

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



TESE DE DOUTORADO

**Associação entre Características do Contexto Social de Vizinhança e
Transtornos Mentais Comuns**

Tatiani Secretti

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Angélica Nunes

Porto Alegre, junho de 2015

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



TESE DE DOUTORADO

**Associação entre Características do Contexto Social de Vizinhança e
Transtornos Mentais Comuns**

Tatiani Secretti

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Angélica Nunes

A apresentação desta tese é exigência do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Porto Alegre, Brasil.
2015

CIP - Catalogação na Publicação

Secretti, Tatiani

Associação entre características do contexto social de vizinhança e transtornos mentais comuns / Tatiani Secretti. -- 2015.
156 f.

Orientador: Maria Angélica Nunes.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Prevalência. 2. Transtornos Mentais Comuns. 3. Coesão social. 4. Segurança. 5. Características autorreferidas de vizinhança. I. Nunes, Maria Angélica, orient. II. Título.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Daniela R. Knauth
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Prof^a. Dr^a. Luciane Nascimento Cruz
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Instituto de Ciências e Tecnologia para avaliação
de Tecnologias em Saúde (IATS)

Prof. Dr. Roger Keller Celeste
Departamento de Odontologia Preventiva e Social
Faculdade de Odontologia - UFRGS

Uma cidade saudável é aquela que continuamente cria e melhora ambientes físicos e sociais e expande recursos comunitários que permitem às populações suportarem-se mutuamente no desempenho de todas as funções das suas vidas e no desenvolvimento de seus potenciais máximos.

Hancock & Duhl, 1988

AGRADECIMENTOS

Neste momento, tenho muito a agradecer àqueles que me incentivaram e me apoiaram nessa trajetória, entre os quais, minha família e insubstituíveis e grandes amigos.

Agradeço à minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Maria Angélica, pelo acompanhamento, ensinamentos, paciência e dedicação durante este trabalho.

Agradeço, com muito carinho, à coordenação do ELSA-RS, Prof^a. Dr^a. Maria Inês Schimidt e Prof. Dr. Bruce Bartholow Duncan, pela oportunidade de trabalhar no projeto ELSA e pela disponibilização dos dados.

A todos os professores que fizeram parte da construção dos meus conhecimentos nesta trajetória – os professores do PPGEPI e dos demais níveis acadêmicos.

À equipe do Laboratório de Georreferenciamento DIS/CICT/FIOCRUZ - ELSA-RJ – Simone M. Santos e todos os que contribuíram para a construção e delimitação das vizinhanças locais.

À equipe de Estatística do ELSA-RS, pelo apoio e profissionalismo – Prof. Dr. Álvaro Vigo, Rubens Ladwig e, em especial, o Prof. Me. Markus Stein, que, mesmo a distância, disponibilizou horas e horas de Skype, dando suporte estatístico.

Aos colegas do ELSA-RS, pela convivência agradável e pela contribuição do trabalho em equipe, que proporcionou grandes e duradouras amizades.

Agradeço imensamente aos Professores da Banca Examinadora, por sua disponibilidade e pelas valiosas contribuições e sugestões dadas a este trabalho.

Agradeço à CAPES, pelo suporte financeiro.

Aos meus pais, pela motivação, pelo apoio, pela fé, por entenderem a distância, pela contribuição de todas as formas possíveis. Amor incondicional. Amo vocês!

Agradeço ao Universo e ao Mestre Superior, por me proporcionarem tantos encontros com pessoas e situações positivas e por sempre guiarem meus pensamentos e ações.

A todos que, de alguma forma, compartilharam deste trabalho e contribuíram para que hoje eu estivesse aqui: muito obrigada!

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS	6
RESUMO	9
ABSTRACT	11
1 APRESENTAÇÃO	13
2 INTRODUÇÃO	14
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 Vizinhança e saúde	18
3.1.1 Vizinhança e delimitação	20
3.1.2 Mensuração das características de vizinhanças	24
3.1.3 Modelo multinível ou hierárquico	27
3.2 Transtornos Mentais	29
3.2.1 Saúde Mental e Transtorno Mental	29
3.2.2 Transtorno Mental Comum	31
3.2.3 Instrumentos para avaliação de transtornos mentais comuns	35
3.3 Saúde mental e características do ambiente de vizinhança	38
3.3.1 Coesão social	47
3.3.2 Percepção de Segurança	49
3.4 Transtorno mental e percepção de coesão social e segurança da vizinhança	53
3.5 Transtorno mental e coesão social e segurança – análise multinível	59
3.5.1 Transtorno mental e coesão social da vizinhança	59
3.5.2 Transtorno mental e percepção de segurança da vizinhança	62
3.5.3 Transtorno mental e percepção de coesão social e de segurança	65
3.6 Síntese de aspectos relevantes da revisão bibliográfica	66
4 OBJETIVOS	69
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
6 ARTIGO 1	81
7 ARTIGO 2	102
8 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
9 ANEXOS	137
ANEXO A – Aprovação da pesquisa pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)	138
ANEXO B – Questionário CIS-r	140
ANEXO C – Questionário Vizinhança	152

ABREVIATURAS E SIGLAS

AHS – Arizona Health Survey

BDI – Beck Depression Inventory

BHSP – British Household Panel Survey

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CCAHS – Chicago Community Adult Health Study

CES-D – Center for Epidemiologic Studies Depression

CID – 10 – Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão

CIS-R – Clinical Interview Schedule

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CRS – Conner's Rating Scale

DALYS – *disability adjusted life of years*

DSM-V – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5ª Edition

ED – Episódio Depressivo

ELSA – Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto

EU – Estados Unidos

GEE – Generalized Estimating Equations

GHQ-12 – General Health Questionnaire -12

HALCyon – Healthy Ageing across the Life Course

HCS – The Hertfordshire Cohort Study

IC – Intervalo de confiança

MESA – *Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis*

MQL – *Marginal Quasi-Likelihood*

MoNNET-HA – *Montreal Neighbourhood Networks and Health Ageing Study*

NCDS – National Child Development Survey

NLAAS – National Latino and Asian American Study

NSHD – National Survey of Health and Development

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

OR – Odds ratio

ORANJ BOWL – Ongoing Research on Ageing in New Jersey: Bettering Opportunities for Wellness in Life

OSS – Observação social sistemática

PHDCN – Project on Human Development in Chicago Neighborhoods

PPGEPI – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

PQL – *Penalized Quasi-Likelihood*

RP – Razão de Prevalência

RS – Rio Grande do Sul

SIG – Sistemas de Informação Geográfica

SRQ-20 – Self-Reporting Questionnaire

TA – Transtorno de ansiedade

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TM – Transtorno mental

TMAD – Transtorno misto de ansiedade e depressão

TMC – Transtorno mental comum

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UK – Reino Unido

WEMWBS – Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale

RESUMO

Contexto: A influência das características do ambiente social de vizinhança nos transtornos mentais comuns (TMC) ainda é pouco estudada, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil, onde há poucos trabalhos sobre o tema. **Objetivos:** O objetivo geral foi investigar as relações entre as percepções de coesão social e segurança da vizinhança e transtorno mental comum, considerando-se as relações entre características individuais e de grupo bem como as medidas no nível agregado e no individual. **Métodos:** Essa pesquisa foi realizada com dados da linha de base (2008-2010) do Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto - ELSA-Brasil, que é um estudo multicêntrico com 15.105 servidores civis, ativos e aposentados vinculados a seis instituições públicas de ensino superior e de pesquisa brasileiras. Foi utilizado o instrumento CIS-R, que permite rastrear o TMC e possibilita identificar seis categorias diagnósticas desse transtorno. Coesão social e segurança foram medidas por meio de escalas validadas de características autorreferidas de vizinhança. As covariáveis sexo, idade, estado civil, raça/cor, renda familiar *per capita* foram autorreferidas na entrevista de linha de base. O modelo de regressão de Poisson com variância robusta foi utilizado para estimar a razão de prevalência das associações entre os desfechos e as variáveis de exposição. Regressão logística multinível foi empregada considerando vizinhanças no nível 2 e os indivíduos no nível 1, para estimar o efeito aleatório de vizinhança e as razões de chance. **Resultados:** Resultados da percepção individual das características de vizinhanças indicaram associação entre pior percepção de coesão social e de segurança na vizinhança e transtornos mentais comuns, e essa associação permanece após o ajuste para as variáveis individuais, ou seja, participantes que percebiam morar em uma vizinhança com mais baixa coesão social e menos segura tiveram maior chance de apresentar TMC mesmo após ajustes para as covariáveis sociodemográficas. As variações entre as vizinhanças foram estatisticamente significativas no modelo vazio para TMC. Pequena porção da variância (2,3%) no TMC pode ser atribuída às vizinhanças. As estimativas de razão de chance obtidas no modelo multinível mostraram uma variação significativa no TMC relacionada ao nível de coesão social e de segurança da vizinhança, que não pode ser totalmente explicada por fatores individuais, como sexo, idade, raça/cor, estado civil, escolaridade e renda familiar *per capita*. **Conclusão:** Esse estudo apresenta evidências da associação entre percepção de coesão social

e segurança individual da vizinhança nos TMC, bem como entre as medidas agregadas da percepção de coesão social e segurança e TMC, mesmo após ajustes das variáveis individuais. Aproximadamente 2,3% da variabilidade na prevalência do TMC foram atribuídos ao contexto de vizinhança, e o restante ao nível individual, considerando o modelo “vazio”.

Palavras-chave: Transtorno mental comum; Contexto social, Vizinhança

ABSTRACT

Context: The influence of the characteristics of the neighborhood social environment in common mental disorders (CMD), is poorly studied, mainly in developing countries such as Brazil, where there are few studies on the topic. **Purposes:** The general purpose was to investigate the relationships between the perceptions of social cohesion and neighborhood safety and common mental disorder, considering the relationships between individual and group characteristics as well as the ones measured in aggregate and individual level. **Methods:** This research was carried out using baseline data (2008-2010) from the Adult Health Longitudinal Study - ELSA-Brasil, which refers to the multicentric study with 15105 civil servants, active and retired ones linked to six Brazilian public higher education and research institutions. The instrument CIS-R was used which enables tracking the CMD and enables identifying six diagnosis categories of CMD. Social cohesion and safety were measured using validated scales of neighborhood self-referred characteristics. The covariates gender, age, marital status, race/color, *per capita* income were self-referred in the baseline interview. The Poisson regression model with robust variance was used to estimate the prevalence ratio of the associations between the outcomes and the exposition variables. Multilevel logistic regression was used considering neighborhoods in the level 2 and the individuals in the level 1 to estimate the neighborhood random effect and the chance ratios. **Results:** Individual perception results of neighborhood characteristics indicated association between worst perception of social cohesion and neighborhood safety perception and common mental disorders, and this association remains after the adjustment for the individual variables, that is, participants who noticed living at a neighborhood with lower social cohesion and less safe had a bigger chance to present common mental disorders even after

adjustments for the socio demographic covariates. The variations between the neighborhoods were statistically significant in the empty model for CMD. A small portion of variance (2,3%) in the CMD can be attributed to the neighborhoods. The chances ratio estimates obtained in the multilevel model showed a significant variation in common mental disorders related to the level of social cohesion and neighborhood safety, which cannot be totally explained by individual factors such as gender, age, race/color, marital status, education and *per capita* income. Approximately 2,3% of variability in the prevalence of CMD was attributed to the neighborhood context and the rest to the individual level individual, considering the model as “empty”. **Conclusion:** This study presents evidences of the association between social cohesion and neighborhood individual safety perception in the CMD, as well as between the aggregate measures of social cohesion and safety perception and CMD, even after adjustment of the individual variables. About 2,3% of the variation in CMD prevalence was attributed to the context of neighborhood, and the rest to the individual level, considering the “empty” model.

Keywords: Common mental disorder; social context; neighborhood

1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na tese de doutorado intitulada *Associação entre Características do Contexto Social de Vizinhaça e Transtornos Mentais Comuns*, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 24 de junho de 2015. O trabalho contém três partes, na ordem que segue:

1- Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos

2- Artigos:

- Associação entre prevalência de transtorno mental comum e percepção de coesão social e de segurança na vizinhaça – Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto (ELSA-Brasil)
- Características Autorreferidas de Vizinhaça – Coesão Social e Segurança – e a Presença de Transtorno Mental Comum no Estudo ELSA-Brasil: Uma análise multinível

3- Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos Anexos: Aprovação da Pesquisa pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (Anexo A), Questionário CIS-R (Anexo B) e Questionário Vizinhaça (Anexo C).

2 INTRODUÇÃO

A presente tese aborda a associação entre as características de coesão social e segurança percebidas na vizinhança, e transtorno mental comum (TMC), no contexto brasileiro. Os TMCs, ainda que, na sua maioria, possam ser evitados ou tratados, atingem mais de 25% da população mundial (Pereira *et al.*, 2008). Eles são caracterizados por sintomas psiquiátricos não psicóticos, tais como depressão, ansiedade, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas, entre outros, que ocasionam incapacidade funcional ou afetam o funcionamento normal das pessoas em suas atividades diárias (Goldberg & Huxley, 1992).

Os indivíduos com TMCs necessitam de cuidados de profissionais de saúde, mesmo que não necessariamente preencham todos os critérios formais para o diagnóstico de depressão ou ansiedade, de acordo com os manuais de classificações atuais do DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª edição) e da CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão) (Goldberg & Huxley, 1992).

No Brasil, pesquisas realizadas com amostras de diversos municípios apresentaram taxas de prevalência de TMC que variaram de 17% a 35% (Ludemir & Melo Filho, 2002; Marín-Léon *et al.*, 2007; Rodrigues-Neto, 2008). Os TMCs também apresentam elevado custo social e econômico, em virtude de serem causa importante de dias perdidos no trabalho e de aumentarem a demanda nos serviços de saúde (Goldberg & Huxley, 1992). No geral, eles representam uma das principais cargas significativas de doenças em todo mundo. Nas últimas estimativas dos anos de vida ajustados por incapacidades (*Disability Adjusted Life Years – DALYs*), observou-se que as causadas por transtornos mentais e comportamentais aumentaram para 37,6%, no período de 20 anos, 1990-2010 (Murray *et al.*, 2012; Lam *et al.*, 2014). Estima-se que, até 2030, a incidência de doenças mentais continuará a subir, levando a

maiores DALYs, e o transtorno depressivo liderará o grupo de doenças não transmissíveis (Mathers & Loncar, 2006).

Com relação aos determinantes de saúde mental, evidências apontam para a associação do TMC com algumas variáveis demográficas, como sexo, idade, estado civil (Anselmi *et al.*, 2008). Esses transtornos estão consistentemente associados a piores condições socioeconômicas e a baixos níveis educacionais (Patel *et al.*, 1999; Patel & Kleinman, 2003; Skapinakis *et al.*, 2006; Anselmi *et al.*, 2008). Ainda, no que diz respeito aos fatores de risco para os TMCs, é necessário ampliar o foco, partindo do indivíduo para seu contexto de inserção social, suas relações com o mundo e suas condições de vida. As cidades atuais, com seu funcionamento complexo, com suas redes e conexões, se estendem globalmente, com relevantes implicações em saúde (McMichael, 2000). A ocupação do espaço reflete as posições ocupadas pelos indivíduos na sociedade. Como consequência de uma construção histórica e social, essa ocupação reproduz as desigualdades e os conflitos existentes (Santos, 1979).

Diante dessas transformações, os fatores do ambiente social que compõem as relações sociais, as normas, a coesão social, e os aspectos das conexões sociais, como segurança e outros constructos, se mostram relevantes para a saúde, pois possibilitam a transmissão de comportamentos e impõem normas e controle social, podendo, assim, reduzir ou atenuar o estresse (Mair *et al.*, 2008). A percepção do ambiente social como estressante está associada com escores mais elevados de depressão, ansiedade e abuso de substâncias (Aneshensel & Sucoff, 1996; Ross, 2000; Boardman *et al.*, 2001; Latkin & Curry, 2003).

A coesão social é definida a partir do grau de conexão e de solidariedade existente entre as pessoas que vivem em limites geográficos definidos (Sampson *et al.*, 1997; Sampson, 2003). Locais com maior coesão social podem promover maior difusão de informações

relevantes para a saúde, em razão do grau de conectividade e confiança que existe entre os vizinhos (Rogers, 1983). Pesquisas mostram que pessoas com um forte senso de coesão social da vizinhança referem se sentir melhor (Gale *et al.*, 2011; Elliott *et al.*, 2014), apresentam menos depressão (Echeverría *et al.*, 2008) e melhor autopercepção de saúde dos indivíduos (Bjornstrom *et al.*, 2013). Percepções de pior coesão social e de violência na vizinhança estiveram associadas com escores mais elevados de sintomas depressivos (Mair *et al.*, 2009).

O estresse causado por viver em um ambiente percebido como inseguro pode levar à restrição de atividades cotidianas, ao aumento do sentimento de vulnerabilidade e ao isolamento social (Booth *et al.*, 2012), o que pode acarretar sofrimento psíquico (Maslow, 1987). A percepção de insegurança pode aumentar a ansiedade, tanto direta quanto indiretamente, por meio de sentimentos de impotência e medo (Perkins & Taylor, 1996; Ross & Jang, 2000).

Segundo Booth *et al.* (2012), quanto mais seguro o indivíduo se sente na vizinhança, menos sofrimento psicológico apresenta. E essa relação foi parcialmente mediada por sentimentos de impotência, isolamento social e desconfiança, o que indica potenciais fatores de risco e de proteção. Resultados de Wilson-Genderson & Pruchno (2013) indicaram que, quanto maior a ocorrência de crime violento na vizinhança e pior a percepção de segurança da vizinhança, maior a frequência de sintomas depressivos, mesmo após controle de idade, sexo e renda familiar.

De acordo com Thomas *et al.* (2007), é provável que o ambiente social (onde o indivíduo convive) seja mais importante do que o ambiente físico em relação aos TMCs. Esses autores sugerem a importância de entender o ambiente psicossocial (características psicossociais, tais como coesão social e capital social).

Para a avaliação do efeito do contexto de moradia, na saúde mental, é importante considerar dois tipos de abordagens analíticas. A abordagem individual, realizada por modelos multivariados não hierárquicos, que considera apenas a resposta individual, sem levar em conta a resposta dos outros participantes. Em outra perspectiva, porém, quando o objetivo do estudo é identificar os efeitos da vizinhança sobre os transtornos mentais, além das características individuais, é necessário utilizar a abordagem de modelos hierárquicos ou multinível (Diez-Roux & Mair, 2010), pois ela permite investigar tanto variações entre indivíduos quanto entre grupos bem como a contribuição de cada um desses níveis no desfecho de interesse (Kubzansky *et al.*, 2005; Santos *et al.*, 2007; Mair *et al.*, 2008; Diez-Roux, 2000-2007).

Diante do exposto, vale ressaltar que a maioria das pesquisas que envolve a associação entre características de vizinhança e depressão ou sintomas depressivos foi investigada em populações dos Estados Unidos e da Europa (Kim, 2008; Julien *et al.*, 2012). No Brasil, até o momento, ainda são escassas, pesquisas que relacionam coesão social e percepção de segurança na vizinhança com TMC.

Levando em consideração a abordagem individual e contextual do ambiente social de vizinhança, definiu-se como objetivo analisar e ampliar o conhecimento sobre a associação entre percepção das características de coesão social e segurança percebida na vizinhança e TMC, com dados transversais do Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto – ELSA-Brasil. O ELSA-Brasil é uma coorte de servidores de instituições públicas de ensino e pesquisa, de seis capitais brasileiras, com idades entre 35 e 74 anos. O conhecimento que o presente trabalho oportuniza irá ampliar a discussão sobre a qualidade dos atributos sociais da vizinhança na prevenção dos TMCs.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Vizinhança e saúde

Nas últimas décadas, muitos estudos na área de Epidemiologia e Saúde Pública têm se voltado para a importância que os atributos físicos e sociais do local de moradia exercem nas condições de saúde, além das características individuais (Diez-Roux, 2000-2007; Kubzansky *et al.*, 2005; Santos *et al.*, 2007; Mair *et al.*, 2008; Diez-Roux & Mair, 2010). Sob esse ponto de vista, a saúde não é a simples soma de exposição a estímulos nocivos ou benéficos, mas uma função interativa do indivíduo e seu ambiente (Aneshensel *et al.*, 2007).

Dessa forma, diversos aspectos de saúde/doença podem ser influenciados por ambientes de moradia com pior qualidade, devido a vários fatores, a saber: a violência – e o consequente aumento do estresse; a dificuldade de acesso a recursos, a cuidados com a saúde, a serviços bancários e a comércio local; e, também, a degradação na sua estrutura física (Pickett & Pearl, 2001; Brown *et al.*, 2004).

A determinação dos efeitos do contexto de moradia sobre a saúde é de interesse crescente no campo da Saúde Pública e Epidemiologia. E esse interesse está associado com algumas tendências na área. Considerar apenas determinantes no nível individual é insuficiente para a compreensão dos mecanismos causais envolvidos no processo saúde/doença (Diez-Roux & Mair, 2010). Outro aspecto a considerar é o interesse em determinar e mensurar informações do local de moradia, para a compreensão do impacto das desigualdades sociais e das diferenças raciais e étnicas na saúde (Diez-Roux & Mair, 2010).

Outra tendência que também tem auxiliado para a realização desses estudos são as técnicas analíticas, principalmente a análise multinível. Esse tipo de análise permite investigar

variações entre indivíduos e entre grupos bem como a contribuição de cada um desses níveis no desfecho de interesse (Diez-Roux, 2000-2007; Kubzansky *et al.*, 2005; Santos *et al.*, 2007; Mair *et al.*, 2008). Destacam-se, também, as técnicas de desenvolvimento dos Sistemas de Informação Geográfica (GIS) e a análise espacial (Diez-Roux & Mair, 2010).

Vale ressaltar, ainda, nas últimas décadas, as mudanças demográficas ocorridas com relação à urbanização como outro foco de interesse. As cidades com suas redes e conexões têm importantes implicações na saúde, incluindo problemas sociais como a violência, os acidentes de trânsito e a insegurança. Caiffa *et al.* (2008) afirmam que viver na cidade é certamente a mudança demográfica mais importante ocorrida nas últimas décadas. Já McMichael (2000) destaca o fato de que as cidades atuais representam metabolismos complexos que, com suas redes e conexões, estendem-se globalmente, com relevantes implicações em saúde, incluindo a agudização dos problemas sociais, como a violência, os acidentes de trânsito, a presença de doenças emergentes e reemergentes, transmissíveis ou não.

Os determinantes sociais de saúde operam por meio de vários processos no contexto de moradia. Portanto, a Saúde Coletiva e a Epidemiologia devem considerar o impacto do entorno físico e social na saúde (Morgan & Chin, 1983; Diez-Roux *et al.*, 1997; Cohen *et al.*, 2000; Balfour & Kaplan, 2002; Caiiffa *et al.*, 2005). Nesse sentido, políticas de habitação e de planejamento urbano podem ter importantes implicações na prevenção de doenças (Diez-Roux & Mair, 2010).

Pesquisas atuais têm relatado a associação entre desfechos em saúde e características de vizinhança (Pickett & Pearl, 2001), incluindo os sintomas depressivos (Galea *et al.*, 2005; Kubzansky *et al.*, 2005; Mair *et al.*, 2008; Wight *et al.*, 2009), as doenças cardiovasculares (Kim *et al.*, 2010) e a percepção de saúde (Subramanian & Kawachi, 2006; Santos *et al.*,

2007). Assim, pode-se dizer que o impacto das vizinhanças na saúde das populações deve-se à heterogeneidade dos atributos do entorno físico e social para além das características individuais. Esses atributos, embora dependentes dos indivíduos, são tipicamente externos a eles e potencialmente modificáveis (Proietti *et al.*, 2008).

Sendo assim, mensurar o contexto de moradia se torna um desafio, visto que ele é permeado por características físicas e sociais, pelas relações que se estabelecem entre o lugar e as pessoas e entre as próprias pessoas que moram em um determinado lugar (Friche, 2011).

3.1.1 Vizinhança e delimitação

A ocupação do espaço reflete as posições dos indivíduos na sociedade e, sendo consequência de uma construção histórica e social, reproduz as desigualdades e os conflitos existentes. O espaço socialmente organizado guarda as marcas impressas pela organização social, inclusive aquelas herdadas do passado. Adquire características locais próprias, que expressam a diferenciação de acesso aos resultados da produção coletiva (Santos, 1979).

Existem diferentes formas de abordar e conceituar *vizinhança* e, nessa variedade, residem problemas conceituais, principalmente os referentes ao entendimento das relações entre as pessoas e os ambientes, como, por exemplo, a dificuldade de definir seus limites, já que as delimitações nem sempre coincidem com a percepção por parte dos moradores.

Chaskin (1997), em um artigo de revisão, oferece vários conceitos e aponta implicações relevantes sobre as abordagens de vizinhanças. Conforme o autor, vizinhança é uma construção espacial – unidade geográfica –, cujos habitantes dividem a proximidade e as circunstâncias que advêm dela. A vizinhança é uma subunidade de uma área maior, sendo, de modo geral, residencial, mas não exclusivamente.

O autor destaca três dimensões essenciais de vizinhança – social, física e experiencial (experiências em atividades da vizinhança, rede de relações) – e ainda ressalta alguns fatores característicos, relevantes para essa definição:

- vizinhanças são sistemas abertos, conectados com outros sistemas e de recíproca influência. Os indivíduos são membros de vários desses sistemas ao mesmo tempo e de modo variado ao longo do tempo;
- o reconhecimento da identidade da vizinhança e a presença de um sentimento de comunidade parecem ter valor para apoiar ações coletivas em determinadas circunstâncias e prover base e motivação para a ação coletiva;
- vizinhanças são vivenciadas de forma diferente por diferentes populações;
- estabilidade residencial favorece o desenvolvimento de redes interpessoais entre vizinhos e, por meio delas, a participação social e a vinculação à vizinhança.

Na perspectiva político-econômica, a vizinhança, como unidade espacial e como sistema social, implica a existência de limites e de associações que a definem e diferenciam vizinhanças de seu entorno. Embora os indivíduos possam não perceber as relações de amizades, de parentesco e as redes de apoio, como partes da vizinhança, conjuntos de redes interpessoais podem ser vistos como pertencentes aos limites de unidade da vizinhança (Chaskin, 1997).

Ainda, uma definição clássica fornece uma variedade de possíveis elementos sociais, funcionais, culturais e circunstanciais, que podem diferenciar vizinhanças individuais dentro de cidades. Keller (1968), citado por Chaskin (1997), as define como *áreas distintas nas quais grandes unidades espaciais podem ser subdivididas [...] As distinções dessas áreas*

baseiam-se em [...] limites geográficos, características étnicas ou culturais dos seus habitantes, sensação compartilhada de pertencimento pela qual as pessoas se sentem psicologicamente unidas, ou o uso concentrado de serviços para compras, lazer e aprendizado.

No contexto urbano, a vizinhança seria, de fato, frequentemente considerada como a unidade mais primária de solidariedade real ou potencial e de coesão social. Em parte, esse conceito se sobrepõe ao de comunidade, pois envolve palavras-chave como lugar, laços sociais e ação (Macqueen, 2001). Comunidade implica conexão. É uma combinação compartilhada de crenças, circunstâncias, prioridades, relacionamentos ou preocupações; porém, essa rede de conexões, que limita indivíduos a um determinado grupo, pode ou não ser estabelecida num lugar delimitado geograficamente (Chaskin, 1997).

Apesar de haver vasta possibilidade de definições sobre o que é vizinhança, essa indefinição está ligada geralmente à dimensão que ela pode alcançar. Esse limite pode ser maior ou menor, a partir da escolha de um delimitador (Farias, 2011). Nesse sentido, torna-se tarefa árdua defini-la para embasar programas e intervenções; por esse motivo, claramente, não há uma maneira universal de delinear-la como uma unidade. Apesar disso, vizinhanças devem ser identificadas e definidas heurísticamente, guiadas por objetivos específicos, delineadas pelo entendimento teórico de sua importância num contexto particular (Chaskin, 1997). Tal abordagem precisa considerar a escala e o impacto desejados, com identificação dos elementos mais críticos, para sustentar uma mudança particular de estratégia e com conhecimento das dinâmicas política, social e econômica nas quais se dá a vida local (Santos, 2008).

Observa-se, no entanto, que pouca atenção tem sido dada aos critérios de delimitação em pesquisas que exploram os efeitos da vizinhança na saúde (Santos, 2008). As unidades

administrativas com limites geográficos previamente delimitados – como setor censitário, bairro e área de abrangência de uma unidade básica de saúde – têm sido utilizadas para representar unidade de contexto ou vizinhança (Proietti *et al.*, 2008). Apesar de serem as mais comumente utilizadas, apresentam limitações para o estudo de vizinhanças como unidade social e espacial (Echeverria *et al.*, 2004; Santos, 2008).

É necessário definir os limites de vizinhança e os processos que atuam nas diferentes escalas geográficas (bairros, estados, países), bem como justificar etiologicamente a definição de fatores a serem estudados (em cada escala) em relação ao desfecho saúde (Macintyre *et al.*, 2002; Kaplan, 2004).

Também tem sido utilizada a denominação “vizinhança percebida” como definição de uma unidade de contexto. Trata-se, aqui, da definição que adota a percepção de seus moradores. A vizinhança ou unidade de contexto é considerada como um ambiente onde as pessoas vivem e desenvolvem suas atividades diárias. Unidade de contexto ou vizinhança percebida, entretanto, não necessariamente corresponde à delimitação geográfica ou administrativa (Cho *et al.*, 2005; Walker & Hiller, 2007).

Uma abordagem que vem sendo cada vez mais adotada na Saúde Pública são os recortes territoriais (Lochner *et al.*, 2003; Santos, 2008), que facilitam a mensuração de processos sociais envolvidos nas disparidades de saúde nas cidades modernas. Combinados com os Sistemas de Informação Geográfica (SIG), permitem um maior entendimento das dinâmicas espaciais que ocorrem por trás dos limites das vizinhanças locais, pela flexibilidade de reunir informações de diversas escalas (Sampson, 2003). Isso decorre do fato de que a operacionalização espacial da área de análise contextual é considerada um aspecto crucial das análises no campo da saúde urbana (Diez-Roux, 2004; Spielman & Yoo, 2009).

3.1.2 Mensuração das características de vizinhanças

Conforme Diez-Roux e Mair (2010), as características do ambiente físico incluem exposições ambientais, como poluição do ar; aspectos construídos pelo homem, como transportes, ruas, espaços públicos; e acesso a recursos, tais como alimentos saudáveis e oportunidades recreativas. O ambiente social inclui o grau e a natureza das ligações sociais entre vizinhos, a presença de normas sociais, os níveis de violência e segurança, além de outras características de organizações sociais de lugares.

Em estudos de vizinhança e saúde, a coleta das informações de contexto é um aspecto relevante que deve ser considerado. Muitas vezes, é um desafio mensurá-las, porque o contexto de moradia não é apenas constituído por características físicas e sociais, mas também pelas relações que se estabelecem entre o lugar e as pessoas, e entre as próprias pessoas (Friche, 2011).

Indicadores do contexto de vizinhança podem ser categorizados como objetivos e subjetivos. Os objetivos independem da percepção do próprio indivíduo e incluem informações derivadas de bases de dados administrativos e/ou observações de pesquisadores treinados. Os subjetivos dependem da percepção do indivíduo e envolvem domínios como segurança, coesão social e acesso a serviços (Weden *et al.*, 2008).

A maioria dos trabalhos que analisou a relação entre as condições de vizinhança e saúde valeu-se de indicadores de censos nacionais ou locais, normalmente constituídos por meio de agregação das informações socioeconômicas dos moradores da vizinhança, como *proxy* das características da vizinhança. Esses indicadores são úteis porque permitem que os pesquisadores caracterizem as vizinhanças de forma sistemática em grandes áreas e, muitas

vezes, podem ser as únicas medidas disponíveis em grandes conjuntos de dados (Echeverria *et al.*, 2004). Essas medidas agregadas, embora úteis, apresentam limitações importantes. A principal delas é que essas medidas são *proxies* indiretos de características de vizinhanças, que podem ser relevantes para desfechos de saúde. O uso dessas medidas indiretas dificulta o entendimento das inferências em relação aos efeitos dos atributos específicos de vizinhança relevantes para a saúde.

Além disso, em algumas situações, os indicadores socioeconômicos da vizinhança provenientes do censo podem ser insuficientes para representar características mais específicas de interesse para o estudo de determinado evento, refletindo inferências incorretas (Echeverria *et al.*, 2004). Para lidar com a limitação das medidas que não podem ser obtidas de forma válida e confiável, por meio de inquéritos populacionais, algumas abordagens são propostas para a coleta de informações, a saber:

- Observação Social Sistemática (OSS) – quando existe limitação da captação de medidas por meio de inquéritos populacionais. Essa abordagem permite que as informações sejam oriundas da observação de um determinado contexto: estética do ambiente, disponibilidade de áreas de lazer, facilitadores para o consumo de álcool e fumo, entre outros, em ruas, quarteirões e/ou bairros (Proietti *et al.*, 2008).

- Sistemas de Informações geográficas (SIG) – utilizam informações como, por exemplo, fotos aéreas e informações georreferenciadas (Moore *et al.*, 2008). Isso pode ter limitação pela possibilidade de não representar e não corresponder a informações de vizinhança relevantes para a população em estudo.

Essas abordagens, embora produzam indicadores mais específicos, são incapazes de captar atributos específicos, como os relacionados ao ambiente social – coesão, capital e controle sociais (Friche, 2011).

Diante disso, outra abordagem que vem sendo utilizada em pesquisas é a que contempla informações decorrentes de questionários aplicados aos residentes locais, para obter medidas de autorrelato das condições de vizinhanças (Cho *et al.*, 2005; Walker & Hiller, 2007). Essa técnica tem se mostrado uma forma eficiente para caracterizar as condições de vizinhança. Isto se verifica, especialmente, quando a amostra é grande o suficiente para permitir a agregação dos entrevistados em áreas delimitadas por meio de métodos apropriados (Echeverria *et al.*, 2004). Primeiramente, para a eficácia das medidas, é necessário avaliar as propriedades psicométricas das escalas utilizadas, como confiabilidade teste-reteste e consistência interna.

Medidas de autorrelato podem ser usadas de duas maneiras. A primeira consiste em analisar a relação entre a percepção individual de características de vizinhança e os resultados de saúde (Echeverria *et al.*, 2004). Como exemplo, pode-se verificar se percepções individuais de segurança da vizinhança estão relacionadas com o nível individual de resultados de saúde mental. Vale ressaltar, no entanto, que pode ocorrer o viés do informante, ou seja, um indivíduo com transtorno mental pode relatar sua vizinhança como insegura. A segunda medida de autorrelato baseia-se na agregação de informações sobre as percepções individuais que podem resultar em uma medida mais válida das condições da vizinhança. Isso permite avaliar constructos – como a coesão social – que são difíceis de medir ou não podem ser medidos por meio de outras técnicas. O pressuposto subjacente a esse processo de agregação é que ele deve resultar em uma medida de atributo válida (Echeverria *et al.*, 2004).

A vantagem da utilização dos questionários de autorrelato é obter informações mais específicas a respeito da organização e da estrutura de vizinhança/unidade de contexto, e a desvantagem é o fato de que a percepção do indivíduo estará permeada por valores, experiências e papéis sociais dentro de uma comunidade, o que pode resultar numa importante

fonte de viés (Caiaffa *et al.*, 2008). Apesar disso, a ascensão de abordagens em relação à mensuração dos atributos da vizinhança tem ajudado na aplicação de estratégias para minimizar as fontes de viés associadas às medidas autorreferidas de vizinhança. Exemplo disso são os métodos especiais que avaliam as propriedades de medidas ecológicas. É o caso da ecometria, que permite quantificar não apenas quão consistentemente os indivíduos respondem aos diferentes itens da escala (a consistência interna das medidas psicométricas), mas também a medida na qual os respondentes de uma mesma vizinhança a avaliam similarmente (Raudenbush & Sampson, 1999).

Esses métodos contribuem no sentido de estratégias para a medição dos mecanismos sociais diante do crescente interesse na Epidemiologia Social em explorar se os processos sociais – como confiança mútua entre moradores, convivência, troca recíproca de informações e controle social, entre outros aspectos do ambiente social – contribuem nos resultados da saúde pública (Sampson, 2003). Um exemplo de instrumento com metodologia para aferição da percepção do ambiente, que tem sido utilizado, pode ser encontrado no estudo MESA (*Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis*), composto de uma escala do tipo Likert, que mede a satisfação com a vizinhança (Bild *et al.*, 2002).

Vale ressaltar que cada abordagem fornece informações diferentes e complementares.

3.1.3 Modelo multinível ou hierárquico

A análise contextual, também denominada multinível ou hierárquica, é a técnica mais empregada para avaliar a associação entre características de vizinhança e desfechos de saúde. Ela permite a avaliação simultânea das características do ambiente e dos indivíduos, entre e dentro de áreas geográficas definidas, além da compreensão dos fatores proximais e/ou

distais, que interagem para produzir resultados adversos em saúde. Desse modo, é possível estudar se as variações encontradas são determinadas por fenômenos em níveis ecológicos (características contextuais comuns a um conjunto de pessoas que condicionam sua localização) ou apenas por efeitos composicionais (características relacionadas a sexo, idade e posição social dos indivíduos, que compõem o conjunto de pessoas que moram em determinada área) (Diez-Roux, 2000-2007; Mair *et al.*, 2008).

Conforme Duncan *et al.* (1998), o principal interesse é avaliar se o contexto é importante para a saúde, isto é, se existe efeito contextual. Variações na saúde dos indivíduos que residem em diferentes áreas geográficas, entretanto, podem ser originadas por tendências específicas das pessoas. Algumas, por suas características individuais, podem apresentar mais probabilidade de adoecer quando vivem em determinado local. A questão, porém, não é somente se existem variações entre as diferentes áreas, mas qual a sua origem.

O modelo pode ser visto como um sistema hierárquico de equações de regressão, possibilitando a estimação dos efeitos intragrupo e dos efeitos entre grupos. Além disso, permite modelar a estrutura de variância em cada um dos níveis.

Um importante pressuposto das análises de regressão tradicionais é a independência das medidas dos indivíduos. Quando esse pressuposto é violado, os resultados podem estar enviesados. Já os modelos multiníveis aprimoram as análises com estrutura hierárquica, tanto para os desfechos contínuos quanto para os discretos (Blakely & Subramanian, 2006). Já que incorporam, em sua formulação, a natureza de agrupamento da população em estudo, esses modelos consideram a correlação entre indivíduos associados a um mesmo nível de agregação. Isso é diferente do modelo de regressão tradicional. Dessa forma, eles permitem estimar efeitos independentes randômicos para dois ou mais níveis (Goldstein, 2003; Merlo *et al.*, 2004).

Há uma série de razões para utilizar modelos multiníveis. Quando utilizados corretamente, esses modelos permitem obter melhores estimativas dos coeficientes de regressão e da sua variação do que os métodos tradicionais. A vantagem de se utilizar o modelo de regressão multinível é que ele possibilita o estudo da interação entre as variáveis, em seus diferentes níveis. Outro aspecto que torna a técnica bastante aplicável é que por estar a variância decomposta nos diversos níveis, pode-se ter uma melhor compreensão do processo como um todo.

De modo sucinto, pode-se dizer que um modelo multinível é formado por dois componentes, um fixo e outro aleatório: a parte fixa indica a magnitude das associações entre as variáveis; a parte aleatória mostra as diferenças geográficas e as variâncias nos diferentes níveis (Sinjders & Bosker, 1999).

3.2 Transtornos Mentais

3.2.1 Saúde Mental e Transtorno Mental

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde mental é um estado de bem-estar emocional e psicológico que possibilita ao indivíduo fazer uso de suas habilidades emocionais e cognitivas, exercer suas funções sociais e responder às solicitações da vida cotidiana (American Psychiatric Association, 2000).

Quando ocorrem alterações no pensamento, no humor e/ou comportamentos e/ou deterioração do funcionamento intelectual e dos relacionamentos interpessoais, elas constituem fenômenos patológicos. Essas perturbações resultam de uma complexa interação

de fatores biológicos, psicológicos e sociais (Organização Mundial de Saúde, 2001). Estima-se que atualmente cerca de 450 milhões de pessoas apresentam transtornos mentais.

Ressalta-se que os transtornos mentais, embora na sua maioria de caráter prevenível, representam uma das principais causas de doenças (Prince *et al.*, 2007) e até de incapacitação em todo o mundo (OPAS/OMS, 2001). No entanto, esses transtornos foram reconhecidos como um sério problema de saúde pública a partir de 1996, quando pesquisadores da Universidade de Harvard e da OMS publicaram um estudo utilizando como medida a combinação do número de anos vividos com a incapacidade e o número de anos perdidos por morte prematura causada pela doença, que tem como indicador os DALYS – *disability adjusted life of years (anos de vida perdidos ajustados por incapacidade)* (Lopez & Murray, 1998).

O estudo *Global Burden of Disease*, realizado em 187 países, avaliou os anos de vida ajustados por incapacidade (DALYS) das cargas de doenças no mundo e considerou 291 causas em 20 grupos de idade com pessoas de ambos os sexos, utilizando métodos que permitiram comparações significativas ao longo do tempo (1990, 2005 e 2010). Os resultados mostraram que, entre 1990 e 2010, os transtornos mentais e comportamentais aumentaram de 5,4% para 7,4% nos DALYS. De todos os transtornos mentais, os depressivos representaram 2,5% nos DALYS, seguidos por transtornos de ansiedade (1,1%), pelos relacionados ao uso de drogas (0,8%) e de álcool (0,7%), bem como pela esquizofrenia (0,6%). Ainda de acordo com o *ranking*, o transtorno depressivo maior passou do 15º para o 11º lugar, com aumento de 37% (Murray *et al.*, 2012).

Estima-se que, até 2030, a incidência de doenças causadas por transtornos mentais continuará em ascensão levando a maiores DALYS (Mathers & Loncar, 2006).

Com relação às prevalências mundiais, pesquisas concluídas até o momento mostram claramente que os transtornos mentais são bastante comuns em todos os países estudados (Kessler *et al.*, 2009). Os resultados desses trabalhos indicam que, em cinco países, mais de um terço dos entrevistados apresentaram transtorno mental (Estados Unidos - 47,4%; Nova Zelândia - 39,3%; Colômbia - 39,1%; França - 37,9% e Ucrânia - 36,1%). Em outros seis países, a prevalência foi de mais de um quarto dos entrevistados (Bélgica, Alemanha, Líbano, México, Holanda, África do Sul) e, nos outros quatro (Israel, Itália, Japão, Espanha), mais de um sexto dos participantes.

No Brasil, foram encontrados altos índices de prevalência geral de transtornos mentais na população adulta, variando entre 20% e 56%, conforme um estudo de revisão sistemática realizado nessa população (Santos & Siqueira, 2010).

Resultados apontam que, dos indivíduos com transtornos mentais na comunidade, 90% apresentam TMCs (Coutinho *et al.*, 1999).

3.2.2 Transtorno Mental Comum

Os TMCs foram definidos por Goldberg e Huxley (1992). Manifestam-se por uma mistura de sintomas somáticos, ansiosos e depressivos, entre eles, fadiga, dor, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, alterações no sono etc. que afetam o desempenho normal das pessoas em suas atividades diárias. Transtornos de dependência química ou de personalidade não são incluídos nessa categoria. Os TMCs atingem uma ampla parcela da população que necessitaria de cuidados, para a qual não necessariamente é feito o diagnóstico categorial encontrado nos manuais (Fonseca *et al.*, 2008). De acordo com Fortes (2004), as

peças que procuram os serviços de atenção primária com queixas sintomáticas difusas, típicas dos TMCs, no geral, são diferentes dos pacientes das unidades especializadas em saúde mental. Trata-se de quadros mais leves, via de regra com sintomatologia depressiva e ansiosa, associada às queixas somáticas. Segundo esse autor, no entanto, se não reconhecidos e tratados, esses sintomas podem levar a um sofrimento crônico, além de aumentar os custos para o sistema de saúde (Fortes, 2004).

Os sintomas decorrentes dos TMCs constituem importante causa de prejuízos e perdas nas funções físicas, pessoais, familiares, sociais e econômicas e produzem alterações negativas na vida do indivíduo e dos familiares envolvidos (Lam *et al.*, 2004). Esses transtornos constituem também uma causa importante de dias perdidos no trabalho por incapacitações, elevando a demanda nos serviços de saúde, o que gera um alto custo econômico e social (Ludemir & Melo Filho, 2002).

Com relação às prevalências mundiais, recente estudo utilizando o instrumento CIS-R, realizado na Grécia com 4.894 indivíduos que viviam em residências privadas, mostrou uma prevalência na população geral de TMC de 14%. A prevalência de distúrbios específicos de transtornos mentais foi a seguinte: transtorno de ansiedade generalizada - 4,10% (IC 95%: 3,54; 4,65); depressão - 2,90% (2,43 – 3,37); transtorno do pânico - 1,88% (1,50 - 2,26); transtorno misto de ansiedade e depressão -2,67% (2,22-3,12) (Skapinakis *et al.*, 2013).

A prevalência de TMC numa região rural do Quênia, de acordo com um estudo que utilizou também o instrumento CIS-R, foi de 10,8% (Jenkins *et al.*, 2012).

Na Grã-Bretanha, a prevalência de TMC em pessoas com idade entre 16 e 75 anos foi de 24% (Weich *et al.*, 2001). Em países desenvolvidos, varia de 18% a 27% (Weich *et al.*, 2001; Patel & Kleinman, 2003); e, nos países em desenvolvimento, varia de 19% a 35% (Araya, 2001; Ludemir & Melo Filho, 2002).

No Brasil, pesquisas realizadas com amostras de diversos municípios apresentaram taxas de prevalência que variaram de 17% a 35% (Ludemir & Melo Filho, 2002; Rodrigues-Neto, 2008; Marín-Léon *et al.*, 2007). Em Recife, um estudo populacional encontrou uma prevalência total de TMC, de aproximadamente 35% (Ludemir & Melo Filho, 2002). Em Porto Alegre e São Paulo, cerca de 50% dos pacientes que procuram serviços primários de saúde apresentam transtornos mentais não psicóticos (Coutinho *et al.*, 1999). Estudo conduzido no Rio de Janeiro com dados de funcionários pertencentes ao estudo Pró-Saúde registrou prevalência de TMC de 29% (22% dos homens e 34,4% das mulheres) (Lopes *et al.*, 2003).

Variáveis sociais ou biológicas são indicadas pela Epidemiologia como fatores de risco, ou seja, quando presentes, aumentam a probabilidade de ocorrência de uma dada doença. Com relação aos fatores associados com transtorno mental, estudos têm verificado associação de TMC com algumas variáveis sociodemográficas, como sexo, idade, estado civil, raça/cor, escolaridade e renda (Patel *et al.*, 1999; Patel & Kleinman, 2003; Anselmi *et al.*, 2008).

Pesquisas apontam maior prevalência de TMC em mulheres (Patel *et al.*, 1999; Lynge *et al.*, 2004; Harpham *et al.*, 2005; Fritsch *et al.*, 2006; Lima *et al.*, 2006; Maragno *et al.*, 2006; Araya *et al.*, 2007; Anselmi *et al.*, 2008; Jenkins *et al.*, 2010). Estudo epidemiológico de base populacional, no entanto, realizado em uma área rural do Quênia, não encontrou diferença entre os sexos (Jenkins *et al.*, 2012).

Com relação à idade, a literatura sobre o assunto mostra pesquisas cujos resultados são menos conclusivos. Estudo em países pobres e emergentes (de média e baixa renda) encontraram maior taxa de TMC em grupos mais velhos (Patel *et al.*, 1999). Prevalências mais altas foram verificadas também em pessoas com mais idade, conforme Jenkins *et al.*

(2012), em pesquisa com base populacional de uma área rural do Quênia. As pesquisas de Coutinho *et al.* (1999) e de Andrade *et al.* (1999), entretanto, observaram prevalências menores nos maiores de 44 anos e nos maiores de 60 anos, respectivamente. Com o estado civil, para Coutinho *et al.* (1999), há menor prevalência de TMC em indivíduos solteiros, quando comparados aos casados. O fato de ser viúvo aparece, em alguns estudos, associado à maior prevalência de transtornos mentais (Lima *et al.*, 1996; Costa & Ludemir, 2005), enquanto ser casado é fator protetor (Maragno *et al.*, 2006).

TMCs estão diretamente relacionados a fatores socioeconômicos. Quanto mais baixo o nível socioeconômico de uma população, mais altas as taxas de prevalências, ou seja, o transtorno está consistentemente associado a piores condições socioeconômicas em diferentes países (Patel *et al.*, 1999; Skapinakis *et al.*, 2006), incluindo o Brasil (Maragno *et al.*, 2006; Marín-León, 2007; Anselmi *et al.*, 2008).

Um artigo de Patel *et al.* (1999) reunindo cinco trabalhos epidemiológicos sobre TMC, em países periféricos (Índia, Chile, Brasil), estimou a prevalência de TMC e analisou privação socioeconômica e educacional. Os resultados apontaram que os fatores sexo feminino, baixa escolaridade e pobreza foram fortemente associados com TMC. Portanto, o TMC também está associado a baixos níveis educacionais (Patel *et al.*, 1999; Patel & Kleinman, 2003).

Patel e Kleinman (2003) revisaram 11 estudos comunitários sobre TMC, a partir de 1990, em países como Brasil, Chile, Indonésia, Lesoto, Paquistão e Zimbábwe. Nesse material, os autores encontraram associação entre TMC e baixa renda e baixos níveis educacionais em todos os artigos revisados, independentemente do nível de desenvolvimento da sociedade.

A questão dos TMCs também pode ser compreendida para além da individualização do problema, ou seja, ampliando o foco do indivíduo para seu contexto de inserção social, suas relações com o mundo e suas condições de vida.

Dados da literatura evidenciam a vulnerabilidade das condições de saúde mental das populações em situação de desvantagem econômica e social, indicando também a importância de seus laços de apoio social (Fonseca *et al.*, 2008).

Com uma amostra de 483 entrevistados, em uma comunidade na Zona da Mata de Pernambuco, a pesquisa mostrou diferença significativa na prevalência de TMC entre pessoas com baixo apoio social e alto apoio social (Costa & Ludemir, 2005). A propósito, outros estudos demonstram que os TMCs estão inversamente relacionados à densidade da rede de apoio social (Fortes, 2004). E também evidenciam que, quanto mais densa a rede de apoio social, menor é o risco de TMC (Goldberg & Goodyer, 2005; Costa & Ludemir, 2005).

3.2.3 Instrumentos para avaliação de transtornos mentais comuns

Existem diversos instrumentos padronizados para a obtenção de uma medida adequada da ocorrência atual de sintomas psiquiátricos que caracterizam os TMCs, dentre os quais o *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), uma entrevista ampla e estruturada que fornece, por meio de algoritmos, diagnósticos psiquiátricos de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10). O CIDI permite avaliar os sintomas no último ano e/ou nos últimos 30 dias. As seções, de modo independente, contemplam fobias e transtornos de ansiedade, transtornos depressivos, transtorno de estresse pós-traumático, uso e dependência (de álcool, tabaco e drogas) entre outros transtornos psíquicos. É um

instrumento de rastreio de suspeita de TMC, recomendado pela OMS para estudos comunitários e em atenção primária à saúde (Kessler & Ustun, 2004).

O SRQ-20 (*Self Report Questionnaire*) é um questionário de autoavaliação psiquiátrica, que consiste em 20 questões que podem ser autoaplicadas. Esse instrumento permite detectar principalmente estados ansiosos, depressivos e somatizações. É um dos mais utilizados no Brasil para identificar TMC (Borges, 2001).

Outro instrumento utilizado em diversos países (contextos e culturas) é o GHQ (*General Health Questionnaire*), autoaplicável para o rastreamento de distúrbios psíquicos menores (Goldberg & Blackwell, 1970; Golderberg & Willians, 1988; Jacob *et al.*, 1997). Foi desenvolvido por Goldberg, na década de 1970, contendo originalmente 60 itens. Posteriormente, surgiram outras versões, construídas e validadas, compostas por 30, 28 e 20 itens, até chegar a mais recente e mais utilizada, com 12 itens.

Os TMCs, em nossa pesquisa, foram avaliados por meio do instrumento *Clinical Interview Schedule – Revised* (CIS-R). Trata-se de uma entrevista estruturada para rastreamento de TMC e possíveis diagnósticos de morbidades psiquiátricas não psicóticas desenvolvido por Lewis *et al.* (1992), para uso na comunidade e em ambientes de atenção primária (Lewis *et al.* 1992).

A versão completa do CIS-R inclui 14 seções sobre os sintomas de TMC que estão presentes e em geral podem levar a um sofrimento e interferir nas atividades diárias. Os sintomas são: queixas somáticas (dor), fadiga, falta de concentração, esquecimento, distúrbios do sono, irritabilidade, preocupação com a saúde física, depressão, ideias depressivas, preocupação, ansiedade, fobias, ataques de pânico, compulsões e obsessões. Cada seção começa com duas questões introdutórias que estabelecem a existência de sintoma específico no último mês. A presença de um sintoma positivo leva a uma avaliação mais detalhada desse

sintoma na última semana (frequência, duração, gravidade e tempo de duração) e à determinação de uma pontuação para cada seção. As pontuações possíveis variam de 0 a 4 em cada seção (exceto para a seção sobre ideias depressivas, que tem uma pontuação máxima de 5). Cada sintoma é considerado clinicamente relevante se a pontuação for 2 ou mais na seção correspondente. A soma total das pontuações obtidas nas 14 seções é utilizada para indicar a presença e a gravidade do TMC. Um escore de 12 ou mais indica a presença de TMC atual. Um escore de 18 ou mais indica que o perfil de sintomas é grave, sendo provável a necessidade de tratamento.

Além disso, o diagnóstico de transtornos específicos é obtido através da aplicação de algoritmos baseados nos critérios diagnósticos da CID-10 (WHO, 1994) avaliando as respostas para as diferentes seções do CIS-R. Seis categorias diagnósticas podem ser obtidas a partir do CIS-R: transtorno de ansiedade generalizada, episódio depressivo, todas as fobias, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno do pânico e transtorno misto de ansiedade e depressão.

O instrumento CIS-R foi avaliado na sua língua original inglesa (Lewis *et al.*, 1992) e traduzido e adaptado para o português (Nunes *et al.*, 2011), para investigação de transtornos mentais na coorte ELSA-Brasil. Questões introdutórias, considerando o apetite e a variação de peso não foram incluídas na adaptação do questionário para o ELSA-Brasil, pois elas não contribuem para a pontuação de TMC ou diagnóstico de transtornos específicos (exceto para depressão).

A próxima seção aborda estudos sobre fatores do ambiente de vizinhança e saúde mental.

3.3 Saúde mental e características do ambiente de vizinhança

Associar fatores de vizinhança à saúde mental apresenta relevância, desde o trabalho de Faris e Dunham (1939/1960), que demonstrou altas taxas de transtorno mental em áreas caracterizadas por desorganização social e isolamento, em Chicago.

Estudos recentes constataram que sinais de desordem, como moradores indisciplinados, estruturas em ruínas ou crime, podem ter consequências substanciais para o bem-estar psicológico dos moradores dessas vizinhanças (Schieman & Meersman, 2004; Bierman, 2009). Yen e Kaplan (1999) constataram que o risco de depressão era duas vezes maior para pessoas que viviam em áreas residenciais com altos índices de pobreza, e a relação se manteve, mesmo após ajustes para idade e sexo.

Há evidências também de associação entre indicadores socioeconômicos e sintomas depressivos, independentemente de características individuais (Galea *et al.*, 2005; Kubzansky *et al.*, 2005; Mair *et al.*, 2008; Wight *et al.*, 2009), ou seja, viver em bairros pobres está diretamente relacionado ao aumento de sintomas depressivos em idosos, apesar da vulnerabilidade individual que possa haver. Utilizando dados de um experimento social norte-americano, da década de 1990, Ludwig *et al.* (2012) observaram que a mudança de famílias pobres para vizinhanças menos degradadas ocasionou uma melhora no bem-estar geral dessas pessoas, mesmo que sua renda não tenha sido alterada no período. Após a mudança, as pessoas apresentaram melhoras em indicadores de sofrimento físico, de depressão, de ansiedade e, ainda, relataram estar mais felizes.

Pode-se afirmar que problemas de vizinhança são potenciais estressores para indivíduos em qualquer idade (Schieman & Meersman, 2004). Níveis elevados de limitações

funcionais e problemas de saúde podem aumentar os sentimentos de vulnerabilidade e isolamento social, principalmente em idosos (Mirowsky, 1995; Shieman, 2001).

Em um artigo de revisão, Truong (2006) verificou que 27 dos 29 estudos encontraram associação estatisticamente significativa entre saúde mental em adultos e pelo menos uma medida de característica de vizinhança, após ajuste para características individuais. Essa associação foi evidente para todos os tipos de características de vizinhança, que variaram das socioeconômicas às de ambiente físico.

Em outro trabalho de revisão sobre vizinhança e sintomas depressivos e/ou depressão, Mair *et al.* (2008) observaram que, dos 45 estudos, 37 relataram pelo menos uma característica que se relacionava com sintomas de depressão, mesmo após ajuste das variáveis de nível individual. Entre os fatores estruturais (composição socioeconômica e racial, estabilidade e ambiente construído), os do ambiente construído foram os mais consistentes na associação com depressão (Mair *et al.*, 2008).

Consoante revisões em outra pesquisa realizada em trabalhos publicados entre janeiro de 1967 e julho de 2011, Julien *et al.* (2012) constataram que a presença de depressão em idosos está relacionada com maior desvantagem socioeconômica (Wilson *et al.*, 1999), maior grau de problemas percebidos na vizinhança (Schieman & Meersman, 2004; Bierman, 2009) e baixa eficácia coletiva na vizinhança (Ahern & Galea, 2011). Uma maior percepção de capital social da vizinhança (Hahn *et al.*, 2004), por outro lado, foi relacionada com menos sintomas depressivos ou menor probabilidade para possível depressão clínica.

Regiões com desigualdades de renda também foram associadas com a prevalência de TMC, após ajuste de renda individual, de acordo com um estudo realizado na Grã-Bretanha, com 8.191 indivíduos, com idade entre 16 e 75 anos (Weich *et al.*, 2001).

Para Coutinho *et al.* (2014), mediante modelos de regressão logística multinível, parte da variância na prevalência de TMC foi associada no nível de domicílio, com associações entre aglomeração e renda familiar, mesmo após controle para características individuais. A pesquisa foi conduzida com dados da investigação longitudinal de base populacional *São Paulo Ageing & Health Study* (SPAH), com 2.366 indivíduos da linha de base.

Um estudo realizado por Galea *et al.* (2005), em Nova York, EU, mostrou que morar em locais com qualidade precária de construções e de espaço físico – falta de limpeza das calçadas, construções dilapidadas, rachaduras, problemas em janelas – aumenta a probabilidade de os indivíduos desenvolverem depressão.

Em um trabalho realizado no País de Gales e Escócia, Weich e Lewis (1998) constataram que, entre as pessoas com maior renda, o TMC foi mais frequente em áreas com maior desigualdade social. Os autores argumentaram que pessoas com maior renda em regiões com maior desigualdade social podem vivenciar maior estresse, talvez por terem que trabalhar mais para manter sua posição social.

Características do ambiente construído, como áreas de lazer, transporte público e espaços verdes, em áreas de setores, também foram associadas com TMC, antes e depois dos ajustes das variáveis individuais, por meio de modelagem multinível. Esse estudo, que ocorreu na cidade de Santiago, Chile, considerou uma amostra de 3.382 indivíduos, distribuídos em 210 setores e 31 distritos administrativos (Araya *et al.*, 2007).

Skapinakis *et al.* (2005) verificaram diferenças significativas em morbidade psiquiátrica entre as regiões administrativas do país de Gales. Vale dizer que essas diferenças persistiram (apesar de reduzir), depois de serem levadas em conta as características dos indivíduos. Diferenças na morbidade psiquiátrica foram parcialmente explicadas pelas condições regionais (como renda e acesso a serviços públicos que atendessem às áreas de

Educação e Saúde). Essa pesquisa foi realizada com uma população de 26.710 indivíduos, distribuídos em 22 unidades regionais do país de Gales.

Fone *et al.* (2007) utilizaram dados do Inquérito de Saúde Welsh, de 1998, com 24.975 indivíduos, com idades entre 17 e 74 anos, no país de Gales. O estado de saúde mental foi associado a medidas contextuais, como baixa renda, falta de emprego e incapacidade, após ajuste dos fatores de risco individual para piora na saúde mental. O efeito de contexto é pior na saúde mental das pessoas economicamente inativas e sem capacidade para trabalhar.

Diante das constatações acima, é importante deduzir que as populações em situação de desvantagem social não estão fadadas aos TMCs, mas suas condições de vida propiciam mais facilmente esse tipo de manifestação de sofrimento (Coutinho, 2013).

Patel e Kleinman (2003), mediante uma revisão de pesquisas, identificaram 11 estudos da comunidade sobre associação entre pobreza e TMC, em 6 países (pobres/emergentes) com alto índice de baixa e média renda. Os autores reconheceram que os modelos explicativos de pessoas que sofrem de TMC foram descritos em diversos estudos, nos quais a pobreza e os problemas socioeconômicos foram citados como os fatores mais importantes para causar sofrimento emocional (Patel *et al.*, 1995; Patel *et al.*, 1998). As investigações epidemiológicas em muitos países em desenvolvimento atribuíram as altas taxas de TMC a fatores como a discriminação e o desemprego, além de atribuí-las ao fato de os indivíduos viverem período de rápida e imprevisível mudança social (Rumble *et al.*, 1996). Pesquisadores, na Índia, realizaram uma investigação comunitária sobre transtornos mentais, em uma área rural, 20 anos depois de um estudo semelhante na mesma área. Descobriram que a taxa global de transtornos mentais não havia mudado (Nandi *et al.*, 2000); no entanto, a taxa das categorias diagnósticas específicas, como a da depressão, aumentou de 4,9% para 7,3% ($p < 0,01$). Os autores atribuíram os efeitos das variações ao estilo de vida (Patel & Kleinman, 2003).

Na China, cientistas preconizam que as mudanças sociais, – incluindo perdas econômicas dos indivíduos, aumento dos custos de cuidados com a saúde, enfraquecimento de laços familiares, migração para as áreas urbanas com o objetivo de trabalhos temporários ou sazonais e desigualdades de renda, – podem ter contribuído para o aumento das taxas de suicídio. Isso se verificou, em parte, em razão de sua influência sobre o aumento das taxas de transtornos depressivos, que, na maioria das vezes, não são tratados (Philips *et al.*, 1999). As pessoas pobres salientam experiências como ansiedade e medo, porque se sentem inseguras e vulneráveis quando suas condições pioram. A segurança considerada nesse âmbito é definida como a estabilidade e a continuidade dos meios de subsistência, a previsibilidade das relações, a sensação de segurança e o pertencimento a um grupo social (Narayan, 1999).

Weich *et al.* (2003), em um estudo conduzido na Grã-Bretanha, utilizaram uma amostra de 8.979 moradores, de 16 a 74 anos, pertencentes a uma coorte britânica iniciada em 1991, denominada BHSP (*British Household Panel Survey*). A pesquisa teve como principal objetivo quantificar, simultaneamente, a variação na prevalência dos TMCs (ansiedade e depressão), no nível individual, domiciliar e área eleitoral. Para essa análise, foi empregada a modelagem multinível. Os resultados mostraram que menos de 1% da variação no TMC ocorreu no nível das áreas e a variação diminuiu ainda mais após ajustes das características individuais, deixando de ser significativa. No entanto, mais de 80% da variância ocorreu no nível individual, sendo que o restante foi verificado no nível dos domicílios, considerando o modelo nulo. As medidas utilizadas nos domicílios foram paredes danificadas, vazamento de água ou nos telhados, renda familiar, classe social do chefe da casa, aglomeração, propriedades de carros e de casa própria. Embora esses resultados sugiram que as futuras intervenções devam identificar fatores em torno das pessoas e do ambiente familiar em vez de

lugares, mais pesquisas são necessárias para determinar se outras áreas (especialmente menores) levam a resultados semelhantes (Weich *et al.*, 2003).

Thomas *et al.* (2007) analisaram, em outra pesquisa realizada no sul do país de Gales, UK, uma população de 1.042 indivíduos, com idade média de 46 anos, distribuídos em 643 domicílios de 44 unidades setoriais. O objetivo foi investigar se as medidas de qualidade do ambiente residencial (inclusão de cinema, parques e centros de esportes) e da acessibilidade geográfica (acesso a transportes, presença de lojas – farmácias e supermercados – e de serviços públicos – escolas e centros de apoio) estão associadas a sintomas de TMC. Por intermédio da análise multinível, os autores observaram que a maior parte da variância nos sintomas foi explicada por fatores do domicílio (nível das famílias), não pela área setorial. Também não constataram evidências para a associação dos sintomas com a qualidade do meio ambiente residencial ou acessibilidade geográfica. Os autores concluíram que é provável que o ambiente social onde o indivíduo convive seja mais importante do que o ambiente físico em relação aos TMCs. Eles sugerem a importância de entender o ambiente psicossocial (características psicossociais, tais como coesão social e capital social).

Para Zhang *et al.* (2011), a educação beneficia a saúde mental por meio do bem-estar social. O nível educacional de cada indivíduo e da vizinhança beneficia a saúde mental. Seus efeitos são, em grande parte, mediados pelo *status* de emprego das pessoas e pelos indicadores do seu bem-estar social (integração social, contribuição social, realização social e coesão social).

Para visualizar de uma forma esquemática a relação entre os diversos fatores do ambiente social e físico da vizinhança, de forma ampla, utilizou-se como exemplo o trabalho de Kim (2008). O autor fez uma revisão de literatura sistemática, com trabalhos publicados entre 1956 e 2008, sobre as associações entre as características de vizinhança e a depressão

em adultos, verificando que a maioria dos estudos apontava para os efeitos nocivos da desordem social e para os efeitos protetores do *status* socioeconômico da vizinhança.

Além disso, o autor elaborou uma figura para ilustrar as relações entre as principais características da vizinhança e a depressão em adultos. Conforme apresentado na figura 1, a seguir, o ambiente da vizinhança pode ser classificado de duas formas: condições materiais/ambiente físico da vizinhança e ambiente psicossocial/ambiente social.

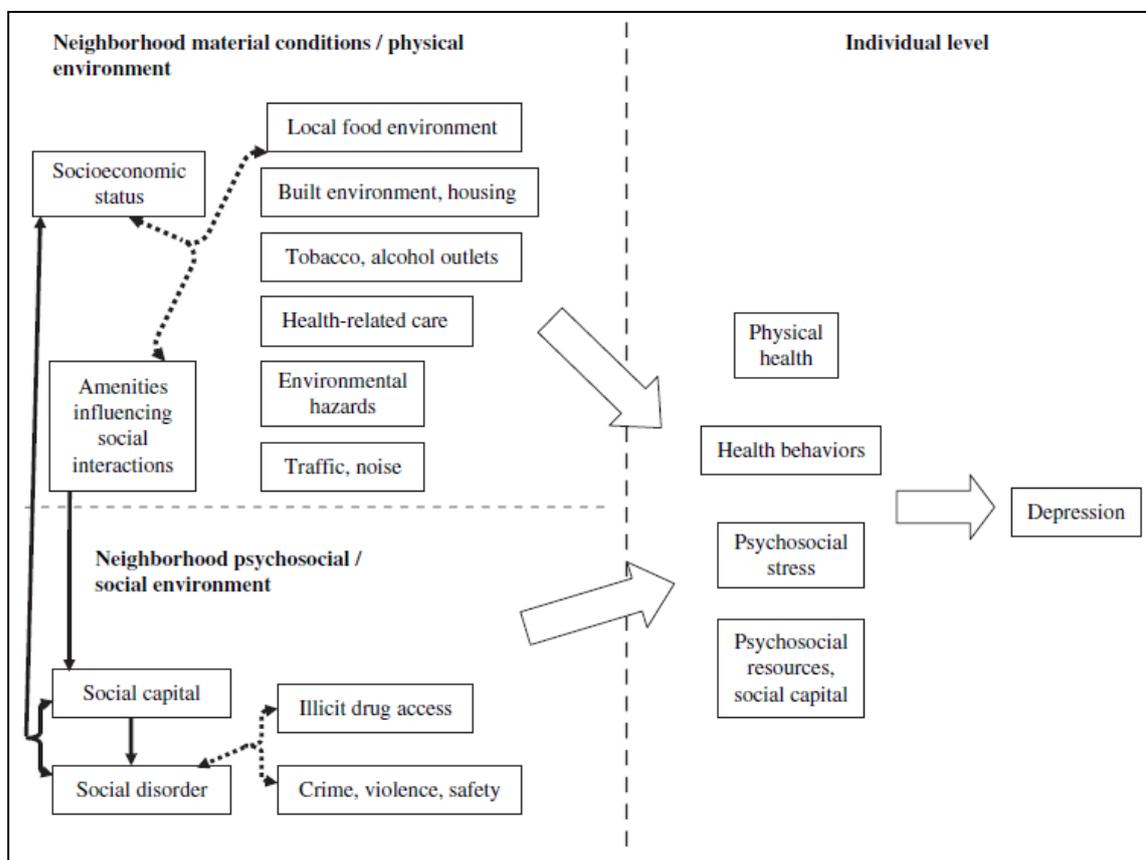


Figura 1 – Relação entre as principais características de vizinhança e depressão em adultos

Fonte: Kim, 2008

O fator socioeconômico da vizinhança está mais estreitamente ligado ao ambiente físico e, normalmente, é uma medida agregada de recenseamento. Isso inclui o ambiente local de alimentos (por exemplo, a densidade de supermercados e mercearias), o ambiente

construído (por exemplo, ciclovias, espaços verdes, habitação/edifícios), a disponibilidade de cuidados relacionados à saúde (acesso a médicos e farmácias), bem como a presença de locais que promovem interações sociais (cafés, centros comunitários, museus). Por sua vez, essas condições podem afetar comportamentos de saúde, saúde física e níveis de estresse psicossocial do indivíduo e, assim, influenciar o risco individual de depressão. Por exemplo, a atividade física, que é moldada pelo ambiente construído (Ewing *et al.*, 2003), tem sido mostrada como fator que ameniza o estresse e reduz o risco de depressão (Penedo & Dahn, 2005).

Elementos integrantes dos ambientes psicossocial/ambiente social constituem contribuições plausíveis para os níveis individuais e risco de depressão. O capital social, definido como as características de organização social, incluindo a confiança social, a participação cívica e as normas de reciprocidades que facilitam a cooperação em benefício mútuo (Kawachi, 1999), pode influenciar os níveis ou o risco de depressão por difusão de inovações (Rogers, 2003), por promove a divulgação de conhecimentos sobre as inovações relacionadas à saúde (práticas alimentares e tabagismo, podendo, assim, levar a melhores e saudáveis comportamentos). Por sua vez, isso pode afetar a depressão, através de efeitos diretos ou por atenuar os efeitos negativos do estresse psicossocial (Kawachi & Berkman, 2000).

Ademais, o capital social pode atuar por meio de processos psicossociais, incluindo o apoio afetivo e o respeito mútuo (Kawachi & Berkman, 2000), e gerar confiança no nível individual. Esses recursos psicossociais podem, então, ter efeitos protetores diretos contra a depressão ou atenuar os efeitos negativos do estresse sobre a depressão.

O conceito de desordem social refere-se à desintegração dos processos e estruturas que mantêm a ordem, a civilidade e a segurança (Cutrona, 2005). Sinais de desordem da

vizinhança incluem crime, jovens em situação de risco e delinquentes, venda de drogas ilícitas e outras incivilidades decorrentes da falta de controle social informal necessária para manter a ordem (Ross, 2000; Cutrona, 2005). Esses fatores podem afetar comportamentos individuais e ter efeitos diretos sobre a saúde física e/ou afetar negativamente os níveis de estresse psicossocial, por intermédio do conhecimento da falta de proteções básicas e também de que as pessoas da vizinhança não são confiáveis (Ross, 2000; Cutrona, 2005). A evidência geral da revisão de Kim apontou para efeitos nocivos da desordem social e, em menor medida, sugeriu efeitos protetores para o *status* socioeconômico da vizinhança (Kim, 2008).

De acordo com outras pesquisas, mais evidências corroboram os resultados de que as medidas de ambiente social influenciam no processo saúde/doença das pessoas. Kloos e Townley (2011) observaram que percepções de clima social favorável, ou seja, indivíduos que sentem que são pertencentes e aceitos na sua vizinhança foram significativamente relacionadas com menor sofrimento psíquico autorrelatado por pessoas com doença mental grave. O risco para transtorno de estresse pós-traumático, após anos de exposição ao trauma, foi significativamente maior entre as pessoas que residiam em um bairro com baixa coesão social, em comparação com os de alta coesão, independentemente das características sociodemográficas individuais, do número de traumas e da percepção individual de coesão social da vizinhança (Johns *et al.*, 2012).

Altos níveis de segurança percebidos na vizinhança, em combinação com forte senso de solidariedade entre os vizinhos, mostraram-se benéficos para o bem-estar dos idosos de comunidades em Roterdã (Cramm & Nieboer, 2014). De igual forma, pior percepção da segurança da vizinhança foi associada ao aumento do declínio funcional, em dez anos, em idosos. Essa relação manteve-se forte, mesmo após ajuste das características sociodemográficas da linha de base, da saúde e do estado funcional (Sun *et al.*, 2012). Dois

aspectos que parecem proteger os idosos da fragilidade, mesmo após o controle de idade, sexo, estado civil e educação, são a percepção de que a vizinhança é segura e socialmente coesa e o sentimento de pertencimento (Cramm & Nieboer, 2013).

Embora os fatores do ambiente social sejam, muitas vezes, mencionados nos estudos, investigações com ambientes sociais são menos comuns e talvez mais complexas de medir do que as com características do ambiente físico (Mair *et al.*, 2008). Os fatores sociais da vizinhança podem ser relevantes para a saúde, pois incluem normas, estressores e aspectos das conexões sociais. Esses fatores quais possibilitam a transmissão de comportamentos, impõem normas e controle social e reduzem ou atenuam o estresse (Mair *et al.*, 2008).

Duas características do ambiente social de vizinhança – coesão social e segurança – são particularmente importantes para etiologia de transtornos mentais.

A seguir, se fará uma breve exposição dessas duas características.

3.3.1 Coesão social

Dependendo do enfoque abordado, existem diferentes conceitos teóricos para coesão social, embora a maioria dos estudiosos concorde que a coesão refere-se ao grau de desejo de seus membros no sentido de permanecerem no grupo (Friedkin, 2004). Assim, a coesão social é definida a partir do grau de conexão e de solidariedade que existe entre as pessoas que vivem em limites geográficos definidos (Sampson *et al.*, 1997; Sampson, 2003). Os membros de um grupo altamente coeso, em contraste com um de baixa coesão, estão mais preocupados uns com os outros e são, portanto, mais fortemente motivados a contribuir para o bem-estar de todos, a incentivar a conquista de seus objetivos e a participar de suas atividades (Friedkin,

2004). Esse tipo de conexão social é caracterizado pela presença de relações de confiança entre os indivíduos, que podem ou não ter laços emocionais.

A coesão social pode influenciar resultados de saúde, através do seu papel, na promoção de comportamentos relacionados a esse aspecto, promovendo o acesso a serviços, locais e instituições de lazer ou através dos processos psicossociais. Locais com maior coesão social podem promover maior difusão de informações relevantes para a saúde, por causa do grau de conectividade e confiança que existe entre os vizinhos (Rogers, 1983). O fato de uma comunidade apresentar coesão social também pode reforçar comportamentos promotores de saúde, como caminhadas, além de influenciar a restrição quanto ao uso de tabaco e álcool. Coesão social pode influenciar processos psicossociais das pessoas, por meio da conexão e do respeito mútuo (Kawachi & Berkman, 2000).

É importante ressaltar que coesão social existe como uma propriedade emergente de característica da vizinhança, bem como medida individualmente, que varia de acordo com a vivência única de cada indivíduo. Coesão social capta o significado psicossocial que os moradores anexam ao grupo. Os benefícios podem incluir sentimentos de solidariedade, de segurança ou sentimento pró-social e são, indiscutivelmente, de natureza psicossocial, não instrumental. Assim, a percepção de coesão pode reduzir o estresse com benefício na saúde. Os benefícios conferidos pela coesão social são indiscutivelmente de natureza psicossocial do que instrumental visto que coesão social não inclui, por exemplo, controle social informal (Bjornstrom *et al.*, 2013).

3.3.2 Percepção de Segurança

A sensação de segurança também parece ser uma dimensão que afeta a saúde pública e o bem-estar das pessoas. Maslow (1987) destaca que, após as necessidades básicas de comida e abrigo serem atendidas, a atenção de um indivíduo passa naturalmente para a segurança ou garantia de seu ambiente. O estresse causado por viver em um ambiente percebido como inseguro pode levar à restrição de atividades cotidianas, ao aumento do sentimento de vulnerabilidade e ao isolamento social, o que pode acarretar sofrimento psíquico. Booth *et al.* (2012) mostraram que o sentimento de insegurança na vizinhança atua como um fator de estresse primário de aflição psicológica. Indivíduos preocupados com o crime em sua vizinhança podem restringir suas atividades ao ar livre e isolar-se, aumentando o risco para transtornos mentais. Além disso, é possível verificar que o sentimento de segurança tem implicações em idosos, principalmente se for considerado que, após a aposentadoria, as pessoas estão mais propensas a passar mais tempo na sua vizinhança. Devido à diminuição de mobilidade, essas pessoas têm maior dependência dos serviços próximos ao local de moradia.

Percepções do ambiente como inseguro, violento, ou altamente desordenado podem aumentar os sentimentos de impotência e medo (Perkins & Taylor 1996; Ross & Jang, 2000). O sentimento de medo na vizinhança, entretanto, pode ser influenciado pelas conexões sociais que a vizinhança fornece para as pessoas e, assim, amenizar os efeitos estressores. Por exemplo, a densidade de laços sociais da vizinhança, o nível de trocas recíprocas e a coesão social entre vizinhos podem influenciar os sentimentos de segurança dos moradores e neutralizar sinais de estresse em seu ambiente de vizinhança (Aneshensel & Sucoff, 1996; Kubaznsky *et al.*, 2005).

Conforme busca na literatura, pode-se constatar que poucos trabalhos analisaram especificamente a relação entre o desfecho de TMC e os indicadores do ambiente social da vizinhança – coesão social e segurança. O fator coesão social aparece em algumas situações como componente do capital social, não como preditor principal. Alguns desses trabalhos estão arrolados no quadro 1. Dividem-se em dois grupos, segundo o tipo de abordagem: os que retratam análises da resposta individual para as medidas autorreferidas de coesão social e de segurança da vizinhança (análise de regressão clássica) e os que consideraram análise hierárquica ou multinível para esses fatores contextuais, considerando essas medidas agregadas em uma delimitação geográfica definida.

Inicia-se com um quadro-síntese, seguido do detalhamento de revisão de literatura quanto a esses aspectos.

Quadro 1 – Estudos observacionais da associação entre transtornos mentais e características do ambiente social.

Autor, Ano, País	Delineamento, N, Idade	Transtorno mental, Instrumento de avaliação	Características de vizinhança	Método estatístico, Unidade espacial	Principais resultados
Araya <i>et al.</i> , 2006, País de Gales	Transversal, 1.058, média 46 anos	Bem-estar psicológico, GHQ-12	Fatores derivados do capital social: percepção de confiança, participação social, coesão social, controle social. Medidas do ambiente construído (qualidade e acessibilidade da vizinhança)	Modelo multinível, Bairro	Após ajustes para variáveis individuais, apenas confiança e coesão social apresentaram associações significativas com pontuações para o bem-estar psicológico.
Mulvaney-Day <i>et al.</i> , 2006 EU	Transversal, 2.554, ≥ 18 anos	Autoavaliação de saúde física e mental	Apoio social (suporte familiar e de amigos) e coesão social da vizinhança	Regressão Logística Ordenada	Apesar de todas as escalas de conexões sociais terem relação significativa com auto-avaliação de saúde física e mental nas relações bivariada, não foram encontradas associações de coesão social, independentemente de outros tipos de conexões sociais, após controle de características demográficas.
Echeverría <i>et al.</i> , 2008, EU	Transversal, 6.814, 45 - 84 anos	Depressão, CES-D	Percepção dos problemas de vizinhança e da coesão social da vizinhança	Regressão binomial e GEE, Setores censitários	Níveis mais elevados de coesão social foram associados com menor escore para depressão. Os resultados entre coesão social e depressão e outros problemas de saúde, comparando medidas agregadas com medidas individuais, foram menos consistentes.
Mair <i>et al.</i> , 2009, EU	Transversal longitudinal, 2.619, 45 - 84 anos	Sintomas depressivos, CES-D	Coesão social da vizinhança, violência e estética do ambiente	Regressão linear, Setores censitários	As análises transversais mostraram que níveis mais baixos de coesão social e de qualidade estética do ambiente e níveis mais elevados de violência na vizinhança foram associados com os escores mais elevados de sintomas depressivos.
Mair <i>et al.</i> , 2010, EU	Transversal, 3.105, média 42,5 anos	Sintomas depressivos, CES-D	Percepção de desordem e violência da vizinhança, trocas recíprocas, laços sociais e coesão social e medidas do censo (desvantagem, riqueza...)	Análise multinível, <i>Clusters</i> de setores censitários	Associações entre percepção de desordem e violência e sintomas depressivos foram mais fortes para as medidas reportadas no nível individual do que para as medidas agregadas no nível de <i>clusters</i> de vizinhança.

Gale <i>et al.</i> , 2011, Reino Unido	Transversal, 1.157, 69 -78 anos	Bem estar mental, WEMWBS	Índice de privação múltipla das residências em áreas do censo e percepções dos problemas de vizinhança e da coesão social	Análises de correlação e de regressão linear	Pessoas que perceberam forte senso de coesão e menos problemas na vizinhança apresentaram maiores níveis de bem-estar mental, independentemente das variáveis individuais.
Roh <i>et al.</i> , 2011, Nova York	Transversal, 420, ≥ 60 anos	Sintomas depressivos, CES-D	Percepções subjetivas do ambiente (segurança, coesão social e satisfação)	Análises descritivas e modelos de regressão hierárquica, “vizinhança percebida”.	Quanto à regressão hierárquica, no modelo de sintomas depressivos, as variáveis (demográficas e de aculturação) e as variáveis de saúde contribuíram 6% e 8%, respectivamente, no modelo. Com a inclusão das variáveis de vizinhança, houve um adicional de 4%, resultando em um total de 18% da variação explicada. O ambiente de vizinhança apresentou contribuição nos resultados de sintomas depressivos.
Booth <i>et al.</i> , 2012, Arizona	Transversal, 4.196, média 47 anos	Sofrimento psicológico, (Kessler6)	Percepção de segurança da vizinhança, mediadores: impotência, desconfiança e isolamento social	Regressão linear hierárquica, Dois estratos geográficos	Quanto mais seguro o indivíduo se sente na sua vizinhança, menos experiência de sofrimento psicológico ele terá. E essa relação foi parcialmente mediada por sentimentos de impotência, isolamento social e desconfiança.
Bassett e Moore, 2013, Montreal	Transversal, 2.707, ≥ 25 anos	Sintomas depressivos, CESD-10	Dimensões psicossociais (confiança, coesão social), dimensões estruturais (participação na comunidade) e rede de capital social	Regressão logística multinível, Setores censitários	Tanto a dimensão psicossocial como as medidas de rede de capital social foram associadas com a presença de sintomas depressivos.
Wilson-Genderson & Pruchno, 2013, Nova Jersey EU	Transversal, 5.688, 50 - 74 anos	Sintomas depressivos, CES-D	Crimes violentos na vizinhança e percepções subjetivas de segurança da vizinhança	Regressão linear múltipla, Cluster de setores censitários	Níveis mais elevados de crime violento na vizinhança e pior percepção de segurança da vizinhança estão associados a níveis mais elevados de sintomas depressivos, mesmo após controle de idade, sexo e renda familiar.
Elliott <i>et al.</i> , 2014, Reino unido	Transversal, 3 coortes 1.244, média 73,2 anos 1.487, média 63,6 anos, 7.581, média 50,7 anos	Bem-estar mental, WEMWBS	Percepção individual de coesão social	Regressão linear múltipla	A associação entre coesão da vizinhança e bem-estar mental foi estatisticamente significativa nas três coortes.

Warwick-Edinburgh Mental Well being Scale (WEMWBS)

A próxima seção expõe brevemente os resultados de trabalhos que consideram respostas individuais. Desse modo, pela importância atribuída às associações entre TMC e indicadores do ambiente social, pretende-se garantir que estudos dessa natureza sejam contemplados no presente trabalho.

3.4 Transtorno mental e percepção de coesão social e segurança da vizinhança

Gale *et al.* (2011) realizaram um estudo em Hertfordshire, no Reino Unido, com dados de 2008, obtidos a partir do estudo *Cohort Study HertFordshire*. Foi utilizada uma amostra de 1.157 idosos, com idade entre 69 e 78 anos, com o objetivo de investigar relações transversais entre bem-estar mental e índice de privação múltipla das residências em áreas do censo e percepções de problemas e de coesão social da vizinhança. Também investigaram outros fatores que poderiam confundir ou mediar qualquer associação entre as medidas de ambiente de vizinhança e bem-estar mental, entre os quais classe social, renda, presença de doença de longa duração ou incapacidade, problemas de mobilidade e nível de percepção de apoio social. Mediante análises de correlação e de regressão linear, os autores verificaram que as pessoas com um forte senso de coesão de vizinhança e com menos problemas com a vizinhança apresentaram níveis mais elevados de bem-estar mental ou saúde mental positiva, independentemente de classe social, renda, presença de deficiência e problemas de mobilidade. A relação entre coesão de vizinhança e bem-estar mental foi ligeiramente enfraquecida pelo ajuste de apoio social, mas se manteve altamente significativa. Não foi encontrada nenhuma relação entre o nível de privação da área onde os participantes viviam e o bem-estar mental.

Com o objetivo de estudar as associações entre os problemas de vizinhança e a coesão social da vizinhança com depressão e outros problemas de saúde, a pesquisa de Echeverría *et al.* (2008) utilizou dados da linha de base, de julho de 2000 a agosto de 2002, que fazem parte

do estudo MESA (*The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis*). A amostra constituiu-se de 6.814 homens e mulheres, com idade entre 45 e 84 anos, de seis comunidades dos EUA - Baltimore City e Baltimore County, Maryland; Chicago, Illinois; Forsyth County, North Carolina; Los Angeles County, California; New York, New York; and St. Paul, Minnesota. A depressão foi medida pela escala CES-D, e as características de vizinhança foram identificadas de acordo com autorrelato dos participantes. As variáveis de ajuste consideradas foram tempo de residência, renda familiar dos participantes, educação e raça/etnia. Associações dos atributos de vizinhança com os resultados de saúde foram feitas através de regressão linear, ou regressão binomial para o cálculo de razão de prevalências.

As duas limitações para essa abordagem decorriam o viés da exposição e dos resultados de saúde terem sido medidos através de autorrelato e do viés de os autorrelatos serem suscetíveis, em função da realidade objetiva e das percepções individuais. Para lidar com elas, os autores realizaram análises de sensibilidade, em que a pontuação média dos problemas de vizinhança e coesão social foi construída para cada participante, incluindo as respostas de outros participantes do MESA que residiam no mesmo setor censitário.

Assim, os modelos foram repetidos, usando-se as medidas agregadas de problemas de vizinhança e de coesão social de vizinhança. Equações de estimativa generalizada (*Generalized Estimating Equations*) (GEE) foram utilizadas para tratar possíveis correlações nos resultados do estudo entre os participantes que residiam nos mesmos setores censitários. Os resultados da análise bivariada mostraram que indivíduos, vivendo em vizinhanças menos problemáticas, foram significativamente menos propensos a ficar deprimidos, a fumar ou a beber. E níveis mais elevados de coesão social foram associados com menor pontuação média de depressão (CES-D), menor prevalência de tabagismo e maior prevalência de atividades físicas, não tendo sido associados com consumo de álcool. As associações permaneceram mesmo após ajustes das covariáveis. Essas associações, no entanto, tornaram-se mais fracas e,

por vezes, mudaram de direção quando as medidas baseadas nos outros participantes do MESA foram utilizadas. Os resultados entre coesão social e depressão e outros problemas de saúde, comparando medidas agregadas com medidas individuais, foram menos consistentes. Com medidas agregadas, a associação com depressão desapareceu, a associação com fumar e beber foi marginalmente significativa e a associação com caminhadas mudou de sentido. Resultados com as medidas agregadas dos problemas de vizinhança foram robustos, mas os resultados para coesão social em geral não o foram.

O artigo de Elliott *et al.* (2014) fornece evidências sobre a natureza e a força da ligação entre percepções individuais de coesão social e bem-estar mental, a partir de um grupo de pessoas com mais de 50 anos de idade. Foram utilizadas informações quantitativas e qualitativas, de três coortes britânicas, que fazem parte do HALCYon (*Healthy Ageing across the Life Course*), um programa de colaboração de pesquisas que trabalha com dados de nove grupos do Reino Unido. Foram considerados somente os participantes que responderam aos questionários sobre bem-estar mental e coesão social da vizinhança. Coletados entre 2008 e 2011, os dados quantitativos foram obtidos de 10.312 membros das coortes, sendo que 230 deles participaram de entrevistas biográficas qualitativas. As três coortes consideradas foram a de HCS (*The Hertfordshire Cohort Study*), com 1.244 indivíduos com idade média de 73,2 anos, a da pesquisa nacional MRC de saúde e desenvolvimento (*The MRC National Survey of Health and Development - NSHD*), com 1.487 participantes com idade média de 63,6 anos e a do Estudo Nacional de Desenvolvimento Infantil (*The National Child Development Survey - NCDS*), com 7.581 participantes com idade média de 50,7 anos.

O desfecho bem-estar mental foi medido pela escala *Warwick-Edinburgh Mental Well Being Scale (WEMWBS)* (Tennant *et al.*, 2007). Coesão social da vizinhança foi avaliada em oito itens de uma escala de 18 (Escala de Coesão Social da Vizinhança) (*Neighbourhood Cohesion Scale*) (Buckner, 1988; Lochner *et al.*, 1999), incluindo itens de sentimento de

pertencimento à vizinhança, entre outros. As variáveis individuais consideradas foram posição socioeconômica, emprego atual remunerado ou trabalho voluntário regular, doença ou deficiência limitante, problemas de mobilidade, habitação própria, apoio social, participação social e traços de personalidade e estabilidade emocional. Para examinar a associação entre coesão social da vizinhança e bem-estar mental, em cada coorte, com ajuste para covariáveis, foi utilizada regressão linear. Já a análise qualitativa foi feita por meio de entrevistas conduzidas e questionário semiestruturado, com uma amostra de 116 homens e 114 mulheres. O objetivo era saber como os adultos mais velhos conceituam e falam sobre pertencimento ao contexto de vizinhança. Na análise quantitativa, a média do escore bem-estar mental foi significativamente menor no grupo com idade média de 50,7 anos do que nos outros de mais idade (63,5 e 73,2 anos) ($p < 0,001$).

Depois de todos os ajustes para todas as covariáveis, a associação entre coesão da vizinhança e bem-estar mental foi mais atenuada, mas se manteve estatisticamente significativa nas três coortes. Houve consistência considerável entre a maneira como os indivíduos descreveram sua vizinhança nas entrevistas qualitativas e os resultados dos questionários de coesão social da vizinhança. Ficou evidente a importância da participação social como mecanismo para promover pertencimento à vizinhança e da idade e fase da vida como característica para descrever e definir os vizinhos.

Mulvaney-Day (2006) analisou as relações do apoio social e da coesão social com a autoavaliação de saúde física e mental, em uma amostra de latinos nos EUA. Os dados fazem parte Estudo Nacional Latino-Americano e Asiático (NLAAS). As informações de 2.554 participantes (577 cubanos, 495 porto-riquenhos, 868 mexicanos e 614 de outras nacionalidades latinas) foram coletadas entre maio de 2002 e novembro de 2003. A análise foi feita por meio de regressão logística ordenada para explorar as relações de apoio da família, de apoio de amigos, de conflito cultural familiar e de coesão social da vizinhança com

a autoavaliação de saúde física e mental, levando em consideração uso e proficiência na sua língua, natividade, educação e renda. Resultados mostraram que o apoio da família, o apoio de amigos e a coesão social da comunidade foram associados positivamente com a autoavaliação de saúde mental, após o controle de linguagem, educação, renda e outras medidas demográficas. O estudo, no entanto, não encontrou relação significativa entre coesão social da vizinhança e autoavaliação de saúde física e mental, após contabilizar os efeitos das outras variáveis de conexão social. Apesar de todas as escalas de conexões sociais terem relação significativa com autoavaliação de saúde física e mental nas relações bivariadas, os autores não encontraram apoio para a hipótese de que a coesão social da vizinhança tem uma associação com autoavaliação de saúde física e mental, independentemente de outros tipos de conexões sociais, após controle de características demográficas.

Mair *et al.* (2009) analisaram associações de coesão social da vizinhança, violência e estética do ambiente com sintomas depressivos, em 2.619 adultos saudáveis, com idade entre 45 e 84 anos, participantes do MESA (estudo longitudinal de 10 anos). Dos 6 centros de estudo do MESA, as análises foram baseadas em três deles (Baltimore, MD, Forsyth County, NC e New York, NY), pois são os locais onde os dados de vizinhança foram coletados. Utilizaram-se escalas de medidas do ambiente estético, da coesão social e da violência, gerando pontuações para os itens dos instrumentos considerados com as maiores pontuações, indicando ambientes mais favoráveis. As três escalas apresentaram alta consistência interna e aceitáveis propriedades ecométricas. Os sintomas depressivos foram medidos nos participantes do MESA no início do estudo e em duas visitas de acompanhamento, sendo uma entre três e quatro anos após a linha de base e a outra entre quatro e cinco anos após a linha de base, utilizando vinte itens da escala CES-D. Os itens são pontuados de zero a três e são somados para obter-se uma pontuação total de cada indivíduo. Pontuações mais elevadas representam mais sintomas depressivos (de zero a 60). Como ponto de corte para a depressão

clínica, foi utilizada pontuação 16. As principais covariáveis foram gênero, idade, raça/etnia, renda anual e educação. Todas foram coletadas na linha de base. As informações da vizinhança foram estimadas por meio de uma amostra separada de pessoas que residiam na mesma área geográfica dos participantes do MESA, e obtidas por telefone, em entrevistas conduzidas por uma empresa terceirizada. Essas variáveis foram ligadas aos participantes do MESA pelo censo. O objetivo da pesquisa na comunidade foi construir medidas de propriedades do nível de vizinhança para essas áreas, as quais poderiam estar ligadas aos participantes do MESA.

Regressão linear foi utilizada para examinar as relações transversais das características de vizinhança, com ou sem ajuste das variáveis individuais. As análises transversais mostraram que níveis mais baixos de coesão social da vizinhança e de qualidade estética do ambiente e níveis mais elevados de violência na vizinhança foram associados com os escores médios CES-D mais elevados de sintomas depressivos em homens e mulheres. Estimativa de máxima verossimilhança marginal foi o método apresentado para avaliar as associações das características de vizinhança com pontuações CES-D na linha de base e com as chances de incidência de desenvolver sintomas depressivos (score CES-D \geq 16 ou uso de antidepressivo), após 4 a 5 anos de acompanhamento entre as pessoas com score CES-D $<$ 16 no início do estudo. Os modelos foram ajustados para idade, renda, educação e raça/etnia. Viver em vizinhanças com melhores ambientes foi associado com uma leve redução de chances de desenvolver depressão, entre as mulheres sem depressão, no início do estudo. Entretanto, intervalos de confiança nessas estimativas foram amplos e incluíram o valor nulo (*odds ratio* de incidência de depressão = 0,89 [0,63–1,26]). Nenhuma associação foi encontrada para homens. O estudo foi construído a partir de pesquisa anterior, incorporando medidas diretas de características específicas de vizinhança que podem causar depressão. Uma inovação importante dessa pesquisa foi o uso de uma amostra de residentes informantes,

para caracterizar as vizinhanças dos participantes do estudo. Essa abordagem é útil para evitar o viés do informante, quando informações como coesão social e depressão são obtidas por meio de autorrelatos no mesmo grupo de indivíduos.

3.5 Transtorno mental e coesão social e segurança—análise multinível

3.5.1. Transtorno mental e coesão social da vizinhança

Mair *et al.* (2010) analisaram as associações transversais de estressores de vizinhança (violência e desordem percebidas, desordem e decadência física) e apoio social (estabilidade residencial, estrutura familiar, coesão social, trocas recíprocas, laços sociais) com sintomas depressivos em 3.105 adultos de Chicago, com idade média de 42,5 anos. Os sujeitos faziam parte do estudo *Chicago Community Adult Health Study (CCAHS)* e viviam em 343 agrupamentos de vizinhanças, áreas formadas por cerca de dois setores censitários, com fronteiras físicas e sociais significativas, definidos pelo projeto de desenvolvimento humano de Chicago (*Project on Human Development in Chicago Neighborhoods (PHDCN)*) (Sampson *et al.*, 1997). Os sintomas depressivos foram avaliados com uma versão de 11 itens da escala CES-D (*Center for Epidemiologic Studies*). As variáveis consideradas no nível de vizinhança foram medidas com base em avaliações do ambiente físico (observação social sistemática), em pesquisas sobre percepção de desordem e violência da vizinhança, trocas recíprocas, laços sociais e coesão social e no censo de 2000 dos EUA (desvantagem, riqueza, estrutura familiar e estabilidade residencial). A partir da análise fatorial, dois fatores foram gerados. O primeiro representou estressores com altas cargas de desordem e violência percebidas, de desordem observada e decadência e de coesão social. Já o segundo fator representou apoio/coesão social, incluindo troca recíproca, laços sociais e coesão social. As variáveis no nível

individual foram idade, gênero, raça/etnia, renda, estado civil e escolaridade. Todas as análises foram estratificadas por gênero, embora não tenham apresentado nenhuma das treze interações entre os fatores de vizinhança e de gênero.

Foi utilizada análise multinível com dois níveis, com interceptação aleatória para cada vizinhança, a fim de analisar a associação entre características de vizinhança e depressão, com e sem ajuste das variáveis sociodemográficas de nível individual. Estressores de vizinhança e apoio social foram associados com sintomas depressivos nessa população de homens e mulheres que vivem em Chicago. A maioria das variáveis de apoio social foi associada a menores níveis de sintomas depressivos em mulheres, enquanto os estressores de vizinhança mantiveram-se associados com maiores sintomas depressivos em homens e mulheres após controle do apoio social da vizinhança. Apoio social da vizinhança permaneceu associado com sintomas depressivos mais baixos, após ajuste dos fatores estressores de vizinhança para mulheres, mas não para homens. Associações entre percepção de desordem e violência e sintomas depressivos foram mais fortes para as medidas reportadas no nível individual do que para as medidas agregadas no nível de *clusters* de vizinhança. Pesquisas baseadas em medidas do censo podem evitar viés da mesma fonte, mas ser indicadores mais indiretas do apoio social e do estresse de vizinhança. Já aquelas baseadas em dados direcionados (com autorrelatos) podem medir as propriedades das vizinhanças que não podem ser observadas pelos avaliadores, como, por exemplo, a presença de coesão social. Os autores observaram também que, quando violência e desordem percebidas foram controladas simultaneamente para o nível individual e para o nível de *clusters* de vizinhança, apenas a medida do nível individual permaneceu associada a sintomas depressivos. Muitas dessas medições baseadas em pesquisas operam por meio de percepções no nível individual; por isso, não é surpreendente que os efeitos “vizinhança” desapareçam quando a percepção individual está

incluída no modelo. Os resultados apoiam a hipótese de que os estressores de vizinhança operam por meio das percepções que os indivíduos têm de seus ambientes.

Segundo Araya *et al.* (2006), características do ambiente social e do ambiente construído da vizinhança seriam melhor interpretadas como conceitos contextuais, no entanto, geralmente são estimadas como uma agregação de medidas de composição individual, tais como percepções de confiança e convivência na vizinhança. Se essas medidas agregadas fossem medidas válidas, poderia se esperar que evidenciassem correlações em níveis mais elevados de coleta de dados, por exemplo, bairro. Diante disso, os autores realizaram um estudo no país de Gales com objetivo de investigar a variação nos fatores derivados dos questionários em nível de vizinhança após a contabilização das variáveis individuais. A proposta foi avaliar se essas construções composicionais podem refletir algum efeito contextual e verificar a associação entre saúde mental (medida pelo *General Health Questionnaire* -12 GHQ-12 (Goldber & Williams, 1988) e os fatores derivados do capital social. O questionário autorreferido abordou domínios derivados do capital social como a percepção individual de confiança, participação social, coesão social, controle social e do ambiente construído (qualidade e acessibilidade da vizinhança).

Por meio da técnica de modelos multinível, os resultados mostraram que cerca de um terço da variação da qualidade de vizinhança e de 10% do controle social foram explicados pelo nível de bairro, após ajuste das variáveis individuais. Isso sugere que algumas das medidas de composição pareceram captar características contextuais do ambiente construído e do controle social. Após ajustes para variáveis individuais, confiança e coesão social – dois importantes componentes de capital social – foram os únicos fatores que mostraram associações estatisticamente significativas, com pontuações para o bem-estar psicológico (GHQ-12). No entanto, esses fatores apresentaram pouca variação no nível de bairro, o que indicou influência individual mais forte.

Bassett e Moore (2013) pesquisaram a associação entre as dimensões psicossociais aliadas às dimensões estruturais da rede de capital social e os sintomas depressivos. A amostra faz parte do estudo de envelhecimento saudável e redes de vizinhanças em Montreal (*Montreal Neighbourhood Networks and Healthy Ageing Study*) (MoNNET-HA). É composta por 2.707 adultos, distribuídos em 300 setores censitários da área metropolitana de Montreal. Para avaliar a presença de sintomas depressivos, foi utilizado o instrumento CESD-10. A análise valeu-se de regressão logística multinível, com ajustes das variáveis sociodemográficas e econômicas individuais. Os resultados indicaram que tanto a dimensão psicossocial quanto as medidas de rede de capital social foram associadas com a presença de sintomas depressivos. A inclusão delas forneceu uma forma mais abrangente de avaliar a associação entre o capital social e os sintomas depressivos. Pode-se dizer que indivíduos com altos níveis de confiança em outras pessoas, que confiam em seus vizinhos, e os que percebem sua vizinhança com altos níveis de coesão foram menos propensos a ter sintomas depressivos.

3.5.2 Transtorno mental e percepção de segurança da vizinhança

Booth *et al.* (2012) tiveram como objetivo analisar a associação entre um estressor principal, a percepção de segurança da vizinhança, e o sofrimento psicológico, além de explorar se essa relação é mediada por fatores de estresse secundários, tais como impotência, desconfiança e isolamento social, em adultos que vivem no Arizona. Os dados de 4.196 adultos, que fazem parte da Pesquisa de Saúde do Arizona (AHS), foram coletados em 2008, por meio de discagem aleatória por telefone, e se destinavam a ser representativos da população não institucionalizada do Arizona, que vive em domicílios com telefone fixo. A amostra foi realizada em dois estratos geográficos, sendo 3.130 adultos de Maricopa County e 1.066 do restante do Arizona. O desfecho sofrimento psíquico foi medido pela escala

Kessler⁶ (Kessler *et al.*,2002), que aborda questões sobre gravidade de certos sinais de estresse e a combinação das respostas gera uma pontuação para o nível de sofrimento psíquico de uma pessoa. Regressão linear hierárquica foi realizada para avaliar tanto os efeitos independentes da percepção de segurança, da impotência, do isolamento social e da falta de confiança sobre o sofrimento psíquico, bem como os efeitos mediadores. As variáveis de ajuste foram sexo, estado civil, idade, raça/cor, educação e renda. Os resultados mostraram que, quanto mais seguro o indivíduo se sente na sua vizinhança, menos experiência de sofrimento psicológico ele terá. E essa relação foi parcialmente mediada por sentimentos de impotência, isolamento social e desconfiança, o que indica potenciais fatores de risco e de proteção. Os autores concluíram que o trabalho social desses efeitos de mediação pode ser aplicado para a criação de intervenções que aumentem o apoio social e a confiança nas vizinhanças nas quais as pessoas se sentem inseguras, o que afeta potencialmente alguns resultados de saúde mental.

Wilson-Genderson e Pruchno (2013) estudaram os efeitos que a avaliação objetiva de crimes violentos na vizinhança e as percepções subjetivas de segurança da vizinhança têm em conjunto sobre os sintomas depressivos. A pesquisa foi realizada em Nova Jersey (EUA), em uma amostra que incluiu 5.688 pessoas, com idade entre 50 e 74 anos, participantes do estudo ORANJ BOWL (*Ongoing Research on Ageing in New Jersey: Bettering Opportunities for Wellness in Life*). As informações foram coletadas através de entrevistas telefônicas, realizadas entre novembro de 2006 e abril de 2008 e incorporadas aos dados administrativos de endereços residenciais geocodificados nos setores censitários. O desfecho desse estudo foram sintomas depressivos, avaliados por 10 itens da escala *CES-D*. As covariáveis consideradas foram idade, sexo, educação e renda. Os participantes foram convidados a responder perguntas sobre a percepção de segurança na vizinhança, através de uma escala do tipo *likert*. Dados da avaliação objetiva de crimes violentos na vizinhança foram obtidos por

meio do relatório sobre crimes elaborado pelo estado de Nova Jersey (*Uniform Crime Report Prepared by the State of New Jersey, Division of State Police Uniform Crime Reporting Unit*) e também foram ligados aos setores censitários, incluindo, para análise, três grandes crimes (estupro, roubo e assaltos graves). A análise de agrupamento de dados forneceu duas variáveis latentes no nível individual (nível 1): a primeira, percepções de segurança da vizinhança, usando dois indicadores (segurança à noite, segurança durante o dia); e a segunda, representando sintomas depressivos, medida com três indicadores (afeto positivo, afeto negativo e sintomas somáticos). A variável latente representando vizinhança (nível 2) foi crime violento da vizinhança, construído com três indicadores (roubos, estupros, assaltos). O modelo foi definido em dois níveis, com efeitos aleatórios para vizinhança pela regressão linear multinível, utilizando setor censitário do efeito *cluster*. As análises revelaram dois aspectos interessantes: as pessoas com níveis mais elevados de sintomas depressivos eram mulheres, jovens e pessoas com baixa renda pessoal, e as pessoas com níveis mais baixos de renda pessoal tinham mais preocupações com sua segurança pessoal.

Ambos os níveis reais de crime violento e os de percepções individuais de segurança tiveram efeito significativo sobre sintomas depressivos. Mesmo após o controle para a influência da idade, do sexo e da renda, as associações entre violência e sintomas depressivos e percepção de segurança e sintomas depressivos permaneceram significativas. Os efeitos também permaneceram significativos quando examinados juntamente com percepções subjetivas. Assim, foi confirmada a hipótese inicial de que níveis mais elevados de crime violento na vizinhança e a pior percepção de segurança da vizinhança estão associados a níveis mais elevados de sintomas depressivos, mesmo após controle de idade, sexo e renda familiar. A relação significativa, mas modesta, entre crime violento da vizinhança e as percepções de segurança fornece um suporte para a hipótese de que pessoas que percebem sua vizinhança insegura têm níveis mais elevados de sintomas depressivos do que as que

percebem sua vizinhança segura. Os autores observaram também que os indicadores objetivos de crime não são temidos igualmente por todos os residentes de um determinado espaço geográfico. Sugerem, ainda, que há uma confluência de fatores responsáveis por explicar porque as pessoas se sentem seguras ou não em suas vizinhanças.

3.5.3 Transtorno mental e percepção de coesão social e de segurança

O estudo de Roh *et al.* (2011) analisou como as percepções subjetivas do ambiente (por exemplo, densidade étnica, segurança, coesão social e satisfação) influenciam a saúde física e mental de idosos coreanos residentes nos EU. Os dados foram coletados a partir de uma pesquisa com esses idosos na área metropolitana da cidade de Nova York em 2010. A amostra constitui-se de 420 participantes, com idade igual ou superior a 60 anos e com capacidade cognitiva suficiente para compreender e concluir a entrevista. Foram feitas análises descritivas e correlacionais, e modelos de regressão hierárquica foram estimados para as percepções de saúde e para os sintomas depressivos. Para os modelos, as variáveis preditivas foram, respectivamente, as seguintes: 1) informações demográficas e de aculturação; 2) variáveis relacionadas com a saúde (condições crônicas e incapacidade funcional), e 3) percepções do ambiente de vizinhança (densidade étnica, segurança, coesão social e satisfação). Os sintomas depressivos foram medidos pelo instrumento CES-D, com 10 itens, que avaliavam a frequência dos sintomas na última semana. A percepção das características de vizinhança foi medida mediante vários itens adaptados da pesquisa de 2001 – *Quality of Korean Life Survey*.

Com relação à análise bivariada, pôde-se perceber que as percepções mais negativas de saúde e os níveis mais elevados de sintomas depressivos foram observados entre os indivíduos que eram menos aculturados, com mais doenças crônicas e incapacidade funcional,

cujas percepções de segurança na vizinhança eram mais negativas e apresentavam menor satisfação com o ambiente geral da vizinhança. A condição de solteiro e a percepção mais negativa de coesão social associaram-se a níveis mais altos de sintomas depressivos. Quanto à regressão hierárquica, no modelo de sintomas depressivos, as variáveis demográficas e de aculturação e as relacionadas com a saúde contribuíram com 6% e 8%, respectivamente. Níveis mais altos de sintomas depressivos foram observados entre indivíduos solteiros, menos aculturados, com maiores más condições crônicas de saúde e maiores níveis de incapacidade funcional.

Com a inclusão das variáveis de vizinhança, houve um adicional de 4% da variação, resultando em um total de 18% da variação explicada. Níveis mais altos de sintomas depressivos foram preditos por uma pior percepção de segurança na vizinhança e uma maior insatisfação com o ambiente global da vizinhança. Os resultados indicaram que os indivíduos que se sentem inseguros ou insatisfeitos na vizinhança tendem a prejudicar as interações sociais (por exemplo, conversar com vizinhos, visitar amigos) e comportamentos de saúde adequados (por exemplo, exercitar-se ao ar livre, ir até um consultório médico), o que, por sua vez, leva a condições desfavoráveis de saúde física e mental (Ross & Mirowsky, 2001).

3.6 Síntese de aspectos relevantes da revisão bibliográfica

Conforme revisão bibliográfica apresentada acima, observa-se que os transtornos mentais apresentam associações importantes com os atributos do ambiente de vizinhança. De forma resumida, é possível pontuar algumas considerações, a seguir.

A maioria dos trabalhos considerou divisões administrativas e/ou divisões por censo para representar unidade de vizinhança (Kubzansky *et al.*, 2005; Diez-Roux, 2007; Julien *et al.*, 2012). Poucas pesquisas utilizaram outra metodologia, como, por exemplo, recortes territoriais para delimitar vizinhanças.

Embora os fatores do ambiente social sejam muitas vezes mencionados nos estudos, investigações com ambientes sociais são menos comuns (Mair *et al.*, 2008). Características específicas mais relevantes da vizinhança e sua influência na saúde dos indivíduos permanecem em grande parte desconhecidas (Echeverría *et al.*, 2008; Kim, 2008).

O aprimoramento da técnica de modelo hierárquico ou multinível para avaliar a associação entre características de vizinhança e desfechos de saúde (Diez-Roux & Mair, 2010) que permite investigar tanto variações entre indivíduos quanto entre grupos bem como a contribuição de cada um desses níveis no desfecho de interesse (Kubzansky *et al.*, 2005; Santos *et al.*, 2007; Mair *et al.*, 2008; Diez-Roux, 2000-2007). Já que incorporam, em sua formulação, a natureza de agrupamento da população em estudo, esses modelos consideram a correlação entre indivíduos associados a um mesmo nível de agregação. Isso é diferente do modelo de regressão tradicional. Dessa forma, ela permite estimar efeitos independentes randômicos para dois ou mais níveis (Goldstein, 2003; Merlo *et al.*, 2004).

Também foi observado que, na sua maioria, foram investigadas populações dos EUA e da Europa (Kim, 2008; Julien *et al.*, 2012); portanto, estudos em países menos industrializados precisam ser replicados (Julien *et al.*, 2012). No Brasil, foram encontrados poucos estudos sobre a associação entre TMC e medidas autorreferidas do ambiente social, como coesão social e segurança da vizinhança.

O foco da maioria das pesquisas sobre ambientes sociais de vizinhança e saúde mental esteve voltado especificamente para depressão/sintomas depressivos (Diez-Roux & Mair, 2010). Além disso, poucos trabalhos avaliaram associação entre o desfecho específico de escore total de TMC e/ou suas categorias diagnósticas e medidas autorreferidas de coesão social e de segurança da vizinhança.

Por fim, foi constatado que alguns resultados foram menos conclusivos. A pesquisa de Echeverría *et al.* (2008) mostrou resultados diferentes com relação à medida de coesão

social no nível agregado e com os do individual para explicar saúde mental e comportamentos de saúde. Com medidas agregadas, a associação com depressão desapareceu, associações com uso de fumo e bebida foram marginalmente significativas e a associação com caminhadas mudou de sentido. Resultados com medidas agregadas dos problemas de vizinhança foram robustos, mas os resultados para coesão social em geral não o foram. Associações entre percepção de desordem e violência da vizinhança e sintomas depressivos foram mais fortes para as medidas reportadas no nível individual do que para as medidas agregadas no nível de *clusters* de vizinhança (Mair *et al.*, 2010). No entanto, mais pesquisas são necessárias, inclusive em outras populações e países para corroborar tais achados.

Os fatos observados acima apontam para a necessidade de estudos sobre o entendimento do papel dos indicadores de ambiente social nos TMCs, fato que o presente trabalho pretende contemplar.

4 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Investigar se a percepção de coesão social e de segurança da vizinhança está associada com prevalência de TMCs, em servidores civis, ativos e aposentados, vinculados a seis instituições de ensino e pesquisa do Brasil.

Objetivos Específicos

- a) Verificar associação entre transtornos mentais comuns (score CIS-R \geq 12, episódio depressivo, transtorno de Ansiedade e Transtorno Misto de ansiedade e depressão) e a percepção individual de coesão social e segurança da vizinhança.
- b) Realizar uma análise multinível para os TMCs, incluindo características individuais e percepção de coesão social e segurança da vizinhança local.
 - Observar se a variação nos transtornos mentais pode ser atribuída ao nível de vizinhança local, antes e após levar em consideração os fatores do nível individual.
 - Estimar os efeitos de percepção sobre coesão social e segurança em relação às vizinhanças na prevalência dos TMCs após o controle das características individuais.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahern J & Galea S. Collective Efficacy and Major Depression in Urban Neighborhoods. *Am J Epidemiol* 2011;173:1453–1462.

American Psychiatric Association 2000. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th, text, revision 2000.

Andrade LHSGA, Lolio CA, Gentil Filho V, Laurenti R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. *Rev psiquiatr Clin* 1999;26(5):257-61.

Aneshensel CS & Sucoff CA. The neighborhood context of adolescent mental health. *Journal of Health and Social Behavior* 1996; 37:293-310.

Aneshensel, C. S. et al. Urban Neighborhoods and Depressive Symptoms Among Older Adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2007; 62:S52–S59.

Anselmi L, Barros FC, Minten GC, Gigante DP, Horta BL; Victora CG. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte e nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Rev Saude Publica* 2008;42(2):26-33.

Araya R, Dunstan F, Playle R, Thomas H, Palmer S, Lewis G. Perceptions of social capital and the built environment and mental health. *Social Science & Medicine* 2006;62(12):3072-3083.

Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuna J, Lewis G. Common mental disorders in Santiago, Chile: prevalence and socio-demographic correlates. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 2001;178:228-33.

Araya R, Montgomery A, Rojas G, Fritsch R, Solis J, Signorelli A, Lewis G. Common mental disorders and the built environment in Santiago, Chile. *British Journal of Psychiatry* 2007;190:394-401.

Balfour JL, Kaplan, GA. Neighborhood environment and loss of physical activity in older adults: evidence from the alameda county study. *Am J Epidemiol* 2002; 155(6):507-515.

Bassett E, Moore S. Social capital and depressive symptoms: the association of psychosocial and network dimensions of social capital with depressive symptoms in Montreal, Canada. *Soc Sci Med* 2013;86:96-102.

Bierman A. Marital status as contingency for the effects of neighborhood disorder on older adults' mental health. *Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2009;64B(3):425–434.

Bild DE, Bluemke DA, Burke GL, Detrano R, Diez Roux AV, Folsom AR, Greenland P, Jacob DR Jr, Kronmal R, Liu K, Nelson JC, O'Leary D, Saad MF, Shea S, Szklo M, Tracy RP. Multi-ethnic study of atherosclerosis: objectives and design. *Am J Epidemiol* 2002;156(9):871-881.

Blakely T, Subramanian SV. Multilevel Studies. Methods for social Epidemiology. In Oakes M, Kaufman J, eds., San Francisco: Jossey Bass, 2006;316-40.

Boardman JD, Finch BK, Ellison CG, Williams dR & Jackson JS. Neighborhood disadvantage, stress, and drug use among adults. *Journal of Health & Social Behavior* 2001; 42(2):151-165.

Booth J, Ayers SL., Marsiglia FF. Perceived Neighborhood Safety and Psychological Distress: Exploring Protective Factors. *Journal of Sociology & Social Welfare* 2012; XXXIX(4):137 -156.

Borges LH. Sociabilidade, sofrimento psíquico e lesões por esforços repetitivos entre caixas bancários. São Paulo: Fundacentro; 2001.

Bjornstrom EE, Ralston ML, Kuhl DC. Social cohesion and self-rated health: the moderating effect of neighborhood physical disorder. *Am J Community Psychol* 2013 ;52(3-4):302-12.

Buckner JC. The development of an instrument to measure neighbourhood cohesion. *American Journal of Community Psychology* 1988; 16(771), 791.

Brown AF, Ettner SL, Piette J, Weinberger M, Gregg E, Shapiro MF, Karter AJ, Safford M, Waitzfelder B, Prata PA, Beckles GL. Socioeconomic position and health among persons with diabetes mellitus: a conceptual framework and review of the literature. *Epidemiol Rev* 2004;26:63-77.

Caiaffa WT, Ferreira FR, Ferreira AD, Oliveira CD, Camargos VP, Proietti FA. [Urban health: "the city is a strange lady, smiling today, devouring you tomorrow"]. *Cien Saude Colet* 2008;13(6):1785-1796.

Caiaffa WT, Almeida MC, Oliveira CD, Friche AA, Matos SG, Cunha MDAC, Pesanha E, Proietti FA. The urban environment from the health perspective: the case of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Cad Saude Publica* 2005;21(3)958-967.

Chaskin, RJ. Perspectives on neighborhood and community: a review of the literature. *Social Service Review* 1997; 71(4): 521-27.

Cho Y, Park GS, Echeverria-Cruz S. Perceived neighborhood characteristics and the health of adult Koreans. *Soc Sci Med* 2005;60(6):1285–1297.

Cohen D, Spear S, Scribner R, Kissinger P, Mason K, Wildgen J. “Broken windows” and the risk of gonorrhea. *American Journal of Public Health* 2000;90(2):230-236.

Costa, AG; Ludemir AB. Transtornos mentais comuns a apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005;21(1):73-79.

Coutinho ESF, Almeida Filho N, Mari JJ. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados em um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *Rev psiquiatr clín* 1999;26(5):246-256.

Coutinho LMS. Transtornos mentais comuns e contexto social: Análise multinível do “São Paulo ageing and health study (SPAH)”[Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2013.

Coutinho LMS, Matijasevich A, Scazufca M, Menezes PR. Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Cad. Saúde Pública* 2014;30(9):1875-1883.

Cramm JM, Nieboer AP. Neighborhood attributes security and solidarity promote the well-being of community-dwelling older people in the Netherlands. *Geriatr Gerontol Int* 2014;14(3):681-8.

Cramm JM, Nieboer AP. Relationships between frailty, neighborhood security, social cohesion and sense of belonging among community-dwelling older people. *Geriatr Gerontol Int* 2013;13(3):759-63.

Cutrona CE, Russell DW, Brown PA, et al. Neighborhood context, personality, and stressful life events as predictors of depression among African American women. *J Abnorm Psychol* 2005;114:3–15.

Diez-Roux AV & Mair C. Neighborhoods and health. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2010;1186:125–145.

Diez-Roux AV, Nieto F, Muntaner C. Neighborhood environments and coronary heart disease: a multilevel analysis. *Am J Epidemiol* 1997;146(1):48–63.

Diez-Roux AV. Estimating neighborhood health effects: the challenges of causal inference in a complex world. *Soc Sci Med* 2004;58(10):1953-60.

Diez-Roux AV. Multilevel analysis in public health research. *Annu Rev Public Health* 2000;21:171-192.

Diez-Roux AV. Neighborhoods and health: where are we and where do we go from here? *Rev Epidemiol Sante Publique* 2007;55:13–21.

Duncan C, Jones K, Moon G. Context, composition and heterogeneity: using multilevel models in health research. *Soc Sci Med* 1998;46(1):97-117

Echeverría S, Diez-Roux AV, Shea S, Borrell LN & Jackson S. Associations of neighborhood problems and neighborhood social cohesion with mental health and health behaviors: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Health Place* 2008; 14:853–865.

Echeverria SE, Diez-Roux A, Link BG. Reliability of Self-Reported Neighborhood Characteristics. *Journal of Urban Health* 2004;81(4):682-700.

Elliot J, Gale CR, Parsons S, & Kuh D. Neighbourhood cohesion and mental wellbeing among older adults: A mixed methods approach. *Social Science & Medicine* 2014;107: 44-51.

Ewing R, Schieber RA, Zegeer CV. Urban sprawl as a risk factor in motor vehicle occupant and pedestrian fatalities. *Am J Public Health* 2003;93:1541-5.

Farias TM. O afeto além dos muros e portões: o apego a vizinhanças na cidade do Natal. Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Natal, 2011.

Faris RE, Dunham, HW. (1939). *Mental disorders in urban areas: An ecological study of schizophrenia and other psychoses*. Chicago/London: The University of Chicago Press.

Fone DL, Lloyd K, Dunstan FD. Measuring the neighborhood using UK benefits data: a multilevel analysis of mental health status. *BMC Public Health* 2007; 7:69.

Fonseca MLG, Guimarães MBL, Vasconcelos EM. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: Uma revisão bibliográfica. *Rev APS* 2008;11(3):285-294.

Fortes S. Transtornos mentais comuns na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde de família do município de Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil. [Tese] Saúde coletiva. Instituto de Medicina Social, Universidade do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2004.

Friche, AAL. A utilização de contexto na análise de eventos de Saúde. [Tese] Saúde Pública. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. Belo Horizonte, 2011.

Friedkin, N.E. Social Cohesion. *Annu Rev Sociol* 2004;30:409-25.

Fritsch R, Escanilla X, Goldsack V, Grinberg A, Navarrete A, Pérez A, Rivera C, González I, Sepúlveda RE, Rojas G. Diferencias de género en el malestar psíquico de estudiantes universitarios. *Rev Psiquiatr Clin* 2006;43(1):22-30.

Gale CR, Dennison EM, Cooper C, Sayer AA. "Neighborhood environment and positive mental health in older people: The Hertfordshire Cohort Study." *Health & place* 2011;17(4):867-874.

Galea S, Ahern J, Rudenstine S, Wallace Z & Vlahov D. Urban built environment and depression: a multilevel analysis. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:822-827.

Goldberg DP, Blackwell B: Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *Br Med J* 1970; 1:439-443.

Goldberg D, Williams P: *A user's guide to the General Health questionnaire*. Windsor, UK: NFER-Nelson; 1988.

- Goldberg DP, Huxley P. Common mental disorders: A bio-social model: Tavistock/Routledge; 1992.
- Goldberg D, Goodyer I. The Origins and Course of Common Mental Disorders: Routledge Taylor & Francis Group London and New York; 2005.
- Goldstein H. Multilevel Statistical Models. 3rd ed. London: Kendall's Library of Statistic, 2003.
- Hahn CY, Yang MS, Yang MJ, Shih CH and Lo HY. Religious attendance and depressive symptoms among community dwelling elderly in Taiwan. *International journal of Geriatric Psychiatry* 2004;14:498-506.
- Harpham T, Snoxell S, Grant E, Rodriguez C. Common mental disorders in a young urban population in Colombia. *Br J Psychiatry* 2005;187:161-167.
- Jacob KS, Bhugra D, Mann AH: The validation of the 12-item General Health Questionnaire in Ethnic Indian Women living in the United Kingdom. *Psychol Med* 1997; 27:1215-1217.
- Jenkins R, Mbatia J, Singleton N, White B. Common mental disorders and risk factors in urban Tanzania. *Int J Environ Res Public Health* 2010;7(6):2543–2558.
- Jenkins R, Njenga F, Okonji M, Kigamwa P, Baraza M, Ayuyo J, Singleton N, McManus S, Kiima D. Prevalence of common mental disorders in a Rural District of Kenya, and Socio-demographic Risk Factors. *International Journal of Environmental and Public Health* 2012; 9:1810-1819.
- Johns LE, Aiello AE, Cheng C, Galea S, Koenen KC, Uddin M. Neighborhood social cohesion and posttraumatic stress disorder in a community-based sample: findings from the Detroit Neighborhood Health Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47(12):1899-906.
- Julien, D. Neighborhood characteristics and depressive mood among older adults: an integrative review. *Int Psychogeriatr* 2012;24:1207–1225.
- Kaplan GA. What's wrong with social epidemiology, and how we can make better? *Epidemiol Rev* 2004;26:124–135.
- Kawachi, I, Berkman L. Social cohesion, social capital, and health. *Social epidemiology* 2000; 174-190.
- Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *Am J Public Health* 1999;89:1187–93.
- Keller apud Chaskin/ Keller, S. 1968. *The Urban Neighborhoods: A Sociological Perspective*. New York: Random House.
- Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SLT, Walters EE & Zaslavsky AM. Short screening scales to monitor population prevalence and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine* 2002; 32:959-976.

Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, Ustun TB, Wang PS. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psychiatr soc* 2009;18(1):23-33.

Kessler, R.C., Ustun, T. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2004; 13 (2), 93-121.

Kim D, Diez-Roux AV, Kiefe CI, Kawachi I, Liu K. Neighborhood Socioeconomic Deprivation and Low Social Cohesion Predict Coronary Calcification? The CARDIA study. *Am J Epidemiol* 2010;172:288–298.

Kim, D. Blues from the Neighborhood? Neighborhood Characteristics and Depression. *Epidemiol Rev* 2008;30:101–117.

Kloos B, Townley G. Investigating the relationship between neighborhood experiences and psychiatric distress for individuals with serious mental illness. *Adm Policy Ment Health* 2011;38(2):105-16.

Kubzansky LD, Subramanian SV, Kawachi I, Fay ME, Soobader MJ, Berkman LF. Neighborhood Contextual Influences on Depressive Symptoms in the Elderly. *Am J Epidemiol* 2005;162:253–260.

Lam LC, Chan WC, Wong CS, Chen EY, NG RM, Lee EH, Chang WC, Hung SF, Cheung EF, Sham PC, Chiu HF, Lam M, Chiang TP, Van OSJ, Lau JT, Lewis G, Bebbington P, Hong Kong Mental Morbidity Survey Team. The Hong Kong mental morbidity survey: background and study design. *East Asian Arch Psychiatry* 2014;24(1):30-6.

Latkin CA & Curry AD. Stressful neighborhoods and depression: A prospective study of the impact of neighborhood disorders. *Journal of Health & Social Behavior* 2003; 44:34-44.

Lewis, G., Pelosi, A. J., Araya, R. & Dunn, G. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychol Med.* 1992;22, 465–486.

Lima MCP, Domingues MS, Cerqueira ATAR. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. *Rev Saude Publica* 2006; 40(6):1035-104.

Lima MS, Béria JU, Tomasi E, Conceição AT, Mari JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: na estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int J Psychiatry Med* 1996; 26:211-22

Lopes CS, Faerstein E e Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2003;19(6):1713-1720

Lopez AD, Murray CC. The global burden of disease, 1990-2020. *Nat Med* 1998;4(11):1241-3.

- Ludermir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saude Publica* 2002;36(2): 213-221.
- Ludwig, J., Duncan, G. J., Gennetian, L. A., Katz, L. F., Kessler, R. C., Kling, J. R., & Sanbonmatsu, L. Neighborhood effects on the long-term well-being of low-income adults. *Science* 2012;337(6101):1505–1510.
- Lochner, K., Kawachi, I., Kennedy, B.P. Social capital: a guide to its measurement. *Health & Place* 1999; 5(4):259-270.
- Lochner KA, Kawachi I, Brennam RT, Buka SL. Social capital and neighborhood mortality rates in Chicago. *Social Science and Medicine* 2003; 56(8):1797-1805.
- Lynge I, Munk-Jorgensen P, Pedersen AL, Mulvad G, Bjerregaard P. Common mental disorders among patients in primary health care in Greenland. *Int J Circumpolar Health* 2004;63(2):377-83.
- Macintyre S, Ellaway A, Cummins S. Place effects on health: how can we conceptualize, operationalise and measure them? *Social Science & Medicine* 2002;55: 125–139.
- MacQueen KM, McLellan E, Metzger DS, Kegeles S, Strauss RP, Scotti R, et al. What is community? An evidence-based definition for participatory public health. *Am J Public Health* 2001;91(12):1929-38.
- Mair C, Roux AVD & Galea S. Are neighbourhood characteristics associated with depressive symptoms? A review of evidence. *J Epidemiol Community Health* 2008; 62: 940–946.
- Mair C, Diez-Roux AV, Morenoff JD. Neighborhood stressors and social support as predictors of depressive symptoms in the Chicago Community Adult Health Study. *Health Place* 2010;16(5):811-9.
- Mair C, Diez-Roux AV, Shen M, Shea S, Seeman T, Echeverria S, O’Meara ES. Cross-sectional and longitudinal associations of neighborhood cohesion and stressors with depressive symptoms in the multiethnic study of atherosclerosis. *Ann Epidemiol* 2009 ;19(1):49-57.
- Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo programa Saúde da Família (Qualis) no município de São Paulo, Brasil. *Cad saúde pública* 2006; 22(8):1639-1648.
- Marín-León L, Oliveira HB, Barros MBA, Dalgalarondo P, Botega NJ. Social inequality and common mental disorders. *Rev Bras Psiquiatr* 2007;29(3): 250-253.
- Maslow A. *Motivation and personality*. 3rd ed. New York: Harper Collins;1987.
- Mathers CD, Loncar D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease e from 2002 to 2030. *PLoS Medicine* 2006;3(11):e442
- McMichael AJ. The urban environment and health in a world of increasing globalization: issues for developing countries. *Bull World Health Organ* 2000; 78(9):1117-1126.

Merlo J, Asplund K, Lynch J, Rastam L, Dobson A. Population effects on individual systolic blood pressure: a multilevel analysis of the World Health Organization MONICA Project. *Am J Epidemiol* 2004;159(12):1168-79.

Mirowsky, J. Age and the Sense of Control. *Soc Psychol Q* 1995;58: 31–43.

Morgan M, Chinn S. ACORN group, social class, and child health. *Am J Epidemiol* 1983;37(3):196–203.

Moore LV, Diez-Roux AV, Brines S. Comparing perception-based and geographic information system (GIS)-based characterizations of the local food environment. *Journal of Urban Health* 2008; 85(2):206–216.

Mulvaney-Day NE, Alegria M, Sribney W. Social cohesion, social support, and health among Latinos in the United States. *Social science & medicine* 2007; 477-495.

Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, Ezzati M, (...), Lopez AD. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet* 2012;380:2197-2223.

Nandi D, Banerjee G, Mukherjee SP, Ghosh A, Nandi PS, Nandi S. Psychiatric morbidity of a rural Indian community. Changes over a 20-year interval. *British Journal of Psychiatry* 2000;176:351-6.

Narayan D, Chambers R, Shah MK, Petesch P. Anxiety, fear and insecurities. In: *Voices of the poor: crying out for change*. New York: Oxford University Press for the World Bank 2000;151-77.

Nunes MA, Alves MG, Chor D, Schmidt MI, Duncan BB. Adaptação transcultural do CIS-R (Clinical Interview Schedule – Revised Version) para o português no Estudo Longitudinal De Saúde Do Adulto (ELSA). *Rev HCPA*. 2011; 31(4):487-90.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório da Organização Mundial de Saúde 2001. Disponível Acesso em:

OPAS/OMS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental - nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.

Patel V, Gwanzura F, Simunyu E, Mann A, Lloyd K. The explanatory models and phenomenology of common mental disorder in Harare, Zimbabwe. *Psychological Medicine* 1995;25:1191-9.

Patel V, Pereira J, Mann A. Somatic and psychological models of common mental disorders in India. *Psychological Medicine* 1998; 28:135-43.

- Patel V, Araya R, De Lima M, Ludemir A, Told C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med* 1999;49(11):1461-71
- Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of World Health Organization* 2003;81(8):609-615.
- Penedo FJ, Dahn JR. Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Curr Opin Psychiatry* 2005;18:189–93.
- Perkins DD, Taylor RB. Ecological assessments of community disorder: their relationship to fear of crime and theoretical implications. *Am J Community Psychol* 1996;24:63-107.
- Phillips MR, Liu H, Zhang Y. Suicide and social change in China. *Culture, medicine and psychiatry* 1999;23:25-50
- Pickett KE, Pearl M. Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:111-22
- Proietti F, Oliveira C, Ferreira R, Ferreira A, Caiaffa W. Unidade de contexto e observação social sistemática em saúde: conceitos e métodos. *Physis* 2008;18(3):469-482.
- Raudenbush S, Sampson R. Econometrics: toward a science of assessing ecological settings, with application to the systematic social observation of neighborhoods. *Sociol Methodol* 1999;29:1-41.
- Rodrigues-Neto JF, Figueiredo MFS, Faria AAS, Fagundes M. Transtornos mentais comuns e o uso de práticas de medicina complementar e alternativa – estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr* 2008;57(4):233-9.
- Rogers EM. *Diffusion of innovations*. 5th ed. New York, NY: The Free Press, 2003.
- Rogers E. *Diffusion of Innovations*. Free Press, New York 1983.
- Roh S, Jang Y, Chiriboga DA, Kwag KH, Cho S, Bernstein K. Perceived neighborhood environment affecting physical and mental health: A study with Korean American older adults in New York City. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2011;1-8.
- Ross CE, Jang SJ. Neighborhood disorder, fear, and mistrust: the buffering role of social ties with neighbors. *Am J Community Psychol* 2000;28:401-20.
- Ross CE. Neighborhood disadvantage and adult depression. *J Health Soc Behav* 2000;41:177-87.
- Rumble S, Swartz L, Parry C, Zwarenstein M. Prevalence of psychiatric morbidity in the adult population of a rural South African village. *Psychological Medicine* 1996;26:997-1007.
- Sampson RJ, Raudenbush S, Earls F. Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science* 1997;277:918-24.

Sampson RJ. The neighborhood context of well-being. *Perspectives in biology and Medicine* 2003; 46(supl3):S53-S64.

Santos EG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J Bras Psiquiatr* 2010;59(3):238-246.

Santos M. *O espaço dividido: Os Dois Circuitos da Economia Urbana nos Países Subdesenvolvidos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1979.

Santos SM, Chor D, Werneck GL, Coutinho ESF. Associação entre fatores contextuais e auto-avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos Multinível. *Cad Saúde Pública* 2007;23(11):2533-2554.

Santos SM. *A importância do contexto social de moradia na Auto-Avaliação de saúde*. [Tese] (Doutorado em Ciências na área de Saúde coletiva) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2008.

Schieman S, Meersman SC. Neighborhood Problems and Health Among Older Adults: Received and Donated Social Support and the Sense of Mastery as Effect Modifiers. *Journals of Gerontology: Series B* 2004;59:S89–S97.

Schieman S. Age, Education, and the Sense of Control A Test of the Cumulative Advantage Hypothesis. *Res Aging* 2001;23:153–178.

Sinjdens T, Bosker R. *Multilevel analysis: An introduction to basic and advantage multilevel modeling*. London: Sage; 1999.

Skapinakis P, Lewis G, Araya R, Jones K, Williams G. Mental health inequalities in Wales, UK: multi-level investigation of the effect of area deprivation. *Br J Psychiatry* 2005;186:417-22.

Skapinakis P, Weich S, Lewis G, Singleton N, Araya R. Socio-economic position and common mental disorders. Longitudinal study in the general population in the UK. *Br J Psychiatry* 2006;189:109-17.

Skapinakis P, Bellos S, Koupidis S, Grammatikopoulos I, Theodorakis PN, Mavreas V. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry* 2013;13:163.

Spielman SE, Yoo EH. The spatial dimensions of neighborhood effects. *Soc Sci Med* 2009;68(6):1098-105.

Subramanian SV, Kawachi I. Whose health is affected by income inequality? A multilevel interaction analysis of contemporaneous and lagged effects of state income inequality on individual self-rated health in the United States. *Health Place* 2006; 12:141-56.

Sun VK, Stijacic Cenzer I, Kao H, Ahalt C, Williams BA. How safe is your neighborhood? Perceived neighborhood safety and functional decline in older adults. *J Gen Intern Med* 2012;27(5):541-7.

- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S. The Warwick Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health & Quality of Life Outcomes* 2007; 5-63.
- Thomas H, Weaver N, Patterson J, Jones P, Bell T, Playle R, et al. Mental Health and quality of residential environment. *Br J Psychiatry* 2007; 191:500-5.
- Truong KD, Ma S A systematic review of relations between neighborhoods and mental health. *J Ment Health Policy Econ* 2006;9:137–154.
- Walker RB, Hiller JE. Places and health: a qualitative study to explore how older women living alone perceive the social and physical dimensions of their neighbourhoods. *Soc Sci Med* 2007;65(6):1154–1165.
- Weden MM, Carpiano RM, & Robert SA. Subjective and objective neighborhood characteristics and adult Health. *Social Science & Medicine* 2008;66:1256-1270.
- Weich S, Lewis G. Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. *BMJ* 1998;317:115-9.
- Weich S, Lewis G, Jenkins SP. Income inequality and the prevalence of common mental disorders in Britain. *Br J Psychiatry* 2001;178:222-7.
- Weich S, Holt G, Twigg L, Jones K, Lewis G. Geographic variation in the prevalence of common mental disorders in Britain: a multilevel investigation. *American Journal of Epidemiology* 2003;157:730-37.
- Wight RG, Cummings JR, Karlamangla AS & Aneshensel CS. Urban Neighborhood Context and Change in Depressive Symptoms in Late Life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2009;64B:247–251.
- Wilson-Genderson M, Pruchno R. Effects of neighborhood violence and perceptions of neighborhood safety on depressive symptoms of older adults. *Social Science & Medicine* 2013;85:43-49.
- Library Cataloguing-in-Publication Data. *Work Organization and stress: systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives. Protecting workers' health series ; no. 3* Geneva: World Health Organization (WHO); 2004.
- Yen IH. & Kaplan GA. Poverty area residence and changes in depression and perceived health status: evidence from the Alameda County Study. *Int J Epidemiol* 1999;28:90–94.
- Zhang W, Chen Q, McCubbin H, McCubbin L, Foley S. Predictors of mental and physical health: individual and neighborhood levels of education, social well-being and ethnicity. *Health & Place* 2011;17:238-47.

6 ARTIGO 1

**Associação entre prevalência de transtorno mental comum e percepção de coesão social
e de segurança na vizinhança – Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto
(ELSA- Brasil)**

Association between prevalence of common mental disorders and perceptions of
neighborhood social cohesion and safety – The Brazilian Longitudinal Study of Adult Health
(ELSA-Brasil)

Tatiani Secretti, Doutoranda em Epidemiologia pela UFRGS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

A ser Submetido à *Revista Brasileira de Psiquiatria*

**Associação entre prevalência de transtorno mental comum e percepção de coesão social
e de segurança na vizinhança – Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto
(ELSA-Brasil)**

Association between prevalence of common mental disorders and perceptions of
neighborhood social cohesion and safety – The Brazilian Longitudinal Study of Adult Health
(ELSA-Brasil)

Autores

Tatiani Secretti¹, Maria Angélica Nunes¹, Maria Inês Schmidt¹, Álvaro Vigo^{1,2}, Ruben
Ladwig¹, Simone M Santos³, Dóra Chor³

1. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil
2. Departamento de Estatística, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil
3. Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ

Correspondência

Prof^a. Dr^a. Maria Angélica Nunes

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul -
Rua Ramiro Barcelos 2600, CEP 90035-002, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. E-
mail: maanunes@gmail.com/ Fone: (0XX)5133085347

Resumo

As características do ambiente social têm se mostrado relevantes no processo saúde/doença. O objetivo deste estudo é analisar a associação entre características autorreferidas de Vizinhança, – coesão social e segurança –, e transtornos mentais comuns. A amostra foi constituída de participantes da linha de base do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil). Utilizou-se o instrumento CIS-R no rastreamento de transtornos mentais comuns. As características coesão social e segurança em relação a crimes foram medidos por meio de escalas validadas de características autorreferidas de vizinhança. Houve associação entre a percepção dos participantes de menos coesão social e de menor segurança na vizinhança e transtornos mentais comuns, e essas associações permaneceram após o ajuste para as variáveis individuais. Os resultados obtidos sugerem que iniciativas para promover a coesão social de uma vizinhança, em conjunto com ações para garantir segurança aos indivíduos, devem contribuir para que menor número de indivíduos apresente transtornos mentais comuns.

Palavras-chave: Transtorno mental comum; Vizinhança; Coesão social; Segurança

Abstract

The social environment characteristics have proven to be relevant in the health/disease process. The purpose of this study is to analyze the association between self-referred characteristics of neighborhood - social cohesion and safety - and common mental disorders. A sample of participants Adult Health Longitudinal Study (ELSA-Brasil) baseline was used. We used the instrument CIS-R to track common mental disorders. Social cohesion and safety characteristics concerning crimes were measured through the use of validated scales of the neighborhood self-referred characteristics. There was an association between perception of lower social cohesion and neighborhood safety and common mental disorders, and these associations remained after the adjustment of individual variables. The results obtained suggest that initiatives to promote social cohesion of a neighborhood with actions to assure safety of individuals, should contribute for a smaller number of individuals presenting common mental disorders.

Keywords: Mental disorder; Neighborhood; Social cohesion, Safety

Introdução

Nas últimas décadas, estudos sobre a relação entre as características de vizinhança e indicadores de saúde têm sido cada vez mais frequentes e de reconhecida relevância. Além das características individuais, as características físicas e sociais do contexto onde o indivíduo vive^{1,2,3,4,5} podem afetar a saúde das pessoas.⁶ Sendo assim, a saúde não é a simples soma de exposição a estímulos benéficos ou nocivos, mas uma função interativa da pessoa e seu ambiente.⁷

Duas características do ambiente social de vizinhança – coesão social e segurança – são particularmente relevantes para a saúde mental.^{5,8} A coesão social é definida como o grau de conexão e de solidariedade que existe entre as pessoas que vivem em limites geográficos definidos, portanto, compartilham de um ambiente comum.^{9,10,11} Altos níveis de coesão social influenciam positivamente a saúde física e mental^{8,12} e a autopercepção de saúde dos indivíduos.¹³ Esta característica parece também ter grande importância em idosos: percepção de baixos níveis de coesão social mostrou associação com sintomas depressivos,¹⁴ enquanto a percepção de altos níveis estiveram associados com a sensação de mais bem estar mental.¹⁵

O estresse causado por viver em um ambiente percebido como inseguro pode levar à restrição de atividades cotidianas, ao aumento do sentimento de vulnerabilidade e ao isolamento social.¹⁶ Outros estudos encontraram associação entre a percepção de menor Segurança e escores mais elevados de sintomas depressivos,^{15,17} enquanto a percepção de maior segurança se mostrou associada à melhor autoavaliação de saúde mental.¹⁸

Embora o ambiente social afete a saúde dos indivíduos, existem poucos estudos que exploram as relações entre saúde mental e medidas do ambiente social, como coesão social e segurança.^{4,19,20} Além disso, praticamente toda pesquisa existente foi realizada nos Estados Unidos e Europa.^{4,17,19-21} Também se constata que a maioria das evidências sobre efeitos do

ambiente social de vizinhança na saúde mental dos indivíduos está relacionado à depressão/sintomas depressivos.^{2,4,5,20}

No Brasil, a associação de características contextuais do local de moradia (vizinhança), e os transtornos mentais comuns, ainda é um tema pouco estudado. Em nosso país, o ritmo acelerado de urbanização e o aumento na expectativa de vida constituem um desafio para a compreensão do papel do ambiente no processo saúde/doença. O objetivo do presente trabalho é estudar a associação entre a percepção individual de coesão social e de segurança na vizinhança, com transtornos mentais comuns, sendo a amostra constituída de participantes da linha de base do Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto (ELSA – Brasil), que é uma coorte de 15.105 homens e mulheres servidores públicos residentes em seis capitais do Brasil.

Métodos

Amostra

Foram considerados todos os participantes incluídos na linha de base do ELSA-Brasil, realizada entre 2008 e 2010, que totalizaram 15.105 funcionários, entre 35 e 74 anos, ativos e aposentados, de diferentes regiões do Brasil: Universidade Federal da Bahia, do Espírito Santo, de Minas Gerais e do Rio Grande do Sul; Universidade de São Paulo; e a Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro.²² O projeto de pesquisa foi aprovado por comitês de ética, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram realizadas entrevistas e exames por entrevistadores e aferidores treinados para as respectivas funções. Os questionários abordaram questões sobre características sociodemográficas, ocupacionais, hábitos alimentares, saúde mental, características autorreferidas da vizinhança de moradia etc. Mais detalhes do estudo ELSA-Brasil pode ser revisado em publicação prévia.²²

Medidas

Foram utilizadas as escalas de medidas de características autorreferidas de vizinhança, de coesão Social e de segurança em relação a crimes. Estas escalas, anteriormente validadas apenas na língua inglesa,^{23,24} foram adaptadas e validadas para a língua portuguesa, no âmbito do ELSA-Brasil, e, apresentaram propriedades psicométricas adequadas,²⁵ semelhantes às de estudos norte-americanos.²⁴

O coeficiente de correlação intraclasse foi de 0,83 (IC95% 0,78; 0,87) para coesão social e de 0,86 (IC95% 0,82; 0,89) para segurança em relação a crimes e consistência interna (alfa de Cronbach), de 0,70 para os dois domínios.

Todos participantes foram orientados a considerar como vizinhança “*a área geral do entorno da sua residência, onde o sr./a sra. costumam realizar atividades de rotina, como, por exemplo, fazer compras, ir ao parque, ou visitar vizinhos*”, e, posteriormente, era solicitado que indicasse sua concordância em relação às afirmações que compõem cada escala com cinco opções em escala Likert variando entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente”. O domínio Coesão Social compreende cinco questões: *1) Na sua vizinhança, as pessoas estão dispostas a ajudar seus vizinhos; 2) Sua vizinhança é bem unida; 3) As pessoas, na sua vizinhança, são de confiança; 4) Em geral, as pessoas na sua vizinhança, NÃO se dão bem umas com as outras; 5) As pessoas na sua vizinhança NÃO compartilham os mesmos padrões culturais, de comportamento, princípios éticos ou morais, entre outros.* Os itens 1, 2 e 3 tiveram codificação reversa para manterem o mesmo sentido, sendo que escores mais altos significou percepção de maior coesão social. As respostas foram somadas para cada participante, resultando um escore total (variando de 5 a 25), sendo, então, classificados em três grupos (tercis) de tamanho aproximadamente igual, sendo o tercil superior constituído por indivíduos que apresentaram maior escore no domínio de coesão social.

O domínio de Segurança em Relação a Crimes compreende três questões: 1) *O(a) senhor(a) se sente seguro (a) andando de dia ou de noite na sua vizinhança;* 2) *A violência é um problema na sua vizinhança;* 3) *Sua vizinhança é segura em relação a crimes.* O item 2 teve codificação reversa, para manter o sentido, sendo que quanto maior o escore, maior a segurança em relação a crimes. O escore total de Segurança foi somado (variando de 3 a 12) e, posteriormente, dividido em tercís aproximadamente iguais, sendo o tercil superior aquele constituído por indivíduos que apresentaram maior escore no domínio segurança em relação a crimes.

Os Transtornos Mentais Comuns (TCM) foram avaliados por meio do instrumento *Clinical Interview Schedule - Revised* (CIS-R). O CIS-R é uma entrevista psiquiátrica estruturada, que mensura a presença de sintomas psiquiátricos e de diagnósticos.²⁶ Estas características diagnósticas estão em conformidade com a classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª edição (DSM-V) – e da Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID – 10) e, resultam em seis categorias: transtorno de ansiedade generalizada, episódio depressivo, fobias, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de pânico e transtorno misto de ansiedade e depressão. O instrumento CIS-R foi validado na sua língua original inglesa²⁷ e adaptado e traduzido para o português,²⁸ no ELSA-Brasil. Foram realizadas análises de equivalência conceitual entre os itens, semântica e da parte operacional. O instrumento foi considerado adequado para investigar transtornos mentais comuns e suas associações com outras doenças crônicas. O ponto de corte para rastreamento de TMC foi o escore total igual ou maior que doze.^{27,29}

Foram considerados os seguintes desfechos: escore total CIS-R ≥ 12 , episódios depressivos (ED) composto pelo agrupamento dos diagnósticos: "depressão leve sem sintomas somáticos", "depressão leve com sintomas somáticos", "depressão moderada sem sintomas somáticos", "depressão moderada com sintomas somáticos" e "episódio depressivo

severo”; transtorno de ansiedade (TA), da mesma forma composto pelo agrupamento dos diagnósticos: "agorafobia sem pânico", "agorafobia com pânico", "fobia social", "fobia específica", "transtorno do pânico", "transtorno de ansiedade generalizada", "Transtorno obsessivo compulsivo". O transtorno misto de ansiedade e depressão (TMAD) foi definido como escore de TMC ≥ 12 e ausência de qualquer outro diagnóstico, também previsto na CID-10. Na presente investigação, questões introdutórias do CIS-R sobre flutuações do peso não foram incluídas o que poderá ter resultado em subestimação da prevalência da categoria diagnóstica de Episódios Depressivos.

As características demográficas consideradas foram: idade, sexo (masculino/feminino), estado civil (casado, solteiro, separado, viúvo, outro) e raça/cor (branca e não branca), renda familiar per capita, escolaridade (classificada em até fundamental incompleto, fundamental completo, ensino médio completo, universitário completo e pós-graduação) e o tempo de permanência na mesma vizinhança (em anos).

Dos 15.105 participantes da linha de base foram excluídos aqueles indivíduos que reportaram uso de antidepressivo (n=928), que não responderam as questões dos domínios de coesão social ou de segurança em relação a crimes (n=38), os que apresentaram *missing* em algum dos desfechos (n=153) e, aqueles indivíduos que tinham *missing* em alguma das covariáveis (n=210). A amostra resultou em 13.776 participantes.

Análise Estatística

Primeiramente, foram realizadas análises descritivas das características individuais, sociodemográficas, características autorreferidas da vizinhança e prevalência de transtornos mentais comuns.

Após, houve análise da distribuição de prevalência de TMC por tercís dos domínios de coesão social e segurança em relação a crimes. Os escores obtidos nas escalas em estudo

foram divididos em tercís, baseados na distribuição dos dados observados, cujo objetivo foi facilitar a compreensão das associações, o que se mostrou um eficiente meio de análise.

O modelo de regressão de *Poisson* com variância robusta foi utilizado na estimativa da Razão de Prevalência (RP) das associações entre coesão social e segurança em relação a crime e os desfechos dicotômicos (presença ou ausência) de: Escore total CIS-R ≥ 12 , Episódio Depressivo (ED), Transtorno de Ansiedade (TA) e Transtorno Misto de Ansiedade e Depressão (TMAD). Todas as análises foram realizadas no programa *Statistical Analysis System* (SAS), Versão 9.3, utilizando o nível de significância 5%.

Diferentes modelos foram ajustados para cada resultado: escore ≥ 12 , ED, TA e TMAD, associados com percepção individual de coesão social e segurança em relação a crimes. O ajuste por Centro de Investigação (CI) permaneceu em todos os modelos.

Foram realizados testes de interação entre coesão social e segurança em relação a crimes e, entre os sexos e os tercís de coesão social e segurança em relação a crimes, inserindo termos no modelo.

Resultados

De acordo com a Tabela 1, os participantes, na maioria, são do sexo feminino; com média de idade de 52 anos (DP = 9,1); estado civil casado ou vivendo com alguém; escolaridade – pós-graduação. O tempo médio em que as pessoas viviam na vizinhança foi de 17,3 anos (DP = 14,1). As prevalências dos TMCs foram: 25,6% apresentaram escore total CIS-R ≥ 12 , sendo 3,9% para o diagnóstico de ED, 15,2% TA, e 12,7% para o diagnóstico de TMAD.

A análise da distribuição de prevalência de TMC por tercís dos domínios de coesão social e de segurança em relação a crimes mostrou que os participantes que percebiam menos coesão social e menor segurança em relação a crimes na sua vizinhança apresentaram maior

prevalência de TMC: escore total CIS-R ≥ 12 , episódio depressivo, transtorno de ansiedade e transtorno misto de ansiedade e depressão (testes de tendência $p < 0,001$) (Tabela 2). Esses padrões permaneceram após ajuste para covariáveis (Tabela 3 e 4).

Conforme a Tabela 3, indivíduos que percebiam morar em uma vizinhança com menos coesão social, tinham 44% mais chance de apresentar TMC (escore total CIS-R ≥ 12), 63% mais chance de apresentar ED, 28% mais chance de apresentar TA e 44% tinham mais chance de apresentar TMAD comparado àqueles que percebiam morar em uma vizinhança com maior coesão social, mesmo após ajustes das variáveis individuais. O ajuste para o tempo de residência na vizinhança não modificou os efeitos nos modelos.

As associações no domínio segurança em relação a crimes e TMC (escore total CIS-R ≥ 12 , ED, TA e TMAD) permaneceram significativas mesmo após ajuste das variáveis individuais (Tabela 4). Aqueles participantes que percebiam sua vizinhança com menor segurança em relação a crimes tiveram 30% mais chance de apresentar TMC (escore total CIS-R ≥ 12), 33% foram mais propensos a apresentar ED, 36% mais chance de apresentar TA, e 23% dos participantes mais chance de apresentar TMAD que aqueles que percebiam morar em uma vizinhança com maior segurança em relação a crimes após ajustes das variáveis individuais. Quando a variável tempo de residência na vizinhança foi incluída no modelo não houve diferença.

Os testes para interação entre sexo e tercis de coesão social e segurança percebida, e teste de interação entre coesão social e segurança não foram significativos e, portanto, não foram apresentados.

Discussão

No presente estudo houve a confirmação da hipótese de associação entre percepção individual das características de vizinhança, coesão social e segurança e transtornos mentais comuns.

Pesquisas recentes sobre o papel do ambiente na promoção de saúde em geral e, em especial, a saúde mental, merecem destaque. Alguns estudos^{10,14,15,17,31} apontam associações significativas entre pior medidas de coesão social e de segurança e, pior indicador de saúde mental.

Os principais resultados mostram que os participantes que percebiam morar em uma vizinhança com menor coesão social e menor segurança em relação a crimes tiveram maior chance de apresentar TMC mesmo após ajustes para as covariáveis sociodemográficas. Um dos possíveis mecanismos envolvidos nesta relação é de que vizinhanças percebidas como menos coesas e/ou menos seguras acarretem efeitos deletérios na saúde mental dos seus moradores, desencadeando mais sintomas depressivos e de ansiedade. Esses resultados confirmam achados de outros estudos como o MESA (*The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis*), onde participantes que relataram viver em vizinhanças com menor coesão social tiveram escores significativamente maiores para depressão na escala CES-D e essa associação persistiu após ajuste das covariáveis.¹⁰ Essa relação pode ser entendida, considerando que maior coesão social da vizinhança permite ampliar os relacionamentos entre seus membros, propiciar uma maior rede social, aumentar o senso de propósito e significado na vida das pessoas, contribuindo, assim, para uma melhor saúde mental. Além disso, o grau de conectividade pode servir para reforçar comportamentos promotores de saúde mental, tais como caminhada ao ar livre; promover rápida difusão de informações relevantes de saúde.⁸

O estudo de Gale et al.¹⁵ demonstrou que habitantes de áreas percebidas como de maior coesão social apresentaram níveis mais elevados de bem-estar mental, independente da

classe social, renda, presença de deficiência, problemas de mobilidade e apoio social percebido.¹⁵ Similarmente, desfechos alcançados de três coortes britânicas, em uma amostra de 10.312 indivíduos, confirmou a existência de moderada associação entre coesão social e bem-estar medido ao nível individual, em cada um dos três grupos. Após ajustes para as covariáveis, a associação entre coesão social e bem-estar mental se atenuou, embora se manteve estatisticamente significativa.³⁰

Outro estudo confirmou a hipótese que a percepção de uma maior coesão social da comunidade mostra associação positiva com autoavaliação de saúde mental; no entanto, a coesão social da vizinhança deixa de ser significativa quando outras escalas de apoio social (apoio da família e amigos) são adicionadas no modelo ¹². Esses resultados sugerem que os efeitos saudáveis de conexão social são influenciados principalmente por um apoio mais próximo, por exemplo, família e amigos ao invés do nível de conexão social da comunidade.

Os resultados obtidos no presente estudo também são consistentes com estudos sobre associação entre segurança em relação a crimes e transtornos mentais.¹⁶ A hipótese de que quanto maior o sentimento de insegurança experimentado pelos indivíduos maior o sofrimento psicológico, é confirmada no nosso estudo. Outros estudos demonstram que indivíduos com uma percepção de maior segurança em relação a crimes no seu entorno mostram ter avaliações positivas na autoavaliação de saúde mental.^{14,31} Isso provavelmente decorre do fato de que a percepção de insegurança na vizinhança pode levar ao isolamento social, a sentimentos de medo e impotência, desconfiança nos vizinhos, e que conseqüentemente afetam o bem-estar psicológico.¹⁶

Entre as limitações do estudo, o delineamento transversal não permite traçar relação causal entre a exposição e o desfecho. Existe também a possibilidade de um viés decorrente da exposição medida através de autorrelatos. Sabemos que autorrelatos são suscetíveis as percepções individuais e a realidade objetiva. Indivíduos deprimidos podem perceber menos

coesão social e menor segurança. E por fim, o estudo da associação ocorreu em nível individual sem considerar a dependência entre os indivíduos que compartilham de um contexto coletivo.

O tamanho da amostra possibilitou ajustes das estimativas pelas variáveis de confundimento, que confirmaram as associações existentes. Outro aspecto foi o uso de outros diagnósticos psiquiátricos, além de Episódios Depressivos, através do instrumento CIS-R, uma vez que a maioria das evidências sobre os efeitos do ambiente social de vizinhança em saúde mental se restringe ao estudo da associação com o diagnóstico de depressão/sintomas depressivos.

Considerando que grande parte do conhecimento acumulado na área provém de estudos realizados em outros países, é de fundamental importância conhecer como ocorrem estas relações em população nacional, identificando associações em estudo empírico realizado no Brasil.

É importante assinalar que o enfoque neste estudo foi a percepção individual, sem considerar o contexto geográfico coletivo. Desta forma, as associações estimadas não contemplam a dependência entre indivíduos que compartilham o mesmo ambiente. Análises que incorporem o componente do contexto coletivo com recortes de vizinhanças que agreguem participantes em grupos expostos a ambientes comuns poderão ser realizadas.

O conhecimento do binômio coesão social e segurança em relação a crimes e, Transtornos Mentais Comuns poderá orientar o planejamento de medidas preventivas que busquem a melhoria do ambiente e, por conseguinte, a saúde mental dos indivíduos que nele residem. Medidas preventivas em relação à coesão social podem ser de mais fácil disseminação e adesão, pois pode depender de um comportamento individual na sociedade. Já segurança envolve instâncias mais externas ao indivíduo.

Conclusão

Os resultados obtidos sugerem que iniciativas para promover coesão social de uma vizinhança, em conjunto com ações para garantir segurança aos indivíduos, devem contribuir para que menor número de indivíduos apresente transtornos mentais comuns.

Referências

1. Diez-Roux, AV. Multilevel analysis in public health research. *Annual Review of Public Health* 2000; 21: 171–92.
2. Kubzansky LD, Subramanian SV, Kawachi I, Fay ME, Soobader MJ, Berkman LF. Neighborhood contextual influences on depressive symptoms in the elderly. *Am. J. Epidemiol* 2005; 162: 253–260.
3. Santos SM, Chor D, Werneck GL, Coutinho ESF. Associação entre fatores contextuais e autoavaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos Multinível. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(11): 2533-2554.
4. Mair C, Diez-Roux AV, Galea S. Are neighborhood characteristics associated with depressive symptoms? A review of evidence. *J Epidemiol Community Health* 2008; 62: 940–946.
5. Diez-Roux AV, Mair, C. Neighborhoods and health. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2010; 1186:125–145.
6. Diez-Roux, A. V. Neighborhoods and health: where are we and where do we go from here? *Rev Epidemiol Sante Publique* 2007; 55:13–21.
7. Aneshensel CS, Wight RG, Miller-Martinez D, Botticello AL, Karlamangla AS, Seeman TE. Urban Neighborhoods and Depressive Symptoms Among Older Adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2007; 62:S52–59.
8. Echeverría S, Diez-Roux AV, Shea S, Borrell LN, Jackson S. Associations of neighborhood problems and neighborhood social cohesion with mental health and health behaviors: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Health & Place* 2008;14: 853–865.
9. Sampson RJ, Raudembush S, Earls F. Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science* 1997; 277:918-24.
10. Sampson, R.J. The neighborhood context of well-being. *Perspectives in Biology and Medicine* 2003; 46(supl3): S53–S64.
11. Friedkin, NE. Social Cohesion. *Annual Review of Sociology* 2004;30:409-425.

12. Mulvaney-Day NE, Alegria M, Sribney W. Social cohesion, social support, and health among Latinos in the United States. *Social Science & Medicine*, 2007; 64: 477-495.
13. Kuhl DC. Social cohesion and self-rated health: the moderating effect of neighborhood physical disorder. *Am J Community Psychol* 2013; 52(3-4):302-12.
14. Roh S, Jang Y, Chiriboga DA, Kwag KH, Cho S, Bernstein K. Perceived neighborhood environment affecting physical and mental health: A study with Korean American older adults in New York City. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2011;13(6):1005-12.
15. Gale CR, Dennison EM, Cooper C, Sayer AA. Neighborhood environment and positive mental health in older people: The Hertfordshire Cohort Study. *Health &Place*2011; 17(4): 867-874.
16. Booth J, Ayers SL., Marsiglia FF. Perceived Neighborhood Safety and Psychological Distress: Exploring Protective Factors. *Journal of Sociology & Social Welfare* 2012; XXXIX (4): 137-156.
17. Wilson-Genderson M, Pruchno R. Effects of neighborhood violence and perceptions of neighborhood safety on depressive symptoms of older adults. *Social Science & Medicine* 2013; 85: 43-49.
18. Yoon H, Jang Y. Self-rated mental health in social-structural contexts: an examination with Korean American older adults. *Aging &Mental Health*2014; 1-7.
19. Julien D, Richard L, Gauvin L, Kestens Y. Neighborhood characteristics and depressive mood among older adults: an integrative review. *International Psycho geriatrics* 2012; 1-19.
20. Kim, D. Blues from the Neighborhood? Neighborhood Characteristics and Depression. *Epidemiologic Reviews*, 2008; 30(1): 101–117.
21. Yen IH, Michael YL, Perdue L. Neighborhood environment in studies of health of older adults: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2009; 37(5), 455-463.
22. Aquino EM, Barreto SM, Bensenor IM, Carvalho MS, Chor D, Duncan BB, Lotufo PA, Mill JG, Molina Mdel C, Mota EL, Passos VM, Schmidt MI, Szklo M. Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil): objectives and design. *American Journal of Epidemiology* 2012; 175: 315-24.
23. Sampson RJ, Raudembush SW, Earls F. Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science* 1997;277(5328):918-24.
24. Mujahid MS, Diez-Roux AV, Morenoff JD, Raghunathan T. Assessing the measurement properties of neighborhood scales: from psychometrics to ecometrics. *Am J Epidemiol*2007;165(8):858-67.

25. Santos SM, Griep RH, Cardoso LO, Alves MGM, Fonseca MJM, Giatti L, Chor D. Adaptação transcultural e confiabilidade de medidas de características autorreferidas de vizinhança no ELSA–Brasil. *Rev Saúde Pública* 2013; 47(supl 2): 122-30.
26. Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000: Technical Report. Office for National Statistics.2009.available at:
<http://www.ons.gov.uk/ons/rel/psychiatric-morbidity/psychiatric-morbidity-among-adults-living-in-private-households/2000/index.html>. Acessado janeiro 20, 2014.
27. Lewis G, Pelosi AJ, Araya R, Dunn G. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychol Med* 1992; 22:465–486.
28. Nunes MA, Alves MG, Chor D, Schmidt MI, Duncan BB. Adaptação transcultural do CIS-R (Clinical Interview Schedule – Revised Version) para o português no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA). *Rev HCPA* 2011; 31(4):487-90.
29. Botega, NJ. Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD. *Rev Saúde Pública* 1995; 29, 355–63.
30. Elliot J, Gale CR, Parsons S, Kuh D. Neighbourhood cohesion and mental wellbeing among older adults: A mixed methods approach. *Social Science & Medicine* 2014; 107: 44-51.
31. Cramm JM, Nieboer AP. Neighborhood attributes security and solidarity promote the well-being of community-dwelling older people in the Netherlands. *Geriatrics & Gerontology International* 2014; 14: 681-688.

Tabela 1 - Características dos participantes do estudo (n= 13.776). ELSA-Brasil, 2008-2010

Características da amostra	n (%) ou média ± DP
Características demográficas	
Idade (anos)	52 ± 9,1
Sexo	
Masculino	6480 (47,0)
Feminino	7296 (53,0)
Raça/cor	
Branca	7086 (51,4)
Não Branca	6690 (48,6)
Estado civil	
Casado ou vive com alguém	9219 (66,9)
Solteiro	1377 (10,0)
Separado ou divorciado	2169 (15,7)
Viúvo	562 (4,1)
Outro	449 (3,3)
Educação	
Ensino fundamental incompleto	831 (6,0)
Ensino fundamental completo	960(7,0)
Ensino médio completo	4814 (34,9)
Universitário completo	2196 (15,9)
Pós-graduação	4976 (36,1)
Renda familiar <i>per capita</i> (R\$)	1723 ± 1421
Características de vizinhança	
Tempo que vive na vizinhança (anos)	17,3 ± 14,1
Coesão social (escore total)	17,4 ± 5,2
Tercil baixo	12,9 ± 2,2
Tercil médio	17,0 ± (0,8)
Tercil alto	20,9 ± 1,8
Segurança (escore total)	9,5 ± 3,6
Tercil baixo	6,0 ± 1,8
Tercil médio	9,7 ± 0,4
Tercil alto	12,6 ± 1,4
Transtorno mental comum	
CIS-R escore ≥12	3523 (25,6)
Episódio depressivo	533 (3,9)
Transtorno de ansiedade	2098 (15,2)
Transtorno misto de ansiedade e depressão	1747 (12,7)

Tabela 2 - Prevalência de TMC (escore ≥ 12 , episódio depressivo, transtorno de ansiedade e transtorno misto de ansiedade e depressão) por tercis de coesão social e segurança percebida na vizinhança ELSA-Brasil, 2008 - 2010

Característica na vizinhança	escore total CIS-R ≥ 12 %	Episódio depressivo %	Transtorno de ansiedade %	Transtorno misto de ansiedade e depressão %
Coesão Social				
Tercil baixo	33,0	5,6	18,7	16,2
Tercil médio	24,5	3,4	14,7	12,2
Tercil alto	21,1	3,1	13,3	10,5
Segurança				
Tercil baixo	30,7	4,7	18,5	14,7
Tercil médio	24,9	3,8	14,5	12,8
Tercil alto	21,3	3,1	12,7	10,7

Teste de tendência $p < 0,05$ para todos os desfechos

Tabela 3 - Associação entre TMC (escore total CIS-R \geq 12, episódio depressivo, transtorno de ansiedade e transtorno misto de ansiedade e depressão) e tercil de coesão social percebida na vizinhança, ELSA-Brasil*

		Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Coesão social da vizinhança		RP(95% IC)	RP (95% IC)	RP (95% IC)
escore total CIS-R \geq 12	Tercil baixo**	1,57 (1,46; 1,68)	1,52 (1,42; 1,63)	1,44 (1,34; 1,54)
	Tercil médio	1,16 (1,08; 1,25)	1,16 (1,08; 1,25)	1,14(1,06; 1,22)
Episódio depressivo	Tercil baixo	1,80 (1,47; 2,2)	1,74 (1,43; 2,14)	1,63 (1,33; 2,01)
	Tercil médio	1,09 (0,88; 1,35)	1,11 (0,89; 1,37)	1,08 (0,87; 1,34)
Transtorno de ansiedade	Tercil baixo	1,41 (1,28; 1,55)	1,37 (1,24; 1,50)	1,28 (1,16; 1,41)
	Tercil médio	1,11 (1,01; 1,22)	1,11 (1,01; 1,22)	1,08 (0,98; 1,19)
Transtorno misto de ansiedade e depressão	Tercil baixo	1,53 (1,38; 1,71)	1,50 (1,35; 1,67)	1,44 (1,29; 1,61)
	Tercil médio	1,16 (1,04; 1,30)	1,17 (1,05; 1,30)	1,15 (1,03; 1,28)

* Modelo 1: Coesão social; Modelo 2: Modelo 1+ ajustado por centro, sexo, idade, raça/cor, estado civil, escolaridade e renda familiar *per capita*; Modelo 3: Modelo 2 + ajustado for percepção individual de segurança.

**Tercil mais alto é a categoria de referência.

Tabela 4 - Associação entre TMC (escore total CIS-R \geq 12, episódio depressivo, transtorno de ansiedade e transtorno misto de ansiedade e depressão) e tercil de segurança percebida na vizinhança, ELSA-Brasil*

		Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Percepção de segurança da vizinhança		RP (95% IC)	RP (95% IC)	RP(95% IC)
escore total CIS-R \geq 12	Tercil baixo**	1,44 (1,35; 1,54)	1,39 (1,30; 1,48)	1,30 (1,21; 1,39)
	Tercil médio	1,17 (1,08; 1,26)	1,17 (1,09; 1,26)	1,13(1,05; 1,22)
Episódio depressivo	Tercil baixo	1,49 (1,23; 1,81)	1,45 (1,19; 1,77)	1,33 (1,09; 1,62)
	Tercil médio	1,22 (0,97; 1,52)	1,24 (1,00; 1,55)	1,19 (0,96; 1,49)
Transtorno de ansiedade	Tercil baixo	1,46 (1,33; 1,60)	1,42 (1,29; 1,55)	1,36 (1,24; 1,49)
	Tercil médio	1,15 (1,03; 1,28)	1,15 (1,04; 1,28)	1,13 (1,02; 1,25)
Transtorno misto de ansiedade e depressão	Tercil baixo	1,37 (1,24; 1,52)	1,31 (1,18; 1,46)	1,23 (1,11; 1,37)
	Tercil médio	1,19 (1,06; 1,33)	1,18 (1,05; 1,32)	1,14 (1,02; 1,28)

*Modelo 1: segurança; Modelo 2: Modelo 1+ ajustado para centro, sexo, idade, raça/cor, estado civil, educação e renda Familiar *per capita*; Modelo 3: Modelo 2 + ajustado para percepção individual de coesão social.

**Tercil mais alto é a categoria de referência

7 ARTIGO 2

Características Autorreferidas de Vizinhança – Coesão Social e Segurança – e a Presença de Transtorno Mental Comum no Estudo ELSA-Brasil: Uma Análise Multinível

Neighborhood Self-referred Characteristics – Social Cohesion and Safety – and the Presence
of Common Mental Disorders in the ELSA-Brasil Study:

A Multilevel Analysis

Tatiani Secretti, Doutoranda em Epidemiologia pela UFRGS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

A ser submetido ao periódico *Cadernos de Saúde Pública*

**Características Autorreferidas de Vizinhança – Coesão Social e Segurança – e a
Presença de Transtorno Mental Comum no Estudo ELSA-Brasil: Uma Análise
Multinível**

Palavras-chave: Transtorno mental, Coesão social, Segurança, Vizinhança, Análise multinível

Keywords: Mental Health, Social cohesion, Safety, Neighborhood, Multilevel Analysis

Autores

Tatiani Secretti¹, Maria Angélica Nunes¹, Maria Inês Schmidt¹, Markus Chagas Stein²,
Simone M. Santos³

1. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil
2. Departamento de Estatística, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
3. Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ

Correspondência

Prof^a. Dr^a. Maria Angélica A. Nunes

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
Rua Ramiro Barcelos 2600, CEP 90035-002, Porto Alegre, RS, Brasil.

E- mail: maanunes@gmail.com/ Fone: (0XX)5133085347

Resumo

O objetivo deste estudo foi determinar se as características autorreferidas de coesão social e segurança da vizinhança local afetam a saúde mental dos participantes do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), independentemente das características individuais. A amostra foi constituída de participantes da linha de base do ELSA-Brasil. Utilizou-se o instrumento CIS-R no rastreamento de transtornos mentais comuns (TMC). Coesão social e segurança foram medidas por meio de escalas validadas de características autorreferidas de vizinhança. Foi utilizado o modelo de regressão logística multinível para estimar o efeito das vizinhanças (nível 2) e de indivíduos (nível 1), e as razões de chance para cada variável explicativa de vizinhança e das características individuais nos TMCs. Os resultados mostraram que parte da variância (2,3%), na prevalência de TMC, é atribuída a vizinhanças locais. A percepção de coesão social e de segurança permaneceu significativa, mesmo após ajustes das variáveis explicativas individuais. Este estudo confirmou a hipótese de que indivíduos que moram em vizinhanças onde eles percebem baixa coesão social e pouca segurança apresentam maior chance de ter TMC.

Palavras-Chave: Transtorno mental, Coesão social, Segurança, Vizinhança, Análise multinível

Abstract

The purpose of this study was to determine if the self-referred characteristics of social cohesion and local neighborhood safety positively affect the mental health of participants of the Adult Health Longitudinal Study (ELSA-Brasil), regardless the individual characteristics. A sample of participants in the ELSA-Brasil baseline was used. The CIS-R instrument was used for tracking Common Mental Disorders (CMD). Social cohesion and safety were measured through the use of validated scales of neighborhood self-referred characteristics. The Multilevel Logistic Regression Model was used to estimate the effect in the neighborhoods (level 2) and of individuals (level 1), and the chance ratios for each neighborhood explanatory variable and the social characteristics in the CMD. Results showed that part of the variance (2,3%), in the CMD prevalence is attributed to local neighborhoods. The perception of social cohesion and safety remained significant, even after the adjustment of individual explanatory variables. This study confirmed the hypothesis that individuals living in neighborhoods where they perceive low social cohesion and safety present a higher chance of developing CMD.

Keywords: Mental disorder, Social cohesion, Safety, Neighborhood, Multilevel Analysis

Introdução

Os transtornos mentais comuns (TMC) manifestam-se nos indivíduos como uma mescla de sintomas somáticos, ansiosos e depressivos, entre eles fadiga, dor, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração, alterações no sono. Esses transtornos afetam o desempenho normal das pessoas nas atividades diárias ¹. Também acarretam dias perdidos no trabalho por incapacitação, elevam a demanda nos serviços de saúde e geram alto custo econômico e social ². Sendo assim, constituem importante causa de prejuízos diretos ou indiretos no funcionamento individual, familiar, social e econômico do indivíduo ³. Os TMCs são mais frequentes no sexo feminino ⁴⁻⁸ nos com baixa escolaridade e/ou com condições socioeconômicas precárias ^{6,9}.

De acordo com a literatura, tem sido insuficiente para a compreensão dos mecanismos causais envolvidos no processo saúde/doença considerar os determinantes apenas no nível individual ¹⁰. Alguns estudos mostram que o local de moradia apresenta atributos físicos e sociais que afetam a saúde das pessoas e desempenham importante papel no entendimento de fatores associados ao surgimento, por exemplo, de sintomas depressivos ¹¹⁻¹⁵. O ambiente de vizinhança parece ter diferentes influências sobre a saúde de cidadãos com características semelhantes, em razão das diferenças econômicas, culturais, históricas, geográficas e do estilo de vida ¹⁶⁻¹⁸.

A avaliação do efeito desses atributos de vizinhança na saúde mental das pessoas pode ser realizada por meio de análise multinível, a qual permite investigar variações entre indivíduos e entre grupos, e a contribuição simultânea dos níveis individual e contextual no desfecho de interesse ^{10,13,15,19,20}. Desse modo, é possível estudar se as variações encontradas são determinadas por fenômenos em níveis ecológicos (características contextuais comuns a

um conjunto de pessoas que condicionam sua localização) ou apenas por efeitos composicionais (características relacionadas a sexo, idade e posição social dos indivíduos que compõem o conjunto de pessoas que moram em determinada área)^{13,15,20}.

Pesquisas realizadas por análise multinível mostraram que os transtornos mentais apresentam associação com regiões com desigualdades de renda, além das características individuais^{13,21-24}. Embora as características sociais sejam, muitas vezes, mencionadas nos estudos, investigações que considerem percepção de coesão social e de segurança da vizinhança são menos comuns¹³. No entanto, esses fatores são relevantes, pois podem afetar comportamentos individuais e ter efeitos diretos sobre a saúde física e/ou mental, devido ao conhecimento da falta de proteção básica e de confiança nas pessoas da vizinhança^{25,26}.

Em locais com mais coesão social, pode existir maior difusão de informações relevantes para a saúde, por causa do grau de conectividade, confiança e respeito que existe entre os vizinhos²⁷, o que pode reforçar comportamentos, como caminhadas, e influenciar a restrição do uso de tabaco e de álcool e, ainda, auxiliar nos processos psicossociais desses indivíduos²⁸. Kloos & Townley²⁹, em pesquisa realizada na Carolina do Sul (EUA), observaram que indivíduos com doença mental grave que se sentem pertencentes e aceitos, na sua vizinhança, ou seja, que percebem um clima social favorável, apresentaram menor sofrimento psíquico autorrelatado²⁹. O risco para transtorno de estresse pós-traumático foi significativamente maior entre as pessoas que residiam em bairro com baixa coesão social, em comparação com os de alta coesão, independentemente das características sociodemográficas individuais, do número de traumas e da percepção individual de coesão social da vizinhança³⁰.

O estresse causado por um ambiente percebido como inseguro pode levar à restrição de atividades cotidianas, ao aumento do sentimento de vulnerabilidade e ao isolamento social, acarretando sofrimento psíquico. Maslow³¹ destaca que, após as necessidades básicas de comida e abrigo serem atendidas, a atenção de um indivíduo passa naturalmente para a

segurança ou a garantia de seu ambiente. Booth et al.³² mostraram que o sentimento de insegurança na vizinhança atua como um fator de estresse primário de aflição psicológica. Indivíduos preocupados com o crime em sua vizinhança podem restringir suas atividades ao ar livre e isolar-se, aumentando o risco de transtornos mentais. A percepção de que a vizinhança é segura e socialmente coesa assim como o sentimento de pertencimento são aspectos que parecem proteger os idosos da fragilidade, mesmo após o controle de variáveis individuais³³.

Wilson-Genderson & Pruchno¹¹ constataram que níveis mais elevados de crime violento e percepção de pior segurança na vizinhança estão associados a níveis mais elevados de sintomas depressivos, após controle de variáveis individuais. Por meio de análise hierárquica, Roh et al.³⁴ observaram que as variáveis demográficas e de aculturação e as relacionadas com a saúde contribuíram com 6% e 8%, respectivamente, para a variabilidade dos sintomas depressivos. Com a inclusão das variáveis de vizinhança, houve um adicional de 4% da variação explicada. Níveis mais altos de sintomas depressivos foram preditos por uma percepção de pior segurança e maior insatisfação com o ambiente global da vizinhança. Araya et al.³⁵, mediante técnicas de modelagem multinível, observaram que, após ajustes das variáveis individuais, coesão social e confiança apresentaram associações significativas com pontuações para o bem-estar psicológico. Esses fatores, contudo, mostraram pouca variação no nível de bairro, o que indicou influência individual mais forte³⁵.

Até o momento, há poucos estudos, em países cuja população tem baixa ou média situação socioeconômica, sobre a associação entre percepção de coesão social e de segurança da vizinhança na prevalência de TMC, uma vez que grande parte das pesquisas foi realizada nos Estados Unidos e na Europa^{14,36}. No Brasil, até o momento, não foi encontrada pesquisa com essas características.

O presente estudo teve como objetivo principal determinar se as características autorreferidas de coesão social e segurança da vizinhança local afetam a saúde mental dos participantes do ELSA-Brasil, independentemente das características individuais. Além disso, mediante análise multinível, verificar quanto da variação nos TMCs é atribuída ao nível de vizinhança local e que efeitos as características de coesão social e segurança da vizinhança apresentam nos transtornos mentais, após ajuste de variáveis individuais.

Métodos

Amostra

Os dados utilizados nesta pesquisa fazem parte da linha de base do projeto multicêntrico denominado Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) e foram coletados entre 2008 e 2010. A amostra é uma coorte de 15.105 funcionários com idade entre 35 e 74 anos, ativos e aposentados e residentes de seis capitais de investigação do Brasil: Salvador (BA), Vitória (ES), Belo Horizonte (MG), Porto Alegre (RS), São Paulo (SP) e Rio de Janeiro (RJ) ³⁷.

O georreferenciamento do local de moradia dos participantes do ELSA-Brasil foi realizado utilizando duas bases distintas de logradouros. A primeira, com identificação de coordenadas geográficas por meio do aplicativo GeoMapas (desenvolvido pelo Laboratório de Geoprocessamento - LIS/ICICT/ FIOCRUZ) de forma vinculada ao *Google Earth*® na base de 2012, atualizada em 2014; e a segunda utilizando-se o Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos (CNEFE) disponibilizado pelo IBGE, que permitiu georreferenciamento para setores censitários. A partir da validação por meio dessas duas metodologias, cada participante foi alocado a um setor censitário na malha cartográfica de 2010, pertencentes às

seis cidades-sede dos Centros de Investigação (CI) e, conseqüentemente, a uma vizinhança local.

A definição de vizinhanças para o estudo da influência do contexto de moradia na saúde foi adotada conforme metodologia desenvolvida por Santos et al.³⁸ e adaptada com base em variáveis disponíveis no Censo Demográfico de 2010³⁹. Foram delimitadas 2.929 vizinhanças locais dentro das seis capitais, pelo método de agregação SKATER (*Spatial K'luster Analysis by Tree Hedge Removal*), a partir da agregação de setores censitários que compõem cada cidade, utilizando-se o *software* livre TerraView (desenvolvido no Brasil-DPI/INPE). As vizinhanças locais são conjuntos de setores censitários contíguos, relativamente homogêneas internamente e heterogêneas entre elas com relação aos quatro indicadores oriundos do censo demográfico de 2010 (IBGE)³⁹: porcentagem de população de 0 a 4 de idade, número de habitantes/domicílio, renda nominal média dos responsáveis pelos domicílios e porcentagem de população de raça/cor branca. Os participantes do ELSA-Brasil se distribuem em 1.902 vizinhanças locais⁴⁰.

Medidas

Variável dependente

Os TMCs foram aqui avaliados por meio do instrumento *Clinical Interview Schedule – Revised* (CIS–R). O CIS-R, é uma entrevista estruturada para rastreamento de TMC e possíveis diagnósticos de morbidades psiquiátricas não psicóticas desenvolvido por Lewis et al.⁴¹ para uso na comunidade e em ambientes de atenção primária.

O instrumento CIS-R foi avaliado na sua língua original inglesa⁴¹ e traduzido e adaptado para o português⁴² para investigação de transtornos mentais na coorte ELSA-Brasil.

A versão completa do CIS-R inclui 14 seções sobre os sintomas de TMC que estão

presentes e que em geral podem levar a um sofrimento e interferir nas atividades diárias. Os sintomas compreendem queixas somáticas (dor), fadiga, falta de concentração, esquecimento, distúrbios do sono, irritabilidade, preocupação com a saúde física, depressão, ideias depressivas, preocupação, ansiedade, fobias, ataques de pânico, compulsões e obsessões. Cada seção começa com duas questões introdutórias que estabelecem a existência de sintoma específico no último mês. A presença de um sintoma positivo leva a uma avaliação mais detalhada do sintoma específico na última semana (frequência, duração, gravidade e tempo de duração) e determina uma pontuação para cada seção. As pontuações possíveis variam de 0 a 4 em cada seção (exceto para a seção sobre ideias depressivas, que tem uma pontuação máxima de 5). Cada sintoma é considerado clinicamente relevante se a pontuação for dois ou mais na seção correspondente. A soma total das pontuações obtidas nas 14 seções é utilizada para indicar a presença e a gravidade do TMC. Um escore de 12 ou mais indica a presença de TMC atual. Um escore de 18 ou mais indica que o perfil de sintomas é grave, sendo provável a necessidade de tratamento.

Além disso, o diagnóstico de transtornos específicos é obtido através da aplicação de algoritmos baseados nos critérios diagnósticos da CID-10⁴³ avaliando as respostas para as diferentes seções do CIS-R. Seis categorias diagnósticas podem ser obtidas a partir do CIS-R: transtorno de ansiedade generalizada, episódio depressivo, todas as fobias, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno do pânico e transtorno misto de ansiedade e depressão. O diagnóstico para transtorno misto de ansiedade e depressão (TMAD) pode ser realizado quando apresenta TMC (escore total CIS-R \geq 12) e não preenche os critérios para nenhuma das cinco categorias diagnósticas conforme CID-10. Isto está de acordo com a definição da CID-10 como TMAD (F41.2), que afirma que "esta categoria deve ser utilizada quando os sintomas de ansiedade e depressão estão presentes, mas eles não são claramente predominantes, e nem apresentam sintomas que justifiquem um diagnóstico isolado".

Questões introdutórias, considerando o apetite e a variação de peso não foram incluídas na adaptação do questionário para o ELSA-Brasil, por não contribuírem para a pontuação de TMC ou diagnóstico de transtornos específicos (exceto para depressão).

Neste estudo, foram considerados os desfechos TMC, escore total CIS-R ≥ 12 , episódios depressivos (ED), transtorno de ansiedade (TA) e o transtorno misto de ansiedade e depressão (TMAD). Todos os diagnósticos estão em conformidade com a classificação do DSM-V e CID 10.

Variáveis independentes individuais

Foram consideradas as seguintes variáveis: idade (anos), sexo (masculino/feminino), estado civil (casado, solteiro, separado, viúvo, outro), raça/cor (preta, parda, branca, amarela, indígena), renda familiar *per capita* (R\$), escolaridade (classificada em até fundamental incompleto, fundamental completo, médio completo, superior completo) e tempo de residência na mesma vizinhança (em anos). Todas essas informações foram autorreferidas na primeira entrevista.

Variáveis independentes do contexto de vizinhança

As principais variáveis explicativas foram constituídas por dois domínios de escalas de medidas de características autorreferidas de vizinhança: coesão social e segurança em relação a crimes. Essas escalas, anteriormente validadas apenas na língua inglesa^{44,45}, passaram pelo processo de tradução e adaptação para a língua portuguesa, no âmbito do ELSA-Brasil, tendo apresentado propriedades psicométricas adequadas⁴⁶, semelhantes às de um estudo norte-americano⁴⁵. O coeficiente de correlação intraclassa foi de 0,83 (IC95% 0,78; 0,87) para coesão social, de 0,86 (IC95% 0,82; 0,89) para segurança percebida e consistência interna (alfa de *Crombach*) de 0,70 para ambas.

Todos os participantes foram orientados a considerar como vizinhança “a área geral do entorno da sua residência onde o sr./a sra. costumam realizar atividades de rotina, como, por exemplo, fazer compras, ir ao parque, ou visitar vizinhos”, e, posteriormente, eram solicitados a indicar sua concordância em relação às afirmações que compõem cada escala, escolhendo a melhor resposta de cinco opções em escala *Likert* variando entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente”. A coesão social compreende cinco questões: 1) *Na sua vizinhança, as pessoas estão dispostas a ajudar seus vizinhos*; 2) *Sua vizinhança é bem unida*; 3) *As pessoas, na sua vizinhança, são de confiança*; 4) *Em geral, as pessoas na sua vizinhança NÃO se dão bem umas com as outras*; 5) *As pessoas na sua vizinhança NÃO compartilham os mesmos padrões culturais, de comportamento, princípios éticos ou morais, entre outros*. Os itens 1, 2 e 3 tiveram codificação reversa para ficarem todos no mesmo sentido, quanto maior o escore, maior a coesão social. As respostas foram somadas para cada participante, a fim de criar um escore total (variando de 5 a 25), sendo, então, classificado em três grupos (tercis) de tamanho aproximadamente igual, com o maior grupo (3) apresentando percepção de maior coesão social.

O domínio de segurança percebida compreende três questões: 1) *O(a) senhor(a) se sente seguro (a) andando de dia ou de noite na sua vizinhança*; 2) *A violência é um problema na sua vizinhança*; 3) *Sua vizinhança é segura em relação a crimes*. O item 2 teve codificação reversa, para manter o sentido, quanto maior o escore, maior a segurança percebida. O escore total de segurança foi somado (variando de 3 a 12) e, posteriormente, dividido em tercís aproximadamente iguais, com o maior grupo (3) apresentando percepção de maior segurança em relação a crimes.

Dos 15.105 participantes da linha de base, 11.456 moravam nas cidades-sede dos CIs, tendo sido alocados a alguma unidade geográfica de vizinhança local. Destes, foram excluídos indivíduos que reportaram uso de antidepressivo (n=751), aqueles que não responderam

qualquer questão do domínio de coesão social ou de segurança percebida (n=32) e os participantes que apresentaram *missing* em algum dos desfechos (n=110). Também foram removidos aqueles que tinham *missing* em alguma das covariáveis (n=171). Assim, resultou uma amostra de 10.392 participantes para o presente estudo, distribuídos em 1.855 vizinhanças locais. O número de participantes por vizinhança variou de 1 a 125, sendo que 28,3% das vizinhanças locais tinham apenas 1 participante.

Análise estatística

Inicialmente, foram feitas análises descritivas das características individuais e de vizinhança, bem como da prevalência de TMC (escore total CIS-R ≥ 12), ED, TA e TMAD. Na análise bivariada, foram verificadas as associações entre os transtornos e as variáveis explicativas individuais e de características de vizinhança. Foram realizados o teste de qui-quadrado de *Pearson* ou teste de qui-quadrado para tendência linear, quando a variável de exposição apresentava mais de duas categorias, e teste-t de *Student* para variáveis contínuas.

No caso das análises multivariadas, primeiramente foi aplicado o modelo de regressão logística não hierárquica, para as variáveis de nível individual. Nessa etapa, as variáveis foram analisadas em conjunto no modelo e aquelas que não apresentaram significância estatística em nível de 95% de confiança não foram incluídas no modelo final. Posteriormente, realizaram-se análises por meio de modelos hierárquicos ou multiníveis. O modelo logístico de interceptos aleatórios foi adotado porque os desfechos deste estudo – escore total CIS-R ≥ 12 , ED, TA e TMAD – têm respostas binárias⁴⁷. A opção por modelagem multinível se deve ao fato de esse método considerar a estrutura hierárquica dos dados, pois estabelece as relações entre as variáveis e também agrega informações referentes à correlação entre indivíduos, associados a um mesmo nível de agregação⁴⁸. Dessa forma esse método permite estimar efeitos independentes randômicos para dois ou mais níveis^{17,49}.

Para a avaliação dos transtornos mentais se procedeu conforme recomendações de Snijders & Bosker⁵⁰ e Rasbash et al.⁵¹ com uma estrutura hierárquica com dois níveis, nos quais os 10.392 indivíduos compuseram as unidades de primeiro nível, e as 1.855 vizinhanças, as unidades do segundo nível. Assim, os transtornos mentais nos indivíduos podem variar em função das variáveis explicativas, que podem ser medidas no primeiro nível (características dos indivíduos) ou no segundo (características de vizinhanças locais), permitindo a estimação dos efeitos individuais ou contextuais.

O modelo multinível é formado por um componente fixo, que indica a magnitude das associações entre as variáveis; e por um componente aleatório, que mostra as diferenças entre os componentes do segundo nível e as variâncias nos diferentes níveis⁵².

As relações entre as variáveis explanatórias (X_{ij}) e o desfecho são modeladas pela função de “ligação” (logit), que é uma função linear de X_{ij} . Quando há uma única variável explanatória (X_{ij}), definindo a probabilidade da resposta de interesse igual a 1 como sendo $p_{ij} = P(Y_{ij} = 1)$, tem-se:

$$\text{Log}[p_{ij}/(1-p_{ij})] = \beta_{0j} + \beta_1 X_{ij} \quad (\text{modelo de nível 1})$$

onde $\text{Log}[p_{ij}/(1-p_{ij})]$ é o logaritmo neperiano da chance de um participante i apresentar transtornos mentais na vizinhança j ; X_{ij} é a matriz de variáveis explicativas no nível individual.

Os parâmetros do modelo referentes ao segundo nível podem ser representados como:

$$\beta_{0j} = \beta_0 + u_j \quad (\text{modelo de nível 2})$$

O intercepto B_{0j} consiste em dois termos, um componente fixo B_0 e um componente para o efeito contextual, isto é, o efeito aleatório u_j , que representa a variação aleatória do segundo nível.

Com o objetivo de comparar os níveis de agregação geográfica, em relação à variabilidade de TMC (score total CIS-R ≥ 12), ED, TA e TMAD, foram ajustados modelos vazios de regressão logística, com dois níveis hierárquicos. Para obter estimativas mais precisas e com menos vieses, foram ajustados modelos utilizando o algoritmo RIGLS (*Restricted Iterative Generalised Least Squares*) e adotando o método de estimação PQL (*Penalized Quasilikelihood*) de segunda ordem^{49,53,54}. Para mensurar a parcimônia entre cada modelo, foram estimados os respectivos AIC (*Akaike Information Criterion*).

Posteriormente, as características de vizinhança foram sucessivamente incorporadas ao modelo. Depois de mantidas as variáveis contextuais, que apresentaram significância estatística em nível de 95% de confiança, as variáveis individuais foram incorporadas, o que permitiu o ajuste dos parâmetros estimados para as características de vizinhança pelas características individuais.

A variabilidade do desfecho atribuída ao nível contextual de vizinhança foi avaliada pelo coeficiente de partição da variância (CPV) ou coeficiente de correlação Intraclasse (CCI). O CPV pode ser utilizado na mensuração da homogeneidade de duas ou mais medidas e é interpretado como a estimativa da proporção da variabilidade total que é atribuída ao desfecho em estudo.

Assim, o CPV para um modelo de regressão logística multinível com dois níveis pode ser estimada por:

$$\text{CPV} = \text{CCI} = \rho = \frac{\sigma_{u_0}^2}{\sigma_{u_0}^2 + \sigma_{e_0}^2}, \text{ onde } \sigma_{e_0}^2 \text{ e } \sigma_{u_0}^2 \text{ representam as variâncias do primeiro e segundo}$$

níveis, respectivamente. Na modelagem logística, assume-se que a variância do primeiro nível $\sigma_{e_0}^2$ (binomialmente distribuída) é igual a $\pi^2/3 \cong 3,29$.

Neste estudo, o CPV representa a proporção da variância entre as vizinhanças locais em relação à variação total, ou seja, essa correlação mostra o quanto da variação nos TMCs (TMC, ED, TA e TMAD) dos participantes é explicado por diferenças entre as vizinhanças locais de cada um deles. Esse coeficiente varia entre 0 e 1. Quando é próximo de zero, significa que as vizinhanças são homogêneas entre si e que a chance de os participantes apresentarem transtornos mentais independe da vizinhança a que eles pertencem. Quando o coeficiente estiver próximo de 1, tem-se que toda a variabilidade na chance de transtorno mental se deve às diferenças existentes entre as vizinhanças. Neste caso, as características individuais não contribuiriam para a chance de TMCs dos participantes.

As análises foram realizadas no *software* R 3.0.2⁵⁵.

Resultados

A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e as medidas autorreferidas de coesão social e de segurança da vizinhança. Dos 10.392 participantes analisados, com idade média de 52,5 anos (DP= 9,2), predominaram os do sexo feminino (54,7%), os da raça/cor branca (53,5%), os com estado civil casado (65,1%) e os com ensino superior completo (58,6%). A renda média *per capita* foi de R\$ 1886,5 (DP= 1494,8). O tempo de permanência na vizinhança variou de 0 a 74 anos, e em média os participantes moraram na mesma vizinhança por 17,6 anos (DP=14,5).

A prevalência de TMC foi de 24,4%. Com relação às variáveis explicativas individuais, o TMC associou-se com sexo, idade, raça/cor, escolaridade, estado civil e renda familiar *per capita*. Houve, também, associação com as características autorreferidas da vizinhança, coesão social e segurança, conforme descrito na tabela 1.

Episódio depressivo (ED) mostrou prevalência de 3,6% e não apresentou associação, exceto com a variável raça/cor. A prevalência de transtorno de ansiedade foi de 11,7%, tendo

sido registrada a associação bivariada com todas as variáveis individuais consideradas. Já o transtorno misto de ansiedade e depressão (TMAD), com prevalência de 12,3%, só não foi estatisticamente associado com estado civil.

Ainda, considerando a análise bivariada (tabela 1), as percepções de coesão social e de segurança foram associadas com TMC, ED, TA e TMAD.

A tabela 2 apresenta informações das estimativas dos parâmetros do componente aleatório dos diferentes modelos de regressão logística multinível. Por meio da variância e dos CPVs estimados, pode-se observar que a variância do efeito aleatório referente ao nível de vizinhança no modelo nulo foi de 0,078, correspondendo a um CPV de 2,3%. Esse resultado indica que 2,3% da variância no TMC foi atribuída à variabilidade no segundo nível (vizinhanças, estatisticamente significativas no modelo vazio), sinalizando a presença de efeito de vizinhanças locais. A variância do efeito aleatório do segundo nível diminuiu para 0,012 (CPV para 0,38%), com a inclusão das variáveis explicativas no modelo final, aumentando em 84% o poder de explicação da variabilidade pelo modelo ao considerar variáveis individuais e de vizinhança.

Nas análises, foi testado o efeito aleatório de um terceiro nível (centro investigação), que se mostrou significativo para TMC (CPV = 0,45), indicando que a chance de os participantes apresentarem transtornos mentais independeria da cidade-sede do centro de investigação a que pertencem. Pode-se dizer que essa pequena variação entre os centros já era esperada, optando-se por realizar o ajuste dos modelos por centro de investigação e não como terceiro nível.

As categorias ED, TA e TMAD não apresentaram efeito aleatório de vizinhança (2º nível).

Na medida em que as características de vizinhança e individuais foram incorporadas aos modelos, verificou-se melhor capacidade de explicação da variabilidade geral dos

desfechos TMC, ED, TA e TMAD, principalmente relacionada à inclusão das variáveis individuais. Para mensurar a parcimônia entre cada modelo, foram estimados os respectivos AIC (*Akaike Information Criterion*). Portanto, o modelo final foi aquele que, além de conter variáveis significativas ($p \leq 0,05$), apresentou menor variabilidade nos transtornos entre as vizinhanças. Para todos os desfechos, o modelo mais parcimonioso, contendo variáveis contextuais e individuais, foi o modelo 3, por apresentar menor AIC.

As tabelas 3 e 4 mostram os resultados dos parâmetros fixos dos modelos para TMC, ED, TA e TMAD, com as razões de chance (OR) estimadas para cada uma das variáveis incluídas nos modelos e seus respectivos intervalos com 95% de confiança. Na tabela 3, observa-se que percepção de coesão social da vizinhança apresentou associação com TMC no modelo final (modelo3). Tanto os participantes de vizinhanças com tercil de percepção de baixa coesão social quanto os de vizinhanças com tercil de percepção de média coesão social tiveram maior chance de apresentar TMC do que aqueles de vizinhança com coesão social no tercil superior (18% e 17% respectivamente). Os participantes de vizinhanças com percepção de baixa segurança (tercil inferior) tiveram chance 43% maior de apresentar TMC.

No nível individual, a chance de TMC (114%) em mulheres é maior do que em homens. Indivíduos nas faixas etárias nas variações de 35 a 44 e de 45 a 54 anos foram identificados com maior chance de TMC, quando comparados com os de idade superior a 74 anos (74% e 57% respectivamente). Estar solteiro e separado ou divorciado representa maior chance de TMC, em comparação com os casados (36% e 31% respectivamente). O fato de possuir ensino fundamental e ensino médio completos significa maior chance de TMC, em comparação com os indivíduos com curso universitário completo (32% e 21% respectivamente). Outro dado relevante é que dispor de renda familiar *per capita* mais baixa (tercil inferior) e média (tercil médio) corresponde a uma tendência maior a desenvolver

TMC, com relação aos casos que possuem renda familiar *per capita* mais alta (tercil superior) (78% e 26% respectivamente).

Participantes de vizinhanças com percepção de pior segurança (tercil inferior) apresentaram maior chance (43%) de ED, comparados com os do tercil de percepção de melhor segurança.

De acordo com o exposto na tabela 4, constata-se que participantes de vizinhanças com percepção de pior segurança (tercil inferior) apresentaram maior chance (22%) de TA, e 40% mais chance de TMAD, quando comparados com os de vizinhanças com percepção de melhor segurança.

Pode-se observar que, após ajuste pelas características individuais, as características de vizinhança (coesão social e segurança) tiveram associações atenuadas com os transtornos.

Também foram realizados testes para verificar as interações entre coesão social e segurança; no entanto, nenhuma interação foi significativa. O período de tempo que os participantes moraram na mesma vizinhança não foi incluído, por não ter apresentado significância estatística.

Discussão

Este estudo apresenta evidências da associação entre percepção de coesão social e de segurança da vizinhança e transtorno mental comum, mesmo após ajustes por variáveis individuais. Essas evidências vão ao encontro dos achados na literatura, que mostram que indivíduos que moram em vizinhanças com percepção de baixa coesão social apresentam baixo nível de bem-estar psicológico³⁵ e maior escore de sintomas depressivos^{56,57}. Já os resultados de um estudo nos Estados Unidos, realizado por Echeverría et al.⁵⁸, mostrou que as medidas agregadas de percepção de coesão social de vizinhança, incluindo as respostas de

outros participantes do MESA que residiam no mesmo setor censitário, não apresentaram associação com escore para depressão.

Resultados sobre percepção de segurança também são coerentes com outras evidências que confirmam a hipótese de indivíduos que vivem em vizinhanças com percepção de baixa segurança apresentaram escores de sintomas depressivos mais elevados³⁴ e mais sofrimento psicológico^{11,32}.

A estimativa do coeficiente de correlação intravizinhanças indicou que a maior parte da variação na prevalência de TMC (97,7%) ocorre no nível individual, e que 2,3% deveu-se à variação entre as vizinhanças. Possivelmente, há outras características relacionadas às vizinhanças locais dessas pessoas que não foram contempladas na análise e que podem influenciar a chance de esses participantes apresentarem TMC. Roh et al.³⁴, por meio de análise hierárquica, observaram que, com a inclusão das variáveis de vizinhança, houve um adicional de 4% da variação nos sintomas depressivos. Araya et al.³⁵, mediante técnica multinível, perceberam que coesão social e confiança na vizinhança mostraram associações significativas com pontuações para o bem-estar psicológico, após ajustes das variáveis individuais. Esses fatores, porém, apresentaram pouca variação no nível de vizinhança, o que indicou influência individual mais forte.

As relações entre as variáveis individuais e os desfechos considerados no modelo final reforçam os determinantes individuais encontrados na literatura. Nesse sentido, pôde-se perceber uma maior chance de desenvolver TMC em participantes do sexo feminino^{4-8,59-62}, em adultos jovens^{63,64}, com baixa escolaridade^{6,9} e baixa renda^{4,5,65,66}.

As estimativas de OR mostraram uma variação significativa no TMC relacionada ao nível de coesão social e de segurança percebida na vizinhança, que não pôde ser totalmente explicada por fatores individuais, tais como renda individual *per capita*, escolaridade, idade, sexo, raça/cor, estado civil.

Neste estudo, foi considerado o nível de conexão social da vizinhança, e não outras formas de conexão ou de apoio social, como, por exemplo, a coesão social no trabalho e o apoio social de familiares e amigos. Na literatura, resultados de um estudo sugeriram que as conexões sociais mais próximas representaram melhores experiências de benefícios para a saúde⁶⁷.

Alguns pontos favoráveis merecem ser destacados: o tamanho da amostra, que possibilitou ajustes das estimativas pelas variáveis de confundimento e que confirmou as associações existentes; e a ampliação de possíveis diagnósticos psiquiátricos, por meio do instrumento CIS-R.

Vale ressaltar, ainda, a utilização da estatística CPV em pesquisas com desfecho binário, que se mostra útil, por desempenhar papel importante na comparação da quantidade de variação de um determinado desfecho, em diferentes níveis contextuais.

No Brasil, pode-se dizer que, até o momento, não foi encontrada pesquisa sobre características do ambiente social como a percepção da coesão social e de segurança na vizinhança, para avaliar os TMC. Por meio da modelagem multinível, utilizada neste estudo, foi possível evidenciar a variância no nível das vizinhanças locais. Considerando a abordagem multidisciplinar nos transtornos mentais, esse método permitiu visualizar melhor a contribuição de cada nível (contextual e individual) na variação dos TMC.

Destaca-se, também, o uso diferenciado da unidade contextual e espacial de análise pelas vizinhanças locais que agregaram grupos de perfis coletivo mais homogêneo, tanto do ponto de vista socioeconômico quanto em tamanho populacional⁶⁸. A construção desses recortes de vizinhanças, de acordo com a literatura, ainda é escassa, em comparação com as unidades administrativas ou de setores censitários. Um dos resultados mais relevantes foi mostrar a importância das características de vizinhança que estão relacionadas à presença de

transtornos mentais em seus residentes, evidenciada pela variância atribuída ao nível das vizinhanças locais.

Podem ser comentados, ainda, alguns aspectos que representam limitações desta pesquisa. Entre eles, menciona-se a restrição das características de vizinhança consideradas, coesão social e segurança, o que pode ocasionar subestimação do componente contextual de variação dos TMCs, uma vez que as características socioeconômicas e físicas do ambiente não foram analisadas.

Além disso, as variáveis individuais, por sua natureza proximal, apresentaram associações mais fortes com os desfechos do que as contextuais (distais).

Uma porção da amostra analisada no presente trabalho possuía vizinhanças com apenas um participante, o que pode ter limitado o poder estatístico das análises, pois, quanto maior a quantidade de observações dentro dos grupos, melhor a consistência das medidas referidas no nível de cada grupo⁶⁹. Nesse sentido, o poder de evidenciar contrastes entre as áreas de residência dos participantes pode ter sido diminuído, e os achados limitam-se a populações com características semelhantes às deste estudo.

Outra limitação do estudo é o delineamento transversal, que não permite traçar relação causal entre a exposição e o desfecho (causalidade reversa).

Há também a possibilidade de um viés decorrente da exposição medida através de autorrelatos, que são suscetíveis às percepções individuais e à realidade objetiva. Indivíduos deprimidos podem perceber menos coesão social e menos segurança.

Como essa pesquisa é baseada em uma população específica, visto que os participantes encontram-se empregados, é preciso cautela na consideração da validade externa das evidências encontradas, pois elas se restringem a populações com descrição equivalente.

Conclusão

Os presentes achados estão de acordo com os da literatura, sugerindo que características negativas do ambiente social podem representar um risco para a saúde mental. Este estudo evidenciou associação significativa entre as características autorreferidas de coesão social e de segurança da vizinhança e TMC, mesmo após o controle das características individuais.

O modelo multinível permitiu identificar variáveis explicativas com relação às vizinhanças locais e estimar sua contribuição na prevalência de TMC na população residente em capitais no estudo ELSA-Brasil.

O estudo da prevalência de TMC, considerando características individuais e de vizinhança local, permitiu indicar e mensurar a contribuição das características contextuais na estimativa da chance de os participantes apresentarem TMC.

Os transtornos mentais são problemas importantes no âmbito da saúde pública e resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Assim, os resultados deste estudo destacam a importância do contexto social, a percepção de melhor coesão social e de mais segurança na vizinhança, como determinantes na prevalência dos TMC.

Referências

1. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Tavistock; 1992.
2. Ludermitz AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. Rev Saude Publica 2002; 36(2):213-221.
3. Lam LC, Chan WC, Wong CS, Chen EY, NG RM, Lee EH, Chang WC, Hung SF, Cheung EF, Sham PC, Chiu HF, Lam M, Chiang TP, Van OSJ, Lau JT, Lewis G, Bebbington P, Hong Kong Mental Morbidity Survey Team. The Hong Kong mental morbidity survey: background and study design. East Asian Arch Psychiatry 2014; 24(1):30-6.

4. Anselmi L, Barros FC, Minten GC, Gigante DP, Horta BL; Victora CG. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte e nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Rev Saude Publica* 2008; 42(2):26-33.
5. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo programa Saúde da Família (Qualis) no município de São Paulo, Brasil. *Cad saúde pública* 2006; 22(8):1639-1648.
6. Patel, et al., 1999; Patel V, Araya R, de Lima M, Ludemir A, Told C. Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med* 1999; 49(11):1461-71.
7. Jenkins et al., 2010; Jenkins R, Mbatia J, Singleton N, White B. Common mental disorders and risk factors in urban Tanzania. *Int J Environ Res Public Health* 2010; 7(6):2543–2558.
8. Araya R, Montgomery A, Rojas G, Fritsch R, Solis J, Signorelli A, Lewis G. Common mental disorders and the built environment in Santiago, Chile. *British Journal of Psychiatry* 2007; 190:394-401.
9. Patel V; Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of World Health Organization* 2003; 81(8):609-61.
10. Diez-Roux AV & Mair C. Neighborhoods and health. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2010; 1186:125–145.
11. Wilson-Genderson M, Pruchno R. Effects of neighborhood violence and perceptions of neighborhood safety on depressive symptoms of older adults. *Social Science & Medicine* 2013; 85:43-49.
12. Truong KD, Ma S. A systematic review of relations between neighborhoods and mental health. *J Ment Health Policy Econ* 2006; 9:137–154.
13. Mair C, Roux AVD, Galea S. Are neighbourhood characteristics associated with depressive symptoms? A review of evidence. *J Epidemiol Community Health* 2008; 62: 940–946.
14. Kim, D. Blues from the Neighborhood? Neighborhood Characteristics and Depression. *Epidemiol Rev* 2008; 30:101–117.
15. Diez-Roux AV. Neighborhoods and health: where are we and where do we go from here? *Rev Epidemiol Sante Publique* 2007; 55:13–21.
16. Macintyre S, Ellaway A. Ecological approaches: rediscovering the role of the physical and social environment. In: Berkman LF, I K, eds. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press 2000; 332-48.

17. Merlo J, Asplund K, Lynch J, Rastam L, Dobson A. Population effects on individual systolic blood pressure: a multilevel analysis of the World Health Organization MONICA Project. *Am J Epidemiol* 2004; 159(12):1168-79.
18. Merlo J, Chaix B, Yang M, Lynch J, Rastam L. A Brief conceptual tutorial on multilevel analysis in social epidemiology: linking the statistical concept of clustering to the idea of contextual phenomenon. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59(6):443-9.
19. Santos SM, Chor D, Werneck GL, Coutinho ESF. Associação entre fatores contextuais e auto-avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos Multinível. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(11):2533-2554.
20. Diez-Roux AV. Multilevel analysis in public health research. *Annu Rev Public Health* 2000; 21:171-192.
21. Weich S, Lewis G, Jenkins SP. Income inequality and the prevalence of common mental disorders in Britain. *Br J Psychiatry* 2001; 178:222-7.
22. Galea, S., Ahern, J., Rudenstine, S., Wallace, Z. & Vlahov, D. Urban built environment and depression: a multilevel analysis. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59:822–827.
23. Kubzansky LD, Subramanian SV, Kawachi I, Fay ME, Soobader MJ, Berkman LF. Neighborhood Contextual Influences on Depressive Symptoms in the Elderly. *Am J Epidemiol* 2005; 162:253–260.
24. Wight RG, Cummings JR, Karlamangla AS & Aneshensel CS. Urban Neighborhood Context and Change in Depressive Symptoms in Late Life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2009; 64B:247–251.
25. Ross CE. Neighborhood disadvantage and adult depression. *J Health Soc Behav* 2000; 41:177–87.
26. Cutrona CE, Russell DW, Brown PA, et al. Neighborhood context, personality, and stressful life events as predictors of depression among African American women. *J Abnorm Psychol* 2005; 114:3–15.
27. Rogers EM. *Diffusion of innovations*. 5th ed. New York, NY: The Free Press, 2003.
28. Kawachi, I, Berkman L. Social cohesion, social capital, and health. *Social epidemiology* 2000; 174-190.
29. Kloos B, Townley G. Investigating the relationship between neighborhood experiences and psychiatric distress for individuals with serious mental illness. *Adm Policy Ment Health* 2011; 38(2):105-16.
30. Johns LE, Aiello AE, Cheng C, Galea S, Koenen KC, Uddin M. Neighborhood social cohesion and posttraumatic stress disorder in a community-based sample: findings from the Detroit Neighborhood Health Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47(12):1899-906.

31. Maslow A. Motivation and personality. 3rd ed. New York: Harper Collins;1987.
32. Booth J, Ayers SL., Marsiglia FF. Perceived Neighborhood Safety and Psychological Distress: Exploring Protective Factors. *Journal of Sociology & Social Welfare* 2012; XXXIX(4):137 -156.
33. Cramm JM, Nieboer AP. Relationships between frailty, neighborhood security, social cohesion and sense of belonging among community-dwelling older people. *Geriatr Gerontol Int* 2013; 13(3):759-63.
34. Roh S, Jang Y, Chiriboga DA, Kwag KH, Cho S, Bernstein K. Perceived neighborhood environment affecting physical and mental health: A study with Korean American older adults in New York City. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2011; 1-8.
35. Araya R, Dunstan F, Playle R, Thomas H, Palmer S, Lewis G. Perceptions of social capital and the built environment and mental health. *Soc Sci Med* 2006;62(12):3072–83.
36. Julien, D. Neighborhood characteristics and depressive mood among older adults: an integrative review. *Int Psychogeriatr* 2012; 24:1207–1225.
37. Aquino, E. M., Barreto, S. M., Bensenor, I. M., Carvalho, M. S., Chor, D., Duncan, B. B., Lotufo, P. A., Mill, J. G., Molina Mdel, C., Mota, E. L., Passos, V. M., Schmidt, M. I. & Szklo, M. Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil): objectives and design. *American Journal of Epidemiology*. 2012; 175, 315-24.
38. Santos et al. Demarcation of local neighborhoods to study relations between contextual factors and health. *International Journal of Health Geographics* 2010, 9:34.
39. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010.
40. Simone MS et al. Relatório banco de dados desenvolvido pelo CIC-ELSA-Brasil, 2014.
41. Lewis, G., Pelosi, A. J., Araya, R. & Dunn, G. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychol Med*. 1992; 22, 465–486.
42. Nunes MA, Alves MG, Chor D, Schmidt MI, Duncan BB. Adaptação transcultural do CIS-R (Clinical Interview Schedule- Revised Version) para o português no Estudo Longitudinal De Saúde Do Adulto (ELSA). *Rev HCPA*. 2011; 31(4):487-90.
43. WHO. Library Cataloguing-in-Publication Data. Work Organization and stress: systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives. Protecting workers' health series ; no. 3 Geneva: World Health Organization (WHO); 2004.
44. Sampson RJ, Raudembush SW, Earls F. Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science*. 1997; 277(5328):918-24.

45. Mujahid MS, Diez-Roux AV, Morenoff JD, Raghunathan T. Assessing the measurement properties of neighborhood scales: from psychometrics to econometrics. *Am J Epidemiol.* 2007; 165(8):858-67.
46. Santos SM, Griep RH, Cardoso LO, Alves MGM, Fonseca MJM, Giatti L, Chor D. Adaptação transcultural e confiabilidade de medidas de características autorreferidas de vizinhança no ELSA – Brasil. *Rev Saude Publica.* 2013; 47 (supl 2): 122-30.
47. Bingenheimer JB, Raudenbush SW. Statistical and Substantive Inferences in Public Health: issues in the Application of Multilevel Models. *Annu Rev Public Health* 2004; 25:53-77.
48. Blakely T, Subramanian SV. Multilevel Studies. Methods for social Epidemiology. In Oakes M, Kaufman J, eds., San Francisco: Jossey Bass, 2006; 316-40.
49. Goldstein H. Multilevel Statistical Models. 3rd ed. London: Kendall's Library of Statistic, 2003.
50. Sinjders T, Bosker R. Multilevel analysis: An introduction to basic and advantage multilevel modeling. London: Sage; 2011.
51. Rabash JSF, Browne W, Prosser B. A user's guide to MLwiN: Centre for multilevel Modelling. University of Bristol; 2005.
52. Merlo J. Multilevel analytical approaches in social epidemiology: measures of health variation compared with traditional measures of association: considering both distribution and determinants of health. (Editorials) (Editorial). *J Epidemiol* 2003; 57(8):550(3).
53. Sinjders T, Bosker R. Multilevel analysis: An introduction to basic and advantage multilevel modeling 1999.
54. Rodriguez G, Goldman N. Na assessment of estimation procedures for multilevel models with binary responses. *J R Stat Soc Ser A Stat Soc* 1995; 158:73-90).
55. R Core Team (2013). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <http://www.R-project.org/>.
56. Mair C, Diez-Roux AV, Morenoff JD. Neighborhood stressors and social support as predictors of depressive symptoms in the Chicago Community Adult Health Study. *Health Place* 2010; 16(5):811-9.
57. Bassett E, Moore S. Social capital and depressive symptoms: the association of psychosocial and network dimensions of social capital with depressive symptoms in Montreal, Canada. *Soc Sci Med* 2013; 86:96-102.
58. Echeverría S, Diez-Roux AV, Shea S, Borrell LN & Jackson S. Associations of neighborhood problems and neighborhood social cohesion with mental health and health behaviors: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Health Place* 2008; 14:853–865.

59. Lynge I, Munk-Jorgensen P, Pedersen AL, Mulvad G, Bjerregaard P. Common mental disorders among patients in primary health care in Greenland. *Int J Circumpolar Health* 2004; 63(2):377-83.
60. Harpham T, Snoxell S, Grant E, Rodriguez C. Common mental disorders in a young urban population in Colombia. *Br J Psychiatry* 2005; 187:161-167.
61. Fritsch R, Escanilla X, Goldsack V, Grinberg A, Navarrete A, Pérez A, Rivera C, González I, Sepúlveda RE, Rojas G. Diferencias de género en el mal estar psíquico de estudiantes universitarios. *Rev Psiquiatr Clin* 2006; 43(1):22-30.
62. Lima MCP, Domingues MS, Cerqueira ATAR. Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. *Rev Saude Publica* 2006; 40(6):1035-104.
63. Coutinho ESF, Almeida Filho N, Mari JJ. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados em um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *Rev psiquiatr clín* 1999; 26(5):246-256.
64. Andrade LHS, Lolio CA, Gentil Filho V, Laurenti R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. *Rev psiquiatr Clin (São Paulo)* 1999; 26(5):257-61.
65. Skapinakis P, Weich S, Lewis G, Singleton N, Araya R. Socio-economic position and common mental disorders. Longitudinal study in the general population in the UK. *Br J Psychiatry* 2006; 189:109-17.
66. Marín-León L, Oliveira HB, Barros MBA, Dalgalarondo P, Botega NJ. Social inequality and common mental disorders. *Rev Bras Psiquiatr* 2007; 29(3): 250-253.
67. Mulvaney-Day NE, Alegria M, Sribney W. Social cohesion, social support, and health among Latinos in the United States. *Social science & medicine* 2007; 477-495.
68. Santos SM. A importância do contexto social de moradia na Auto-Avaliação de saúde. [Tese] (Doutorado em Ciências na área de Saúde coletiva) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2008.
69. Carvalho MS. The use of multivariate clusters analysis and aggregation algorithm to propose a new spatial partitioning of Rio de Janeiro, 1995.

Tabela 1

Características dos participantes na linha de base. Estudo Longitudinal da saúde do Adulto (ELSA-Brasil), 2008 -2010

Características	Total	TMC Escore total CIS R ≥12	Episódio depressivo	Transtorno de ansiedade	Transtorno misto de ansiedade e depressão
n(%) ou média ± DP	N= 10.392	2.534(24,4)	377(3,6)	1.220(11,7)	1.275(12,3)
Sexo*					
Masculino	4706(45,3)	803(31,7)	102(27,1)	372(30,5)	417(32,7)
Feminino	5686 (54,7)	1731(68,3)	275(72,9)	848(69,5)	858(67,3)
Idade (anos)*	52,5 ± 9,2	51 ± 8,7	51,2±8,6	51,4±8,8	51±8,8
Raça/cor^a					
Preta	1636(15,7)	497(19,6)	68(18)**	217(17,8)	257(20,2)
Parda	2849(27,4)	813(32,1)	118(31,3)	364(29,8)	413(32,4)
Branca	5540(53,3)	1152(45,5)	180(47,7)	600(49,2)	566(44,4)
Amarela	277(2,7)	45(1,8)	8(2,1)	25(2)	25(2)
Indígena	90(1,0)	27(1,1)	3(1)	14(1,1)	14(1,1)
Escolaridade*					
Fundamental incompleto	485(4,7)	127(5)	16(4,2)	71(5,8)	52(4,1)
Fundamental completo	601(5,8)	172(6,8)	31(8,2)	73(6)	84(6,6)
Médio completo	3251(31,3)	972(38,4)	164(43,5)	460(37,7)	445(34,9)
Superior completo	6055(58,3)	1263(49,8)	166(44)	616(50,5)	694(54,4)
Estado Civil **					
Casado ou vive com alguém	6765(65,1)	1511(59,6)	194(51,5)	715(58,6)	805(63,1)***
Solteiro	1706(16,4)	512(20,2)	91(24,1)	256(21)	224(17,6)
Separado ou divorciado	1132(10,9)	267(10,5)	37(9,8)	121(9,9)	143(11,2)
Viúvo	420(4)	133(5,2)	25(6,6)	67(5,5)	58(4,5)
Outro	369(3,6)	111(4,4)	30(8)	61(5)	45(3,5)
Renda per capita (R\$)*	1886,5±1494,8	1549,9±1288,2	1454,3±1313,2	1555,1±1297,4	1633,2±1293,1
Características da vizinhança					
Tempo em que vive na vizinhança (anos) ^b	17,6 ± 14,5 (0-74)	17,3±14,7	16,2±14,2	17,4±15	17,3±14,5
Coesão social*	17,3±3,6	16,6±3,8	16,3±4,2	16,7±3,9	16,7±3,7
Tercil inferior	5,16±2,3	1233 (48,7)	192 (50,9)	562 (46,1)	602 (47,2)
Tercil médio	16,19±0,8	754 (29,8)	102 (27,1)	359 (29,4)	395 (31)
Tercil superior	19,25±1,6	547 (21,6)	83 (22)	299 (24,5)	278 (21,8)
Segurança *	9,3±3,2	8,8±3,2	8,5±3,3	8,6±3,2	8,8±3,2
Tercil inferior	3,8 ±1,8	1158 (45,7)	182 (48,3)	568 (46,6)	562 (44,1)
Tercil médio	8,11±0,7	870 (34,3)	126 (33,4)	416 (34,1)	454 (35,6)
Tercil superior	11,15±1,1	506 (20)	69 (18,3)	236 (19,3)	259 (20,3)

*p-valor menor que 0,05 para todos os desfechos.

a p-valor não é menor que 0,05 para todos os desfechos

** p-valor maior que 0,05

b variável não associada com todos os desfechos

diferença entre os grupos testada pelo qui-quadrado, significativa se p<0,05

Tabela 2

Parâmetros de variância e erro padrão dos diferentes modelos de regressão multinível, para prevalência de TMC, ED, TA e TMAD, e vizinhanças do Estudo EISA-Brasil (2008-2010)

	Modelos	Modelo “vazio” Sem variáveis de vizinhança e de nível individual	Modelo 1 Coesão social de vizinhança	Modelo 2 Coesão social e segurança de vizinhança	Modelo 3 Variáveis do nível de vizinhança e de nível individual*
Transtorno Mental Comum (escore total CIS-R \geq 12)	Variância (EP)	0,078 (0,023)	0,054 (0,073)	0,051 (0,085)	0,0124 (<0,001)
	CPV	0,023	0,016	0,015	0,0038
	AIC	11538,2	11493,2	11458,1	10942,3
Episódio Depressivo	Variância (EP)	< 0,001(0,052)	< 0,001(0,162)	< 0,001(0,192)	< 0,001 (0,303)
	CPV	-	-	-	-
	AIC	3246,8	3247,6	3245,2	3124,6
Transtorno de Ansiedade	Variância (EP)	0,0103(0,032)	< 0,001(0,090)	< 0,001(0,106)	0,0124(0,165)
	CPV	0,0031	-	-	0,004
	AIC	7521,6	7528,5	7525,2	7313,0
Transtorno Misto de Ansiedade e depressão	Variância (EP)	0,0543(0,034)	0,0473(0,092)	0,0475(0,1095)	0,0118(0,1617)
	CPV	0,016	0,014	0,014	0,004
	AIC	7739,3	7714,3	7698,9	7545,7

EP = Erro padrão, * variáveis do nível individual: sexo, idade, raça/cor, estado civil, escolaridade e renda.

CPV= Coeficiente de partição de variância

AIC = *Akaike Information Criterion*

Tabela 3

Estimativas dos efeitos fixos dos modelos de regressão logística multinível para transtorno mental comum e episódio depressivo, Elsa-Brasil, 2008-2010

Características	Transtorno mental comum (escore total CIS-R \geq 12)			Episódio depressivo		
	Modelo 1 Apenas coesão social da vizinhança	Modelo 2 Coesão social e segurança da vizinhança	Modelo 3 Todas as variáveis de vizinhança e individuais	Modelo 1 Apenas coesão social da vizinhança	Modelo 2 Coesão social e segurança da vizinhança	Modelo 3 Todas as variáveis de vizinhança e individuais
	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)
Nível de vizinhança						
Coesão social						
Tercil superior	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Tercil médio	1,22* (1,08-1,38)	1,21*(1,07-1,37)	1,17*(1,03-1,33)	1,30 (0,99-1,70)	1,28 (0,97-1,68)	1,23 (0,93-1,62)
Tercil inferior	1,41* (1,25-1,59)	1,30*(1,15-1,47)	1,18*(1,03-1,32)	1,39*(1,06-1,81)	1,29 (0,98-1,69)	1,14 (0,86-1,51)
Segurança						
Tercil superior		1,00	1,00		1,00	1,00
Tercil médio		1,13(0,99-1,28)	1,10 (0,97-1,25)		1,21 (0,92-1,60)	1,19 (0,90-1,58)
Tercil inferior		1,47*(1,30-1,68)	1,43*(1,26-1,63)		1,43*(1,08-1,89)	1,41*(1,06-1,86)
Nível individual						
Sexo						
Masculino			1,00			1,00
Feminino			2,14*(1,93-2,37)			2,13*(1,67-2,72)
Idade (anos)						
65 a 74			1,00			1,00
55 a 64			1,18 (0,98-1,42)			1,01 (0,67-1,87)
45 a 54			1,57*(1,31-1,88)			1,24 (0,82-1,87)
35 a 44			1,74*(1,44-2,12)			1,26(0,80-1,97)
Estado civil						
Casado ou vive com alguém			1,00			1,00
Separado ou divorciado			1,31*(1,15-1,48)			1,67*(1,28-2,18)
Viúvo			0,97 (0,82-1,13)			1,14 (0,79-1,66)
Solteiro			1,36*(1,08-1,72)			1,79*(1,14-2,83)
Outro			1,28*(1,00-1,36)			2,66*(1,76-4,02)
Renda per capita						
Tercil superior			1,00			1,00
Tercil médio			1,26*(1,11-1,43)			1,39*(1,03-1,89)
Tercil inferior			1,78*(1,53-2,04)			1,91*(1,38-2,64)
Escolaridade						
Universitário completo			1,00			1,00
médio completo			1,21*(1,07-1,36)			1,56*(1,20-2,02)
fundamental completo			1,32*(1,07-1,64)			1,86*(1,19-2,90)
fundamental incompleto			1,23 (0,97-1,57)			1,19 (0,67-2,12)

*Estimativas significativas com $p < 0,05$.

OR = odds ratio

Tabela 4

Estimativas dos efeitos fixos dos modelos de regressão logística multinível para transtorno de ansiedade e transtorno misto de ansiedade e depressão, Elsa-Brasil, 2008-2010

Características	Transtorno de ansiedade			Transtorno misto de ansiedade e depressão		
	Modelo 1 Apenas coesão social da vizinhança	Modelo2 Coesão social e segurança da vizinhança	Modelo3 Todas variáveis de vizinhança e individuais	Modelo 1 Apenas coesão social da vizinhança	Modelo2 Coesão social e segurança da vizinhança	Modelo3 Todas variáveis de vizinhança e individuais
	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)	OR (IC95%)
Nível de vizinhança						
Coesão social						
Tercil superior	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Tercil médio	0,97 (0,83-1,13)	0,96 (0,82-1,13)	0,93 (0,80-1,1)	1,25*(1,07-1,47)	1,23*(1,05-1,45)	1,20*(1,02-1,40)
Tercil inferior	1,14 (0,98-1,33)	1,09 (0,94-1,28)	1,01 (0,86-1,18)	1,32*(1,13-1,55)	1,23*(1,04-1,44)	1,15 (0,98-1,35)
Segurança						
Tercil superior		1,00	1,00		1,00	1,00
Tercil médio		1,09 (0,93-1,28)	1,07 (0,91-1,26)		1,18 (1,00-1,38)	1,16 (0,98-1,36)
Tercil inferior		1,24*(1,06-1,48)	1,22*(1,03-1,43)		1,44*(1,22-1,70)	1,40*(1,19-1,64)
Nível individual						
Sexo						
Masculino			1,00			1,00
Feminino			2,01*(1,76-2,31)			1,85*(1,63-2,10)
Idade (anos)						
65 a 74			1,00			1,00
55 a 64			1,04 (0,82-1,31)			1,21(0,95-1,53)
45 a 54			1,30*(1,04-1,63)			1,44*(1,14-1,81)
35 a 44			1,33*(1,03-1,70)			1,52*(1,19-1,95)
Estado civil						
Casado ou vive com alguém			1,00			-
Separado ou divorciado			1,32*(1,12-1,55)			-
Viúvo			0,92 (0,74-1,13)			-
Solteiro			1,31 (0,98-1,75)			-
Outro			1,50*(1,12-2,02)			-
Raça/cor						
Branca			-			1,00
Não Branca			-			1,31*(1,14-1,50)
Renda per capita						
Tercil superior			1,00			1,00
Tercil médio			1,34*(1,13-1,58)			1,13 (0,97-1,33)
Tercil inferior			1,71*(1,42-2,06)			1,45*(1,21-1,74)
Escolaridade						
Universitário completo			1,00			1,00
2º grau completo			1,15 (0,99-1,34)			0,95 (0,82-1,11)
1º completo			1,07 (0,80-1,42)			1,11 (0,84-1,45)
1º grau incompleto			1,39*(1,03-1,70)			0,86 (0,62-1,19)

*Estimativas significativas com $p < 0,05$.

OR = odds ratio

8 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese permitiu analisar a prevalência e a associação de características autorreferidas de coesão social e de segurança na vizinhança com transtornos mentais comuns em participantes da linha de base do estudo Longitudinal da Saúde do Adulto ELSA-Brasil, entre 2008 e 2010. Os resultados indicaram que a coesão social e segurança da vizinhança foram associadas com TMC. Pode-se concluir que indivíduos que perceberam sua vizinhança com pior coesão social e segurança apresentaram maior prevalência de TMC, comparados com os que perceberam sua vizinhança com melhores atributos. Essa associação permaneceu após o ajuste das características individuais.

Por meio da análise multinível, que considerou a presença de estrutura hierárquica, foi possível quantificar o efeito de cada nível no desfecho. A combinação de medidas de variação e de associação contribuiu para a avaliação dos efeitos de vizinhança e seus atributos. Vale destacar que 2,3% da variabilidade na prevalência do TMC foram atribuídos ao contexto de vizinhança, e o restante ao nível individual, considerando o modelo “vazio”.

Nos modelos com apenas as características de coesão social e segurança na vizinhança, foram registradas maiores magnitudes de associação com o TMC. Quando foram incluídas as características individuais, a magnitude das associações foram atenuadas, permanecendo significativas no modelo final.

Participantes que moram em vizinhanças percebidas com pior segurança e coesão social apresentam maiores chances de ter TMC, em relação aos participantes que vivem em vizinhanças locais percebidas com melhor segurança e coesão social. Esta relação deve-se, em parte, pela possibilidade de que pessoas que percebem sua vizinhança como insegura costumam não sair muito de sua moradia, o que resulta em menor convívio e relativo isolamento social podendo contribuir para reforçar os sintomas de TMC. A sensação de

confiança na vizinhança também pode fortalecer a sensação de segurança e, dessa forma, amenizar os sintomas psiquiátricos não psicóticos.

As estimativas de razão de chance mostraram uma variação significativa nos TMCs relacionada com coesão social e segurança das vizinhanças, que não pode ser totalmente explicada por fatores individuais composicionais, incluindo renda individual *per capita*, escolaridade, idade, sexo, raça/cor e estado civil.

As medidas dos componentes aleatórios, nos modelos multiníveis, forneceram informações sobre a porção de variação global do desfecho, atribuída às áreas de moradia (vizinhança local), o que permitiu o ajuste de estimativas estatísticas mediante a possibilidade de agrupamento de indivíduos com características comuns dentro das áreas. Assim, pode-se perceber que parte da variabilidade total do TMC é explicada pela variação nas vizinhanças.

De modo complementar, as estimativas dos componentes fixos permitiram identificar as relações entre características específicas e o TMC, tanto no nível de vizinhança quanto no nível individual.

Neste trabalho, ainda que a variação total do TMC individual explicada pelo nível contextual de vizinhança local tenha sido baixa, houve associação significativa entre as características das vizinhanças e os TMCs, mesmo depois de consideradas as características individuais.

De acordo com a importância deste tema, sugere-se o desenvolvimento de estudos que incorporem mais indicadores de contexto, como, por exemplo, características físicas e socioeconômicas das vizinhanças e também de características individuais relativas, por exemplo a outros eventos de saúde e apoio social, o que poderá contribuir para aprofundar a compreensão da complexidade das relações evidenciadas e para o embasamento de medidas preventivas objetivando a redução dos TMC. Sugere-se também a inclusão de medidas de

resiliência e “*coping*” – ou seja, medidas que tratem da capacidade de lidar com situações adversas.

Futuras pesquisas que abordem contextos relativos ao ambiente de trabalho e familiar, assim como, com delineamento longitudinal analisando diversos fatores ao longo do tempo, podem permitir o entendimento de diferentes aspectos e relações que fogem ao escopo ora investigado.

Espera-se que os achados significativos sobre a importância de fatores sociais, como segurança e coesão social, contribuam na saúde pública, uma vez que podem ser alvo de ação mais sistemática, para a prevenção de sintomas psiquiátricos (TMC). Os resultados, portanto, podem ser vistos como balizadores para o direcionamento de recursos e o estabelecimento de políticas públicas visando promover a coesão social e integração entre moradores de uma mesma vizinhança em conjunto com ações para fortalecer o sentimento de segurança dos indivíduos, devem contribuir para a diminuição da prevalência de transtornos mentais.

9 ANEXOS

- a. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa
- b. Questionário CIS-R
- c. Questionário Vizinhança

ANEXO A – Aprovação da pesquisa pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)



CARTA Nº 676 CONEP/CNS/MS

Brasília, 04 de agosto de 2006.

Senhora Coordenadora,

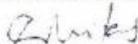
Tendo a CONEP recebido desse CEP o projeto de pesquisa "*Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto – ELSA*" Registro CEP-HU/USP 659/06 - CAAE 0016.1.198.000-06, Registro Siper MS: nº 25000.083729/2006-38, Registro CONEP nº 13065, verifica-se que:

Trata-se de protocolo a ser desenvolvido por consórcio vencedor da Chamada Pública DECIT/MS/FINEP/CNPq que foi constituído por sete instituições de ensino superior e pesquisa de seis estados, das regiões Nordeste (Universidade Federal da Bahia), Sudeste (FIOCRUZ/RJ, USP, UERJ, UFMG e UFES) e Sul (UFRS). Será um estudo de coorte de 15 mil funcionários de instituições públicas com idade igual ou superior a 35 anos. A coorte será acompanhada anualmente para verificação do estado geral e, a cada três anos, será chamada para avaliações mais detalhadas que incluem exames clínicos. Os sujeitos de pesquisa serão entrevistados por pessoas treinadas e certificadas e os exames serão realizados por profissionais de saúde. O estudo tem como objetivos principais: estimar a incidência do diabetes e das doenças cardiovasculares e estudar sua história natural; investigar associações entre fatores biológicos, comportamentais, ambientais, ocupacionais, psicológicos e sociais relacionados a essas doenças e complicações decorrentes, buscando compor modelo causal que contemple suas inter-relações; descrever a evolução temporal desses fatores e os determinantes dessa evolução; identificar modificadoras de efeito das associações observadas; identificar diferenciais nos padrões de risco entre os centros participantes que possam expressar variações regionais relacionadas a essas doenças no país. Dentre os objetivos secundários consta "*estocar material biológico, para estudos futuros com diversos tipos de marcadores relacionados à inflamação, coagulação, disfunção endotelial, resistência à insulina, obesidade central, estresse e fatores de risco tradicionais, bem como prover a extração de DNA para exames genéticos futuros*". De acordo com informação da pág. 11 do protocolo, item "coleta de sangue", as amostras de sangue serão estocadas para

exames adicionais e formação de banco de DNA. Haverá um laboratório central que fará as "determinações básicas do estudo em amostras encaminhadas pelos centros de investigação", as "determinações simples" serão feitas nos próprios laboratórios. O banco de material biológico está em fase de planejamento com local e coordenador a serem definidos.

Diante do exposto, embora nos objetivos do estudo verifica-se que haverá também pesquisa genética, pelas informações do protocolo tal pesquisa não será realizada no momento, não estando descrito ainda (nem no protocolo, nem no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE) os procedimentos para tal. Portanto, nesse primeiro momento do estudo não se trata de projeto de área temática especial "genética humana" (Grupo I), conforme registrado na folha de rosto, mas sim, do grupo III. Nesse caso, a aprovação ética é delegada ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, devendo ser seguido o procedimento para projetos do grupo III, conforme o fluxograma disponível no site: <http://conselho.saude.gov.br> e no Manual Operacional para CEP. Não cabe, portanto, a referência a CONEP no 3º parágrafo da pág. 1 e no 6º parágrafo da pág.2 do TCLE. Evidenciamos, entretanto, que o armazenamento e utilização de materiais biológicos humanos no âmbito de projetos de pesquisa está regulamentado pela Resolução CNS 347/2005 e que o projeto em questão deve incluir as determinações dessa resolução. Quando for elaborado o protocolo para os estudos genéticos, deverá também ser cumprida a Resolução CNS 340/04 incluindo obtenção de TCLE específico. Em se tratando de pesquisa com funcionários de instituições públicas, cabe ressaltar o disposto no item IV.3 "b" da Res. 196/96.

Atenciosamente,



CORINA BONTEMPO DUCA DE FREITAS
Secretária Executiva da
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

À Sua Senhoria
Sr(a) Maria Teresa Zulini da Costa
Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisas
Hospital Universitário da Universidade de São Paulo - HU/USP
Av. Profº Lineu Prestes, 2565
Cidade Universitária São Paulo
Cep:05.508-900

C/ cópia para os CEPs: UFBA, FIOCRUZ/RJ, UERJ, UFMG, UFES e UFRS

ANEXO B – 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)

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

Sim -----→ B3a. Qual é a CAUSA PRINCIPAL? O(a) Sr(a) pode escolher uma opção deste cartão? Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS02

Problemas de sono

Medicamentos

Doença física

Excesso de trabalho (incluindo tarefas domésticas, cuidar de crianças)

Estresse, preocupações ou outras razões psicológicas

Exercício físico (PULE PARA A SEÇÃO C)

Outra

Não

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

4 dias ou mais

1 a 3 dias

nenhum (PULE PARA A SEÇÃO C)

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

Sim

Não

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

Sim, em ao menos uma ocasião

Não

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

Sim, ao menos uma vez

Não ----->

OU

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

Sim

Não

B9. Há quanto tempo o(a) Sr(a) tem se sentido [cansado(a)/com menos energia] como o(a) Sr(a) me descreveu? Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS01

Menos que duas semanas

Entre duas semanas e menos de seis meses

Entre seis meses e menos de um ano

Entre um ano e menos de dois anos

Dois anos ou mais

SEÇÃO C

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

Sim, dificuldade de concentração

Não

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

Sim

Não

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

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

4 dias ou mais

1 a 3 dias

nenhum (PULE PARA A SEÇÃO D)

SE C1 = SIM ---> aplique C5 e C6

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

Sim

Não, nem sempre

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

Sim

Não

SE C2 = SIM ---> aplique C7

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

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

Sim

Não

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

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

SEÇÃO D

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

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

- Sim
- Não (PULE PARA A SEÇÃO E)

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

- 4 noites ou mais
- 1 a 3 noites
- nenhuma (PULE PARA A SEÇÃO E)

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

- Sim -----> D4a. O(a) Sr(a) poderia olhar este cartão e dizer a PRINCIPAL CAUSA desse problema? Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS03

- barulhos
- trabalho em turnos variados / muito ocupado para dormir
- doença/ desconforto
- preocupações
- necessidade de ir ao banheiro
- ter que fazer algo (p. ex. cuidar de criança)
- cansaço
- medicamento
- outras

- Não

Se D1 = SIM aplicar D5 à D7

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

- menos que 15 minutos (PULE PARA A SEÇÃO E)

de 15 minutos a menos de 1 hora

de 1 hora a menos de 3 horas

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

4 noites ou mais

1 a 3 noites

nenhuma

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

Sim (PULE PARA A QUESTÃO D10)

Não (PULE PARA A QUESTÃO D10)

Se D2 = SIM aplique D8

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

- menos que 15 minutos (PULE PARA A SEÇÃO E)

de 15 minutos a menos de 1 hora

de 1 hora a menos de 3 horas

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

4 noites ou mais

1 a 3 noites

nenhuma

D10. Há quanto tempo o(a) Sr(a) tem tido esses problemas de sono do modo como o(a) Sr(a) me descreveu? Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS01

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

SEÇÃO E

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

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

Sim/Não mais que de costume

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

Sim

Não (PULE PARA A SEÇÃO F)

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

4 dias ou mais

1 a 3 dias

nenhum (PULE PARA A SEÇÃO F)

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

Resposta:

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

Sim

Não

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

Sim

Não

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

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

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

Sim, justificado

(PULE PARA A QUESTÃO E10)

Não, não justificado

(PULE PARA A QUESTÃO E10)

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

Sim

Não, ao menos uma vez não foi justificado

Não

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

Menos que duas semanas

Entre duas semanas e menos de seis meses

Entre seis meses e menos de um ano

Entre um ano e menos de dois anos

Dois anos ou mais

SEÇÃO F

F1. Muitas pessoas ficam preocupadas com sua saúde física.

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

Sim, preocupado(a)

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

Sim

Não (PULE PARA A SEÇÃO G)

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

4 dias ou mais

1 a 3 dias

nenhum (PULE PARA A SEÇÃO G)

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

Sim

Não

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

muito desagradável

um pouco desagradável

ou não foi desagradável?

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

Sim

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

Sim

Não, não me divirto ou me interessa

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

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

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

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

SE G4 = SIM OU G5 = NÃO, APLIQUE G6

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

4 dias ou mais

2 a 3 dias

1 dia

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

Sim

Não

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

Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS04

(a) múltipla escolha (b) Qual a PRINCIPAL razão?

Situações com membros da sua família

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relacionamento com esposo(a)/companheiro(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relacionamentos com amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moradia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas financeiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sua saúde física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		(PULE PARA SEÇÃO J)
Sua saúde mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabalho /estudo ou falta de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas com a justiça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas políticos /notícias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sabe informar / nada em especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

- 4 dias ou mais
 1 a 3 dias
 nenhum (PULE PARA A SEÇÃO J)

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

- Sim
 Não

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

- muito desagradáveis
 um pouco desagradáveis
 ou não foram desagradáveis?

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 (E J1 = NÃO E J2=NÃO, PULE PARA SEÇÃO K)

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

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

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

Sempre ocasionada por uma fobia, PULE PARA SEÇÃO K

Às vezes sentiu ansiedade em geral

J6. As próximas perguntas estão apenas relacionadas com [ansiedade ou nervosismo/tensão] de uma maneira geral.

[Vou perguntar sobre a ansiedade ocasionada por fobia de coisa ou situação específica mais tarde].

Em quantos, DOS ÚLTIMOS 7 DIAS, o(a) Sr(a) sentiu [ansiedade/nervosismo/tensão] de uma maneira geral?

4 dias ou mais

1 a 3 dias

nenhum (PULE PARA SEÇÃO K)

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

muito desagradável

um pouco desagradável

ou não foram desagradáveis?

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

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

coração acelerado ou palpitações

mãos suadas ou tremendo

tontura

falta de ar

sensação estranha no estômago

boca seca

náusea ou vontade de vomitar

Não

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

Sim

Não

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

Menos que duas semanas

Entre duas semanas e menos de seis meses

Entre seis meses e menos de um ano

Entre um ano e menos de dois anos

Dois anos ou mais

SEÇÃO K

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

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

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

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

Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS06

Lugares públicos ou multidões, incluindo viajar sozinho ou estar longe de casa

Lugares fechados

Situação social, incluindo comer ou falar em publico, sendo olhado ou observado

Ver sangue ou ferimentos

Qualquer outra situação específica (incluindo insetos, aranhas, alturas)

Outros. Especifique:

Não (PULE PARA SEÇÃO L)

SE J3 = SIM

K3 (a). O(A) Sr(a) pode olhar esse cartão e me dizer qual dessas situações ou coisas listadas deixou o(a) Sr(a) mais [ansioso(a)/nervoso(a)/tenso(a)] NOS ÚLTIMOS 30 DIAS? É possível escolher mais de uma opção. Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS06

Lugares públicos ou multidões, incluindo viajar sozinho ou estar longe de casa

Lugares fechados

Situação social, incluindo comer ou falar em publico, sendo olhado ou observado

Ver sangue ou ferimentos

Qualquer outra situação específica (incluindo insetos, aranhas, alturas)

Outros. Especifique:

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

4 vezes ou mais

1 a 3 vezes

nenhuma (APLIQUE A QUESTÃO K6)

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

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

coração acelerado ou palpitações

mãos suadas ou tremendo

tontura

falta de ar

sensação estranha no estômago

boca seca

náusea ou vontade de vomitar

Não

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

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

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

Não

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

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

SEÇÃO L

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

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

- Sim
- Não (PULE PARA SEÇÃO M)

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

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

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

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

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

- Sim
- Não

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

- Sim
- Não

(Somente para aqueles que responderam SIM em K3a)

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

- Sim
- Não

L7. Há quanto tempo o(a) Sr (a) tem tido esses ataques de pânico do modo como o(a) Sr(a) me descreveu? Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS01

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

SEÇÃO M

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

- Sim
- Não (PULE PARA SEÇÃO N)

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

- 4 dias ou mais
- 1 a 3 dias

nenhum (PULE PARA SEÇÃO N)

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

Resposta:

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

- Sim
- Não

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

Sim, incomodado ou chateado

Não

M6. (APENAS SE MAIS DE UMA COISA EM M3)

Pense NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, qual dessas coisas que o(a) Sr(a) mencionou o(a) Sr(a) repetiu o maior número de vezes?

Resposta:

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

3 ou mais repetições

2 repetições

1 repetição

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

Menos que duas semanas

Entre duas semanas e menos de seis meses

Entre seis meses e menos de um ano

Entre um ano e menos de dois anos

Dois anos ou mais

SEÇÃO N

N1. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, o(a) Sr(a) teve alguns pensamentos ou idéias 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 idéia 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 idéias ficam vindo à sua mente de maneira desagradável?

Resposta:

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

4 dias ou mais

1 a 3 dias

nenhum (PULE PARA SEÇÃO O)

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

Sim

Não

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

Sim, incomodado ou chateado

Não

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

LEIA AS ALTERNATIVAS

15 minutos ou mais

ou menos do que isto

N8. Há quanto tempo o(a) Sr(a) tem tido esses pensamentos do modo como o(a) Sr(a) me descreveu? Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO CIS01

Menos que duas semanas

Entre duas semanas e menos de seis meses

Entre seis meses e menos de um ano

Entre um ano e menos de dois anos

Dois anos ou mais

SEÇÃO O

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

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

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

Uma vez

Mais de uma vez

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

Sim

Não

ANEXO C – Questionário Vizinhaça

Informações Administrativas:

0a. Data da entrevista: / / **0b. N° Entrevistador(a):**

VIZINHANÇA (VIZ)

Agora, gostaríamos de saber como é viver onde o(a) senhor(a) mora, já que muitas condições da vizinhaça podem melhorar ou piorar a saúde das pessoas.

Por vizinhaça, queremos dizer o lugar onde fica sua casa e a área em volta dela, onde o(a) senhor(a) tem atividades do dia-a-dia como fazer compras, ir à praça ou visitar vizinhos. Pode incluir ainda o local onde estão instituições religiosas ou públicas ou de comércio.

Vou fazer algumas afirmativas sobre sua vizinhaça e quero saber se o(a) senhor(a) concorda com elas. Neste cartão estão as opções de resposta. Por favor, escolha a opção que mais se aproxime de sua opinião, sendo uma para cada afirmativa.

Entrevistador(a): Mostre o cartão VIZ01

01. Na sua vizinhaça, as pessoas estão dispostas a ajudar seus vizinhos.
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
02. Sua vizinhaça é bem unida, isto é, as pessoas são capazes de se unir em torno de interesses comuns.
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo totalmente

03. As pessoas na sua vizinhança são de confiança.
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
04. Em geral, as pessoas na sua vizinhança <u>NÃO</u> se dão bem umas com as outras.
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
05. As pessoas na sua vizinhança <u>NÃO</u> compartilham os mesmos padrões culturais, de comportamento, princípios éticos ou morais, entre outros.
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo totalmente
06. Sua vizinhança oferece muitas condições para que as pessoas sejam fisicamente ativas (por exemplo, possam fazer caminhada, andar de bicicleta).
<input type="checkbox"/> Concordo totalmente <input type="checkbox"/> Concordo parcialmente <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo <input type="checkbox"/> Discordo parcialmente <input type="checkbox"/> Discordo totalmente

07. Há muitas oportunidades para praticar atividades físicas ou esportes em clubes, academias, ou outros espaços na sua vizinhança.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

08. É agradável fazer caminhadas na sua vizinhança.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

09. As árvores da sua vizinhança dão bastante sombra.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

10. É fácil ir a pé aos lugares na sua vizinhança.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

11. Frequentemente o(a) senhor(a) vê outras pessoas fazendo caminhadas na sua vizinhança.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

12. Frequentemente o(a) senhor(a) vê outras pessoas praticando atividade física na sua vizinhança (por exemplo: correndo, andando de bicicleta, praticando esportes).

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

13. O trânsito de veículos é intenso (pesado) na sua vizinhança.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

14. É necessário atravessar muitas ruas movimentadas para fazer caminhadas na sua vizinhança.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

15. Encontra-se grande variedade de frutas, verduras e legumes frescos à venda próximo à sua residência.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

16. As frutas, verduras e legumes frescos à venda próximo à sua residência são de boa qualidade.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

17. Encontra-se uma grande variedade de alimentos com baixo teor de gordura (isto é, *light/diet*) à venda próximo à sua residência.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

18. Existem muitos lugares para lanches e refeições rápidas (*fast food*) próximo à sua residência.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

19. O(a) senhor(a) se sente seguro(a) andando de dia ou de noite na sua vizinhança.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

20. A violência É um problema na sua vizinhança.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

21. Sua vizinhança é segura em relação a crimes.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

Entrevistador(a): Recolha o cartão VIZ01.

Agora, vamos descrever alguns fatos que podem ou não ter ocorrido na sua vizinhança.

Relembrando, por vizinhança, queremos dizer o lugar onde fica sua casa e a área em volta dela, onde o(a) senhor(a) tem atividades do dia-a-dia como fazer compras, ir à praça ou visitar vizinhos. Pode incluir ainda o local onde estão instituições religiosas ou públicas ou de comércio.

Para cada frase responda com que freqüência esses fatos ocorreram nos últimos 6 meses.

Responda de acordo com o que o(a) senhor(a) sabe sobre sua vizinhança e não apenas com o que o(a) senhor(a) presenciou ou sofreu.

Neste cartão estão opções de resposta. Escolha uma para cada pergunta.

Entrevistador(a): MOSTRE O CARTÃO VIZ02.

22. Nos <u>ÚLTIMOS 6 MESES</u> , com que freqüência houve brigas que tenham envolvido o uso de armas na sua vizinhança?
<input type="checkbox"/> Freqüentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
23. Nos <u>ÚLTIMOS 6 MESES</u> , com que freqüência houve discussão violenta entre vizinhos?
<input type="checkbox"/> Freqüentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
24. Nos <u>ÚLTIMOS 6 MESES</u> , com que freqüência houve briga entre gangues (grupos ou facções rivais)?
<input type="checkbox"/> Freqüentemente <input type="checkbox"/> Às vezes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca

25. Nos ÚLTIMOS 6 MESES, com que freqüência houve violência sexual ou estupro?

Frequentemente

Às vezes

Raramente

Nunca

26. Nos ÚLTIMOS 6 MESES, com que freqüência houve roubo ou assalto?

Frequentemente

Às vezes

Raramente

Nunca

Entrevistador(a): RECOLHA O CARTÃO VIZ02.

27. Há quanto tempo o(a) senhor(a) mora na sua vizinhança?

|__| |__| anos **SE MENOR DO QUE 01 MARQUE 00**

28. Alguém já praticou violência (assalto, briga, violência sexual ou seqüestro) contra o(a) senhor(a) ou contra algum morador de sua residência, nessa vizinhança, durante o tempo em que o(a) senhor(a) mora nesse local?

Sim

Não