de ir ao banheiro

ter que fazer algo (p. ex. cuidar de criança)

cansaço

medicamento

outras

Não

Se D1 = SIM aplicar D5 à D7

D5. Dentre as ÚLTIMAS 7 NOITES, pense naquela em que o(a) Sr(a) dormiu menos. Quanto tempo o(a) Sr(a) gastou tentando dormir? Considere todas as vezes que o Sr(a) acordou e/ou foi acordado(a). (SOMENTE INCLUA O TEMPO GASTO TENTANDO PEGAR NO SONO)

menos que 15 minutos (PULE PARA A SEÇÃO E)

de 15 minutos a menos de 1 hora

de 1 hora a menos de 3 horas

3 horas ou mais -----> D6. NAS ÚLTIMAS 7 NOITES, em quantas delas o(a) Sr(a) gastou 3 horas ou mais tentando dormir?

4 noites ou mais

1 a 3 noites

nenhuma

D7. NAS ÚLTIMAS 7 NOITES, o(a) Sr(a) acordou mais de 2 horas antes do que precisava e então não conseguiu voltar a dormir?

Sim (PULE PARA A QUESTÃO D10)

Não (PULE PARA A QUESTÃO D10)

Se D2 = SIM aplique D8

D8. DENTRE AS ÚLTIMAS 7 NOITES, pense na noite que o(a) Sr(a) dormiu mais. Quanto tempo a mais o(a) Sr(a) dormiu comparado ao que normalmente dorme? (EXCLUA O TEMPO GASTO TENTANDO PEGAR NO SONO)

menos que 15 minutos (PULE PARA A SEÇÃO E)

de 15 minutos a menos de 1 hora

de 1 hora a menos de 3 horas

3 horas ou mais -----> D9. NAS ÚLTIMAS 7 NOITES, em quantas delas o(a) Sr(a) dormiu 3 horas ou mais além do que costuma dormir?

4 noites ou mais

1 a 3 noites

nenhuma

D10. Há quanto tempo o(a) Sr(a) tem tido esses problemas de sono do modo como o(a) Sr(a) me descreveu?

Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS01

Menos que duas semanas

Entre duas semanas e menos de seis meses

Entre seis meses e menos de um ano

Entre um ano e menos de dois anos

Dois anos ou mais

SEÇÃO E

E1. Às vezes, as pessoas tornam-se impacientes ou irritáveis, mesmo sem demonstrar.

NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, o(a) Sr(a) tem se sentido impaciente ou irritável com as pessoas ao seu redor?

Sim / Não mais que de costume

Não -----> E2. DURANTE OS ÚLTIMOS 30 DIAS, o(a) Sr(a) ficou irritado(a) ou furioso(a) com coisas que agora lhe parecem triviais (sem importância)?

Sim

Não (PULE PARA A SEÇÃO F)

E3. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias o(a) Sr(a) ficou [impaciente ou irritado(a)/furioso(a)]?

4 dias ou mais

1 a 3 dias

nenhum (PULE PARA A SEÇÃO F)

E4. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, que coisas o(a) deixaram [impaciente ou irritado(a) / furioso(a)]?

Resposta:

E5. Em algum dos ÚLTIMOS 7 DIAS, o(a) Sr(a) ficou [impaciente ou irritado(a) / furioso(a)] por mais de 1 hora no total?

Sim

Não

E6. DURANTE OS ÚLTIMOS 7 DIAS, o(a) Sr(a) ficou tão [impaciente ou irritado(a) / furioso(a)] que teve vontade de gritar com alguém mesmo que não tenha de fato gritado?

Sim

Não

E7. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o(a) Sr(a) teve discussão, “bate-boca”, desentendimento ou descontrole com alguém?

Sim -----> E7a. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, isso aconteceu uma ou mais de uma vez?

Uma vez -----> E8. O(a) Sr(a) acha que houve justificativa para isso?

Sim, justificado

(PULE PARA A QUESTÃO E10)

Não, não justificado

(PULE PARA A QUESTÃO E10)

Mais que uma vez -> E9. O(a) Sr(a) acha que houve justificativa em todos os casos?

Sim

Não, ao menos uma vez não foi justificado

Não

E10. Há quanto tempo o(a) Sr(a) tem se sentido [impaciente ou irritado(a) / furioso(a)], do modo como o(a) Sr(a) me descreveu? Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS01

Menos que duas semanas

Entre duas semanas e menos de seis meses

Entre seis meses e menos de um ano

Entre um ano e menos de dois anos

Dois anos ou mais

SEÇÃO F

F1. Muitas pessoas ficam preocupadas com sua saúde física.

NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, o(a) Sr(a) ficou preocupado(a) de alguma forma com sua saúde física?

Sim, preocupado(a)

F2. DURANTE OS ÚLTIMOS 30 DIAS, o(a) Sr(a) ficou preocupado(a) pensando que poderia ter um problema sério de saúde física?

Sim

Não (PULE PARA A SEÇÃO G)

F3. Pense sobre OS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias o(a) Sr(a) ficou preocupado(a) [com sua saúde física / pensando que poderia ter um problema sério de saúde]?

4 dias ou mais

1 a 3 dias

nenhum (PULE PARA A SEÇÃO G)

F4. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, tendo em vista seu real estado de saúde, o(a) Sr(a) considera que tem se preocupado demais com sua saúde?

Sim

Não

F5. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, essa preocupação foi: LEIA AS ALTERNATIVAS

muito desagradável

um pouco desagradável

ou não foi desagradável?

F6. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o(a) Sr(a) foi capaz de tirar essas preocupações com sua saúde do seu pensamento, pelo menos uma vez, fazendo outra coisa?

Sim

Não, não consegui tirar essas preocupações nem uma vez

F7. Há quanto tempo o(a) Sr(a) tem se preocupado com sua saúde física do modo como o(a) Sr(a) me descreveu?

Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS01

Menos que duas semanas

Entre duas semanas e menos de seis meses

Entre seis meses e menos de um ano

Entre um ano e menos de dois anos

Dois anos ou mais

SEÇÃO G

G1. Às vezes, as pessoas se sentem tristes ou deprimidas.

NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, o(a) Sr(a) tem se sentido triste ou deprimido(a)?

Sim -----> G4. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o(a) Sr(a) se sentiu triste ou deprimido(a)?

Sim

Não

Não

G2. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, o(a) Sr(a) foi capaz de gostar ou se interessar pelas coisas como costumava fazer?

Sim

Não, não me divirto ou me interessa -----> G5. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o(a) Sr(a) foi capaz de gostar ou se interessar pelas coisas como costumava fazer?

Sim

Não, não me divirto ou me interessa

G3. Entrevistador(a): verifique SE G1 = NÃO e G2 = SIM, PULE PARA SEÇÃO I

SE G1 = NÃO e G5 = SIM, PULE PARA SEÇÃO I

SE G4 = NÃO E G2 = SIM, PULE PARA SEÇÃO I

SE G4 = NÃO e G5 = SIM, PULE PARA SEÇÃO I

SE G4= SIM OU G5= NÃO, APLIQUE G6

G6. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias o (a) Sr(a) se sentiu [triste, deprimido(a) / incapaz de gostar ou se interessar pelas coisas]?

4 dias ou mais

2 a 3 dias

1 dia

G7. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o(a) Sr(a) se sentiu [triste, deprimido(a) / incapaz de gostar ou se interessar pelas coisas], por mais de 3 horas no total em algum dia?

Sim

Não

G8. (a) NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o que deixou o(a) Sr(a) [triste, deprimido(a) / incapaz de gostar ou se interessar pelas coisas]? O(a) Sr(a) pode escolher uma ou mais opções deste cartão?

Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS04

	(a) múltipla escolha	(b) Qual a PRINCIPAL razão?
Situações com membros da sua família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relacionamento com esposo(a) / companheiro(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relacionamentos com amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moradia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas financeiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sua saúde física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sua saúde mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalho / estudo ou falta de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas com a justiça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas políticos /notícias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sabe informar / nada em especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G9. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, quando o(a) Sr(a) estava [triste, deprimido(a)/se sentindo incapaz de gostar ou se interessar pelas coisas], alguma vez o(a) Sr(a) se sentiu mais alegre quando algo de bom aconteceu ou quando estava acompanhado?

Sim, pelo menos uma vez

Não

G10. Há quanto tempo o(a) Sr(a) tem se sentido [triste, deprimido(a) / incapaz de gostar ou se interessar pelas coisas] do modo como o(a) Sr(a) me descreveu? Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS01

Menos que duas semanas

Entre duas semanas e menos de seis meses

Entre seis meses e menos de um ano

Entre um ano e menos de dois anos

Dois anos ou mais

SEÇÃO H

APLIQUE ESTA SEÇÃO SE O(A) PARTICIPANTE RESPONDEU G4= SIM OU G5= NÃO SE NÃO, PASSE PARA A PRÓXIMA SEÇÃO I

H1. Agora gostaria de perguntar sobre quando o(a) Sr(a) se sentiu [triste, deprimido(a) / incapaz de gostar ou se interessar pelas coisas].

NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o (a) Sr (a) se sentiu pior: LEIA AS ALTERNATIVAS

durante a manhã

no final do dia

ou não teve diferença

H2. Muitas pessoas sentem que, quando estão [tristes, deprimidas / se sentem incapazes de gostar ou se interessar pelas coisas] têm seu desejo sexual modificado. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, o (a) Sr(a) acha que seu desejo sexual: LEIA AS ALTERNATIVAS

aumentou

diminuiu

ou está o mesmo de sempre

RESPOSTA ESPONTÂNEA – NÃO SE APLICA

H3a. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, quando o(a) Sr(a) se sentiu [triste, deprimido(a) / incapaz de gostar ou se interessar pelas coisas], o(a) Sr(a) estava tão inquieto(a) que não conseguia ficar sentado(a)?

Sim

Não

H3b. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, quando o(a) Sr(a) se sentiu [triste, deprimido(a) / incapaz de gostar ou se interessar pelas coisas] o(a) Sr(a) estava fazendo coisas mais lentamente como, por exemplo, caminhar mais devagar?

Sim

Não

H3c. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, quando o(a) Sr(a) se sentiu [triste, deprimido(a) / incapaz de gostar ou se interessar pelas coisas] o(a) Sr(a) estava falando menos do que o normal?

Sim

Não

H4. Agora, pense NOS ÚLTIMOS 7 DIAS. Em pelo menos uma ocasião, o(a) Sr(a) se sentiu culpado(a) por alguma coisa que não deu certo, mesmo não sendo sua culpa?

Sim, ao menos uma vez

Não

H5. DURANTE OS ÚLTIMOS 7 DIAS, o(a) Sr(a) tem sentido que não é tão bom(boa) quanto as outras pessoas?

Sim

Não

H6. DURANTE OS ÚLTIMOS 7 DIAS, o(a) Sr(a) se sentiu completamente sem esperança, por exemplo, em relação ao seu futuro?

Sim

Não

H7. Entrevistador(a): verifique Se H4 = NÃO E H5 = NÃO E H6 = NÃO, PULE PARA SEÇÃO I SE H4 = SIM OU H5 = SIM OU H6 = SIM, APLIQUE H8

H8. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o(a) Sr(a) sentiu que não vale a pena viver?

Sim

Sim, mas não nos últimos 7 dias (PULE PARA SEÇÃO I)

Não (PULE PARA SEÇÃO I)

H9. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o(a) Sr(a) pensou em se matar?

Sim

Sim, mas não nos últimos 7 dias (PULE PARA SEÇÃO I)

Não (PULE PARA SEÇÃO I)

(a) O(a) Sr(a) falou com seu médico sobre isso (pensar em se matar)?

Sim

Não, mas falou com outra pessoa

Não

SEÇÃO I

Agora, gostaria de perguntar sobre preocupações.

I1. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, o(a) Sr(a) notou que estava mais preocupado(a) com as coisas do que deveria estar?

Sim, preocupado

Não -----> I2. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, o(a) Sr(a) teve alguma preocupação?

Sim

Não (PULE PARA SEÇÃO J)

I3 (a). O(a) Sr(a) pode olhar esse cartão e me dizer o que tem deixado o(a) Sr(a) preocupado(a) NOS ÚLTIMOS 30 DIAS? Escolha uma ou mais opções desse cartão.

Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS04

	(a) múltipla escolha	(b) Qual a PRINCIPAL razão?
Situações com membros da sua família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relacionamento com esposo(a)/companheiro(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relacionamentos com amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moradia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas financeiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sua saúde física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		(PULE PARA SEÇÃO J)
Sua saúde mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalho / estudo ou falta de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas com a justiça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas políticos / notícias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sabe informar / nada em especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para as próximas perguntas, gostaria que o(a) Sr(a) pensasse sobre as preocupações (EXCLUINDO AQUELAS RELACIONADAS À SUA SAÚDE FÍSICA) que o(a) Sr(a) teve

I6. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias o(a) Sr(a) teve essas preocupações (EXCLUINDO PREOCUPAÇÕES REFERENTES À SUA SAÚDE FÍSICA)

4 dias ou mais

1 a 3 dias

nenhum (PULE PARA A SEÇÃO J)

I7. Tendo em vista sua situação atual, o(a) Sr(a) considera que tem se preocupado demais? (EXCLUINDO PREOCUPAÇÕES REFERENTES À SUA SAÚDE FÍSICA)

Sim

Não

I8. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, essas preocupações (EXCLUINDO AQUELAS REFERENTES À SUA SAÚDE FÍSICA) foram: LER AS ALTERNATIVAS

muito desagradáveis

um pouco desagradáveis

ou não foram desagradáveis?

I9. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o(a) Sr(a) esteve preocupado(a) (EXCLUINDO PREOCUPAÇÕES REFERENTES À SUA SAÚDE FÍSICA) por mais de 3 horas no total, em algum dia?

Sim

Não

I10. Há quanto tempo o(a) Sr(a) tem se preocupado com as coisas do modo como o(a) Sr(a) me descreveu?

Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS01

Menos que duas semanas

Entre duas semanas e menos de seis meses

Entre seis meses e menos de um ano

Entre um ano e menos de dois anos

Dois anos ou mais

SEÇÃO J

J1. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, o(a) Sr(a) tem se sentido ansioso(a) ou nervoso(a)?

Sim, ansioso ou nervoso

Não -----> J2. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, o(a) Sr(a) notou alguma vez que seus músculos estavam tensos ou que o(a) Sr(a) não conseguia relaxar?

Sim

Não

Algumas pessoas têm fobias, isto é ficam nervosas ou desconfortáveis com coisas ou em situações específicas em que não existe um perigo real. Por exemplo, elas podem ficar nervosas falando ou comendo na frente de estranhos, quando estão longe de casa ou em salas cheias ou podem ter medo de altura. Outros se sentem nervosos ao ver coisas como sangue ou aranhas.

J3. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, o(a) Sr(a) se sentiu [ansioso(a) ou nervoso(a)/tenso(a)] com alguma coisa ou situação específica em que não existia perigo real?

Sim

Não(EJ1=NÃO E J2=NÃO, PULE PARA SEÇÃO K)

J4. Entrevistador(a): verifique Se J1 = SIM OU J2 = SIM E J3 = SIM, APLIQUE J5

Se J1 = SIM OU J2 = SIM E J3 = NÃO pule para J6

J5. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, quando o(a) Sr(a) se sentiu [ansioso(a) ou nervoso(a)/tenso(a)], isso foi sempre ocasionado por alguma situação ou coisa específica ou às vezes o(a) Sr(a) sentiu [ansiedade/nervosismo/tensão] de uma maneira geral?

Sempre ocasionada por uma fobia, PULE PARA SEÇÃO K

Às vezes sentiu ansiedade em geral

J6. As próximas perguntas estão apenas relacionadas com [ansiedade ou nervosismo/tensão] de uma maneira geral. [Vou perguntar sobre a ansiedade ocasionada por fobia de coisa ou situação específica mais tarde]. Em quantos, DOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o(a) Sr(a) sentiu [ansiedade/nervosismo/tensão] de uma maneira geral?

4 dias ou mais

1 a 3 dias

nenhum (PULE PARA SEÇÃO K)

J8. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, essa [ansiedade ou nervosismo/tensão] foi: LEIA AS ALTERNATIVAS

muito desagradável

um pouco desagradável

ou não foram desagradáveis?

J9. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, quando o (a) Sr(a) se sentiu [ansioso(a) ou nervoso(a)/ tenso(a)] o(a) Sr(a) teve algum dos sintomas que aparecem neste cartão?

Sim -----→ J9a. Qual desses sintomas o(a) Sr(a) teve quando se sentiu [ansioso(a)/nervoso(a)/tenso(a)]? É possível escolher mais de uma opção. Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS05.

- coração acelerado ou palpitações
- mãos suadas ou tremendo
- tontura
- falta de ar
- sensação estranha no estômago
- boca seca
- náusea ou vontade de vomitar

Não

J10. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o(a) Sr(a) se sentiu [ansioso(a)/nervoso(a)/tenso(a)] por mais de 3 horas, no total, em algum desses dias?

Sim

Não

J11. Há quanto tempo o(a) Sr (a) tem sentido [ansiedade/nervosismo/tensão] de maneira geral do modo como o(a) Sr(a) me descreveu? Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS01

- Menos que duas semanas
- Entre duas semanas e menos de seis meses
- Entre seis meses e menos de um ano
- Entre um ano e menos de dois anos
- Dois anos ou mais

SEÇÃO K

K1. Entrevistador(a): verifique se J3 =NÃO → aplique K2

Algumas vezes, as pessoas evitam uma situação ou coisa específica porque têm fobia disso. Por exemplo, algumas pessoas evitam comer em público ou evitam ir a lugares cheios porque isso as deixaria nervosas ou ansiosas.

K2. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, o(a) Sr(a) evitou alguma situação ou coisa porque isso lhe deixaria ansioso(a) ou nervoso(a), mesmo não havendo um perigo real?

Sim -----→ K3 (b). O(a) Sr(a) pode olhar esse cartão e me dizer qual dessas situações ou coisas listadas o(a) Sr(a) evitou mais NOS ÚLTIMOS 30 DIAS? É possível escolher mais de uma opção. Entrevistador(a):

MOSTRE O CARTÃO CIS06

- Lugares públicos ou multidões, incluindo viajar sozinho ou estar longe de casa
- Lugares fechados
- Situação social, incluindo comer ou falar em publico, sendo olhado ou observado
- Ver sangue ou ferimentos
- Qualquer outra situação específica (incluindo insetos, aranhas, alturas)
- Outros. Especifique:

Não (PULE PARA SEÇÃO L)

SE J3 = SIM

K3 (a). O(A) Sr(a) pode olhar esse cartão e me dizer qual dessas situações ou coisas listadas deixou o(a) Sr(a) mais [ansioso(a)/nervoso(a)/tenso(a)] NOS ÚLTIMOS 30 DIAS? É possível escolher mais de uma opção.

Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS06

- Lugares públicos ou multidões, incluindo viajar sozinho ou estar longe de casa
- Lugares fechados
- Situação social, incluindo comer ou falar em publico, sendo olhado ou observado
- Ver sangue ou ferimentos
- Qualquer outra situação específica (incluindo insetos, aranhas, alturas)
- Outros. Especifique:

K4. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, quantas vezes o(a) Sr(a) se sentiu [ansioso(a) ou nervoso(a)] em [SITUAÇÃO OU COISA]?

- 4 vezes ou mais
- 1 a 3 vezes
- nenhuma (APLIQUE A QUESTÃO K6)

K5. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, na(s) ocasião(ões) quando o(a) Sr(a) se sentiu [ansioso(a)/ nervoso(a)/tenso(a)], o(a) Sr(a) teve algum dos sintomas deste cartão?

Sim ----> K5a. Qual desses sintomas o(a) Sr(a) teve quando se sentiu [ansioso(a)/nervoso(a)/tenso(a)]? É possível escolher mais de uma opção. Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS05.

- coração acelerado ou palpitações
- mãos suadas ou tremendo
- tontura
- falta de ar
- sensação estranha no estômago
- boca seca
- náusea ou vontade de vomitar

Não

K6. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o(a) Sr(a) evitou alguma situação ou coisa porque ela poderia fazer o(a) Sr(a) se sentir [ansioso(a)/nervoso(a)/tenso(a)] mesmo não havendo um perigo real?

Sim -----> K7. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, quantas vezes, o(a) Sr(a) evitou essa situação ou coisa?

- 1 a 3 vezes
- 4 vezes ou mais
- nenhuma

Não

K8. Há quanto tempo o(a) Sr(a) tem tido essas sensações sobre essas [situações/coisas] do modo como o(a) Sr(a) me descreveu? Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS01

- Menos que duas semanas
- Entre duas semanas e menos de seis meses
- Entre seis meses e menos de um ano
- Entre um ano e menos de dois anos
- Dois anos ou mais

SEÇÃO L

ESTA SEÇÃO SÓ DEVE SER PREENCHIDA SE O(A) PARTICIPANTE RESPONDEU J1 = SIM OU J2 = SIM OU J3 = SIM.

L1. Pense NOS ÚLTIMOS 30 DIAS. Sua ansiedade ou tensão ficou tão intensa que o(a) Sr(a) ficou em pânico, por exemplo, sentiu que iria desmaiar ou perder o controle a não ser que o(a) Sr(a) fizesse algo em relação a isso?

- Sim
- Não (PULE PARA SEÇÃO M)

L2. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, quantas vezes isso aconteceu?

- uma vez
- mais que uma vez
- nenhuma (PULE PARA SEÇÃO M)

L3. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, esse ataque de pânico foi: LER AS ALTERNATIVAS

- um pouco desagradável ou desconfortável
- muito desagradável ou intolerável?

L4. Esse ataque de pânico/o pior desses ataques de pânico durou mais que 10 minutos?

- Sim
- Não

L5. O(a) Sr(a) fica praticamente sem ansiedade entre esses ataques de pânico?

- Sim
- Não

(Somente para aqueles que responderam SIM em K3a)

L6. Esses ataques de pânico são sempre causados por [SITUAÇÃO OU COISA DA QUESTÃO K3]?

- Sim
- Não

L7. Há quanto tempo o(a) Sr (a) tem tido esses ataques de pânico do modo como o(a) Sr(a) me descreveu?

Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS01

- Menos que duas semanas
- Entre duas semanas e menos de seis meses
- Entre seis meses e menos de um ano
- Entre um ano e menos de dois anos
- Dois anos ou mais

SEÇÃO M

M1. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, o(a) Sr(a) notou que fazia coisas repetidas vezes mesmo sabendo que já tinha feito essas coisas, por exemplo, verificando se a torneira estava fechada ou se lavando?

Sim

Não (PULE PARA SEÇÃO N)

M2. Em quantos dos ÚLTIMOS 7 DIAS, o(a) Sr(a) notou que repetia coisas que já tinha feito?

4 dias ou mais

1 a 3 dias

nenhum (PULE PARA SEÇÃO N)

M3. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, que tipo de coisa o(a) Sr(a) ficou repetindo várias vezes?

Resposta:

M4. DURANTE OS ÚLTIMOS 7 DIAS, o(a) Sr(a) tentou parar de repetir [COMPORTAMENTO/ qualquer uma dessas coisas]?

Sim

Não

M5. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, repetir [COMPORTAMENTO/ qualquer uma dessas coisas] lhe deixou incomodado(a) ou chateado(a) com o(a) Sr(a) mesmo(a)?

Sim, incomodado ou chateado

Não

M6. (APENAS SE MAIS DE UMA COISA EM M3) Pense NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, qual dessas coisas que o(a) Sr(a) mencionou o(a) Sr(a) repetiu o maior número de vezes?

Resposta:

M7. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, quantas vezes o(a) Sr(a) repetiu [COMPORTAMENTO] quando o(a) Sr(a) já tinha feito isso?

3 ou mais repetições

2 repetições

1 repetição

M8. Há quanto tempo o(a) Sr(a) tem repetido [COMPORTAMENTO/qualquer das coisas mencionadas] do modo como o(a) Sr(a) me descreveu? Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS01

Menos que duas semanas

Entre duas semanas e menos de seis meses

Entre seis meses e menos de um ano

Entre um ano e menos de dois anos

Dois anos ou mais

SEÇÃO N

N1. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, o(a) Sr(a) teve alguns pensamentos ou ideias que, por ficarem vindo várias vezes, eram desagradáveis e nos quais o(a) Sr(a) preferia não pensar, mas que mesmo assim continuavam voltando à sua mente?

Sim

Não (PULE PARA SEÇÃO O)

N2. Só para esclarecer, é o mesmo pensamento ou ideia que fica retornando várias vezes ou o(a) Sr(a) está se preocupando com alguma coisa em geral?

mesmo pensamento

preocupação geral (PULE PARA SEÇÃO O)

N3. Que pensamentos ou ideias ficam vindo à sua mente de maneira desagradável?

Resposta:

N4. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias o(a) Sr(a) teve esses pensamentos?

4 dias ou mais

1 a 3 dias

nenhum (PULE PARA SEÇÃO O)

N5. DURANTE OS ÚLTIMOS 7 DIAS, o(a) Sr(a) tentou parar de pensar em algum desses pensamentos?

Sim

Não

N6. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o(a) Sr(a) se incomodou ou se chateou com o(a) Sr(a) mesmo por ter tido esses pensamentos?

Sim, incomodado ou chateado

Não

N7. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o episódio mais longo desses pensamentos durou:

LEIA AS ALTERNATIVAS

15 minutos ou mais

ou menos do que isto

N8. Há quanto tempo o(a) Sr(a) tem tido esses pensamentos do modo como o(a) Sr(a) me descreveu?

Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS01

Menos que duas semanas

Entre duas semanas e menos de seis meses

Entre seis meses e menos de um ano

Entre um ano e menos de dois anos

Dois anos ou mais

SEÇÃO O

Agora, gostaria de perguntar como todas essas coisas que o(a) Sr(a) me contou têm afetado o(a) Sr(a) de uma maneira geral.

O1. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, [isso/essas coisas] que o(a) Sr(a) tem sentido chegaram realmente a impedir o(a) Sr(a) de continuar fazendo coisas que costumava fazer ou que gostaria de fazer?

Sim -----→ Oa. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, [isso/essas coisas] que o(a) Sr(a) tem sentido impediu o(a) Sr(a) de fazer coisas, uma ou mais que uma vez?

Uma vez

Mais de uma vez

Não -----→ Ob. [Isso/Essas coisas] que o(a) Sr(a) tem sentido, tornou as coisas mais difíceis mesmo que o(a) Sr(a) tenha conseguido fazer tudo?

Sim

Não