

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ANA PAULA SANTOS CASTRO RÉGIO

**INFLUÊNCIA DO CAPITAL SOCIAL NO TRANSTORNO
MENTAL COMUM**

VITÓRIA

2024

ANA PAULA SANTOS CASTRO RÉGIO

INFLUÊNCIA DO CAPITAL SOCIAL NO TRANSTORNOMENTAL COMUM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração de Epidemiologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elizabete Regina Araújo de Oliveira

VITÓRIA

2024

ANA PAULA SANTOS CASTRO RÉGIO

INFLUÊNCIA DO CAPITAL SOCIAL NO TRANSTORNOMENTAL COMUM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração de Epidemiologia.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Elizabete Regina Araújo de Oliveira
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC
Orientadora

Prof. Dr.^a Gabriela Oliveira
Universidade Federal do Espírito Santo - PPGSC
Membro Titular Interno

Prof.^a Dr.^a Ludmilla Awad Barcellos
Universidade Vila Velha – UVV
Membro Titular Externo

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

R336i Régio, Ana Paula Santos Castro, 1997-
Influência do capital social no transtorno mental comum /Ana Paula Santos Castro Régio. - 2024.
79 f. : il.

Orientadora: Elizabete Regina Araújo Oliveira. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Saúde mental. 2. Capital social. 3. Ansiedade. I. Oliveira, Elizabete Regina Araújo. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

Consagre ao Senhor tudo o que você faz,
e os seus planos serão bem-sucedidos.
Provérbios 16:3

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, por ter me sustentado, me dado forças, me direcionado, me dado saúde mesmo em meio aos problemas e internação ocorridos no processo do mestrado, por Ele ter me dado sabedoria para concluir essa dissertação. A Ele toda honra e glória sempre!

Aos meus pais, Oscar e Eliete por me criarem com todo amor do mundo, me ensinando, me incentivando a me esforçar, estudar, praticar, mas principalmente agradeço por terem me ensinado os caminhos do nosso Deus, que é o melhor conhecimento eu poderia ter na vida. Obrigada por estarem ao meu lado em cada vitória, cada conquista, mas também a cada dia e noite estudando, cada internação, cada tratamento, consulta, sem o acolhimento de vocês no início do tratamento teria sido muito difícil, mas com vocês eu tinha certeza de que independente de qualquer coisa eu sempre teria um refúgio, um abraço para os momentos difíceis.

Às minhas irmãs Mariana e Roberta, agradeço por estarem sempre torcendo por mim, orando, me apoiando, me incentivando, torcendo por mim, cuidando de mim, me poupando de tarefas quando eu não tinha condições de fazer, por fazer palhaçadas para me distrair, obrigada por terem me ajudado com as formatações, banco de dados, obrigada por se esforçarem tanto para me ajudar nesse período.

Gostaria de agradecer ao meu esposo Lucas, por todo carinho, paciência, ajuda e apoio desde o início, enquanto estávamos noivos quando entrei no mestrado, e mesmo nos preparativos do casamento me incentivava para que eu continuasse no mestrado. Obrigada por ser o meu porto seguro, o meu suporte em todos os momentos da vida e para que eu chegasse até aqui. Aos meus sogros João Carlos e Rosely e cunhado Gabriel, por sempre me apoiarem, torcerem e cuidarem de mim com tanto carinho sempre.

Às colegas do mestrado e amigos por todo apoio, orientação, incentivo, instrução durante o processo de construção da dissertação, pelos trabalhos que fizemos durante as outras disciplinas, ajudas nos momentos de estudo e dúvidas.

À minha orientadora Elizabete pela compreensão comigo, apesar das dificuldades que tive com problemas de saúde, pelo carinho, palavras de incentivo, orações, orientação e apoio que me deu durante o processo.

RESUMO

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC), correspondem a duas principais classes diagnósticas, depressão e ansiedade, e eles apresentam alta prevalência na população mundial, segundo a OMS 1 bilhão de pessoas conviviam com algum tipo de transtorno mental no ano de 2019. Observou-se a influência que as relações sociais, familiares e participação em grupos podem trazer na vida do indivíduo. O Capital Social é definido por relações duradouras, redes de apoio, grupos de convivências que podem exercer influência positiva ou negativa na vida do indivíduo. Objetivo: Analisar a influência do capital social nos transtornos mentais comuns na população adventista na cidade da Grande São Paulo, participantes do estudo Advento. Metodologia: estudo observacional prospectivo, desenvolvido no Centro de Pesquisa Clínica ELSA do Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com 1404 participantes de ambos os sexos, que se declaram como membros ativos da Igreja Adventista do Sétimo Dia no Estado de São Paulo, entre março de 2013 e agosto de 2016, com idades entre 35 e 74 anos. Resultados: TMC se mostrou mais frequente em mulheres, indivíduos que apresentaram baixos índices de prestígio e educação e de apoio social obtiveram maior chance de ter TMC. Quem apresentou renda menor que 1,8 salário mínimo foi observada maior chance de ter TMC, assim como quem possuía o nível de escolaridade maior ou igual a 8 anos e quem informou ter mais de 7 moradores na casa. Conclusão: o capital social apresentou influência no desenvolvimento do transtorno mental na população estudada.

Palavras chave: Transtorno mental; capital social; ansiedade; saúde mental; fatores socioeconômicos.

ABSTRACT

Common Mental Disorders (CMD), mainly the two main diagnostic classes, depression and anxiety, and they have a high prevalence in the world population, according to the WHO 1 billion people living with some type of mental disorder in 2019. We observed the influence that social and family relationships and participation in groups can bring to an individual's life. Social Capital is defined by friendship relationships, support networks, coexistence groups that can exert a positive or negative influence on the individual's life. Objective: To analyze the influence of social capital on common mental disorders in the Adventist population in the city of Greater São Paulo, participants in the Advent study. Methodology: prospective observational study, developed at the ELSA Clinical Research Center of the University Hospital of the Faculty of Medicine of the University of São Paulo, with 1404 participants of both sexes, who declare themselves as active members of the Seventh-day Adventist Church in the State of São Paulo, between March 2013 and August 2016, aged between 35 and 74 years old. Results: CMD was more common in women, individuals who had low levels of prestige, education and social support were more likely to have CMD. Those who had an income of less than 1.8 minimum wages were more likely to have CMD, as were those who had a level of education greater than or equal to 8 years and those who reported having more than 7 residents in the house. Conclusion: social capital influenced the development of mental disorders in the studied population.

Keyword: Mental Disorders; Social Capital; Anxiety; Mental Health; Socioeconomic Factors

Sumário

INTRODUÇÃO	11
2. REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 DEFINIÇÃO E PREVALÊNCIA TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS.....	13
2.2 ENTENDENDO O CAPITAL SOCIAL	17
2.2.1 Classificações	19
2.2.2 Relação entre condições socioeconômicas com o transtorno mental comum.	20
3. OBJETIVOS	24
3.1 GERAL.....	24
3.2 ESPECÍFICOS.....	24
4. METODOLOGIA	24
4.1 TIPO DE ESTUDO	24
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	24
4.3 POPULAÇÃO	24
4.4 AMOSTRA.....	25
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	26
4.6 SELEÇÃO DE PACIENTES	26
4.6.1 Critérios de inclusão	26
4.6.2 Critérios de exclusão	27
4.7 PROCEDIMENTOS DO ESTUDO	27
4.8 ESTRUTURA PARA REALIZAÇÃO DOS EXAMES.....	27
4.8.1 Área física:	27
4.8.2 Laboratório Clínico	28
4.8.3 Bioteca:	28
4.8.4 Recursos humanos	28
4.8.5 Exames Realizados	29
4.8.5.1 Antropometria	29
4.8.5.2 Medida da pressão arterial	298
4.8.5.3 Coleta de sangue.....	30
4.8.5.4 Coleta de urina.....	30
4.8.5.5 Eletrocardiograma.....	31
4.8.5.6 Ultrassonografia.....	30

4.8.5.7 Velocidade de onda de pulso.....	31
4.8.5.8 Escore de cálcio coronário.....	32
4.8.5.9 Análises adicionais:	33
5. VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	33
5.1 VARIÁVEL DEPENDENTE.....	32
5.1.1 Variável dependente: Transtorno Mental Comum.....	32
5.2 VARIÁVEL INDEPENDENTE.....	33
5.2.1 Variável de exposição: Capital Social.....	33
5.2.2 Variável de exposição: Sociodemográficas	35
5.2.3 Variável de exposição: Socioeconômico.....	36
6. ANÁLISE ESTATÍSTICA	33
7. RESULTADOS.....	38
8. DISCUSSÃO	41
9. CONCLUSÃO	476
REFERÊNCIAS.....	48
ANEXOS	58
APÊNDICE.....	75

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais classificados em psicótico e não psicóticos, dos não psicóticos destaca - se o transtorno mental comum (TMC), que tange a duas principais categorias diagnósticas, as de ansiedade e as depressivas, apontadas como “comuns” por terem alta prevalência na população. Todavia, elas apresentam impacto nos sentimentos e humor do indivíduo, e seus sintomas podem diversificar em duração e gravidade. A dominância desses quadros tem crescido, especialmente em países de baixa renda, devido ao aumento populacional, e ao fato de mais indivíduos atingirem a idades nas quais a ansiedade e a depressão surgem (Ribeiro, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2001 afirmou que os transtornos mentais correspondem em média uma carga total das 12% de doenças. Os autores Knudsen et al. (2013), Skapinakis et al. (2013) e Souza Junior (2021), configuram o TMC por um conjunto de sintomas como ansiedade, esquecimento, fadiga, irritabilidade, insônia, e queixas somáticas, dificuldade de memória e concentração, e sentimentos de inutilidade, essas se apresentam como uma das mais dominantes morbidades psíquicas, afetando, as funções cognitivas, físicas, emocionais e comportamentais do indivíduo.

De acordo com Souza Junior (2021), ainda que não sejam tão graves como os distúrbios psicóticos, os TMC representam um importante problema de saúde pública em virtude da sua alta prevalência e seus efeitos deletérios sobre o bem-estar pessoal, familiar e laboral, do aumento do uso de serviços de saúde e do comprometimento da qualidade de vida. Os transtornos mentais não psicóticos ou TMC possuem grande predomínio na população mundial.

Pesquisas internacionais apontaram prevalências de TMC de 32,4%, na Etiópia e 51,8% na Dinamarca (Yimam; Kebede; Azale, 2014; Soegaaed; Pedersen, 2012). Segundo Rocha et al. (2012) e Pinto et al. (2014) no Brasil, esta prevalência varia entre 29,6% e 47,4%. Steel et al. (2014) mostra ainda uma prevalência global de TMC de 17,6%, para um adulto no último ano, e de 29,2%, ao longo de sua vida. Ainda no Brasil, estudos realizados por Fagundes et al. (2020) e Silva et al. (2018), identificaram

prevalência de TMC entre as pessoas idosas variando entre 28,2% no Rio Grande do Norte e de 32,1% na Bahia.

Em 2017, a OMS afirmou que o continente americano contém a maior predominância de ansiedade, e o Brasil possui as taxas mais elevadas dessas condições entre os países das Américas, representado por 5,8% da população brasileira com depressão e 9,3% da população com ansiedade.

Um estudo realizado por Silva et al. (2018) com 310 idosos em Ibicuí/BA, apresenta maiores prevalências de TMC em indivíduos do sexo feminino (56,6%), tabagistas (58,3), nível de escolaridade baixo (61%), de baixa renda (58,3%), viúvos ou divorciados (57%).

Conforme Santos (2019), o predomínio de TMC retrata uma significativa parte da população, apontando a necessidade de realizar pesquisas relacionadas ao tema no que toca a saúde pública no Brasil. Ele ainda destaca que os transtornos mentais possuem baixos índices de identificação e tratamento, gerando assim uma relevante consequência na sociedade, geralmente o foco se dá para os sintomas físicos, nos casos que estão presentes. Desta forma, ocorre desnecessariamente uso de medicações e realização de exames, intervenções ineficientes, implicando no prognóstico do indivíduo e sua aderência aos tratamentos propostos.

Conforme Gontijo (2019), a influência positiva no indivíduo e coletividade observada das relações sociais e participação em grupos baseia-se no conceito que as interações sociais possibilitam a criação de redes, influenciam valores pessoais, geram confiança, apoiam regras e estabelecem o sentido de comunidade. O capital social é compreendido como recurso alcançável ao ser humano baseado em suas redes de convívio e redes sociais.

Conforme Souto (2018), Capital Social é definido por variados recursos que estão relacionados com uma rede de relações duradouras, convivência em grupo, unidos por relações úteis e contínuas. Ele proporciona um ambiente em que associações comunitárias, como vizinhos, pessoas da mesma cidade, possam cooperar entre si positivamente, em prol de beneficiar toda a comunidade. Os indivíduos que fazem

parte dessa rede podem propiciar ligações para outras comunidades, divulgando informações para diferentes grupos quando as correlações são positivas. A partir da confiança dos indivíduos nessas redes comunitárias, a adesão desses aumenta, de forma que valores, costumes, normas são compartilhados e fortalecidos. O capital social é apontado como um benefício público e intransferível, sua subsistência depende da relação e integração entre os indivíduos.

Mesmo com diferentes definições do que seja apoio social, segundo Macedo et al. (2018), trata-se de um processo multidimensional que desempenha um papel importante na determinação ou mediação do nível de saúde e bem-estar dos indivíduos, envolvendo práticas de sociabilidade e cuidados produzidos em espaços com familiares, amigos, vizinhos, grupos, associações, equipamentos sociais, instituições.

Segundo Souto (2018), o capital social pode ser dividido de acordo com a sua composição, sendo cognitivo ou estrutural, como também à classe de relacionamentos na comunidade e as análises de nível individuais ou coletivas.

O Capital Social estrutural é constituído por instituições, redes, relacionamentos, organizações sociais que conectam grupos e pessoas, esse favorece o desenvolvimento dos grupos através de estabelecimento de procedimentos, papéis e regras que se dão a partir da cooperação mútua entre os indivíduos. Refere-se ainda aos comportamentos que são observados de forma externa, e ações das pessoas dentro da comunidade (Gilbert et al., 2013; Gontijo, 2019).

O Capital Social cognitivo se manifesta por meio de atitudes, normas, crenças e valores, é resultado de ideologia e cultura de um determinado grupo. Ele mostra a percepção das pessoas quando a confiança, satisfação com relacionamentos, regras de reciprocidade firmadas para convivência interna de um grupo (Gilbert et al., 2013; Gontijo, 2019).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DEFINIÇÃO E PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde mental é uma condição de bem-estar onde o sujeito percebe seu potencial, lida apropriadamente com suas emoções e sentimentos, trabalha produtivamente e colabora com a sociedade (WHO, 2001).

O Relatório Mundial de Saúde Mental da OMS, publicado em junho de 2022, mostrou que, em 2019, um bilhão de pessoas viviam com transtornos mentais e, além disso, 15% dos adultos em idade laboral sofreram com algum transtorno mental (WHO, 2022).

Para Ribeiro et al. (2020) os TMC relacionam-se a principais categorias diagnósticas, as depressivas e as de ansiedade, tidas como “comuns” por serem muito prevalentes na população. Todavia, afetam humor e sentimentos, e os sintomas podem variar em gravidade e duração.

A OMS (2022) estima que 12 bilhões de dias de trabalho são perdidos anualmente por causa de ansiedade e depressão, custando quase 1 trilhão de dólares à economia global.

Em um estudo sobre os afastamentos por razões de saúde entre os servidores públicos federais de Palmas, no estado de Tocantins, observou-se que 30,1% da amostra também passou por múltiplos afastamentos devido a transtornos mentais e comportamentais, com uma incidência significativa relacionada a episódios depressivos, reações ao estresse grave e transtornos de adaptação (Feitosa; Fernandes, 2020 e Oliveira; Baldaçara; Maia, 2015).

Ainda que esses sintomas sejam presentes em grau que comprometem atividades do dia a dia do indivíduo, influenciando sua capacidade de desempenho e produtiva, o TMC não preenche critérios para diagnósticos formais de acordo com o e Classificação Internacional de Doenças - 11ª revisão (CID-11) e o Diagnostic and

Statistical Manual of Mental Disorders - 5ª edição (DSM-V), porém mesmo assim eles são considerados como problema de saúde pública (Goldberg; Huxley, 1992. Santos et al., 2019; Oliveira et al., 2020, Rodrigues et al. 2022).

Embora não sejam eventos que aumentam diretamente a mortalidade, eles acarretam graves e definitiva incapacitações, diminuindo assim a qualidade de vida dos indivíduos. Eles ainda são responsáveis pela geração de alto custo econômico e social, visto que correspondem à terceira causa principal de solicitações de auxílio doença por incapacidade no Brasil (Campos; Vêras; Araújo, 2020; Oliveira; Carlotto, 2020).

Segundo Reis, Costa dos Santos e Pucci (2021) a presença de distúrbios mentais, insatisfação com a vida, mudanças na dinâmica familiar e na situação financeira, perda de independência, experiências de violência, depressão são elementos que contribuem para a ideação e tentativa de suicídio. Atualmente, o isolamento decorrente da pandemia também se tornou um fator agravante para essas ideações e tentativas. É fundamental destacar que o apoio familiar e as redes sociais são cruciais para superar essas ideações e tentativas de suicídio nessa população. No entanto, o acompanhamento psicológico é uma necessidade incontestável quando se trata de suicídio.

A OMS afirma que condições como pobreza, desemprego, eventos negativos de vida, rompimentos afetivos, doenças físicas e uso de álcool e drogas aumentam o risco de ocorrência do TMC (WHO, 2019).

Pesquisas sobre epidemiologia psiquiátrica têm apresentado forte associação entre a desigualdade social e os TMC. A exposição dos indivíduos em menor condição socioeconômica resulta da sensação de insegurança, desalento e risco de violência. Por outra perspectiva, os custos com os tratamentos da doença declinam a situação econômica (Patel, 2003; Gonçalves et al. 2014; Ribeiro et al., 2020).

Segundo Ribeiro (2020), os transtornos mentais apontam a existência de uma série de sintomas e comportamentos com manifestação psicológica, clinicamente reconhecidos e relacionados ao sofrimento e à influência em funções pessoais, em

grande parte dos casos. Em 2010, mundialmente eles representaram 7,4% dos DALYs (anos de vida perdidos ajustados por incapacidade) (Whiteford et al., 2013; Souto, 2018). Entre os transtornos mentais, acredita-se que a depressão será a principal causa de problemas de saúde e incapacidades mundialmente em 2030. (De Alencar et al., 2018).

Ferreira (2017) afirma que os profissionais de saúde devem separar um tempo no atendimento para indivíduos que estão sofrendo de ansiedade, ele enfatiza que esse ato tem o potencial de resultar em notáveis vantagens para a comunidade. Oferecer suporte, escutar suas preocupações e procurar auxiliá-los de forma especializada na solução de suas dificuldades pode prevenir o desgaste emocional e mental no âmbito da vida do paciente, bem como na vida de seus entes queridos. Isso, por sua vez, contribui para reduzir a necessidade de recorrer a medicamentos de forma indiscriminada, os quais poderiam acarretar complicações adicionais, tais como o risco de abuso ou dependência.

Conforme Guimarães (2022) apesar de alguns anos de progresso, a implementação efetiva da saúde mental ainda enfrenta desafios evidentes, como a desigualdade no acesso da população aos serviços de saúde, a dificuldade de estabelecer práticas baseadas na abordagem holística, os dilemas para garantir uma distribuição equitativa de financiamento no setor, as idas e vindas nas tentativas de empoderamento da participação social. Todas essas questões exemplificam como a edificação e fortalecimento dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios cruciais na agenda contemporânea da política de saúde. Com as modificações e transformações que ocorreram e foram conquistadas, a atenção à saúde mental adquiriu novas dimensões, com um foco principal em ações que preservem a dignidade pessoal, os direitos humanos e civis, bem como na promoção da saúde, na reintegração do paciente à sociedade e na busca por uma boa qualidade de vida.

Segundo Onofri, Martind e Marin (2016) no que diz respeito ao acesso aos cuidados em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS), é importante destacar que ainda existe uma considerável lacuna no que diz respeito à capacidade das equipes de atender de maneira adequada às necessidades de saúde mental da população em sua região. Isso se deve, em parte, à grande complexidade desse tipo de atenção,

aliada à falta de desenvolvimento das políticas públicas nessa área, o que resulta em uma considerável discrepância entre as propostas e a realidade dos serviços. Essa situação dificulta, assim, a possibilidade de intervenção eficaz na saúde mental dessa população e contribui para o agravamento de sua condição.

Essas ações englobam, inicialmente, práticas que são comuns a todos os profissionais da Atenção Primária à Saúde, como proporcionar ao usuário momentos para reflexão, estabelecer uma comunicação eficaz, praticar a empatia, ouvir atentamente as necessidades do paciente e oferecer apoio. Além disso, essas abordagens devem estar centradas na promoção de novas possibilidades de modificação e melhoria das condições e estilos de vida, bem como na oferta de suporte emocional aos pacientes que estão passando por momentos de sofrimento. Elas devem ser orientadas pela promoção da vida e da saúde, indo além da simples cura de doenças (Brasil. Ministério Da Saúde, 2013).

2.2 ENTENDENDO O CAPITAL SOCIAL

Segundo Petrini (2015) o capital social é formado por relações, nas quais os indivíduos praticam e mostram recíproca confiança e mantêm regras de reciprocidade, solidariedade e cooperação.

De acordo com Reis (2021) sua composição se dá através de diversos componentes que envolvem reciprocidade, redes, confiança e normas que quando empregados positivamente, impulsionam ações coletivas. Entretanto esses componentes são correlativos, sendo assim um afeta o outro.

O capital social diz sobre a influência das redes sociais na vida do ser humano, seus componentes são expressos por dimensões sobre apoio social, confiança social, controle social, engajamento cívico e reciprocidade (Souto, 2018). Uma comunidade com elevado nível de capital social possui também confiança mútua e grande participação social, aumentando assim a interação dos membros (Gontijo, 2019; Palma-Ruiz & Serrano-Bedia, 2019).

Conforme Carvalho et al. (2019) a ideia principal da teoria do capital social é que redes sociais como igreja, escola, família e comunidades possuem valor. O contato social potencializa a produtividade de grupos e indivíduos, de igual modo o capital físico e o capital humano também influenciam.

O modelo cognitivo, representa uma situação em que é necessária a utilização de uma rede de apoio, a qual é de vital importância para o indivíduo. Sob uma perspectiva realista, a assistência provida pela rede de apoio é intrínseca à condição humana, dado que o ser humano é por natureza um ser social (Denise, 2021). Canesqui e Barsaglini (2012) destacam que a interação entre o apoio social e o capital social tem impacto nas condições de saúde, abrangendo desde a mortalidade até o comportamento sexual e a saúde mental.

As redes sociais possibilitam que seus membros se beneficiem através das relações estabelecidas nela. Os indivíduos participantes de uma rede podem servir de ponte para se conhecer e acessar a outras pessoas e redes, dessa forma ampliando a rede, e aumentando a possibilidade de recursos e benefícios gerados pela rede (Braga; Maciel; Carvalho, 2018).

As conexões possibilitam que fortaleçam os vínculos de solidariedade e colaboração por meio das redes de relacionamento interpessoal formadas dentro das organizações religiosas, promovendo assim o aumento do capital social. As contribuições de estudiosos como Robert Putnam (2001), permitem compreender o capital social "como uma característica da estrutura social que envolve as redes sociais e os laços de solidariedade, reconhecimento e confiança que contribuem para garantir a cooperação e a assistência mútua entre grupos de indivíduos" (Malheiros, 2013, p. 215). Os benefícios dessas conexões não se limitam aos indivíduos, mas também se estendem ao coletivo, uma vez que envolvem responsabilidades mútuas e a disseminação de normas de conduta positivas (Marcelino, 2019; Oliveira, 2017; Tomás, 2017).

Coleman (1990) argumenta que o Capital Social consiste nas redes de relações sociais que servem como recursos para que os indivíduos alcancem seus objetivos e interesses. Ele enfatiza que o Capital Social capacita os indivíduos a atingirem metas

que, de outra forma, seriam inalcançáveis ou demandariam um custo muito elevado (Coleman, 1994). No entanto, ele ressalta que o Capital Social só é gerado no espaço relacional entre os indivíduos, sendo exclusivamente produto das interações sociais, em contraste com o Capital Tradicional e Humano, que são características individuais derivadas do potencial físico ou educacional. Apesar disso, ele reconhece que a existência de Capital Social amplia os recursos disponíveis para os indivíduos (Coleman, 1990).

2.2.1 Classificações

Segundo Gontijo (2019) o capital social pode ser subdividido em duas partes, e estas partes estão relacionadas entre si, uma se refere ao chamado capital 'estrutural', que compreende variadas maneiras de organização social que unem os indivíduos, sendo este, útil ao desenvolvimento de uma população, favorecendo a cooperação mútua para o desenvolvimento de procedimentos, regras e papéis. E o denominado 'cognitivo', discorre sobre crenças, valores, atitudes e normas, decorrente de processos mentais corroborado pela ideologia e cultura de uma rede e que quando são compartilhados entre as pessoas, colaboram para o comportamento colaborativo (Souto, 2018). Agampodi et al. (2015) relaciona o capital social ao indivíduo e seu capital humano abordando seus valores e crenças, bem como sua predisposição a adotar determinados comportamentos, de cooperação, por exemplo.

Woolcock (1998) e Rodrigues (2018) descrevem o capital social em dimensões micro e macro. O nível micro é formado pelas redes intracomunitárias (laços) e rede extracomunitária. O nível macro é formado pela autonomia de uma comunidade ou aptidão governamental de construir respostas em conjunto e favorecendo a comunidade. A vantagem dessa classificação é reconhecer a natureza informal e formal do capital social, além de suas características comunitárias e individuais.

O capital social segundo Ribeiro e Araújo (2018) pode ser considerado em nível macro como um bem social, proveniente de redes e comunidades que compartilham normas e valores que geram benefícios para seus integrantes, gerando maior qualidade de bem-estar para uma região ou país direta ou indiretamente.

Num contexto de interação entre mercado, sociedade civil e Estado, o capital social é tratado pela compreensão da relevância das relações sociais na elaboração do processo dinâmico, onde ações coletivas se associam para promover estratégias de sistema político da democracia (Alvez; Maia, 2020).

Estudos e pesquisas sobre o capital social colaboram para a compreensão da relevância estratégica das relações serem conduzidas na realização de ações coletivas buscando alcançar uma problemática social. Ele pode ser usado como ferramenta de conscientização, interação social e mobilização, além da promoção de coordenação política entre sociedade civil e governo, modelos organizacionais (como ONGS, conselhos e movimentos sociais) para apoiar o desenvolvimento da região (Maia; Santin, 2016; Alvez; Maia, 2020).

Ainda segundo Alvez e Maia (2020) o capital social pode contribuir para a elaboração do processo de desenvolvimento sustentável, gerando inteligência social e ações, resultantes da interação entre os indivíduos e instituições sociais, gerando conhecimento para ambas as partes, facilitando a solução de obstáculos pela promoção de política pública.

O capital social pode ser considerado um importante recurso para combater a pobreza, sendo as redes sociais um dos principais meios para auxiliar pessoas nessa vulnerabilidade (Ribeiro; Lopez, 2018).

Evidências mostram que o capital social pode gerar maior impacto na redução da pobreza em relação aos capitais físico e humano, e que esse pode vir a ser usado como instrumento de direcionamento de políticas para melhoria do bem-estar social (Ribeiro; Araújo, 2018; Alvez; Maia, 2020).

Carvalho et al. (2019) diz que o capital físico se relaciona a objetos, já o capital humano às propriedades das pessoas e o capital social se refere às relações entre pessoas, redes e normas sociais.

Álvarez e Romaní (2017) afirmam que independente de ser analisado de forma coletiva (redes sociais) ou individualmente, o capital social representa um aspecto da estrutura social.

Segundo Meng et al. (2018) nas organizações, observa-se que altos níveis de capital social estão associados a uma melhor coordenação das tarefas de trabalho, eficiência dos processos produtivos e cooperação entre os empregados.

As relações podem ser classificadas em laços fracos e fortes. Os laços fracos tendem a ser superficiais, podendo gerar maior alcance, pois os indivíduos dessa rede não possuem proximidade, mas possuem algum relacionamento. Esse laço facilita acesso a diferentes oportunidades, pois essa pouca proximidade diz que esse indivíduo tem acesso a diversos recursos e informações. Os laços fortes ocorrem entre pessoas com maior proximidade, geralmente são formados por indivíduos da mesma estrutura social, não gerando assim acesso a contatos distintos dos que já foram estabelecidos (Braga; Maciel; Carvalho, 2018).

Ainda conforme Braga, Maciel e Carvalho (2018) o apoio social recebido por familiares e amigos uma vez que gera benefícios e qualidade de vida também é reconhecido como uma forma de capital social.

Para Ribeiro e Araújo (2018) as Teorias Sociais e Econômicas mostram que a relevância dessas características comportamentais nas relações interpessoais é atemporal.

2.2.2 Relação entre condições socioeconômicas com o transtorno mental comum.

A prevalência do TMC é influenciada por fatores biológicos, fatores sociais, econômicos e demográficos. Estimativas recentes da OMS apontaram que a alta prevalência de TMC acontece em populações com menos oportunidade de vida, com a redução do apoio social e ainda com variáveis associadas às condições de vida, de trabalho ou ao desemprego, também à baixa renda, a baixa escolaridade, as más condições de moradia e alta frequência sexo feminino (WHO, 2017; Parreira et al., 2017).

Para Souto (2018) as condições socioeconômicas são relacionadas ocasionalmente com o capital social. Indivíduos com menor poder aquisitivo comumente possuem níveis de capital social mais baixos. A falta de capital social está associada às desigualdades de saúde.

Entre a população adulta no Brasil, os TMC têm se revelado mais frequentes em negros, mulheres e pessoas com estado civil “separadas” ou que têm um relacionamento apontado como ruim com o seu companheiro. São também relacionados a eventos geradores de estresse, inexistência de apoio social, desemprego, precárias condições de trabalho, baixa escolaridade e renda, escassa posse de bens duráveis e condições de moradia ruins. (Ribeiro et al., 2020; Silva et al., 2017; Oliveira e Carloto, 2020).

No estudo realizado por Santos et al. (2019) na cidade de São Paulo, a prevalência de TMC foi maior nos grupos: pessoas com 60 anos ou mais, mulheres; nunca frequentou a escola e que possuía apenas ensino fundamental quando comparados a curso superior/pós- graduação; inativos/desempregados; quem possuía renda familiar de até um salário mínimo, entre 1 e 2 salários mínimos, entre 2 e 4 salários mínimos, e entre 4 e 9 salários mínimos quando comparados à renda familiar maior que 9 salários mínimos. A escolaridade elevada geralmente está associada a menor prevalência de TMC.

Para Dantas et al. (2020) e Carlotto et al. (2011) há uma expressiva relação entre o gênero e o TMC, sendo nesse aspecto as mulheres mais vulneráveis que os homens. Trabalhadores informais estão associados a baixa qualificação, piores salários, incertezas de trabalho o que pode levar ao rompimento de laços familiares e comunitários, gerando enfraquecimento do apoio e capital social.

Existe forte associação entre áreas desfavorecidas, rural, isoladas e com privações fortes, pois sofrem diversas carências, e a saúde mental dessa população é afetada pela precariedade e pobreza socioambiental. Eles apresentam maior dificuldade de identificar as causas, ficam mais expostos e vulneráveis à situações de risco, possuem menor acesso a serviços de saúde, principalmente especialistas (Dantas et al., 2020).

Segundo Oliveira et al. (2022) a população rural apresenta fatores que dificultam o acesso aos serviços de saúde, como distância, falta de transporte, barreiras geográficas que geram maior custo para a população, além de não terem acesso a serviços especializados.

De acordo com Bezerra (2022) fatores como a renda mensal, eventos estressantes e nível de educação foram identificados como elementos que afetam o surgimento de Transtorno de Saúde Mental (TMC). Isso enfatiza a importância da implementação de políticas públicas destinadas a promover melhorias na saúde mental.

Estudo multicêntrico realizado com dados do ELSA-BRASIL mostraram associação do TMC com algumas vulnerabilidades sociais como menor número de bens, baixa renda, baixa escolaridade, desemprego e condições precárias de moradia (Nunes et al. 2016).

Segundo Oliveira e Carloto (2020) os TMC podem estar relacionados às estruturas de trabalho, condições de vida, características demográficas, e estressores ocupacionais. Tais fatores são investigados em trabalhadores pois causam incapacidade para o trabalho, aposentadoria precoce e absenteísmo, ainda podem ser apontados como problema de saúde pública devido à elevadas prevalências.

Para Santos et al. (2019) a idade pode ser considerada como um importante fator associado ao risco de TMC. Elevada prevalência em idosos pode se dar pelos fatores comuns de envelhecimento como limitações físicas, doenças crônicas, perdas cognitivas, entre outros.

A quantidade de indivíduos acometidos por TMC apresentou um considerável aumento em países de baixa renda, devido ao aumento da expectativa de vida e do crescimento populacional (Nunes et al., 2016; WHO, 2017).

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar a influência do capital social nos transtornos mentais comuns na população adventista na cidade da Grande São Paulo, participantes do estudo Advento.

3.2 ESPECÍFICOS

- Descrever as dimensões do capital social e a presença de transtornos mentais comuns na população do Estudo Advento.
- Associar os transtornos mentais comuns segundo variáveis socioeconômicas e demográficas na população do Estudo Advento.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo observacional prospectivo. De acordo com Camargo (2019) um estudo observacional prospectivo é um tipo de pesquisa científica que visa observar e coletar informações sobre um grupo de participantes ou uma população ao longo do tempo, geralmente com o objetivo de identificar associações, tendências ou causas e efeitos entre variáveis específicas. Nesse tipo de estudo, os pesquisadores acompanham os participantes em um período definido, coletando dados de forma sistemática e registrando eventos ou características à medida que ocorrem.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Centro de Pesquisa Clínica Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto (ELSA) do Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HU/USP).

4.3 POPULAÇÃO

A população do estudo foi constituída por indivíduos residentes na cidade de São Paulo ou região metropolitana submetidos à avaliação de fatores de saúde no Hospital Universitário da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HU/USP).

A Igreja Adventista do Sétimo Dia é um exemplo de fé perseverante em meio às contradições do mundo contemporâneo. Apesar dos desafios, a comunidade adventista segue firme em sua missão de compartilhar a mensagem de esperança e amor de Deus, trilhando um caminho de fé e compromisso com os valores divinos (Adventista ORG, 2017)

Nascida do fervoroso anseio pela segunda vinda de Cristo, a Igreja Adventista do Sétimo Dia (IASD) desabrochou como uma denominação protestante em 1863, nos Estados Unidos. Alicerçada na Bíblia, a fé adventista se destaca pela observância do sábado como dia de descanso e adoração, conforme o quarto mandamento divino (Vieira, 2023; Fernandes, 2019).

O nome "Adventista" evoca a promessa do retorno de Jesus Cristo, enquanto "Sétimo Dia" reverencia o mandamento divino de guardar o sábado como dia santo. Essa devoção se traduz na prática de abster-se de atividades laborais nesse dia, dedicando-o ao descanso e à comunhão com Deus (Vieira, 2023; Fernandes, 2019)

Embora a crença adventista no sábado seja um pilar fundamental de sua identidade, ela também impõe desafios na vida profissional e acadêmica. A recusa em trabalhar ou estudar aos sábados coloca os adventistas em rota de colisão com as normas e expectativas da sociedade secular.

Para conciliar fé e vida profissional, os adventistas investem em áreas compatíveis com a observância do sábado, como empreendedorismo, áreas de saúde e educação adventista. A comunidade adventista também se mobiliza para oferecer apoio e orientação aos seus membros (Fernandes, 2019).

A Igreja Adventista se destaca por sua atuação missionária e filantrópica. Através de diversas iniciativas, como a ADRA (Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais), a IASD promove o bem-estar social, a educação e a saúde em comunidades ao redor do mundo (Fernandes, 2019).

4.4 AMOSTRA

Foi realizado um estudo com 1404 participantes de ambos os sexos, incluídos consecutivamente, que se declaram como membros ativos da Igreja Adventista do Sétimo Dia no Estado de São Paulo, entre março de 2013 e agosto de 2016, com idades entre 35 e 74 anos (GOMES, 2019).

4.5. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de estudo foi aprovado pela Comissão Científica do Hospital Universitário da USP, para atender os aspectos éticos em pesquisa, pelo parecer 110.144 de 28 de setembro de 2012.

4.6 SELEÇÃO DE PACIENTES

Os critérios de pesquisa e inclusão foram facilitados com a distribuição de folhetos na Igreja Adventista do Sétimo Dia da Grande São Paulo, em diversas comunidades adventistas, ou com acesso a um site eletrônico de pré-seleção com informações sobre a Explicação do estudo e seus critérios de inclusão (www.estudoadvento.org), site criado para esse fim específico.

Após o preenchimento de questões básicas e breves e sobre hábitos alimentares, sexo e idade de acordo com o critério de classificação EPIC-OXFORD.

Os pacientes foram convidados a participar deste estudo no Centro de Pesquisa Clínica ELSA do Hospital Universitário da USP, de acordo com as metas de inclusão para estudos dietéticos.

Os participantes foram informados sobre os procedimentos e etapas estipulados no estudo e concordaram voluntariamente em participar, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os procedimentos foram executados de acordo com os postulados da Declaração de Helsinque.

4.6.1 Critérios de inclusão

- a) Pessoas de ambos os sexos, de diferentes etnias e com idade entre 35 e 74 anos.
- b) Participação ativa como membro da comunidade Adventista do sétimo dia.

- c) Assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).
- d) Estar em uma das dietas por no mínimo um ano. As dietas foram divididas em 3 grupos, onívoros, ovolactovegetarianos e vegetarianos restritos.

4.6.2 Critérios de exclusão

- a) Limitação funcional acentuada.
- b) Limitação cognitiva ou de comunicação grave.
- c) Gravidez atual ou recente (a menos de 4 meses prévios à primeira entrevista).
- d) Impossibilidade de realização dos exames no Centro de Pesquisa Clínica – ELSA – HU/USP.

4.7 PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

A população estudada compreendeu residentes na cidade de São Paulo ou na região metropolitana que foram submetidos à avaliação de fatores de saúde no HU/USP. O estudo empregou a metodologia de avaliação utilizada no estudo ELSA-Brasil. A análise da dieta foi realizada por meio de um Questionário de Frequência Alimentar validado para a dieta brasileira, durante uma visita do participante ao Centro de Pesquisa Clínica. Isso possibilitou a avaliação do consumo alimentar individual ao longo do último ano de forma estruturada, simplificando o posterior processamento dos dados. As quantidades consumidas de 73 tipos de alimentos foram verificadas com base em medidas padronizadas e registradas de acordo com a frequência diária, semanal, mensal e anual (Gomes, 2018).

4.8 ESTRUTURA PARA REALIZAÇÃO DOS EXAMES

O presente estudo utilizou os recursos humanos e a infraestrutura do estudo ELSA-Brasil.

4.8.1 Área física:

O Centro de Pesquisa Clínica do Hospital Universitário está situado no quarto andar do próprio hospital e é completamente separado das áreas de atendimento direto aos

pacientes. Esta área possui uma extensão de 650 metros quadrados, que inclui nove consultórios, seis espaços com poltronas para a coleta de sangue (permitindo a realização de exames que requerem mais tempo), um balcão de atendimento, uma área de copa, banheiros, uma sala de espera e uma sala de reuniões. As salas estão equipadas com instrumentação adequada (conforme descrito no inventário de equipamentos) para a realização de medidas antropométricas (duas salas), eletrocardiografia, medição da pressão arterial (duas salas), medição da velocidade da onda de pulso e variabilidade da frequência cardíaca (quatro salas), bem como duas salas destinadas a exames de ultrassonografia e ecocardiografia (Gomes, 2018).

4.8.2 Laboratório Clínico

Foi utilizada uma sala destinada à pesquisa clínica com 2 geladeiras, 2 centrífugas refrigeradas, 2 bombas de aspiração, 1 máquina para gelo, e 2 seladoras para manuseio de palhetas. Há 1 sala para estocagem de material biológico em freezers a -80°C comportando 5 equipamentos mais 1 freezer back-up (Gomes, 2018).

4.8.3 Bioteca:

Na área adjacente ao hospital, foi construída uma bioteca em um espaço de 200 metros quadrados. Nessa instalação, foram instalados quatro tanques de nitrogênio líquido destinados ao projeto ELSA e um tanque adicional de nitrogênio para atender a outras pesquisas conduzidas no hospital. Essas instalações estão operacionais desde agosto de 2008. Cada um dos tanques tem a capacidade de armazenar até 73.780 palhetas de 0,5 ml. Além disso, a área de manutenção de equipamentos e infraestrutura predial, juntamente com a área administrativa, fornecem suporte completo às atividades de pesquisa realizadas no Hospital Universitário (Gomes, 2018).

4.8.4 Recursos humanos

Uma equipe de profissionais estava à disposição para desempenhar funções específicas: duas enfermeiras e um tecnólogo na coleta de dados, um farmacêutico

no laboratório clínico, além de duas enfermeiras, um médico e dois nutricionistas no grupo encarregado dos desfechos (Gomes, 2018).

4.8.5 Exames Realizados

A avaliação inicial foi conduzida por entrevistadores devidamente certificados e treinados, que utilizaram um formulário padronizado. Essa avaliação compreendeu uma anamnese detalhada, um questionário abrangente sobre o funcionamento dos diversos sistemas corporais (incluindo a investigação de sintomas cardiovasculares), histórico médico pessoal e familiar, estilo de vida, condições de vida, e uma avaliação antropométrica por meio de exame físico (englobando tanto a avaliação geral como a especial). Em fases posteriores do estudo, os participantes foram submetidos a um eletrocardiograma de 12 derivações, teste de tolerância oral à glicose (com uma segunda coleta de sangue), análise da variabilidade da frequência cardíaca, medição da espessura da camada íntima-carótida, análise de urina e fotografia do fundo de retina. Além disso, a tomografia das artérias coronárias foi realizada para calcular o escore de cálcio em cada paciente (Gomes, 2018).

4.8.5.1 Antropometria

Na área dedicada à antropometria, foram registradas as medidas de altura, peso, circunferências da cintura e do quadril. Adicionalmente, foram coletadas as medições de conteúdo total de água e gordura corporal utilizando uma técnica de bioimpedância com um aparelho tetra polar. Essas medidas possibilitam a determinação de vários índices relacionados à quantidade e à distribuição de tecido adiposo no corpo, sendo essenciais para o diagnóstico da obesidade e a avaliação do risco de desenvolvimento de hipertensão arterial e diabetes. Avaliação da composição corporal baseado na bioimpedância parte da origem da condutividade da água pelo corpo e de sua variação nos diversos compartimentos. Os estudos da bioimpedância baseiam-se na relação entre a composição corporal dos diferentes tecidos e do teor total de água no corpo e as propriedades elétricas do corpo humano. (Sossou et al. 2022).

4.8.5.2 Medida da pressão arterial

A pressão arterial foi aferida por meio de procedimento padronizado, com o participante em estado de repouso, sentado por um período mínimo de cinco minutos,

em um ambiente adequado para minimizar qualquer potencial estresse. A medição foi realizada no braço não dominante, empregando um aparelho automático que utiliza o método oscilométrico. Foram registradas três medidas em momentos distintos, e a média dessas medições foi calculada (Gomes, 2018).

4.8.5.3 Coleta de sangue

A primeira coleta de amostras de sangue foi realizada após um período de jejum de 12 horas, imediatamente após a chegada dos participantes ao Centro de Investigação. As amostras foram obtidas através de uma punção na veia do antebraço. Após a primeira coleta, os participantes ingeriram uma solução contendo 75g de glicose, a menos que já possuíssem um diagnóstico prévio de diabetes, e permaneceram em jejum até a conclusão do teste padronizado de tolerância à glicose (TTG), que ocorreu duas horas após a ingestão da solução. Nesse momento, uma nova amostra de sangue foi coletada. Esse teste é altamente sensível para o diagnóstico de diabetes e de condições de glicemia elevada intermédia. (Silva; Souza; Oliveira, 2020).

As amostras de sangue foram coletadas por meio de um sistema de sucção a vácuo, com um volume total de 80 a 100 ml de sangue. Essas amostras foram destinadas para a realização de análises hematimétricas e bioquímicas iniciais, bem como para a obtenção de alíquotas de soro e leucócitos a serem armazenadas e para a extração e preservação de DNA.

As análises iniciais incluíram uma série de exames relevantes para os participantes e para o cumprimento dos principais objetivos do projeto. Isso abrangeu a realização de hemogramas, exames diagnósticos relacionados ao diabetes (como glicemia em jejum e teste de tolerância à glicose), medição de lipídios, creatinina, hormônios associados ao diabetes e doenças cardiovasculares, bem como testes de atividade inflamatória. Essas análises permitiram identificar a presença de condições como anemia, resistência à insulina, insuficiência renal, diabetes, dislipidemia e inflamação subclínica.

Dentre as análises laboratoriais realizadas, foram incluídas medições como o hemograma (incluindo taxa de plaquetas, hematócrito, taxa de hemoglobina, taxa de

leucócitos e contagem diferencial), TSH, glicemia de jejum, creatinina sérica, colesterol total, HDL-colesterol, VLDL-colesterol, LDL-colesterol, ácido úrico, triglicérides séricos, fósforo, proteína C reativa, dosagem de vitamina D e dosagem de vitamina B12 (Gomes, 2018).

4.8.5.4 Coleta de urina

Foi coletada uma amostra de urina de forma padronizada para determinação de micro albumina, sódio e creatinina, marcadores de lesão glomerular, ingestão de sal e função renal, respectivamente, bem como aquisição de alíquotas para estocagem (Gomes, 2018).

4.8.5.5 Eletrocardiograma

Todos os participantes, em estado de jejum e em repouso, foram submetidos a dois registros de eletrocardiograma. O primeiro consistiu na obtenção do traçado convencional de 12 derivações, permitindo a identificação de alterações no ritmo cardíaco, a presença de distúrbios de condução em várias regiões do coração, bem como variações na ativação e repolarização dos ventrículos, que estão frequentemente associados à doença coronariana.

O segundo registro envolveu uma derivação única (D2) de longa duração (10 minutos), com o propósito de obter uma análise espectral da variabilidade da frequência cardíaca, tanto no domínio do tempo quanto no domínio da frequência (power spectrum). Esse método tem se revelado uma ferramenta valiosa na avaliação da regulação autonômica da atividade espontânea do nódulo sinusal do coração (Gomes, 2018).

4.8.5.6 Ultrassonografia

Foram realizados exames de ultrassom tanto no abdômen como nas artérias carótidas. No exame abdominal, foi conduzida uma ultrassonografia do fígado para avaliar o índice de esteatose, um fator associado ao desenvolvimento de diabetes e doenças cardiovasculares. Nas artérias carótidas, foram medidas as espessuras das

camadas média e íntima, o que serve tanto para o diagnóstico quanto para a previsão da progressão da aterosclerose nesses vasos, bem como em outras áreas da circulação cerebral. O aumento na espessura da camada média é um indicativo de uma maior atividade de proliferação de células musculares lisas nas paredes das artérias, o que pode resultar na formação de placas ateroscleróticas (Gomes, 2018).

4.8.5.7 Velocidade de onda de pulso

O trabalho cardíaco depende da quantidade de sangue ejetado para o sistema arterial e da impedância da árvore circulatória. Tem-se considerado que parte desta é representada pela resistência arteriolar. As grandes artérias, como vasos de grande elasticidade, têm impedância variável durante o ciclo cardíaco, dilatando-se na sístole e voltando à sua posição de repouso na diástole. Recentemente tem-se investigado que a impedância do sistema arterial pode variar não só com as modificações estruturais das grandes artérias, mas também com a velocidade das ondas de reflexão que se originam na microcirculação e que se propagam de volta para a aorta. A impedância das grandes artérias representa componente não desprezível da resistência imposta pela circulação ao trabalho cardíaco. A rigidez dos vasos arteriais pode ser calculada indiretamente pela medida da velocidade de propagação da onda de pulso. No participante deitado são medidas ao mesmo tempo as ondas de pulso nas artérias carótida e femoral. Conhecendo-se a distância entre esses dois vasos, pode calcular a velocidade de onda de pulso pela relação espaço/tempo. O tempo é medido pela defasagem temporal entre as fases de subida da onda de pulso nos dois vasos arteriais. É um método não-invasivo e de fácil obtenção (Gomes, 2018).

4.8.5.8 Escore de cálcio coronário

Para análise do escore de cálcio coronário, imagens tomográficas foram obtidas de um tomógrafo com 64 canais (Andover, MA, Philips Brilliance, Philips Healthcare, USA), com aquisição prospectiva com 120kV e miliamperagem ajustada ao biótipo. Não foram usados contraste ou fármacos para a aquisição das imagens. O estudo tomográfico foi feito no departamento de radiologia do Hospital Universitário da USP.

Para a estimativa do Escore de Cálculo Coronário (CAC) foi ajustado um modelo zero inflacionado gama. Este modelo pode levar em consideração o fato de na variável termos vários pacientes com o exame de CAC negativo (excesso de “zeros”), o que levaria a perda de informações (Gomes, 2018).

Foram realizados dois segmentos de análise quanto a variável escore de Agatston:

- a. **Análise Discreta:** Afere a relação entre uma variável e a presença ou não de algum nível de lesão detectada ao CAC.
- b. **Análise Contínua:** Verifica a correlação entre uma variável e índices mais elevados de escore de cálculo para os pacientes.

4.8.5.9 Análises adicionais:

Foi obtida a análise de comportamento pressórico arterial nas 24 horas por meio de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial – MAPA.

5. VARIÁVEIS DO ESTUDO

5.1 VARIÁVEL DEPENDENTE

5.1.1 Variável dependente: Transtorno Mental Comum

Consiste no Transtorno Mental Comum (TMC) avaliado pelo questionário do *Clinical Interview Schedule - Revised* (CIS-R). O instrumento possui origem inglesa e 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 et al. (2011).

Trata-se de uma entrevista psiquiátrica, estruturada, que investiga a presença e severidade de 14 sintomas não-psicóticos. 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. 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 pontos. Escore ≥ 12 indica a presença de morbidade psiquiátrica clinicamente significativa, e será utilizado para indicar a presença de TMC na população do estudo.

5.2 VARIÁVEL DE EXPOSIÇÃO

5.2.1 Variável de exposição: Capital Social

A variável Capital Social foi aferida pela escala de *Resource Generator*, que foi utilizada para medir o acesso ao capital social no Estudo Advento, a escala foi elaborada originalmente na Holanda na pesquisa Survey on the Social Networks of the Dutch (VAN DER GAAG; SNIJDERS, 2005).

Nesse questionário o indivíduo responde se tem ou não acesso a um determinado recurso (dicotômico) e, caso a resposta seja positiva, ele especifica a fonte da qual o recurso pode ser obtido (familiares, amigos ou conhecidos). Será classificado como baixo, médio e alto, de acordo com os pontos de cortes que serão estabelecidos.

Este questionário possui as seguintes dimensões:

- 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\$3.300,00 na poupança ou outro tipo de investimento; 8. Trabalhe na prefeitura ou no governo do Estado; 9. Ganhe mais de R\$3.300,00 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 tercís 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.

5.2.2 Variável de exposição: Sociodemográficas

Este questionário possui as seguintes informações: idade (anos), sexo (feminino/masculino), raça/etnia de acordo com a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (preta, parda, branca, amarela ou indígena); grau de instrução (fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior), número de pessoas na casa.

5.2.3 Variável de exposição: Socioeconômico

Esta variável foi aferida por renda familiar, sendo classificado em <1,8 Salário Mínimo (SM); 1,9 a 6,9 SM; 7 a 16 SM e >16,1 SM. O valor do salário foi estabelecido por um resultado da média do salário mínimo entre os anos de 2013 e 2016 (período em que o estudo foi realizado), resultando em um salário mínimo de R\$799,00.

Quadro 1 – Classificação das variáveis dependentes e de exposição utilizadas no estudo Advento.

Tipo	Classificação
Variável Dependente	
Transtorno Mental Comum	Presença do TMC - escore maior ou igual a 12
	Ausência do TMC - escore menor que 12
Variável de Exposição	
Capital social	Prestígio e educação - baixo (0-8), médio (8-9) e alto (10) prestígio e educação
	Apoio Social - baixo (0-8), médio (8-9) e alto (10) apoio social
Sociodemográficas	Idade (anos)
	Sexo (feminino/masculino)
	Raça/etnia (preta, parda, branca, amarela ou indígena)
	Grau de instrução (fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior)
	Número de pessoas na casa
Socioeconômico	Renda familiar menor que 1,8 salários mínimos
	entre 1,8 e 6,9 salários mínimos
	Entre 7 e 16 salários mínimos
	16,1 ou mais salários mínimos

6. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram realizados testes de Qui-Quadrado e testes de Kruskall-Wallis para as variáveis categóricas. Para os exames laboratoriais foram realizados testes de teste de Levene para igualdade de variância e Shapiro-Wilks para verificar normalidade. Quando estes não fossem satisfeitos, foi feito teste de Kruskall-Wallis.

A análise multivariada foi feita por meio dos modelos de regressão tais como regressão logística ou linear.

Foi realizada a análise de associação entre o capital social, fatores sociodemográficos e econômicos com o TMC. O nível de significância utilizado foi $p < 0,05$.

7. RESULTADOS

Na Tabela 1 é apresentada a distribuição dos pacientes entrevistados entre cada categoria das variáveis sociodemográficas. Os pacientes entrevistados são majoritariamente do sexo feminino (58,7%) e brancos (55,0%). Em relação à faixa etária, foi observado que o maior número de pacientes possui entre 45 e 54 anos (34,4%). Observa-se que 49,6% dos participantes possuem ensino superior completo. moram com 03 a 06 pessoas na casa (54,91%) e possuem renda mensal entre 1,8 e 6,9 salários mínimos (52,4%).

Tabela 1 - Distribuição da amostra de pacientes segundo as variáveis sociodemográficas do estudo Advento

Variável	Frequência Relativa	
	Nº	%
Sexo		
Feminino	824	58,7
Masculino	580	41,3
Raça		
Preto	99	7
Pardo	437	31,1
Branco	771	55
Amarelo	48	3,5
Indígena	31	2,2
NS/NQR	18	1,2
Idade		
35-44	415	29,6
45-54	483	34,4
55-64	323	23
65-74	183	13
Escolaridade		
Fundamental incompleto	71	5
Fundamental completo	183	13
Médio incompleto	18	1,2
Médio completo	384	27,4
Superior incompleto	53	3,8
Superior completo	695	49,6
Pessoas na casa		
Até 02 pessoas	586	41,7
03 a 06 pessoas	771	54,9
>7 pessoas	11	0,8
NS/NQR	36	2,6
Renda		
-1,8 SM	170	12,1
1,8 a 6,9 SM	736	52,4
7 a 16 SM	279	19,9
≥16,1 SM	189	13,5
NS/NQR	30	2,1
Total	1404	100

Conforme a Tabela 2, o TMC se mostrou mais frequente em mulheres (73.3%), com renda entre 1,8 a 6,9 salários mínimos (56,6%), escolaridade maior ou igual a 8 anos (59,2%). Em relação ao número de moradores na casa, o TMC foi mais frequente em participantes que informaram 03 a 06 moradores (59,1%), e ainda naqueles que possuíam algum tipo de prestígio e educação altos (56,1%).

Tabela 2 – Relação entre Transtorno Mental Comum e variáveis sociodemográficas – Análise Qui quadrado.

Análise Qui Quadrado			
Variável	TMC Ausente n(%)	TMC Presente n(%)	p-value
Sexo			<0.001
Feminino	632 (55.3)	192 (73.3)	
Masculino	510 (44.7)	70 (26.7)	
Raça-cor			0.291
Branco	634 (56.3)	137 (52.7)	
Não branco	492 (43.7)	123 (47.3)	
Renda			<0.001
<1,8	123 (11.0)	47 (18.4)	
1,9 a 6,9	591 (53.0)	145 (56.6)	
7 a 16	235 (21.0)	42 (16.4)	
≥16,1	167 (15.0)	22 (8.6)	
Escolaridade			<0.001
<8anos	642 (56.3)	107 (40.8)	
≥8anos	499 (43.7)	155 (59.2)	
Faixa-etária			0.302
34 a 44 anos	330 (28.9)	85 (32.4)	
45 a 54 anos	403 (35.3)	80 (30.5)	
≥ 55 anos	409 (35.8)	97 (37.0)	
Nº moradores			0.032
Até 02 pessoas	488 (43.7)	98 (38.9)	
03 a 06 pessoas	622 (55.7)	149 (59.1)	
>7 pessoas	6 (0.5)	5 (2.0)	
Prestígio e educação			0.04
Alto	598 (63.1)	114 (56.1)	
Médio	306 (32.3)	72 (35.5)	
Baixo	43 (4.5)	17 (8.4)	
Apoio Social			0.09
Alto	753 (65.9)	168 (64.1)	
Médio	301 (26.3)	63 (24.0)	
Baixo	88 (7.7)	31 (11.8)	

Na tabela 3, pela regressão logística, indivíduos que apresentaram baixo índice de prestígio e educação (2.07) obtiveram maior chance de TMC quando comparado com os níveis alto e médio, assim como apoio social baixo (1.57). O sexo feminino apresentou maior chance de desenvolver TMC quando comparado ao sexo masculino (2.21). Quem apresentou renda menor que 1,8 salário mínimo foi observada maior chance de ter TMC em (2.90), assim como quem possuía o nível de escolaridade maior ou igual a 8 anos (1.86) e quem informou ter mais de 7 moradores na casa (4.14) (Tabela 3).

Tabela 3 – Relação entre Transtorno Mental Comum e variáveis de exposição e dependente. Análise de regressão logística.

Análise ajustada				
Variável	OR	IC95%	AOR	IC95%
Prestígio e educação				
Alto	1	0,89-1,70	1	-
Médio	1,23	1,14-3,76	1,33	0,94-1,88
Baixo	2,07	0,89-1,70	2,31	1,24-4,30
Apoio Social				
Alto	1	-	1	-
Médio	0,93	0,68-1,29	0,98	0,70-1,37
Baixo	1,57	1,01-2,45	1,60	1,02-2,56
Sexo				
Feminino	2,21	1,64-2,98	2,16	1,55-3,00
Masculino	1	-	1	-
Renda				
≥16,1	1	-	1	-
<1,8	2,90	1,66-5,06	2,40	1,22-4,65
1,9 a 6,9	1,86	1,15-3,01	1,55	0,89-2,69
7 a 16	1,35	0,78-2,35	1,22	0,64-2,29
Escolaridade				
<8anos	1	-	1	-
≥8anos	1,86	1,41-2,44	1,62	1,20-2,19
Nº moradores				
Até 02 pessoas	1	-	1	-
03 a 06 pessoas	1,19	0,90-1,58	1,20	0,86-1,70
>7 pessoas	4,14	1,24-13,86	3,36	0,73-15,38

8. DISCUSSÃO

No presente trabalho a porcentagem de indivíduos com TMC foi de 18,66%, prevalência baixa quando comparada com outros estudos como Rocha et al. (2012), Pinto et al. (2014), Steel et al. (2014) Souza Junior (2021), realizados com diversos grupos brasileiros.

Comparado com outro estudo realizado com a população adventista, em que a prevalência de TMC foi de 31,7% entre os homens e 34,4% entre as mulheres, o presente estudo obteve uma menor prevalência (Cabistany, 2014).

Parece haver uma conexão positiva entre o engajamento em práticas religiosas e o bem-estar mental. O envolvimento em atividades religiosas pode desempenhar um papel importante na preservação da saúde mental e na prevenção de distúrbios psicológicos, uma vez que impacta a psicodinâmica do indivíduo, oferecendo ferramentas para lidar com uma variedade de desafios emocionais, como ansiedade, medos, frustrações, raiva, sentimentos de inferioridade, desânimo e isolamento (Murakami; Campos, 2012).

As convicções religiosas podem desempenhar um papel importante no auxílio à gestão do estresse provocado por distúrbios mentais, bem como na promoção da melhoria ao longo do tempo. A ênfase na prática da oração e na leitura da Bíblia, frequentemente, capacita os pacientes a articular suas preocupações de forma verbal, a expressar suas emoções, incluindo raiva e frustração, e a lidar com uma variedade de sentimentos e emoções (Gonçalves et al. 2017).

A presença de TMC foi mais frequente em mulheres (73,3%), e na análise de regressão logística elas apresentaram maior chance de desenvolver TMC do que o sexo masculino. Tal dado também foi encontrado nos artigos de Maragno et al. 2005; WHO, 2017; Parreira et al., 2017.

Essa discrepância pode ser parcialmente explicada por diferenças hormonais, genéticas e neurobiológicas entre os sexos. As flutuações hormonais que ocorrem ao

longo da vida das mulheres, como durante o ciclo menstrual, a gravidez, o parto e a menopausa, podem desempenhar um papel na suscetibilidade a transtornos mentais. Aspectos psicossociais, como o estresse relacionado ao papel de cuidadora, as expectativas sociais em relação às mulheres e a discriminação de gênero, podem aumentar o risco de transtornos mentais em mulheres (Araújo; Pinho; Almeida, 2005).

Observamos que as mulheres parecem enfrentar níveis mais alarmantes de vulnerabilidade. O fato de lidarem com uma carga de trabalho significativa, equilibrando responsabilidades domésticas, cuidados com os filhos, apoio ao marido, enquanto assumem o papel historicamente atribuído de cuidadoras, sugere uma carga intensa tanto física quanto emocional. Essa sobrecarga pode estar refletida nos sinais e sintomas do Transtorno Mental Comum (TMC). O esforço e sofrimento envolvidos não são devidamente reconhecidos pelo parceiro e filhos, o que, sem dúvida, pode ter um impacto significativo na percepção de apoio social, especialmente nas dimensões material, emocional e afetiva (Macedo et. al, 2018).

O nível de escolaridade alto, acima de 8 anos, foi relacionado com maior porcentagem de indivíduos com TMC quando comparado aos que tinham menos de 8 anos de estudo. Diferentemente de outros estudos como o de Santos et al. (2019), Maragno et al. (2006), observou-se uma tendência linear de aumento da prevalência de TMC em função do menor grau de escolaridade.

Tal dado diferencia-se de outros estudos que mostram que o aumento do risco de TMC está relacionado com o baixo nível de escolaridade. O alto nível de escolaridade pode fornecer habilidades de enfrentamento, melhor compreensão da saúde mental e acesso a recursos que podem ajudar na prevenção e no tratamento de transtornos mentais (Campos et al., 2021). A educação tem uma conexão direta com a saúde mental, já que influencia as escolhas de vida, aspirações, autoestima e aquisição de conhecimentos, os quais podem promover atitudes e comportamentos mais saudáveis. Além disso, a educação capacita os indivíduos para determinadas ocupações e impacta em suas condições socioeconômicas futuras e inserção na estrutura ocupacional (Prins, 1978).

Ao analisar os contextos de moradia, observa-se que indivíduos que vivem em áreas rurais tendem a ter um nível de escolaridade mais baixo, com prevalência do ensino fundamental e casos de ausência de escolaridade, enquanto entre aqueles que residem em áreas metropolitanas, o ensino superior é mais comum. Isso destaca a importância de políticas públicas sociais que visem melhorar os cuidados com a saúde mental. Além disso, é crucial destacar a necessidade de identificação precoce dos transtornos mentais comuns na população, visando orientar intervenções individuais e coletivas para a prevenção e promoção da saúde mental (Bezerra, 2022).

No capital social, avaliado pelo prestígio e educação e pelo apoio social, os indivíduos que apresentaram baixo índice obtiveram maior chance de TMC quando comparado com os níveis alto e médio, diferentemente do estudo realizado por Souto (2018) que os indivíduos que apresentaram alto nível, tiveram maior chance de desenvolver TMC quando comparado aos níveis inferiores. 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.

Segundo estudo realizado por Macedo et. al, (2018) no que diz respeito às dimensões relacionadas ao suporte social percebido por indivíduos com indicativos de Transtorno Mental Comum (TMC), há aqueles cujos níveis estão abaixo da média, indicando que relatam uma falta de suporte social adequado. Por outro lado, aqueles que se encontram acima da média afirmam contar com algum tipo de suporte social. Ao examinar as diferentes dimensões nos assentamentos, observa-se, de maneira geral, que a maioria dos entrevistados se encontra abaixo da média em várias áreas. Isso é evidenciado na dimensão de Apoio Material (58,06%), Apoio Emocional (56,13%), Apoio Afetivo (54,19%) e Informacional (54,19%). Especificamente em relação à dimensão de Apoio de Interação Social Positiva, todos os resultados estão abaixo da média. Isso pode indicar uma falta de espaços e momentos de convivência, especialmente no contexto comunitário, com poucas atividades de lazer, culturais e de interação social nos assentamentos. Dessa forma, compreende-se que, devido à fragilidade da infraestrutura e das condições materiais de vida, juntamente com a escassez de recursos nos assentamentos, tais fatores podem de alguma maneira contribuir para a percepção de insuficiência do suporte social nas dimensões examinadas por indivíduos com sofrimento psíquico.

Observa-se, portanto, que a quebra dos vínculos sociais impacta os sistemas de defesa do organismo de modo a tornar o indivíduo mais propenso a doenças. Conforme essa concepção, os laços sociais exercem uma influência direta na preservação da saúde, promovendo comportamentos adaptativos em contextos de estresse (De Mesquita et. al, 2018, p. 42).

A escassez de capital social mostrou associação com um desenvolvimento econômico inadequado, a ausência de redes de apoio, baixa autoestima, insegurança, estresse crônico, falta de controle social sobre comportamentos de risco, abuso de substâncias e limitado acesso a serviços de saúde. Esses elementos estão correlacionados com uma maior incidência de Transtornos Mentais Comuns (Leite, 2013).

A ausência de redes de suporte e a qualidade inadequada das relações sociais podem amplificar sentimentos de insegurança e autoestima reduzida, levando a níveis mais altos de estresse que têm o potencial de desencadear episódios depressivos e manifestações de ansiedade. (Souto, 2018)

É possível afirmar que o capital social, no contexto da saúde, desempenha um papel de influência positiva. Além de contribuir para uma vida mais saudável nas populações, reduzindo a exclusão e promovendo maior longevidade e autoestima, ele também exerce uma função crucial ao incentivar a participação da comunidade tanto na formulação de políticas públicas quanto no seu acompanhamento (De Mesquita et. al, 2018, p. 42).

Souza e Grundy (2004) destacam que vários estudos têm evidenciado os impactos benéficos na saúde decorrentes da existência de coesão social, juntamente com a confiança mútua e o respeito entre os diversos segmentos da sociedade. É reconhecido que o capital social tem uma influência direta na eficácia política, no avanço da democracia, na redução da criminalidade e, atualmente, na promoção e melhoria do estado de saúde de um grupo social específico.

Conforme observado por Baltazar et al. (2003), a participação em grupos religiosos que proporcionam suporte psicossocial pode resultar em benefícios para a saúde,

incluindo a promoção da reconstrução de laços com a comunidade. Essa reconexão está diretamente relacionada a sentimentos positivos sobre si mesmo e ao aumento da autoestima. O suporte social e psicológico oferecido por líderes religiosos a fiéis interessados revelou-se eficaz para o bem-estar pessoal, facilitando a resolução de conflitos e a diminuição de sintomas psiquiátricos (Peres; Simão; Nasello, 2007).

A avaliação do capital social também deve contemplar o acesso aos bens públicos, o que impulsiona o crescimento econômico, especialmente em comunidades desfavorecidas. O estímulo à formação de redes organizacionais e à participação em eventos culturais e religiosos constrói laços que facilitam a realização de atividades filantrópicas e promovem um aumento no nível de confiança e de interação entre os indivíduos, ao passarem tempo de lazer juntos. Além disso, uma relação saudável entre comunidades é fundamental, pois incentiva a expansão das redes organizacionais e aumenta o engajamento dos indivíduos em participar voluntariamente das iniciativas regionais (Leonard et al. 2010).

A renda também foi considerada como um fator associado ao risco de TMC, indivíduos que recebiam menos de 2 salários mínimos tinham maior chance de ter TMC. No que diz respeito à renda per capita, as categorias de menor renda exibiram uma significativa prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em comparação com a categoria de renda alta (Maragno et al. 2006).

Observamos uma relação entre renda mais baixa e um maior risco de desenvolver transtornos mentais comuns. Pessoas que vivem em situações de pobreza ou que têm acesso limitado a recursos financeiros podem estar expostas a estressores adicionais, como moradia precária, falta de acesso a cuidados de saúde e alimentação inadequada, que podem aumentar o risco de transtornos mentais. A renda também pode afetar o acesso a serviços de saúde mental. Pessoas com renda mais alta podem ter mais facilidade para pagar por tratamentos e ter acesso a cuidados de saúde mental de alta qualidade. Por outro lado, pessoas de baixa renda podem enfrentar barreiras financeiras e de transporte que dificultam o acesso ao tratamento (Silva et al., 2017; Oliveira e Carloto, 2020; Dantas et al., 2020).

9. CONCLUSÃO

Os resultados mostram a influência do apoio social (capital social) para a saúde mental dos participantes. Reforçam ainda, a importância do estabelecimento de laços, das redes sociais e de apoio para a saúde do indivíduo. Dessa forma, conclui-se que o capital social exerce influência no transtorno mental comum apresenta na população estudada. Os itens sexo, nível de escolaridade e renda influenciam na chance de desenvolvimento do TMC na população Adventista da cidade de São Paulo.

REFERÊNCIAS

ADVENTISTAS.ORG. Igreja Adventista do Sétimo Dia: Quem são os adventistas? c2013- 2017. Disponível em: .<<https://www.adventistas.org/pt/institucional/os-adventistas/quem-saoos-adventistas/>>

AGAMPODI, T. C., AGAMPODI, S. B., GLOZIER, N., & SIRIBADDANA, S. Measurement of social capital in relation to health in low and middle income countries (LMIC): **A systematic review. Social Science and Medicine**, 128(January), 95–104, 2015.

ÁLVAREZ, E. C.; ROMANÍ, J. R. Measuring social capital: further insights. *Gaceta sanitaria*, v. 31, p. 57-61, 2017.

ALVEZ, S. M. D.; MAIA, C. M. O CAPITAL SOCIAL COMO CATEGORIA DE ANÁLISE (POLÍTICA) REGIONAL. **Anais do Simpósio Latino-Americano de Estudos de Desenvolvimento Regional**, v. 2, n. 1, 2020.

ARAÚJO, T. M. DE .; PINHO, P. DE S.; ALMEIDA, M. M. G. DE .. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 5, n. 3, p. 337–348, jul. 2005.

BALTAZAR, D. V. S. et al. Crenças religiosas no contexto dos projetos terapêuticos em saúde mental: impasse ou possibilidade? Um estudo sobre a recorrência às crenças religiosas pelos pacientes psiquiátricos e os efeitos na condução do tratamento pelos profissionais de saúde mental. 2003. Tese de Doutorado.

BEZERRA, E. N. R. Transtornos mentais comuns em homens do contexto urbano e rural: prevalência e fatores associados à saúde mental Common mental disorders in urban and rural men: prevalence and factors associated with mental health. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 3, p. 17861-17871, 2022.

BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. DE A.; BOTEGA, N. J.. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 7, p. 1415–1426, jul. 2013.

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, p. 241–258, 1986.

BRAGA, N. L.; MACIEL, R. H.; CARVALHO, Renata Guimarães de. Redes sociais e capital social de catadores associados. **Psicologia & Sociedade**, v. 30, 2018.

CABISTANY, L. D. **Religiosidade e saúde em adventistas do Sétimo Dia, Pelotas-RS**. 2014. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pelotas.

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

CAMARGO, L. M. A.; SILVA, R. P. M.; MENEGUETTI, D. U. de O. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de coorte ou coorte prospectivo e retrospectivo. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo , v. 29, n. 3, p. 433-436, dez. 2019.

CAMPOS, I. DE O. et al.. Escolaridade, trabalho, renda e saúde mental: um estudo retrospectivo e de associação com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, n. 3, p. e310319, 2021.

CAMPOS, T. C.; VÉRAS, R. M.; ARAÚJO, T. M. de. Transtornos mentais comuns em docentes do ensino superior: evidências de aspectos sociodemográficos e do trabalho. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, v. 25, p. 745-768, 2020.

CANESQUI, Ana Maria; BARSAGLINI, Reni Aparecida. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012.

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

CARVALHO, A. B. de et al. Família, capital social e desenvolvimento sustentável. **SEMOC-Semana de Mobilização Científica**, 2019.

COLEMAN, J. S. Social Capital in the Creation of Human Capital. **American Journal of Sociology**, v. 94, p. 95–120, jan. 1988.

COLEMAN, J. Social Capital, Foundations of Social Theory. Cambridge, Massachusetts, The Belknap Press of Harvard University Press, 1990.

COLEMAN, J. S. Social capital, human capital, and investment in youth. *Youth unemployment and society*, 34, 1994.

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, 2005.

DANTAS, C. M. B. et al. Território e determinação social da saúde mental em contextos rurais. **Athenea digital**, v. 20, n. 1, 2020.

DENISE, Hengell dos Santos Fraga. CRENÇAS INDIVIDUALISTAS E ANSIEDADE NA CIVILIZAÇÃO PÓSMODERNA. 2021.

DE ALENCAR, A. V. M. et al. A relação entre depressão e ideação suicida na juventude. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 12, n. 39, p. 519-532, 2018.

DE OLIVEIRA, F. K. R.; DA SILVA GUIMARÃES, É. P. A importância dos serviços substitutivos na vida dos indivíduos com transtornos mentais. 2022.

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

DIMENSTEIN, M. et al. Condições de vida e saúde mental e m contextos rurais. **Serviço Social e Saúde**, v. 16, n. 1, p. 151-158, 2017.

DOS REIS, E. M.; COSTA DOS SANTOS, P.; PUCCI, S. H. M. Ideação e Tentativa de Suicídio em Idosos: Fatores de Risco Associados. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 6, p. 211-220, 2021.

FAGUNDES, I. V. de O.. **Transtorno mental comum em idosos com doenças crônicas não transmissíveis**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

FEITOSA, C. D. A.; FERNANDES, M. A.. Leave of absence due to depression. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 28, p. e3274, 2020.

FERNANDES, J. V. C. Igreja Adventista do Sétimo dia: o sábado sagrado e o trabalho. *Anais do Simpósio Nacional de Estudos da Religião da UEG*, v. 1, n. 1, 2019.

FERREIRA, F. A. M. Ansiedade generalizada: ouvir para ajudar. Como usar o acolhimento para tratar a ansiedade. 2017.

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, 2012.

GENEVA, S. Depression and other common mental disorders.[Google Scholar]. 2017.

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.

GOMES, E. P.. **Análise da Associação entre Vegetarianismo e aterosclerose subclínica em população adulta no Estado de São Paulo**. 2019. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

GONÇALVES, J. de S. et al. Religiosidade e os transtornos mentais comuns em adultos. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1708-1715, 2017.

GONTIJO, C. F. et al. Um estudo longitudinal da associação do capital social e mortalidade entre idosos brasileiros residentes em comunidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, 2019.

GUIMARÃES, É. P. da S. A importância dos serviços substitutivos na vida dos indivíduos com transtornos mentais. 2022.

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

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, 2009.

LEITE, R. F. M. Perfil sociodemográfico e saúde mental em cuidadores informais de idosos no município de São Paulo - Brasil: desafios para as políticas públicas. 2013. Tese de Doutorado.

LEONARD, T. et al. Social capital and public goods. *The Journal of Socio-economics*, Beer Sheva, v. 39, n. 4, p. 474-481, 2010. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S105353571000020X>>.

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, 2007.

LUDERMIR, A. B.; FILHO, D. A. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 213-221, 2002.

MACEDO, J. P. et al. Apoio social, transtorno mental comum e uso abusivo de álcool em assentamentos rurais. **Trends in Psychology**, v. 26, p. 1123-1137, 2018.

MAIA, C. M.; SANTIN, M. A. V.. A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS PROCESSOS DE DECISÃO NA CONSTRUÇÃO REGIONAL. **Extensão em Foco (ISSN: 2317-9791)**, v. 1, n. 2, p. 199-207, 2015.

MALHEIROS, J. M. Diagnóstico da população imigrante em Portugal: desafios e potencialidades. Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, 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.

MARCELINO, B. A. de M. Religião e migração: uma pesquisa etnográfica entre haitianos evangélicos em um bairro periférico de São Paulo. *Espaços - Instituto São Paulo de Estudos Superiores*, 27(2), 191–200, 2019.

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.

MENG, A., CLAUSEN, T., & BORG, V. The association between team-level social capital and individual-level work engagement: Differences between subtypes of social capital and the impact of intra-team agreement. **Scandinavian Journal of Psychology**, 59(2), 198–205, 2018.

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde: Saúde mental. Brasília (DF); 2013.

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

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G.. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, p. 361–367, mar. 2012.

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.

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**, 38(2), 91-97, 2016.

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, 2008.

OLIVEIRA, A.R.; PONTES, D.R.Q.; NETO, J.H.B.; MARTINIANO, C.S.; ALVES, M. O trabalho de enfermeiros na atenção primária à saúde rural na visão de gestores. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.8, n.1, 1014-1033, jan. 2022.

OLIVEIRA, L. A.; BALDAÇARA, L. R.; MAIA, M. Z. B.. Afastamentos por transtornos mentais entre servidores públicos federais no Tocantins. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 40, n. 132, p. 156–169, jul. 2015.

OLIVEIRA, M. E. T. de; CARLOTTO, M. S. Fatores Associados aos Transtornos Mentais Comuns em Caminhoneiros. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 36, 2020.

OLIVEIRA, M. J. Inscrições no espaço social: os imigrantes brasileiros no Grande Porto. *Sociol. Antropol.*, 07(22), 459–490, 2017.

PALMA-RUIZ, J. M., & SERRANO-BEDIA, M. C. Social Capital Multidimensionality as a Determinant of Entrepreneurial Intention: Evidence from Mexico and Spain. **International Journal of Smart Education and Urban Society**, 10(3), 43–56, 2019.

PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F.; HAAS, J. V, et al. Common mental disorders and associated factors: a study of women from a rural area. **Rev. da Escola de Enfermagem USP**, v. 51, n. 1, 2017.

PATEL, V. Poverty, inequality, and mental health in developing countries. In: **Poverty, inequality, and mental health in developing countries: An International Perspective**. v. 5, p. 247–261, 2001.

PERES, J. F. P.; SIMÃO, M. J. P.; NASELLO, A. G. Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, v. 34, p. 136-145, 2007.

PETRINI, G. & DIAS, M. Família como capital social e políticas familiares. In: BASTOS, A. C. *Família no Brasil*, Curitiba, Ed. Juruá, 2015.

PRINS H. *Social Origins of Depression. A Study of Psychiatric Disorder in Women*. New York: Free Press; 1978.

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

RAPOSO, M. de D. E. **Promoção da Saúde Mental Familiar: concepção, papel, perspectivas e estratégias de intervenção do enfermeiro de família**. 2021. Tese de Doutorado.

REIS, A. L. N. Capital social de equipes: uma análise por meio da abordagem das configurações. 2021.

RIBEIRO, I. B. das S. et al. Common mental disorders and socioeconomic status in adolescents of ERICA. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. Rev. Saúde Pública, 2020.

RIBEIRO, L. L.; ARAUJO, J. A. de. Capital social e pobreza no Brasil. **Brazilian Journal of Political Economy**, v. 38, p. 749-765, 2018.

RODRIGUES, D. da S. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em estudantes de uma universidade pública brasileira. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 30, 2022.

RODRIGUES, W. Capital social e desenvolvimento regional no Brasil. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, v. 14, n. 1, 2018.

SANTOS, G. de B. V. dos et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00236318, 2019.

SILVA, G. A.; SOUZA, C. L.; OLIVEIRA, M. V. Teste oral de tolerância à glicose: solicitações desnecessárias e condições adequadas a realização do teste. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 56, 2020.

SILVA, P. A. dos S. da et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. **Ciencia & saude coletiva**, v. 23, p. 639-646, 2018.

SOSSOU, I. S. et al. Bioimpedância elétrica na avaliação da composição corporal: uma revisão dos princípios biofísicos, diferentes tipos, aspectos metodológicos, validade e aplicabilidade de suas medidas. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 16, n. 102, p. 596-604, 2022.

SOUTO, E. P. Percepção da disponibilidade do capital social e sua associação com os transtornos mentais comuns e depressão: resultados do ELSA-BRASIL. 104 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de saúde pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

SOUZA, E. M., & Grundy, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: Inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1354-1360, 2004.

SOUZA JÚNIOR, E. V. de et al. Associação entre transtorno mental comum e qualidade de vida de pessoas idosas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021.

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, 2004.

TOMÁS, M. I. Pluralidade Religiosa, Fluxos Migratórios e Cidadania. *Revista Lusófona de Ciência das Religiões*, 20, 469–482, 2017.

VIEIRA, W. J. P. ADVENTISTAS DO SÉTIMO DIA NO MERCADO DE TRABALHO: um estudo sobre a guarda religiosa do sábado a partir da percepção de praticantes. 2023.

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.

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.

WOODS, A. Multinivel analyses of neighborhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. **Br J. Gen Pract.**, n. 54, p. 504-506, 2004.

WOOLCOCK, M. Social capital and economic development: Toward a theoretical synthesis and policy framework. *Theory and Society*, 27(2), 151–208, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Towards a common language for functioning, disability, and health: ICF. **The international classification of functioning, disability and health**, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. World mental health report: transforming mental health for all. 2022.

ANEXOS

Questionário - 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)

93

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

94

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 conseguiu 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 interesso -----> 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 interesso

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

Relacionamento com esposo(a) / companheiro(a)

Relacionamentos com amigos

Moradia

Problemas financeiros

Sua saúde física

Sua saúde mental

Trabalho / estudo ou falta de trabalho

Problemas com a justiça

Problemas políticos /notícias

Outros

Não sabe informar / nada em especial

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 [] []

Relacionamento com esposo(a)/companheiro(a) [] []

Relacionamentos com amigos [] []

Moradia [] []

Problemas financeiros [] []

Sua saúde física [] []

(PULE PARA SEÇÃO J)

Sua saúde mental [] []

Trabalho / estudo ou falta de trabalho [] []

Problemas com a justiça [] []

Problemas políticos / notícias [] []

Outros [] []

Não sabe informar / nada em especial [] []

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

16. 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)

17. 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

18. 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?

19. 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

110. 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 OK)

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?

100

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)

101

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

102

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

103

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

APÊNDICE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apresentação do estudo:

A **Análise de Dieta e Hábitos de Vida na Prevenção de Eventos Cardiovasculares em Adventistas do Sétimo Dia – Estudo ADVENTO** – é uma pesquisa sobre doenças crônicas que acometem a população adulta, principalmente as doenças cardiovasculares e o diabetes. É um estudo pioneiro no Brasil por correlacionar dieta e aparecimento de Aterosclerose subclínica.

Graças a pesquisas semelhantes desenvolvidas em outros países, hoje se sabe, por exemplo, da importância de cuidados à pressão arterial e à dieta para a prevenção dessas doenças.

Objetivos do estudo:

O Estudo ADVENTO investigará fatores que podem levar ao desenvolvimento dessas doenças, ou ao seu agravamento, visando sugerir medidas mais eficazes de prevenção ou tratamento. Os fatores investigados incluem aspectos relacionados aos hábitos de vida, família, trabalho, lazer e saúde em geral, inclusive fatores genéticos.

Instituições envolvidas no estudo:

O estudo está sob a responsabilidade da Universidade de São Paulo, sob a coordenação do Hospital Universitário da USP.

Participação no estudo:

O/A Sr./a é convidado/a a participar **Estudo ADVENTO**, com a realização de entrevistas, de exames e medidas que ocorrerão em várias etapas.

Inicialmente, o/a Sr./a fará a primeira parte da entrevista, e será agendado/a para comparecer ao **Centro de Investigação ESTUDO ADVENTO / ELSA (CI-SP)**, situado no Hospital Universitário - 4º andar, Av. Lineu Prestes 2565, Cidade Universitária, em dois momentos: o primeiro com duração de cerca de cinco a seis horas pela manhã, e o segundo à tarde, com duração prevista de uma hora. No CI-SP, o/a Sr/a. fará a segunda parte da entrevista, realizará algumas medidas (peso, altura, circunferência de cintura, quadril e pescoço, pressão arterial), exame de urina de 12 horas noturnas, ultrassom do abdome e carótidas, eletrocardiograma, fotografia do fundo de olho e exames especializados de

2 Hemograma completo, exames diagnósticos para diabetes (glicose e insulina em jejum e pós-ingestão e teste de tolerância à glicose), creatinina, dosagem de lipídios, hormônios associados ao diabetes ou à doença cardiovascular e provas de atividade inflamatória.

fisiologia cardiovascular (Variabilidade da Frequência Cardíaca e Velocidade da Onda do Pulso). Realizará também exames de sangue², para os quais serão feitas duas coletas: a primeira quando chegar, em jejum de 12 horas, e a segunda, após duas horas da ingestão de uma bebida doce padrão (exceto os diabéticos que receberão um lanche específico em substituição). O total de sangue coletado será aproximadamente de 65 ml, e não traz

inconveniências para adultos. Apenas um leve desconforto pode ocorrer associado à picada da agulha. Algumas vezes pode haver sensação momentânea de tontura ou pequena reação local, mas esses efeitos são passageiros e não oferecem riscos. A maioria desses exames já faz parte da rotina médica e nenhum deles emite radiação.

Caso necessário, será solicitada sua liberação para participar da pesquisa em horário de trabalho.

A coleta de sangue segue rotinas padronizadas e será realizada, assim como os demais procedimentos, por pessoal capacitado e treinado para este fim, supervisionados por profissional qualificado que poderá orientá-lo/a no caso de dúvida, ou alguma outra eventualidade.

Após esta primeira etapa do estudo, o/a Sr/a. será periodicamente contatado/a por telefone, correspondência ou e-mail para acompanhar as modificações no seu estado de saúde e para obtenção de informações adicionais.

Para poder monitorar melhor sua situação de saúde, é essencial obter detalhes clínicos em registros de saúde. Assim, necessitamos obter informações de outras instituições do sistema de saúde, a respeito da ocorrência de hospitalizações, licenças médicas, eventos de saúde, aposentadoria, ou afastamento de qualquer natureza. Para isso é imprescindível que nos autorize por escrito o acesso às mesmas ao final deste documento. Infelizmente, sem essa autorização, não será possível sua participação no estudo, pois dela depende a confirmação de eventos clínicos.

Armazenamento de material biológico:

Serão armazenadas amostras de sangue, urina e ácido desoxirribonucléico (DNA) por um período de cinco anos, sem identificação nominal, de forma segura e em locais especialmente preparados para a conservação das mesmas. Assim como em outras pesquisas no país e no mundo, essas amostras são fundamentais para futuras análises que possam ampliar o conhecimento sobre as doenças em estudo, contribuindo para o avanço da ciência.

Análises adicionais, de caráter genético ou não, que não foram incluídas nos objetivos definidos no protocolo original da pesquisa, poderão ser realizadas mediante a apresentação de projetos de pesquisa específicos, aprovados pelo Comitê Diretivo e pelos Comitês de Ética em Pesquisa. O participante, ao assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por meio de sua participação, desde já está ciente desta possibilidade, e explicitamente por meio deste dispensa a assinatura de novos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para estas novas análises de material biológico coletado.

Seus direitos como participante:

Sua participação é inteiramente voluntária, sendo fundamental que ocorra em todas as etapas do estudo. Entretanto, se quiser, poderá deixar de responder a qualquer pergunta durante a entrevista, recusar-se a fazer qualquer exame, solicitar a substituição do/a entrevistador/a, ou deixar de participar da pesquisa a qualquer momento.

Não será feito qualquer pagamento pela sua participação e todos os procedimentos realizados serão inteiramente gratuitos. Os participantes poderão ter acesso aos resultados das análises realizadas no estudo por meio de publicações científicas.

Os exames e medidas realizados no estudo não têm por objetivo fazer o diagnóstico médico de qualquer doença. Entretanto, como eles podem contribuir para o/a Sr/a. conhecer melhor sua saúde, os resultados destes exames e medidas lhe serão entregues e o/a Sr/a.

será orientado a procurar a Unidade Básica de Assistência a Saúde (UBAS) ou outro serviço de saúde de sua preferência, quando eles indicarem alguma alteração em relação aos padrões considerados normais. Se durante a sua permanência no CI-SP forem identificados problemas que requeiram atenção de urgência/emergência, o/a Sr/a. será atendido/a no próprio Hospital Universitário - USP.

Todas as informações obtidas do/a Sr/a. serão confidenciais, identificadas por um número e sem menção ao seu nome. Elas serão utilizadas exclusivamente para fins de análise científica e serão guardadas com segurança - somente terão acesso a elas os pesquisadores envolvidos no projeto. Com a finalidade exclusiva de controle de qualidade, sua entrevista será gravada e poderá ser revista pela supervisão do projeto. A gravação será destruída posteriormente. Como nos demais aspectos do projeto, serão adotados procedimentos para garantir a confidencialidade das informações gravadas. Em nenhuma hipótese será permitido o acesso a informações individualizadas a qualquer pessoa, incluindo empregadores, superiores hierárquicos e seguradoras.

Uma cópia deste Termo de Consentimento lido será entregue. Se houver perguntas ou necessidade de mais informações sobre o estudo, ou qualquer intercorrência, o/a Sr/a. pode procurar os coordenadores do Estudo ADVENTO em São Paulo, Dr. Everton Gomes, no número (11) 94949-0009, no Hospital Universitário - USP, Av. Lineu Prestes, 2565.

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da USP pode ser contatado pelo seguinte telefone: (11) 3091-9457.

Sua assinatura a seguir significa que o/a Sr/a. leu e compreendeu todas as informações e concorda em participar da pesquisa Estudo ADVENTO.

Análise de Dieta e Hábitos de Vida na Prevenção de Eventos Cardiovasculares em Adventistas do Sétimo Dia - Estudo ADVENTO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome do participante _____

Documento de Identidade _____

Data de nascimento _____

Endereço _____

Telefone para contato _____

Declaro que compreendi as informações apresentadas neste documento e dei meu consentimento para participação no estudo.

Autorizo os pesquisadores **do Estudo ADVENTO - Análise de Dieta e Hábitos de Vida na Prevenção de Eventos Cardiovasculares em Adventistas do Sétimo Dia** -, a obter informações sobre a ocorrência de hospitalizações, licenças médicas, eventos de saúde, aposentadoria, ou afastamento de qualquer natureza em registros de saúde junto ao Hospital Universitário - USP e a outras instituições de saúde públicas ou privadas, conforme indicar a situação específica.

No caso de hospitalização, autorizo, adicionalmente, que o/a representante do ESTUDO ADVENTO, devidamente credenciado/a, copie dados constantes na papeleta de internação, bem como resultados de exames realizados durante minha internação.

As informações obtidas somente poderão ser utilizadas para fins estatísticos e deverão ser mantidas sob proteção, codificadas e sem minha identificação nominal.

Assinatura do Participante _____

Coordenador ou vice coordenador

RG

Análise de Dieta e Hábitos de Vida na Prevenção de Eventos Cardiovasculares em Adventistas do Sétimo Dia – Estudo ADVENTO

Declaro concordar que amostras de sangue sejam armazenadas para análises futuras sobre as doenças crônicas em estudo.

Sim

Não

Assinatura do Participante _____

Local _____ Data ____ / ____ / ____

Nome do/a entrevistador/a: _____

Código do/a entrevistador/a no CI-SP _____

Assinatura do entrevistador _____

