

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO**

LOUISE BERTOLDO QUATRIN

CAPITAL SOCIAL E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS DO SUL DO BRASIL

SÃO LEOPOLDO

2011

LOUISE BERTOLDO QUATRIN

CAPITAL SOCIAL E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS DO SUL DO BRASIL

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos–UNISINOS.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Pascoal Pattussi

Co-orientador: Prof. Dr. Emilio Hideyuki Moriguchi

SÃO LEOPOLDO/RS

2011

Q2c Quatrin, Louise Bertoldo.
Capital social e sintomas depressivos em idosos do sul do
Brasil / por Louise Bertoldo Quatrin. – 2012.
77 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio
dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
2012.

“Orientação: Prof. Dr. Marcos Pascoal Pattussi;
co-orientador: Prof. Dr. Emilio Hideyuki Moriguchi.”

1. Envelhecimento. 2. Depressão em idosos.
3. Participação social. I. Título.

CDU 613.98

Catálogo na Publicação:
Bibliotecária Fabiane Pacheco Martino - CRB 10/1256

LOUISE BERTOLDO QUATRIN

CAPITAL SOCIAL E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS DO SUL DO BRASIL

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos–UNISINOS.

Aprovado em 09 de julho de 2012.

BANCA EXAMINADORA

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

Prof^a.Dr^a. Tonantzin Ribeiro Gonçalves
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Dr. Fábio Gastal
Hospital Mãe de Deus

AGRADECIMENTOS

A Deus, presença incontestável, pela força e coragem durante toda esta caminhada.

À Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, pelo incentivo financeiro, concedendo a Bolsa Pe. Milton Valente, sem a qual não poderia ter realizado o sonho de cursar este Mestrado.

Ao meu orientador, Prof.Dr. Marcos Pattussi, pela orientação cuidadosa e boa vontade.

Ao meu Co-orientador Prof. Dr. Emílio Moriguchi pelas sábias palavras durante o curso.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, minha gratidão pelos ensinamentos transmitidos.

Aos meus pais, Celestino e Terezinha, que me conduziram a uma formação pautada pela humildade, respeito e honestidade, exemplo de pessoas vencedoras, perseverantes e de muita fé. Tenham certeza de que esta etapa que se conclui seria impossível sem a participação de vocês.

Aos meus irmãos, Gustavo, especialmente ao Joviano e sua esposa Bianca, por me acolherem nesta cidade, me ajudando e incentivando em todos os momentos.

Aos novos e velhos amigos, pelas palavras de consolo nos momentos difíceis. Com vocês foi mais fácil chegar até aqui.

Ao meu namorado, amigo e companheiro, que me ensinou a ser mais tolerante e paciente, requisitos importantes na vida profissional e pessoal.

A todos que, de uma maneira ou outra, contribuíram para a realização desta pesquisa.

“Nem tudo que se enfrenta pode ser modificado, mas nada pode ser modificado até que seja enfrentado”.

Albert Einstein

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
PROJETO DE PESQUISA	11
RELATÓRIO DE CAMPO.....	47
ARTIGO CIENTÍFICO.....	53
APÊNDICES.....	68

APRESENTAÇÃO

Este volume final de Dissertação intitulada: “**Capital social e sintomas depressivos em idosos do Sul do Brasil**”, compreende os itens Projeto de Pesquisa, Relatório de Campo e o Artigo Científico, de acordo com o Regimento Interno do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

- **Projeto de pesquisa:** avaliado por uma Banca de Qualificação em novembro de 2011, sob o título: “Associação entre aspectos psicossociais e sintomas depressivos em idosos do Sul do Brasil”. Naquele momento, o projeto foi aprovado pela banca com algumas sugestões de alterações, as quais foram aceitas e reformuladas neste volume.
- **Relatório de campo:** apresenta os caminhos percorridos pela pesquisa, desde a entrada em campo, dificuldades encontradas, até a análise dos dados.
- **Artigo científico:** elaborado a partir dos resultados de pesquisa e formatado, provisoriamente, de acordo com as normas da ABNT para posterior publicação em periódico da área.

RESUMO

Estudos têm sugerido que a participação em grupos, a solidariedade e a vontade de intervir para o bem comum possam ter um efeito benéfico sobre a saúde mental de indivíduos e grupos. Esta dissertação apresenta os resultados da pesquisa realizada com idosos de um município de pequeno porte do Sul do Brasil. O objetivo desta pesquisa foi investigar a associação entre sintomas depressivos e capital social. Utilizou-se delineamento transversal de base populacional. Entrevistas estruturadas foram realizadas nos domicílios de 1.007 idosos. A presença de sintomas depressivos foi mensurada pela Escala de Depressão Geriátrica com ponto de corte de 11 ou mais pontos. Capital social foi avaliado através da escala de eficácia coletiva (coesão social e controle social informal) e pela participação dos idosos em grupos. A análise dos dados foi realizada utilizando-se Regressão de Poisson para obter as razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas. A amostra se constituiu, em sua maioria, por idosos do sexo feminino (63%), brancos (96%) e casados (64%). As médias de idade, renda e escolaridade eram respectivamente: 73 anos (DP=4), R\$ 1.836,00 (DP=2.170,00) e 5 anos de estudo (DP=4). Após o controle para variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e relacionadas à saúde, participantes que relataram baixa eficácia coletiva em seu local de moradia apresentavam uma prevalência de sintomas depressivos duas vezes maior em relação aos que relatavam alta eficácia coletiva (RP=1,40; IC_{95%}1,03 – 1,91; p<0,001). Do mesmo modo, idosos que não participavam de grupos apresentavam prevalência do desfecho cerca de 64% maior do que aqueles participando de três ou mais grupos (RP=1,64; IC_{95%}1,25 - 2,14; p=0,001). O estudo sugere que a criação e participação em redes sociais e grupos comunitários pode ser uma estratégia importante para a promoção da saúde mental de idosos.

Palavras-chave: envelhecimento; depressão, participação comunitária; participação social.

ABSTRACT**The potential influence of social capital in the presence of depressive symptoms in the elderly in Southern Brazil**

Recent studies have suggested that participation in groups, solidarity and willingness to intervene for common good may have a positive effect on mental health of individuals and groups. This dissertation presents the results of piece of research conducted with elderly in in a small town in the South of Brazil. The aim was to investigate the association between depressive symptoms and social capital. It is a cross-sectional population-based study with 1.007 elderly people. Structured interviews were conducted at the household of the elders, people aged 60 or more years. Depressive symptoms were assessed by geriatric depression scale using the cutoff of 11 points or higher. Social capital was measured by the collective efficacy scale and by a single item about participation in groups. Data analysis used Poisson Regression Method to obtain crude and adjusted prevalence ratios (PR). The sample consisted mostly of elder women (63%), caucasian (96%) and married (64%). Average income, age and years of schooling were 73 years old (DP=4), BR\$ 1,836 (DP= 2,170) and 5 years (DP=4) respectively. After controlling of demographic, socioeconomic, behavioural and health related variables, participants who reported low collective efficacy in their place of residence had a prevalence of depressive symptoms twice as big than those reporting high efficacy (RP=1.40; IC_{95%}1.03 – 1.91; p<0.001). Similarly, elders who didn't participate on any group reported outcome prevalence about 64% higher than the ones who participated on one or more groups (RP=1.64; IC_{95%}1.27 – 2.12; p<0.001). The association reported here suggests that the creation and participation in networks and groups may be an important strategy to promote the mental health of elderly people.

Keywords: aging; depression; social medicine; social participation.

Projeto de Pesquisa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 MÉTODO DE BUSCA DE REFERÊNCIA.....	15
2.2 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA.....	15
2.3 SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS	17
2.4 APOIO SOCIAL E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS	22
2.5 CAPITAL SOCIAL, SAÚDE MENTAL E ENVELHECIMENTO	24
2.6 CAPITAL SOCIAL E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS: MECANISMO DE AÇÃO.....	27
3 JUSTIFICATIVA.....	29
4 OBJETIVOS E HIPÓTESE	30
4.1 OBJETIVO GERAL	30
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
4.3 HIPÓTESE	30
5 MÉTODO.....	31
5.1 DELINEAMENTO	31
5.2 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA	31
5.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	31
5.4 PLANO AMOSTRAL	32
5.5 INSTRUMENTOS.....	33
5.6 ESTUDO PILOTO	36
5.7 EQUIPE DE TRABALHO	36
5.8 CONTROLE DE QUALIDADE.....	37
5.9 PROCESSAMENTO DOS DADOS E PLANO DE ANÁLISE.....	37
5.10 ASPECTOS ÉTICOS	38
6 CRONOGRAMA	39
7 ORÇAMENTO	40
REFERÊNCIAS.....	42

1 INTRODUÇÃO

A população idosa é a que mais cresce em todo o mundo. Segundo estimativas da Organização Mundial da saúde em 2050 haverá dois bilhões de pessoas com idade acima dos 60 anos no mundo e cerca de 85% destas estarão concentradas nos países hoje considerados em desenvolvimento, como é o caso do Brasil (WHO, 2002). A cada ano, cerca de 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a qual passou de 3 milhões em 1960 para 7 milhões em 1975 e 20 milhões em 2008 (VERAS, 2009).

Esta rápida e profunda transformação na estrutura etária da população brasileira, por sua vez é acompanhada pelo aumento progressivo na expectativa de vida, que passou de 67 anos de vida em 1990 para 70 em 2000, e 73 anos em 2008 (WHO, 2010b). A maior longevidade implica em aumento da morbidade por doenças crônicas não transmissíveis, as quais, em sua maioria, levam a incapacidade no idoso demandando maiores gastos em saúde (ALVES, LEITE IDA e MACHADO, 2008; DUARTE e REGO, 2007).

Nesse contexto, a depressão e os transtornos depressivos podem ser considerados hoje como um problema de saúde pública, tendo em vista a prevalência crescente especialmente nesta população, repercutindo na redução da qualidade de vida dos idosos (DUARTE e REGO, 2007). Além do sofrimento emocional, a depressão neste grupo etário pode contribuir negativamente para muitos agravos de saúde, dificultando um tratamento adequado e promovendo um aumento na mortalidade (ALEXOPOULOS, 2005; BLAZER, 2003).

Estudos apontam que a etiologia da depressão na população idosa parece estar na combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais (BLAZER, 2003; BLAZER e HYBELS, 2005; LINDAU et al., 2003). A solidão, o isolamento social, o analfabetismo e a exposição a situações de conflito, predispõem os idosos à deficiência e a morte precoce (WHO, 2002). O apoio social inadequado está associado não apenas com um aumento da mortalidade, morbidade e aflição psicológica, mas com a diminuição da saúde em geral e do bem-estar desta população. Assim, as conexões sociais e as relações íntimas tornam-se fontes vitais de força emocional (WHO, 2002). Nesse sentido, investigações sobre os aspectos psicossociais, com enfoque no capital social e no apoio social, têm recebido atenção uma vez que apresentam a sociabilidade, ou seja, o envolvimento das pessoas

entre si e com a comunidade em que vivem, como fonte de benefícios também para a saúde.

O presente estudo tem por objetivo investigar a associação entre capital social, entendido a partir do conceito de eficácia coletiva, que se refere a coesão social entre vizinhos e a sua vontade de intervir para o bem comum da vizinhança (SAMPSON, RAUDENBUSH e EARLS, 1997), com sintomas depressivos em idosos de um município de pequeno porte do sul do Brasil. A hipótese era de que idosos relatando menores níveis de eficácia coletiva possuíam maiores prevalências de sintomas depressivos.

Argumenta-se ainda, que a participação em organizações comunitárias, em redes sociais ou os relacionamentos próximos, aumentam a probabilidade de acesso a várias formas de apoio, (acesso à informação de saúde ou cuidados de saúde informais) que, por sua vez, protegem a saúde mental (WILLS e TYEKU, 2000). A assistência prestada por membros da rede social também pode auxiliar os idosos a lidarem melhor com problemas estressantes da vida (KRAUSE, 1997). A partir disto emerge o seguinte questionamento: características psicossociais estão relacionadas com presença de sintomas depressivos em idosos?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 MÉTODO DE BUSCA DE REFERÊNCIA

Inicialmente foi realizada a busca dos descritores sobre capital social, apoio social e depressão em idosos a partir do DeCS - Descritores em Ciências da Saúde, e do MeSH - *Medical Subject Heading*. A busca sistemática foi realizada com os descritores e operadores booleanos: ("social capital"[All Fields] OR "social support" [MeSH Terms]) AND ("depressive disorder"[MeSH Terms] OR "depressive"[All Fields] OR "depression"[MeSH Terms]) AND ("aged"[All Fields] OR "elderly"[All Fields]) AND ("humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR Portuguese[lang])) AND "aged"[MeSH Terms] AND "2001/02/09"[PDat]: "2011/02/06"[PDat]). Os limites adicionados foram: Humans, English, Portuguese, Aged: 65+ years, published in the last 10 years, Field: Title/Abstract. Esta busca resultou em 968 artigos encontrados. Após a seleção destes, através dos respectivos títulos e resumos foram selecionados os trabalhos relevantes para a presente revisão. Também foram investigados quanto à relevância os artigos citados nas referências de outros artigos. Assim, totalizaram-se 61 artigos que foram utilizados para o presente projeto.

2.2 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

Nas últimas décadas, o mundo e, de modo especial os países em desenvolvimento, vem apresentando um rápido processo de envelhecimento populacional chamado transição demográfica, o qual repercute em profundas mudanças na estrutura etária da população (WHO, 2002). Segundo dados do Relatório Mundial da Saúde 2008, em 2050 haverá dois bilhões de pessoas com idade acima dos 60 anos no mundo e cerca de 85% destas estarão concentradas nos países hoje considerados em desenvolvimento, como é o caso do Brasil (WHO, 2008). Os estudos realizados por Lutz, Sanderson e Scherbov (2008), corroboram com os dados apresentados pelo Relatório e incorporam estimativas crescentes em relação à proporção mundial de pessoas com idade acima de 60 anos, que era de 10% em 2000, passando para 21,8% em 2050 e 32,2% em 2100.

As estatísticas revelam que a população mundial está envelhecendo rapidamente. Este envelhecimento populacional justifica-se, entre outros fatores, pelo aumento na esperança de vida, o qual reflete no padrão de mortalidade de uma população em todas as faixas etárias. Tem sido argumentado que este aumento é reflexo da melhoria das condições de vida da população, a qual passou a viver mais em decorrência de melhores políticas públicas e maior acesso aos serviços de saúde (WHO, 2010a).

No Brasil, a mudança no padrão demográfico teve início na década de 40, quando um importante declínio nos níveis gerais de mortalidade é observado, porém ainda não acompanhado pela redução das taxas de natalidade. A partir do final dos anos 1960, as mudanças se intensificaram em decorrência da queda expressiva da fecundidade, configurando-se como uma das transições demográficas mais rápidas do mundo (IBGE, 2009).

Como consequência desta radical transformação, o Brasil vem apresentando redução na taxa de crescimento populacional, assim como alterações em sua estrutura etária. De um modo geral, as projeções para o ano de 2025 indicam um crescimento diferenciado por idade: baixo para a população jovem; médio para a população em idade ativa; e muito alto na população idosa (CARVALHO e WONG, 2008). A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a qual passou de 3 milhões em 1960 para 7 milhões em 1975, e 20 milhões em 2008. Tais dados revelam um aumento de quase 700% em menos de 50 anos (VERAS, 2009). Em estudos de projeção, como o realizado por Nasri (2008), estima-se que o grupo etário dos idosos deverá responder por cerca de 19% da população brasileira em 2050.

Este ritmo acelerado de crescimento da população idosa representa um significativo envelhecimento populacional que, por sua vez, também é acompanhado pelo aumento da expectativa de vida em todo o mundo. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, a esperança de vida ao nascer no Brasil tem se elevado, passando de 67 anos de vida em 1990, para 70 em 2000 e 73 anos em 2008 (WHO, 2010b).

Estas estimativas também se aplicam à população gaúcha. De acordo com o último Censo realizado em 2010, no período de 1970-2010 a população com mais de 60 anos, aumentou em mais de 1 milhão, com crescimento da participação relativa de 5,5% para 13,6% respectivamente. O Rio Grande do Sul possui o maior percentual de pessoas com idade acima dos 65 anos (9,3%) entre os estados brasileiros (IBGE, 2010).

2.3 SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS

A heterogeneidade do constructo “depressão” e da sua constante releitura no tempo, torna difícil a apresentação de um conceito definitivo. Diferentes fontes apontam ainda que, em psiquiatria, pode-se dizer que não existe um padrão-ouro definitivo para a maior parte dos transtornos de humor, entre eles o transtorno depressivo (ROZENTHAL, LAKS; e ENGELHARDT, 2004).

De maneira geral, a depressão pode significar um *sintoma* decorrente de um quadro clínico ou uma situação adversa da vida; uma *síndrome*, que inclui alterações de humor, psicomotoras, vegetativas e cognitivas; e a depressão enquanto *doença*, Depressão maior, Distímia ou Depressão bipolar (LAFER et al., 2000).

De acordo com o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, o termo genérico “depressão” encontra-se dentro de um grupo de patologias definidas como Transtornos de humor que se caracteriza por perturbações do humor (sentimentos anormais de depressão ou euforia) (DSM, 2002). Os transtornos do humor se dividem entre bipolares e depressivos. Entre os Transtornos depressivos é apresentada a seguinte classificação:

- Distímia: depressão crônica e duradoura, geralmente de intensidade leve. Duração dos sintomas de no mínimo dois anos.
- Depressivo recorrente: mais de um episódio depressivo ao longo da vida, sem intercalar com episódio hipomaníaco ou maníaco.
- Depressivo Maior: depressão unipolar, severa, com presença de sintomas por no mínimos duas semanas.

De maneira geral as síndromes depressivas apresentam as seguintes características: **multiplicidade de sintomas afetivos** (tristeza, sentimento de melancolia, choro fácil e frequente, apatia, angústia, ansiedade, desesperança, tédio, aborrecimento crônico, irritabilidade aumentada, baixa tolerância à frustração, retraimento relacional); **instintivos e neurovegetativos** (fadiga constante, perda libidinal, diminuição da resposta sexual (ereção, orgasmo ou anorgasmia), perda de apetite, boca seca, cefaléia, pele fria e/ou pálida); **ideativos** (ideação negativa, pessimismo, culpa e arrependimento, ruminação de antigas mágoas e questões mal resolvidas, tédio, vazio, vida sem sentido, ideação suicida, desejos de desaparecimento ou de dormir constantemente, auto-estima diminuída, sentimento de insuficiência e incapacidade, vergonha e auto-depreciação); **alterações cognitivas** (déficit de atenção e concentração, dificuldades de aprendizagem, déficit de

memória, dificuldade de tomar decisões); **alterações da volição e psicomotricidade** (tendência ao isolamento e/ou permanecer na cama, aumento do tempo entre perguntas e respostas, lentificação psicomotora (pensamento, gestos, fala), mutismo, negativismo (recusa de interação interpessoal); **sintomas psicóticos** (ideias delirantes de conteúdo negativo, ruína ou miséria, culpa, hipocondria, inexistência de si ou mundo, alucinações, geralmente auditivas (ouvir vozes ou ver pessoas que morreram ou pessoas próximas), ideação paranóide.

A população idosa apresenta características próprias ao aparecimento de sintomas depressivos tendo em vista o seu contexto e experiência de vida. Nesta faixa etária são grandes as pressões psicológicas, econômicas e sociais que exigem dos idosos a criação de mecanismos de adaptação. As situações adversas da vida como a viuvez recente, a queda de rendimentos e de um papel ativo na sociedade, o surgimento de uma doença grave associada ao isolamento social, estão entre as pressões mais comuns entre os idosos. O insucesso nesta adaptação pode gerar consequências importantes, entre elas a depressão (BLAY, 2000).

Neste projeto, optou-se pela denominação “sintomas depressivos” tendo em vista o instrumento utilizado, o qual é válido para o rastreamento de transtornos de humor entre eles a Depressão Maior e a Distímia (ALMEIDA e ALMEIDA, 1999; PARADELA, LOURENCO e VERAS, 2005).

2.3.1 Características dos sintomas depressivos em idosos

Os transtornos do humor são uma das desordens psiquiátricas mais comuns em idosos e, dentre eles, a depressão é a mais frequente. Síndromes depressivas em idades mais avançadas frequentemente ocorrem no contexto de desordens médicas e neurológicas e em idosos com doenças crônicas e deficiências cognitivas ou incapacidade funcional (ALEXOPOULOS, 2005; NITI et al., 2007). O maior número de doenças crônicas de maneira recorrente apresenta-se associado à presença de depressão em idosos, com destaque para a doença de Parkinson, especialmente no sexo feminino (DUARTE e REGO, 2007). Além do sofrimento emocional, a depressão neste grupo etário pode promover incapacidade e contribuir negativamente para muitos agravos de saúde, dificultando um tratamento adequado e promovendo um aumento na mortalidade (ALEXOPOULOS, 2005; BLAZER, 2003). Em um estudo realizado com 7040 idosos (≥ 60 anos) no Rio Grande do Sul, sobre as características demográficas, condições de saúde, laços sociais, associadas ao

desempenho atividades de vida diária (AVD's), revelou que as condições de saúde selecionados (acidente vascular cerebral, depressão, autopercepção de saúde ruim) foram consistentemente associadas a necessidade de ajuda na realização das AVD's (FILLENBAUM et al., 2010)

Características comuns podem ser atribuídas à depressão em idosos, entre as quais destaca-se seu curso atípico nesta população; sua ocorrência associada à presença de diversas doenças somáticas; fatores ambientais e psicológicos desfavoráveis; além dos idosos sofrerem mais com efeitos farmacológicos adversos. Frequentemente a depressão geriátrica é confundida com demência, tendo em vista que alguns sintomas de depressão se sobrepõem às manifestações comportamentais da demência, incluindo apatia e perda de iniciativa (ALEXOPOULOS et al., 2002; TAKEDA e TANAKA, 2010)

Blazer (2003) e Scalco (2002) ressaltam que apesar de muitos dos idosos deprimidos geralmente serem tratados na atenção básica, profissionais de saúde raramente diagnosticam depressão e quando o fazem, frequentemente oferecem um tratamento inadequado encarando os sintomas depressivos como manifestações naturais do envelhecimento (GAZALLE, HALLAL e LIMA, 2004; GUMARÃES e CALDAS, 2006).

A longa revisão de literatura realizada por BARTELS e colaboradores (2002) indicou que o tratamento farmacológico para a depressão geriátrica promove uma redução de 50% dos sintomas depressivos nesta população. Contudo, as reações adversas causadas pelas drogas são motivo de interrupção do tratamento, como os distúrbios do sono, distúrbios gastrintestinais, ansiedade, dores de cabeça e perda de peso. Além destas reações, as complicações comuns de agentes tricíclicos incluem efeitos colaterais mais preocupantes, tais como hipotensão postural e arritmias (BARTELS et al., 2002). Os efeitos colaterais das drogas antidepressivas são maiores nesta população devido ao fato dos idosos geralmente apresentarem comorbidades, risco de complicações clínicas e interações medicamentosas (SCALCO, 2002). Portanto, iniciativas que possibilitem uma recuperação não-medicamentosa são necessárias.

2.3.2 Prevalência de sintomas depressivos

A população idosa apresenta-se mais vulnerável a problemas de saúde em decorrência de inúmeros fatores, o que acarreta na maior utilização de serviços de saúde. A presença de transtornos mentais nesta faixa etária vem crescendo e hoje ocupa uma entre

as dez principais causas de internação hospitalar entre os idosos do sexo masculino (GARRIDO e MENEZES, 2002). Segundo Garrido e Menezes (2002), os principais transtornos mentais que afetam a população idosa são os demenciais e os depressivos, sendo que este último ocupa o quinto lugar como problema de saúde mais prevalente no mundo. Projeções indicam que em 20 anos, a depressão ocupará o 2º lugar em prevalências de doenças entre os idosos (WHO, 2002).

Embora haja consenso que a depressão constitui-se como um problema de grande magnitude para a saúde pública, ainda há controvérsias quanto a sua prevalência na população idosa. Autores sugerem que a prevalência de depressão entre os idosos que residem em comunidade seja de 10% a 20% (REYNOLDS e KUPFER, 1999; SERBY e YU, 2003).

No estudo descritivo transversal, realizado com 118 idosos de idade igual ou acima de 60 anos, provenientes de centros de convivência de Taguatinga, Brasília/DF, a prevalência de depressão foi de 31% (IC_{95%} 0,231-0,405) e 4% (IC_{95%} 0,310-0,492) apresentaram depressão grave, identificada através da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, versão simplificada com 15 perguntas (OLIVEIRA, GOMES e OLIVEIRA, 2006).

Já no estudo realizado em São Paulo/SP, com 2.143 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, a prevalência de sintomas depressivos, avaliada também com a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage na versão simplificada, foi de 18,1% (IC_{95%} 0,164-0,200), sendo 12,7% (IC_{95%} 0,115-0,141) entre os homens e de 22% (IC_{95%} 0,202-0,240) entre as mulheres. O estudo ressalta a elevada prevalência de sintomas depressivos (19,5% IC_{95%} 0,180-0,212) entre as pessoas na faixa etária de 60 a 64 anos (LEBRÃO e DUARTE, 2003).

2.3.3 Fatores associados à presença de sintomas depressivos em idosos

A etiologia da depressão na população idosa parece estar na combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, tendo em vista que as origens da depressão geriátrica são múltiplas e variam dentro destes três domínios intimamente relacionados entre si (BLAZER, 2003; BLAZER e HYBELS, 2005; LINDAU et al., 2003).

Entre os fatores biológicos, a hereditariedade, as alterações endócrinas (alterações na produção de serotonina), as doenças médicas (doença de Alzheimer, doenças vasculares),

além do comprometimento funcional dos idosos parecem estar associados à depressão nesta população (BLAZER, 2003; BLAZER e HYBELS, 2005). A presença de doenças crônicas, a dor e limitações na realização de atividades de vida diária apresentaram-se como fatores de risco (ALEXOPOULOS et al., 2002; GEERLINGS et al., 2000; HARRIS et al., 2006; SCHOEVERS et al., 2000). No estudo realizado por Bozo, Toksabay e Kurum (2009) com 102 idosos de três cidades da Turquia, constatou através do modelo de regressão, que os que apresentavam maior independência na realização de atividades de vida diária apresentaram menor chance de desenvolver depressão.

Entre os fatores psicológicos, pesquisas propõem que os transtornos de personalidade, as distorções cognitivas e o histórico psiquiátrico familiar prévio, assim como as comorbidades psiquiátricas, apresentam-se como importantes preditores para a depressão geriátrica (BLAZER, 2003; BLAZER e HYBELS, 2005; HARRIS et al., 2006; HEUN e HEIN, 2005; SCHOEVERS et al., 2000).

Já entre os fatores de risco sociais, os eventos estressantes da vida e os problemas diários, as desvantagens socioeconômicas e o apoio social prejudicado parecem estar associados à depressão nesta população (BLAZER e HYBELS, 2005). A perda do parceiro (viuvez), o surgimento de doenças e incapacidades, doença familiar e institucionalização apresentam-se como fatores de risco para o surgimento de quadros depressivos (LIVINGSTON et al., 2000; SCHOEVERS et al., 2000).

Estudos evidenciam ainda alguns aspectos sócio-demográficos relacionados à depressão em idosos (gênero, idade, situação conjugal e escolaridade). Assim, o sexo feminino apresenta-se mais associado à depressão e sintomas depressivos, assim como a idade mais avançada (BEEKMAN et al., 2001; GEERLINGS et al., 2000; HARRIS et al., 2006; ROBERTS et al., 2000). Já os idosos casados apresentam menor risco de desenvolver quadros depressivos em comparação a àqueles que não são ou nunca foram casados (BEEKMAN et al., 2001; GEERLINGS et al., 2000). A maior escolaridade parece atuar como fator de proteção para o aparecimento de quadros depressivos em idosos (BEEKMAN et al., 2001; FISKE, WETHERELL e GATZ, 2009; GEERLINGS et al., 2000; ROBERTS et al., 2000).

Torna-se importante o reconhecimento destes fatores de risco os quais caracterizam o aparecimento de sintomas depressivos em idosos, uma vez que subsidiam intervenções e políticas públicas para o controle e tratamento desta doença que tem atingido cada vez mais esta parcela da população.

2.4 APOIO SOCIAL E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS

Estudos evidenciam que os laços sociais podem ter influência na manutenção da saúde a tal ponto que a ruptura destes laços afetaria os sistemas de defesa do organismo tornando-o mais suscetível a doenças. Assim, dispor de uma rede social e receber ajuda dos indivíduos que pertencem a essa rede, beneficiaria a saúde e o bem-estar dos indivíduos (GRIEP et al., 2005).

Contudo, ainda não há uma definição clara de apoio social, uma vez que tal conceito abarca dimensões complexas que se associam com a saúde dos indivíduos. Assim, diferentes terminologias são utilizadas pela literatura com o mesmo sentido (relações sociais, integração social, vínculos sociais e ancoragem social) o que dificulta a comparabilidade dos estudos (ROSA et al., 2007).

Rede social compreende as relações sociais informais, onde o indivíduo mantém contato ou alguma espécie de vínculo social com um grupo de pessoas (família, amigos, vizinhos, comunidade, colegas de trabalho). Trata-se de uma relação familiar próxima e/ou com envolvimento afetivo, onde a ajuda pode ou não ser oferecida em diversas situações ao longo da vida (GRIEP et al., 2005; ROSA et al., 2007). Já o apoio social compreende os recursos postos à disposição por outras pessoas em situações de necessidade por que passa o indivíduo (DUE et al., 1999; GRIEP et al., 2005). Abrange aspectos qualitativos e comportamentais das relações sociais e compreende quatro tipos: (1) apoio emocional; (2) apoio instrumental ou material; (3) apoio de informação e; (4) interação social positiva (ROSA et al., 2007).

Déficit no apoio social recebido tem sido evidenciado como fator de risco para o aparecimento de sintomas depressivos em idosos. No estudo realizado por Vanderhorst e McLaren (2005) com 110 idosos da Austrália, constatou que menores recursos de suporte social apresentaram-se associados com maiores níveis de depressão e ideação suicida. Idosos insatisfeitos com o apoio social recebido e os que relatam solidão e desavenças nos relacionamentos pessoais também apresentaram risco aumentado de desenvolver depressão (BEEKMAN et al., 2001; HARRIS et al., 2006; ROBERTS et al., 2000).

Tem sido argumentado que a assistência prestada por membros da rede social auxilia os idosos a lidarem mais eficazmente com problemas estressantes da vida (KRAUSE, 1997). Entre estes, os familiares parecem estar em melhores condições para prestar esta assistência, uma vez que podem resistir melhor a conflitos e dificuldades decorrentes deste apoio do que os amigos, por se tratarem de relações de natureza involuntária. O sentimento

de dever estabelecido nesta relação se traduz em vínculo e serve para transmitir um senso de continuidade e comprometimento entre as partes (KRAUSE, 1997). A importância dada às relações familiares também foi evidenciada no estudo realizado com 1.568 idosos da cidade de São Paulo, que investigou a distribuição das redes sociais e de apoio em idosos de acordo com características sócioeconômicas e demográficas. Neste estudo, os filhos foram considerados pessoas-chave no apoio oferecido, sua presença ou ausência na rede de apoio repercutiu de maneira bastante significativa na vida dos idosos pesquisados. O estudo ressalta ainda que os idosos que moravam sozinhos possuíam maior chance de apresentar níveis mais baixos de ajudas recebidas do que aqueles que moravam com outra pessoa, assim como idosos de baixa renda possuíam maiores chances de apresentarem piores níveis de integração social (poucos contatos não diversificados) (ROSA et al., 2007)

Em estudo longitudinal realizado com 554 idosos chineses encontrou entre aqueles que relataram menor frequência de sintomas depressivos recebiam mais apoio da família em comparação ao de amigos. Após três anos de acompanhamento, os idosos que receberam mais apoio social dos membros da família, relataram menos sintomas depressivos (CHOU e CHI, 2003).

Um estudo de coorte realizado no Japão com uma amostra de 1.178 idosos com idade igual ou superior a 70 anos verificou um risco aumentado para depressão de 2,6 vezes maior no item de apoio social medido “você tem alguém com quem você pode consultar quando você estiver em apuros”; e em três vezes para o item “você tem alguém que pode cuidar de você quando você está doente na cama?” (KOIZUMI et al., 2005). Não ter alguém disposto a ouvir os seus problemas, dificuldades e preocupações, também estiveram significativamente associado à depressão no estudo realizado por Da Canhota e Piterman (2001).

HARRIS et al. (2003) investigou a associação entre sintomas depressivos e saúde física, deficiência, suporte social e fatores socioeconômicos em pessoas idosas. Todos os quatro grupos de fatores foram incluídos em um modelo final para prever os sintomas depressivos. Neste estudo, todos os fatores analisados atuaram de maneira independente na pontuação de depressão. O apoio social, especialmente nos itens solidão, falta de contato telefônico, insatisfações com o apoio recebido e conflitos nos relacionamentos foram associados com altos escores de depressão.

Segundo Nunn (1996), há alguma evidência que os indivíduos suportam melhor as adversidades quando eles possuem esperança e acreditam que as coisas vão melhorar. A perda da esperança é um fator crítico, que desempenha um papel central em uma série de teorias que explicam a gênese dos transtornos depressivos entre os idosos.

O estudo transversal realizado por Krause (1997) com amostras de idosos de 110 países dos Estados Unidos (total de 1.103 idosos), objetivou avaliar o apoio recebido por idosos que se encontravam em situação de estresse econômico com repercussão para presença sintomas depressivos. O estudo mostrou que o apoio recebido reduzia os efeitos nocivos do estresse econômico sobre depressão. Contudo, o autor ressalta que o principal resultado do estudo foi o sentimento de comprometimento e continuidade do apoio, revelado indiretamente pelos idosos. A convicção de que alguém estaria lá no futuro disposto a ajudar, pode constituir-se como um elemento importante do processo de apoio social. Talvez essas características sejam a chave das relações de apoio que impulsionam a vida, essencial para a independência, manutenção da autonomia e do bem-estar psicológico na velhice (KRAUSE, 1997).

Na pesquisa realizada com 110 idosos do Estado de Victoria, Austrália, demonstrou que o apoio social era um importante preditor para depressão e suicídio em idosos (VANDERHORST e MCLAREN, 2005). Ainda segundo este estudo, os idosos que apresentaram diagnóstico de depressão referiram ter menos contato com os amigos, menor número de amigos próximos com os quais podem pedir ajuda, além apresentar redução do nível de satisfação com a sua família e amigos.

No estudo transversal comparativo com dados obtidos através de uma pesquisa de coorte realizada na cidade do México com uma amostra de 7.525, comparou dois grupos de idosos, com e sem sintomas depressivos (GALLEGOS-CARRILLO et al., 2009). Os resultados do estudo demonstram que as redes sociais, incluindo o cônjuge e grandes redes de parentes próximos e amigos parecem atenuar os sintomas depressivos dos idosos que repercutiu na escala avaliação da qualidade de vida destes idosos.

Desta maneira, pode se observar, a partir dos estudos apontados, que o apoio social recebido, seja da família, dos amigos ou dos vizinhos é um elemento importante que influencia no aparecimento de sintomas depressivos entre os idosos.

2.5 CAPITAL SOCIAL, SAÚDE MENTAL E ENVELHECIMENTO

A temática do capital social tem sido protagonista de muitas pesquisas nos últimos anos por se tratar de um conceito que chama a atenção para os fenômenos reais e importantes do mundo globalizado. No campo da saúde, o capital social vem sendo estudado na tentativa de explicar as condições de saúde e doença a partir do contexto

social em que vivem as pessoas e das relações sociais estabelecidas, que repercutem significativamente na saúde dos indivíduos e populações (ALMEDOM, 2005; LOMAS, 1998). As consequências positivas da sociabilidade, ou seja, do envolvimento das pessoas entre si e com a comunidade em que vivem, torna-se fonte de benefícios também para a saúde, atuando, por exemplo, como fator de proteção contra doenças crônicas (AHERN e HENDRYX, 2005; SAPAG e KAWACHI, 2007).

Capital social está baseado na premissa de que as relações estabelecidas entre as pessoas de uma comunidade geram confiança, o que facilita o desenvolvimento do espírito de cooperação e solidariedade entre as mesmas. Refere-se às conexões tanto dentro da rede quanto entre as redes sociais que, de uma maneira ou outra, despertam e solidificam a união entre as pessoas favorecendo a busca e a luta por objetivos individuais e coletivos. Pode-se dizer que, quanto maior for a capacidade de os cidadãos confiarem uns nos outros, para além de seus familiares, da mesma maneira que quanto maior e mais rico for o número de possibilidades associativas numa sociedade, maior será o volume de “capital social” (PATTUSSI et al., 2006; PORTER, 1998; PUTNAM, LEONARDI e NANETTI, 1993)

Poucos estudos abordam os impactos do capital social na saúde mental da população, especificamente na população idosa. Contudo, as pesquisas existentes apontam o capital social como um dos fatores associado a saúde e sobrevivência de idosos. Esta associação justifica-se, uma vez que o risco de perder os laços sociais aumenta com o envelhecimento (KAWACHI e BERKMAN, 2001). Comunidades que dispõem de níveis elevados de capital social podem apresentar mais sucesso no desenvolvimento de atividades de promoção de saúde proporcionando maior assistência, reforço do sentimento de confiança e segurança além do incremento das possibilidades de se envolver em diversas atividades culturais (HYYPPÄ, 2010).

Contudo, os efeitos positivos e negativos dos laços sociais não são distribuídos de maneira uniforme na população, mas variam sistematicamente de acordo com o sexo, a posição sócioeconômica e a fase da vida (KAWACHI e BERKMAN, 2001). Com relação ao gênero, as mulheres tendem a manter relações emocionalmente mais íntimas do que os homens; elas mobilizam e solicitam maior suporte social durante períodos de estresse do que o sexo oposto, além de fornecerem apoio social de maneira mais frequente e eficaz, o que repercute em menores índices de depressão em comparação com os homens. A posição socioeconômica pode tanto ser benéfica quanto prejudicial do ponto de vista do capital social. Mulheres com uma condição socioeconômica desfavorável, por exemplo, podem enfrentar maior dificuldade em responder às necessidades dos membros da rede, levando a estresse e sintomas depressivos. Já a fase da vida, como mencionado

anteriormente, o isolamento social e a perda dos laços sociais em idades mais avançadas estão entre os mais potentes preditores de sintomas depressivos entre os idosos (KAWACHI e BERKMAN, 2001).

Em um estudo realizado com amostras de pessoas com idade acima de 65 anos dos Estados Unidos e da Alemanha, apresentou importantes evidências de associação entre o nível individual de capital social e a saúde da população idosa. O estudo associou, entre outros fatores, as variáveis desconfiança cívica, participação social, depressão, saúde auto-relatada e reciprocidade. Na amostra da população idosa dos Estados Unidos (n= 698 pessoas), a baixa reciprocidade e a desconfiança cívica foram preditores de depressão na população, enquanto que a participação social não apresentou associação significativa. Já na amostra de idosos da Alemanha (n= 821 pessoas), a baixa reciprocidade e a baixa participação social estavam associadas a depressão, enquanto a desconfiança cívica não apresentou associação. Embora o estudo apresente algumas limitações, a conclusão que se pode chegar é que o capital social não está apenas relacionado com idade, mas também com a cultura local da comunidade (POLLACK e VON DEM KNESEBECK, 2004).

Kawachi, Subramanian e Kim (2008) destacam, a partir longa revisão da literatura, duas formas de capital social que se relacionam ao envelhecimento: o nível individual do capital social e o nível da comunidade. De acordo com os autores, o primeiro é fundamental para a saúde dos idosos, pois a grande maioria destes depende de outras pessoas para obter benefícios de saúde, seja de medicamentos, consultas médicas, entre outros. Já o segundo, distingue capital social de eficácia coletiva a partir de estudos realizados por Sampson, Raudenbush e Earls (1997). Capital social se insere no campo das relações e eficácia coletiva vai além, quando as relações são convertidas em ações benéficas para todos. Por mais que as pessoas do bairro não se conheçam, há ainda um sentimento de pertença e uma relação de confiança entre os vizinhos, o que predispõe estas pessoas a intervirem e se ajudarem mutuamente quando houver necessidade (KAWACHI, SUBRAMANIAN e KIM, 2008). Por exemplo, no estudo realizado com 19.672 entrevistados de diferentes regiões dos Estados Unidos. Esta pesquisa verificou que pessoas que residiam em cidades metropolitanas e que apresentavam níveis mais elevados de capital social, relatavam maior acesso a serviços de saúde (HENDRYX et al., 2002).

A participação em atividades na comunidade, sejam elas, grupos da terceira idade, religiosos, associações comunitárias, partidos políticos, grupos culturais, reuniões com amigos e grupos de esportes e atividade física, proporcionam a socialização dos idosos. Em estudos sobre a influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas ressaltam a dificuldade de saber até que ponto o bem-estar psicológico causado pela

atividade física pode ser devido ao exercício em si ou às redes de relações afetivas proporcionadas por sua prática (BASTONE ADE e JACOB FILHO, 2004; CHIN et al., 2004; MATHER et al., 2002; STRAWBRIDGE et al., 2002). Nesse sentido, os efeitos benéficos causados pela atividade em grupo, como a distração, o divertimento e, sobretudo, a sensação de pertencimento a um grupo, são aspectos importantes na vida destes indivíduos tendo em vista que a solidão e o isolamento podem estar presentes em seu dia-a-dia (BARBOUR e BLUMENTHAL, 2005; GUMARÃES e CALDAS, 2006).

2.6 CAPITAL SOCIAL E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS: MECANISMO DE AÇÃO

Como já relatado, a redução do bem-estar psicológico parece estar associada à menor rede de relacionamentos sociais e menor percepção de apoio social. Contudo, é interessante ressaltar a impossibilidade de estabelecer uma relação causal, considerando que a maioria dos estudos desta natureza são transversais e por isso sujeitos à viéses de memória e causalidade reversa. Mesmo em estudos longitudinais, a ausência de laços sociais tanto pode ser anterior quanto concomitante ao sofrimento psíquico. Por exemplo, certos traços de personalidade, como introversão, estão associados tanto com a falta de participação na rede social quanto com a ocorrência de sintomas depressivos (KAWACHI e BERKMAN, 2001).

Esta observação também pode se aplicar à relação entre capital social e saúde mental, como é percebido no estudo de Cullen e Whiteford (2001). Os autores apontam duas explicações principais para a relação entre capital social e saúde mental. A primeira ressalta que o transtorno mental acarreta prejuízos ao funcionamento psicológico e social levando os indivíduos à grupos socialmente mais desfavorecidos. Já a segunda, refere que os indivíduos que se encontram em situações socialmente desfavorecidas estão expostos a mais estressores psicossociais (eventos adversos da vida) do que aquelas em ambientes mais favorecidos. Estes estressores impulsionariam o aparecimento sintomas depressivos, assim como provocariam a redução das habilidades individuais psicológicos necessários para a sociabilidade.

Cohen e Wills (1985) apresentaram dois modelos para explicar os mecanismos pelo qual as relações sociais influenciam os resultados de saúde: modelo de *buffer-stress* e o modelo de efeito principal. O primeiro pressupõe que os laços sociais estão relacionados ao

bem-estar apenas para as pessoas que se encontram sob estresse, enquanto que o segundo propõe que as relações sociais têm um efeito benéfico, independentemente de os indivíduos estarem ou não sob estresse. Segundo os autores, os modelos apresentados não são mutuamente excludentes, mas sim, podem ajudar a explicar a influência de aspectos específicos das relações sociais na saúde psicológica.

O apoio social no modelo *stress-buffering*, parte da hipótese de que este pode evitar ou modular as respostas a eventos estressantes que são prejudiciais à saúde, podendo ainda, agir em diversos pontos no trajeto entre eventos estressores e a doença mental eventual. O mecanismo de ação pelo qual o apoio social é capaz de agir sobre a saúde mental baseia-se na redução de uma reação emocional negativa ou no enfraquecimento das reações fisiológicas e respostas comportamentais, a partir do apoio social percebido ou recebido pela pessoa em situação de estresse (KAWACHI e BERKMAN, 2001).

O modelo de efeito principal descrito por Cohen e Wills (1985) e adaptado por Kawachi e Berkman (2001) descreve vários caminhos pelos quais a participação em redes sociais pode afetar o bem-estar psicológico. A influência social refere-se à forma como os membros de uma rede social obtêm orientação normativa sobre os comportamentos relacionados com a saúde como, por exemplo, ingestão de álcool ou atividade física. A integração de uma rede social, de acordo com os autores, também pode produzir estados psicológicos positivos, incluindo um senso de propósito, pertencimento e segurança, assim como reconhecimento e autoestima elevada. Estes estados psicológicos positivos beneficiam a saúde mental, uma vez que repercutem em aumento da motivação para o autocuidado, (por exemplo, a prática de exercício físico regular e a moderação no consumo de álcool), bem como na modulação da resposta neuroendócrina ao estresse (WILLS e TYEKU, 2000).

Estudos têm apontado que altos níveis de capital social podem trazer benefícios para a saúde, como por exemplo, atuar como fator de proteção para o isolamento social; na criação de redes de segurança social, as quais podem ser favoráveis durante períodos de crise; diminuir a desigualdade social e a criminalidade; favorecer a ajuda mútua, contribuindo para a melhora da qualidade de vida e bem-estar das pessoas (CULLEN e WHITEFORD, 2001). Por outro lado, baixos níveis de capital social podem levar, entre outros aspectos, ao aumento da incidência de depressão, ou pelo menos, não interferir na melhora dos sintomas.

A participação em organizações comunitárias, em redes sociais ou relacionamentos íntimos, também aumentariam a probabilidade de acesso a várias formas de apoio, (acesso à informação de saúde ou cuidados de saúde informais) que, por sua vez, protegeriam a saúde mental (WILLS e TYEKU, 2000).

3 JUSTIFICATIVA

A presença de transtornos mentais entre os idosos ocupa hoje uma entre as dez principais causas de internação hospitalar entre os idosos do sexo masculino (GARRIDO e MENEZES, 2002). A depressão nesta faixa etária, por sua vez, ocupa o quinto lugar como problema de saúde mais prevalente no mundo e as projeções indicam que em 20 anos, ocupará o segundo lugar em prevalências de doenças entre os idosos (WHO, 2002). Trata-se de uma doença que vem ganhando status de problema de saúde pública, tendo em vista sua prevalência crescente nesta população.

A depressão geriátrica apresenta características próprias com presença de sintomas geralmente atípicos, que levam ao seu subdiagnóstico e subtratamento devido a confusão com problemas físicos coexistentes (GUMARÃES e CALDAS, 2006; TAKEDA e TANAKA, 2010). A maior vulnerabilidade de saúde, a qual a população idosa está naturalmente exposta, repercute na maior utilização de medicamentos e de serviços de saúde. Nesse sentido, iniciativas preventivo-promocionais de saúde se fazem necessárias a fim de melhorar a qualidade de vida desta população.

Assim, este estudo visa aprofundar o conhecimento sobre o papel das redes sociais na saúde mental de idosos procurando expandir o olhar para além dos condicionantes tradicionais de saúde e doença dos idosos. Busca na comunidade e nos relacionamentos interpessoais, mais do que explicações para o aparecimento de sintomas depressivos, mas indicadores que refletem na sua qualidade de vida.

Desta maneira, a relevância desta pesquisa está na possibilidade da criação de alternativas de prevenção do aparecimento de sintomas depressivos e da promoção da qualidade de vida dos idosos, seja através da elevação do capital social na comunidade, ou por meio da participação dos idosos nesta. Assim, pesquisas como esta são importantes na medida em que propõe alternativas sustentáveis, que podem repercutir diretamente na saúde pública, como o direcionamento da políticas públicas que atendam esta parcela da população.

4 OBJETIVOS E HIPÓTESE

4.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a associação entre aspectos psicossociais e a participação em grupos da comunidade, com sintomas depressivos em idosos.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

– Descrever as características sociodemográficas, psicossociais e comportamentais de idosos;

- Estimar a prevalência de sintomas depressivos nos idosos;

– Testar a associação entre apoio social e capital social com sintomas depressivos nos idosos.

4.3 HIPÓTESE

Idosos com características psicossociais desfavoráveis possuirão maiores prevalências de sintomas depressivos.

5 MÉTODO

Este projeto utiliza-se do banco de dados obtido a partir da dissertação intitulada: “Associação entre indicadores de envelhecimento ativo com sintomas depressivos em idosos brasileiros”, defendida pela mestre Rosângela Gali, no Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, no ano de 2010.

5.1 DELINEAMENTO

O estudo possui delineamento transversal de base populacional com idosos da cidade de Veranópolis, Rio Grande do Sul. As informações foram referidas pelos participantes por meio de entrevistas estruturadas realizadas nos domicílios dos idosos no período de janeiro a maio de 2009.

5.2 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA

O município de Veranópolis possui uma área de 289km² de clima subtropical e está situado no nordeste do estado do Rio Grande do Sul, a 705 metros de altitude. De acordo com o último Censo demográfico, a cidade possui uma população de 22.810 habitantes, 11.102 homens e 11.708 mulheres (IBGE, 2010). A cidade conta 23 estabelecimentos de Saúde, sendo 6 públicos os quais incluem um hospital, uma Unidade Central, 5 Centros de saúde e uma equipe de PSF. O perfil étnico populacional da amostra do município constitui-se principalmente de descendentes italianos.

5.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população do estudo foi composta por idosos, pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, residentes na zona urbana e rural da cidade de Veranópolis – RS. O número de

idosos (pessoas com idade maior ou igual a 60 anos) residentes na cidade é 3.493, cerca de 15,3% da população. Destes, 1.829 possuem idades entre 60 e 69 anos, 1.092 com idades entre 70 e 79 anos e 572 com 80 anos ou mais (IBGE, 2010).

5.4 PLANO AMOSTRAL

A seleção da amostra foi realizada através de um processo casual sistemático. Para tanto foi utilizada uma lista de indivíduos elegíveis, pessoas com 60 ou mais anos de idade, obtida na Secretária Municipal de Saúde, contendo os nomes e telefones dos idosos. Os idosos desta relação única foram numerados seqüencialmente, até ser obtido o número total de 2.840 idosos. Dividindo-se esse valor pelo tamanho da amostra requerido de 1.136 obteve-se o intervalo amostral de 2,5. Assim sendo, o primeiro idoso a ser examinado foi obtido através de um sorteio aleatório simples entre o total de indivíduos elegíveis. O segundo era o resultado correspondente ao número de ordem do primeiro idoso mais o intervalo amostral de três. O terceiro idoso correspondia ao número de ordem do segundo idoso mais o intervalo amostral de dois e assim por diante. Idosos com problemas cognitivos graves ou com qualquer incapacidade ou doença que impedisse de responder ao questionário foram excluídos da amostra.

O tamanho da amostra necessária para estimar a prevalência de idosos com sintomas depressivos e seus fatores associados calculado para o projeto inicial utilizou-se dos seguintes parâmetros: percentual da cobertura da vacinação de 93%, erro aceitável de 2 pontos percentuais e intervalo de confiança 95%, com esses dados seriam necessários 508 participantes. Acrescentado 15% para perdas, a amostra preveria a participação de 584 idosos.

Utilizando-se o cálculo para estudo de associação, a variável sexo a qual exigiu um maior tamanho da amostra e, assumindo-se uma prevalência de 67,1% entre os homens razão de expostos/não expostos 1/1, 11 seria necessária uma amostra de 988 indivíduos para ter 80% de poder para detectar uma Odds Ratio de 1,5. Adicionando 15% para perdas foram convidados a participar 1136 idosos.

Para o desfecho depressão, foco do presente estudo, este tamanho de amostra possui 80% de poder para detectar uma diferença de 7% pontos percentuais entre expostos e não expostos com nível de significância de 5% e de confiança 95%.

5.5 INSTRUMENTOS

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado, padronizado e pré-testado contendo variáveis demográficas, socioeconômicas, psicossociais, comportamentais e de saúde (Apêndice A). Segue a descrição do desfecho e exposições a serem avaliadas.

5.5.1 Variável Dependente

O desfecho estudado foi avaliado através da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). A EDG é um dos instrumentos mais utilizados para o rastreamento de depressão em idosos oferecendo medidas válidas e confiáveis. Descrita em língua inglesa por Yesavage et al. (1982), a escala original contém 30 itens e foi desenvolvida especialmente para o rastreamento dos transtornos de humor em idosos, com perguntas que evitam a esfera das queixas somáticas. Cada resposta depressiva (compatível com a depressão) equivale a um ponto e são considerados idosos com sintomas depressivos aqueles com escores superiores a 10 pontos (≥ 11 pontos). Questões 32 a 61 do questionário.

5.5.3 Variáveis Independentes

5.5.3.1 Variáveis Demográficas

- *Sexo*: masculino e feminino (Apêndice A);
- *Idade*: coletada em anos completos e categorizada em 3 grupos: 60 a 69, 70 a 79 e 80 ou mais anos de idade;
- *Cor da pele*: observada pelo entrevistador e categorizada em branca, negra e outra;
- *Estado civil*: categorizada em: casado, solteiro, viúvo, separado, união estável.

5.5.3.2 Variáveis Socioeconômicas

- *Escolaridade*: coletada em anos de estudo e posteriormente categorizada em analfabeto, fundamental incompleto, fundamental, médio incompleto, médio, superior incompleto, superior; ou em quartis (Apêndice A);
- *Renda familiar*: utilizada a renda de todos os residentes do domicílio, em salários mínimos (vigente no país na época da pesquisa), inclusive, outros tipos de renda como pensões e aluguéis. Posteriormente será categorizada em quartis.

5.5.3.3 Variáveis Psicossociais

- *Capital social*: avaliado através da escala de eficácia coletiva proposta por Sampson, Raudenbush e Earls (SAMPSON, RAUDENBUSH e EARLS, 1997). Tratam-se de 10 itens com afirmações as quais avaliam os constructos coesão social e controle social informal, com 5 questões cada uma. Questões: “As pessoas da redondeza estão dispostas a ajudar seus vizinhos; Esta é uma vizinhança unida e amigável; As pessoas nessa vizinhança são confiáveis; As pessoas nesta vizinhança se dão umas com as outras; As pessoas nesta vizinhança possuem os mesmos valores (pensam igual); Eu posso contar com meus vizinhos para agir se os adolescentes estivessem matando aula e ficassem perambulando sem fazer nada numa esquina; Eu posso contar com meus vizinhos para agir caso os adolescentes estivessem pichando paredes, muros ou prédios públicos; Eu posso contar com meus vizinhos para agir se adolescentes estivessem mostrando desrespeito a um adulto; Eu posso contar com meus vizinhos para agir se uma briga começasse na frente de casa; Eu posso contar com meus vizinhos para agir se o posto de saúde da comunidade estivesse para fechar para reduzir gastos do governo”. Embora as questões se refiram ao nível de residência, o capital social se refere a indivíduos ou grupos de indivíduos e os relacionamentos estáveis produzidos entre eles (HAWK e SHIELL, 2000). As categorias de resposta são medidas através de uma escala do tipo Likert de 5 pontos, avaliando o nível de concordância. As respostas aos itens serão somadas gerando uma variável com maiores escores representando maior eficácia coletiva.

Esta variável será categorizada em: alta (25% escores mais elevados), moderada (50% escores intermediários) e baixa eficácia coletiva (25% escores menores). Questões 83 a 92 do instrumento;

- *Participação em grupos da comunidade*: questões dicotômicas que abordam a participação dos idosos em grupos da terceira idade, religiosos, associação comunitária, partido político, grupo cultural, reunião com amigos e grupos de esportes. Questões 112 e 113 do instrumento;

- *Apoio social*: coletado através da escala de apoio social utilizada no *Medical Outcomes Study* (MOS) (SHERBOURNE e STEWART, 1991). Esta escala é composta por 19 itens, compreendendo cinco dimensões funcionais: material, afetivo, emocional, interação social positiva e informação. Para todos os itens, cinco opções de resposta, variando de “nunca” a “sempre”, foram apresentadas. Na análise, a escala variou de 0 a 4, sendo utilizado o somatório das respostas, cujo resultado poderia variar de 0 a 76; os valores elevados representando maior apoio social. Será procedida a categorização em: baixo ($\leq P25\%$), moderado ($>P25\% - <P75\%$) e alto ($\geq P75\%$). Questões 93-111 do instrumento.

5.5.3.4 Variáveis Comportamentais

- *Hábito de fumar*: fumante/ex-fumante e não fumante (Apêndice A);

- *Atividade física*: será avaliada através da questão se o idoso pratica ou não atividade física;

- *Alimentação*: os participantes foram questionados sobre o consumo de frutas, verduras e legumes em sua alimentação. Será categorizada com o consumo de 5 ou mais porções ao dia;

- *Consumo de álcool*: coletado pelo número de vezes que a pessoa costuma ingerir bebida alcoólica (todos os dias, 5-6 dias/sem, 3-4 dias/sem, 1-2 dias/sem, quase nunca, não consome).

5.5.3.5 Condições de Saúde e Presença de Morbidades

- *Auto-percepção da saúde*: categorizada em excelente, muito-boa, boa/razoável e ruim (Apêndice A);
- *Presença de morbidade*: coletada pedindo se algum médico havia dito que o entrevistado possuía hipertensão, diabetes, osteoporose, colesterol, doença renal, doença do coração e doença pulmonar. Será categorizada em 0, 1-2 e ≥ 3 morbidades;
- *Consulta com o médico*: coletada através do número de consultas médicas no último mês e posteriormente categorizada em 0, 1, 2 ou mais consultas.

5.6 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto foi realizado com 20 idosos da cidade que não faziam parte da amostra. Tal estudo visou testar o instrumento, a logística do estudo e previsão da duração de cada entrevista.

5.7 EQUIPE DE TRABALHO

Para a coleta de dados uma equipe foi composta por 5 entrevistadoras e coordenadora, com as funções descritas a seguir:

- *Coordenador*: responsável pela coordenação geral do projeto, organização e planejamento da coleta de dados, revisão dos questionários e realização do controle de qualidade;
- *Entrevistadores*: responsáveis pelas entrevistas com os idosos participantes e codificação das respostas;
- *Digitador*: responsável pela dupla digitação dos dados.

Os entrevistadores foram selecionados pela coordenadora de outros projetos realizados na cidade, portando já com experiência em pesquisa científica. Essa equipe foi treinada e padronizada e um manual foi construído com essa finalidade.

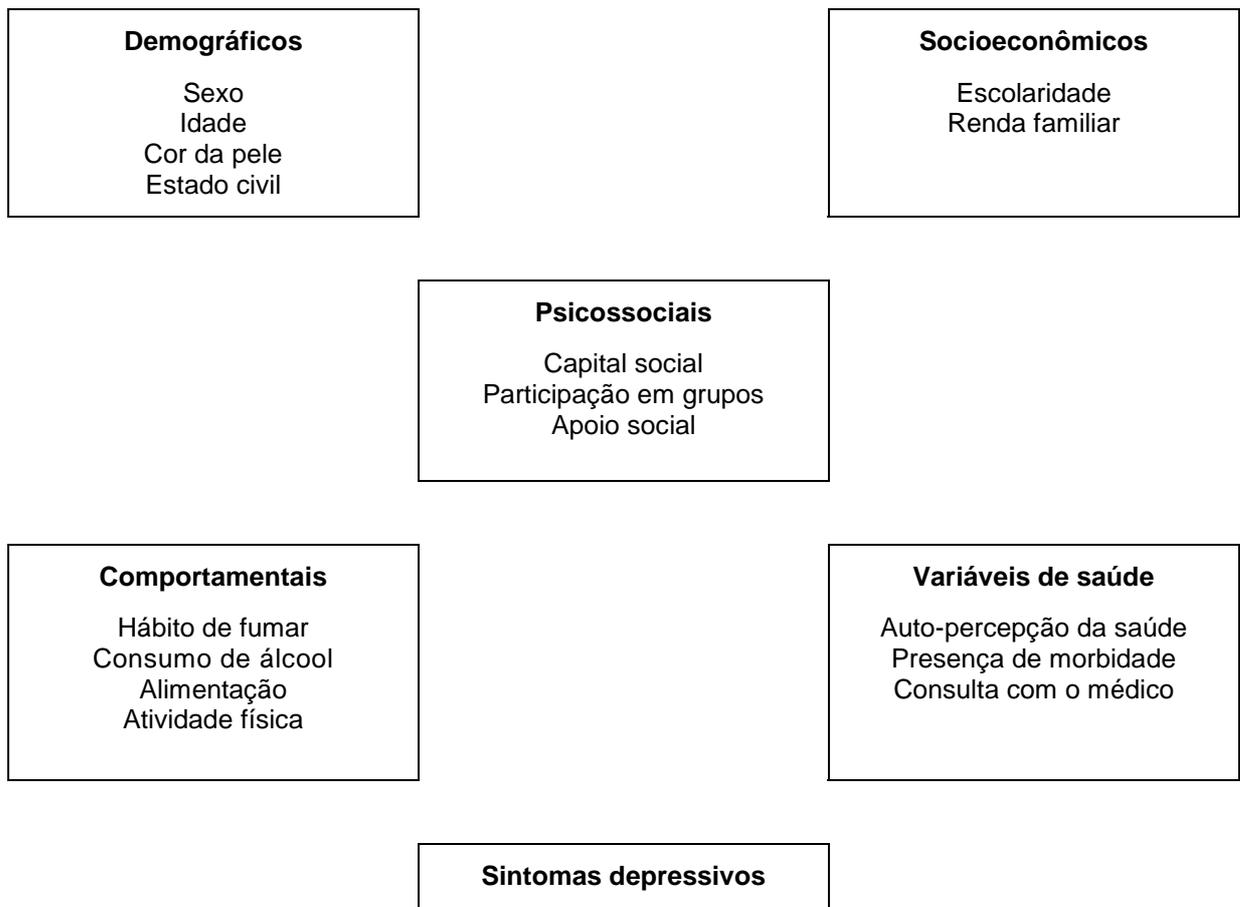
5.8 CONTROLE DE QUALIDADE

Foi realizado um controle de qualidade pelo pesquisador, por telefone, em uma amostra aleatória de 10% das pessoas participantes no estudo. O instrumento do controle era semelhante ao do estudo, porém mais breve incluindo apenas variáveis que não sofriam alteração em curto espaço de tempo.

5.9 PROCESSAMENTO DOS DADOS E PLANO DE ANÁLISE

A análise dos dados será conduzida utilizando-se do programa STATA 9.0. Para comparações das prevalências dos desfechos entre as categorias das exposições será utilizado o Teste do Chi-Quadrado. Para fornecer uma estimativa das razões de prevalências brutas e ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança será realizada regressão de Poisson com variância robusta.

A análise multivariável será realizada de acordo com um modelo teórico de análise (Figura 1). Três níveis serão incorporados no modelo. O primeiro nível (distal) inclui as variáveis socioeconômicas/demográficas, o segundo as variáveis psicossociais e de capital social e o terceiro, os aspectos comportamentais e de saúde. O modelo foi construído dessa maneira baseado na literatura, a qual apresenta as variáveis socioeconômicas/demográficas determinando as variáveis psicossociais que, por sua vez, determinam os aspectos comportamentais e de saúde levando então ao desfecho depressão. As variáveis serão ajustadas por todas as outras do mesmo nível (horizontal), mais as de níveis superiores (vertical) que apresentarem um nível de significância menor que 10% ($P < 0,1$). Um nível de significância menor que 5% ($P < 0,05$) será adotado para detecção de associações.

Figura 1 – Modelo teórico de análise

5.10 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa original respeitou os aspectos éticos que envolvem os estudos desta natureza respaldada na resolução 196/96 do Conselho Nacional de saúde, que institui as normas de pesquisa em saúde. O protocolo de estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Unisinos (Resolução 100/2008 de 18 de dezembro). Os idosos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

7 ORÇAMENTO

Especificação	Número	Valor
Digitador	01	R\$ 600,00
Passagem	15	R\$ 300,00
Entrevistadores	6	R\$ 3.600,00
Diária de Hotel	15	R\$ 600,00
Alimentação	24	R\$ 600,00
Computadores	01	R\$ 2.000,00
Xérox	16800	R\$ 1.680,00
Folhas A4	3	R\$ 50,00
Ligações telefônicas	-	R\$ 200,00
Pendrive	02	R\$ 150,00
Mesa para Computador	01	R\$ 200,00
Mesa	01	R\$ 300,00
Cadeiras Estofadas	02	R\$ 200,00
Gravador	02	R\$300,00
Canetas, crachás, material para anotações e identificação.	-	R\$ 30,00
Computador e programas	-	Disponíveis
TOTAL		R\$ 10.810,00

Este orçamento refere-se ao projeto inicial. Segue o orçamento para este projeto com os gastos inteiramente custeados pela pesquisadora.

Especificação	Número	Valor
Xerox	300	42,00
Cartucho para impressão	2	60,00
Folhas A4	1000	26,00
Encadernação	4	10,00
TOTAL		138,00

REFERÊNCIAS

- AHERN, M. M.; HENDRYX, M. S. Social capital and risk for chronic illnesses. **Chronic Illn**, v. 1, n. 3, p. 183-90, Sep 2005.
- ALEXOPOULOS, G. S. Depression in the elderly. **Lancet**, v. 365, n. 9475, p. 1961-70, Jun 4-10 2005.
- ALEXOPOULOS, G. S. et al. Assessment of late life depression. **Biol Psychiatry**, v. 52, n. 3, p. 164-74, Aug 1 2002.
- ALMEDOM, A. M. Social capital and mental health: an interdisciplinary review of primary evidence. **Soc Sci Med**, v. 61, n. 5, p. 943-64, Sep 2005.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. [Reliability of the Brazilian version of the abbreviated form of Geriatric Depression Scale (GDS) short form]. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 57, n. 2B, p. 421-6, Jun 1999.
- ALVES, L. C.; LEITE IDA, C.; MACHADO, C. J. [Health profile of the elderly in Brazil: analysis of the 2003 National Household Sample Survey using the Grade of Membership method]. **Cad Saude Publica**, v. 24, n. 3, p. 535-46, Mar 2008.
- BARBOUR, K. A.; BLUMENTHAL, J. A. Exercise training and depression in older adults. **Neurobiol Aging**, v. 26 Suppl 1, p. 119-23, Dec 2005.
- BARTELS, S. J. et al. Evidence-based practices in geriatric mental health care. **Psychiatr Serv**, v. 53, n. 11, p. 1419-31, Nov 2002.
- BASTONE ADE, C.; JACOB FILHO, W. Effect of an exercise program on functional performance of institutionalized elderly. **J Rehabil Res Dev**, v. 41, n. 5, p. 659-68, Sep 2004.
- BEEKMAN, A. T. et al. Emergence and persistence of late life depression: a 3-year follow-up of the Longitudinal Aging Study Amsterdam. **J Affect Disord**, v. 65, n. 2, p. 131-8, Jul 2001.
- BLAY, SERGIO. **Características clínicas, fatores de risco e curso da depressão em idosos**. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- BLAZER, D. G. Depression in late life: review and commentary. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 58, n. 3, p. 249-65, Mar 2003.
- BLAZER, D. G., 2ND; HYBELS, C. F. Origins of depression in later life. **Psychol Med**, v. 35, n. 9, p. 1241-52, Sep 2005.
- BOZO, O.; TOKSABAY, N. E.; KURUM, O. Activities of daily living, depression, and social support among elderly Turkish people. **J Psychol**, v. 143, n. 2, p. 193-205, Mar 2009.
- CARVALHO, JOSÉ ALBERTO MAGNO DE; WONG, LAURA L. RODRÍGUEZ. **A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 24: 8 p. 2008.

- CHIN, A. PAW M. J. et al. Effects of resistance and all-round, functional training on quality of life, vitality and depression of older adults living in long-term care facilities: a 'randomized' controlled trial [ISRCTN87177281]. **BMC Geriatr**, v. 4, p. 5, Jul 2 2004.
- CHOU, K.-L.; CHI, I. Reciprocal relationship between social support and depressive symptoms among Chinese elderly. **Aging & Mental Health**, v. 7(3), p. 224–231, 2003.
- COHEN, SHELDON; WILLS, THOMAS ASHBY. Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. **Psychological Bulletin**, v. 98 p. 310-357, 1985.
- CULLEN, MICHELLE; WHITEFORD, HARVEY. The Interrelations of Social Capital with Health and Mental Health. **Commonwealth of Australia**, p. 1-64, 2001.
- DA CANHOTA, C. M.; PITERMAN, L. Depressive disorders in elderly Chinese patients in Macau: a comparison of general practitioners' consultations with a depression screening scale. **Aust N Z J Psychiatry**, v. 35, n. 3, p. 336-44, Jun 2001.
- DSM. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais 4**. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- DUARTE, M. B.; REGO, M. A. [Depression and clinical illness: comorbidity in a geriatric outpatient clinic]. **Cad Saude Publica**, v. 23, n. 3, p. 691-700, Mar 2007.
- DUE, P. et al. Social relations: network, support and relational strain. **Soc Sci Med**, v. 48, n. 5, p. 661-73, Mar 1999.
- FILLENBAUM, G. G. et al. Prevalence and correlates of functional status in an older community--representative sample in Brazil. **J Aging Health**, v. 22, n. 3, p. 362-83, Apr 2010.
- FISKE, A.; WETHERELL, J. L.; GATZ, M. Depression in older adults. **Annu Rev Clin Psychol**, v. 5, p. 363-89, 2009.
- GALLEGOS-CARRILLO, K. et al. Social networks and health-related quality of life: a population based study among older adults. **Salud Publica Mex**, v. 51, n. 1, p. 6-13, Jan-Feb 2009.
- GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 24(Supl I), p. 3-6, 2002.
- GAZALLE, FERNANDO KRATZ; HALLAL, PEDRO CURI; LIMA, MAURÍCIO SILVA DE. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? **Rev Bras Psiquiatr**, v. 26(3), p. 145-9, 2004.
- GEERLINGS, S. W. et al. Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eight-wave prospective community-based study. **Psychol Med**, v. 30, n. 2, p. 369-80, Mar 2000.
- GRIEP, R. H. et al. [Construct validity of the Medical Outcomes Study's social support scale adapted to Portuguese in the Pro-Saude Study]. **Cad Saude Publica**, v. 21, n. 3, p. 703-14, May-Jun 2005.
- GUMARÃES, J. M. N. ; CALDAS, C. P. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 9(4), p. 481-92, 2006.
- HARRIS, T. et al. Onset and persistence of depression in older people--results from a 2-year community follow-up study. **Age Ageing**, v. 35, n. 1, p. 25-32, Jan 2006.

_____. Predictors of depressive symptoms in older people--a survey of two general practice populations. **Age Ageing**, v. 32, n. 5, p. 510-8, Sep 2003.

HAWES, P.; SHIELL, A. Social capital and health promotion: a review. **Soc Sci Med**, v. 51, n. 6, p. 871-85, Sep 2000.

HENDRYX, M. S. et al. Access to health care and community social capital. **Health Serv Res**, v. 37, n. 1, p. 87-103, Feb 2002.

HEUN, R.; HEIN, S. Risk factors of major depression in the elderly. **Eur Psychiatry**, v. 20, n. 3, p. 199-204, May 2005.

HYYPÄÄ, MARKKU T. **Healthy Ties**. New York: Springer, 2010.

IBGE. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009. Disponível em: <
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_din.pdf >.

_____. **Censo 2010**. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2010. Disponível em: <
<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> >.

KAWACHI, I.; BERKMAN, L. F. Social ties and mental health. **J Urban Health**, v. 78, n. 3, p. 458-67, Sep 2001.

KAWACHI, ICHIRO; SUBRAMANIAN, S. V.; KIM, DANIEL. **Social Capital and Health**. New York: Springer 2008.

KOIZUMI, Y. et al. Association between social support and depression status in the elderly: results of a 1-year community-based prospective cohort study in Japan. **Psychiatry Clin Neurosci**, v. 59, n. 5, p. 563-9, Oct 2005.

KRAUSE, NEAL. Anticipated support, received support, and economic stress among older adults. **Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES**, v. 52B, n. 6, p. 284-293 1997.

LAFER, B. et al. **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2000.

LEBRÃO, MARIA LÚCIA; DUARTE, YEDA A. DE OLIVEIRA. **SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. Disponível em: <
http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/l_saber.pdf >.

LINDAU, S. T. et al. Synthesis of scientific disciplines in pursuit of health: the Interactive Biopsychosocial Model. **Perspect Biol Med**, v. 46, n. 3 Suppl, p. S74-86, Summer 2003.

LIVINGSTON, G. et al. Who becomes depressed? The Islington community study of older people. **J Affect Disord**, v. 58, n. 2, p. 125-33, May 2000.

LOMAS, J. Social capital and health: implications for public health and epidemiology. **Soc Sci Med**, v. 47, n. 9, p. 1181-8, Nov 1998.

LUTZ, W.; SANDERSON, W.; SCHERBOV, S. The coming acceleration of global population ageing. **Nature**, v. 451, n. 7179, p. 716-9, Feb 2008.

MATHER, A. S. et al. Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder: randomised controlled trial. **Br J Psychiatry**, v. 180, p. 411-5, May 2002.

NASRI, FÁBIO. **O envelhecimento populacional no Brasil**. Einstein. Brasil. 6 (Supl 1): 3 p. 2008.

NITI, M. et al. Depression and chronic medical illnesses in Asian older adults: the role of subjective health and functional status. **Int J Geriatr Psychiatry**, v. 22, n. 11, p. 1087-94, Nov 2007.

NUNN, K. P. Personal hopefulness: a conceptual review of the relevance of the perceived future to psychiatry. **Br J Med Psychol**, v. 69 (Pt 3), p. 227-45, Sep 1996.

OLIVEIRA, DEISE A A P; GOMES, LUCY; OLIVEIRA, RODRIGO F. Prevalência de depressão em idosos que freqüentam centros de convivência. **Rev Saude Publica**, v. 40(4), p. 734-6, 2006.

PARADELA, E. M.; LOURENCO, R. A.; VERAS, R. P. [Validation of geriatric depression scale in a general outpatient clinic]. **Rev Saude Publica**, v. 39, n. 6, p. 918-23, Dec 2005.

PATTUSSI, M. P. et al. [Social capital and the research agenda in epidemiology]. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 8, p. 1525-46, Aug 2006.

POLLACK, C. E. & VON DEM KNESEBECK, O. Social capital and health among the aged: Comparisons between the United States and Germany. **Health Place**, v. 10 (4), p. 383-391, Dec. 2004.

PORTER, ALEJANDRO. Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology. **Annu. Rev. Sociol.**, v. 24, p. 1 - 24, 1998.

PUTNAM, RD; LEONARDI, R; NANETTI, RY. **Making democracy work: civic traditions in modern Italy**. Princeton: Princeton University Press, 1993.

REYNOLDS, C. F., 3RD; KUPFER, D. J. Depression and aging: a look to the future. **Psychiatr Serv**, v. 50, n. 9, p. 1167-72, Sep 1999.

ROBERTS, R. E. et al. Sleep complaints and depression in an aging cohort: A prospective perspective. **Am J Psychiatry**, v. 157, n. 1, p. 81-8, Jan 2000.

ROSA, T. E. et al. [Structural and functional aspects of social support for the elderly in the city of Sao Paulo, Brazil]. **Cad Saude Publica**, v. 23, n. 12, p. 2982-92, Dec 2007.

ROZENTHAL, MARCIA; LAKS, JERSON; ENGELHARDT, ELIASZ. Aspectos neuropsicológicos da depressão. **R. Psiquiatr. RS**, v. 26'(2), p. 204-212, mai./ago 2004.

SAMPSON, R. J.; RAUDENBUSH, S. W.; EARLS, F. Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. **Science**, v. 277, n. 5328, p. 918-24, Aug 15 1997.

SAPAG, J. C.; KAWACHI, I. [Social capital and health promotion in Latin America]. **Rev Saude Publica**, v. 41, n. 1, p. 139-49, Feb 2007.

SCALCO, M.Z. Tratamento de idosos com depressão utilizando tricíclicos, IMAO, ISRS e outros antidepressivos. **Rev. Bras. Psiquiatr**, v. 24(Supl 1), p. 55-63, 2002.

SCHOEVERS, R. A. et al. Risk factors for depression in later life; results of a prospective community based study (AMSTEL). **J Affect Disord**, v. 59, n. 2, p. 127-37, Aug 2000.

SERBY, M.; YU, M. Overview: depression in the elderly. **Mt Sinai J Med**, v. 70, n. 1, p. 38-44, Jan 2003.

SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L. The MOS social support survey. **Soc Sci Med**, v. 32, n. 6, p. 705-14, 1991.

STRAWBRIDGE, W. J. et al. Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. **Am J Epidemiol**, v. 156, n. 4, p. 328-34, Aug 15 2002.

TAKEDA, M.; TANAKA, T. Depression in the elderly. **Geriatr Gerontol Int**, v. 10, n. 4, p. 277-9, Oct 2010.

VANDERHORST, R. K.; MCLAREN, S. Social relationships as predictors of depression and suicidal ideation in older adults. **Aging Ment Health**, v. 9, n. 6, p. 517-25, Nov 2005.

VERAS, R. Population aging today: demands, challenges and innovations. **Rev Saude Publica**, v. 43, n. 3, p. 548-54, Jun 2009.

WHO. **Active ageing: a policy framework**. Genebra: World Health Organization, 2002.

_____. **The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever**. Genebra: World Health Organization, 2008.

_____. **Ageing and life course: Our ageing world**. Genebra: World Health Organization 2010a.

_____. **World Health Statistics 2010**. Genebra: World Health Organization 2010b.

WILLS, C.; TYEKU, V. Community participation is essential in clinical trials. **BMJ**, v. 321, n. 7264, p. 833, Sep 30 2000.

YESAVAGE, J. A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J Psychiatr Res**, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1982.

Relatório de Campo

Introdução

As informações aqui apresentadas referem-se ao Relatório de campo anteriormente elaborado pela Mestre Rosângela Galli, a qual desenvolveu o projeto inicial.

O projeto de dissertação inicialmente proposto pela autora intitulava-se “Caracterização da vacinação contra influenza em idosos residentes no município de Veranópolis, RS”. O objetivo inicial do projeto era conhecer a prevalência de idosos vacinados contra a influenza, bem como identificar os motivos da não adesão a vacinação, pois essas informações eram importantes para melhoria dos índices de cobertura vacinal. Porém, no ano de 2009 e após a coleta de dados ocorreu no Brasil e especialmente no RS, uma epidemia da gripe H1N1 cuja a letalidade era maior que a influenza. Assim sendo, em acordo com os orientadores decidiu-se pela mudança de objetivo inicial. Portanto, o objetivo passou a ser avaliar a associação entre indicadores de envelhecimento ativo e sintomas depressivos em idosos.

Esse projeto foi realizado com uma amostra representativa de idosos residentes no município de Veranópolis/RS. O cálculo do tamanho da amostra está contemplado no projeto e foi calculado para o desfecho vacinação utilizando-se da exposição que fornecia o maior tamanho (sexo). Incluindo 15% de perdas, o cálculo previu um total de 1136 idosos. Para o desfecho sintomas depressivos, este tamanho da amostra, possui 80% de poder para detectar uma diferença de 7 pontos percentuais entre expostos e não expostos, com um nível de significância de 5%.

A seleção da amostra foi realizada através de um processo casual sistemático. Para tanto foi utilizada uma lista de indivíduos elegíveis, pessoas com 60 ou mais anos de idade, obtida na Secretária Municipal de Saúde, contendo os nomes e telefones dos idosos. Os idosos desta relação única foram numerados sequencialmente, até ser obtido o número total de 2840 idosos. Dividindo-se esse valor pelo tamanho da amostra requerido de 1136 obteve-se o intervalo amostral de 2,5. Assim sendo, o primeiro idoso a ser examinado foi obtido através de um sorteio aleatório simples entre o total de indivíduos elegíveis. O segundo era o resultado correspondente ao número de ordem do primeiro idoso mais o intervalo amostral de três. O terceiro idoso correspondia ao número de ordem do segundo idoso mais o intervalo amostral de dois e assim por diante. Idosos com problemas cognitivos graves ou com qualquer incapacidade ou doença que impedisse de responder ao questionário foram excluídos da amostra.

Portanto, uma nova lista contendo apenas os indivíduos selecionados foi criada. De posse desta lista várias estratégias foram adotadas de modo a entrar em contato com os idosos selecionados. A principal forma de contato foi através do telefone. Porém, para localizar aqueles sem telefone ou com o número incorreto, esta lista foi entregue para líderes comunitários e presidentes de grupos/associações para que eles ajudassem na localização. A pesquisa foi brevemente explicada para os idosos contatados e os mesmos foram convidados a participar, sendo agendado um horário para entrevista nos domicílio dos idosos. Nas comunidades rurais, onde o convite por telefone nem sempre era possível, conversamos com um líder comunitário que fez a ligação do projeto com os idosos. A coleta dos dados foi realizada preferencialmente nos finais de semana pelo fato dos idosos serem encontrados em suas residências mais facilmente, considerando que muitos ainda continuavam trabalhando na lavoura, e porque carros da prefeitura eram disponibilizados à equipe de pesquisa apenas nos finais de semana.

O estudo piloto foi realizado no mês de janeiro de 2009, com vinte idosos da cidade que não fizeram parte da amostra. Tal estudo visou testar o instrumento, a logística do estudo e a previsão da duração de cada entrevista. Constatou-se que cada entrevista durava aproximadamente 45 minutos. Somado o tempo de deslocamento, a previsão era de que fosse possível realizar aproximadamente três (3) entrevistas por entrevistador por período (turno).

De modo a sensibilizar a população local quanto ao projeto de pesquisa, Rosângela Galli, concedeu duas entrevistas na rádio local em momentos diferentes. Uma no início, para esclarecer e divulgar o projeto para a comunidade e outra no final, com o objetivo de agradecer a participação dos idosos e para dar um retorno a comunidade sobre o andamento da pesquisa.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado, padronizado e pré-testado, contendo o desfecho, variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, de saúde e indicadores de envelhecimento ativo. O instrumento de pesquisa foi construído no ano de 2008.

Para a coleta de dados a equipe foi composta por nove (9) entrevistadoras e uma coordenadora, com as funções descritas a seguir.

- *Coordenador*: foi responsável pela coordenação geral do projeto, organização e planejamento da coleta de dados, revisão dos questionários e realização do controle de qualidade;

- *Entrevistadores*: responsáveis pelas entrevistas com os idosos participantes e codificação das respostas;
- *Digitador*: fez a dupla digitação dos dados.

As entrevistadoras foram selecionadas pela coordenadora devido a sua experiência em pesquisa científica e por terem participado de outros projetos realizados na cidade. Essa equipe foi treinada e os procedimentos padronizados, a partir da construção do manual do entrevistador. O treinamento aconteceu no dia sete de janeiro de 2009.

A coleta de dados principal foi realizada entre janeiro e maio de 2009. O quadro abaixo apresenta detalhadamente o número de entrevistadoras, de entrevistas realizadas e das perdas de acordo com dia e mês.

Dia mes	Jan			Fev			Mar			Abr			Mai		
	Entrevistas	Entrevistadores	Perdas												
1				2	1		2	1		1	1				
2									1	5	2		13	2	4
3				20	7	4				6	2	2	1	1	1
4				20	6	2			3	14	3	2	9	2	3
5				14	5		2	1		1	1		13	3	4
6				12	5	2				3	3		8	3	1
7				2	2				1	12	2	2			
8									2	10	3		2	2	
9				10	4	3				6	2				
10				20	6	2	1	1							
11															
12	9	5		12	6	4							13	3	4

13	36	6	4	15	7					1	1		7	2	
14				15	5	2	26	5	2	9	4	2	2	2	1
15	20	7		2	2					10	3	2	7	3	
16	16	9	2	12	5		11	3	4	13	3	1	15	3	4
17	15	6	2	14	5	4	7	5		11	2	3			
18	4	2		17	5	4	11	3	1	7	3	1	14	3	5
19	4	2					9	2					13	4	3
20				12	5	1	7	2		10	3	3	10	3	2
21	5	1	2				29	6	3	11	2	1	16	2	2
22	2	1					11	3		10	3	1	21	4	
23	1	1		1	1		2	1		6	3	2	30	4	2
24	4	1	2	5	1	2	14	3		5	2		19	2	
25				1	1		4	3		5	2		8	4	1
26	8	3	4				11	2	1	4	1		18	5	
27	5	2								8	3	1	6	3	
28										16	3	1	31	3	
29										11	3		14	3	
30										9	1		2	2	
31							7	2							

Um controle de qualidade foi realizado pela coordenadora, por telefone, em uma amostra aleatória de 10% das pessoas participantes no estudo. O instrumento do controle era semelhante ao do estudo principal, porém mais breve incluindo apenas variáveis que não sofriam alteração em curto espaço de tempo. A fim de evitar erros de digitação e inconsistência de dados, foi realizada dupla entrada de dados e comparação dos bancos utilizando programa EpiInfo 6.0. Tanto o controle de qualidade como as entradas de dados ocorreram concomitantemente à coleta de dados principal. A limpeza dos dados, através da comparação dos bancos, ocorreu no mês agosto de 2009.

Para elaboração desta dissertação, o banco foi novamente revisado e limpo. Após esta nova limpeza, a análise dos dados foi conduzida no programa STATA 11.0. Assim, dos 1136 idosos inicialmente previstos, 1007 (89%) participaram da pesquisa. O principal motivo para as perdas foi devido a não localização dos indivíduos pela lista fornecida pela prefeitura (9,5%), recusas (1%) e óbitos (0,5%). Cinco pessoas possuíam dados incompletos sobre sintomas depressivos. Portanto, a análise dos dados foi conduzida com 1007 idosos.

A análise dos dados foi realizada utilizando-se o Teste do Chi-quadrado para verificar a distribuição da amostra de acordo com as variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e psicossociais relacionada a sintomas depressivos em idosos. Utilizou-se ainda, Regressão de Poisson para obter as razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas.

Para a análise ajustada foram testados todos os possíveis fatores de confusão. Para ser considerado fator de confusão a variável deveria estar associada tanto com o desfecho quanto com a exposição e não fazer parte da cadeia causal, considerando um nível de significância $p < 0,1$. Assim, o Quadro 1 apresenta todos os possíveis fatores de confusão utilizados na análise ajustada os quais diferem de acordo com as exposições.

Coesão social	Controle social	Eficácia coletiva	Participação em grupos
Estado civil	Faixa etária	Cor da pele	Faixa etária
Escolaridade	Estado civil	Estado civil	Cor da pele
Atividade física	Atividade física	Escolaridade	Estado civil
Capacidade funcional	Consultas médicas	Atividade física	Renda
		Morbidade	Atividade física
		Autopercepção de saúde	Consumo de verduras/legumes
			Consumo de álcool
			Morbidade
			Autopercepção de saúde
			Capacidade funcional

Quadro 1 - Fatores associados ao capital social (coesão social, controle social e eficácia coletiva) e participação em grupos ($P < 0,1$).

Desta maneira, foi possível se obter o efeito de todas as variáveis a partir do controle dos possíveis fatores de confusão.

Artigo Científico

Capital social e sintomas depressivos em idosos do Sul do Brasil

Louise Bertoldo Quatrin

Rosângela Galli

Emilio Hideyuki Moriguchi

Marcos Pascoal Pattussi

RESUMO

Estudos têm sugerido que a participação em grupos, a solidariedade e a vontade de intervir para o bem comum possam ter um efeito benéfico sobre a saúde mental de indivíduos e grupos. O objetivo desta pesquisa foi investigar a associação entre sintomas depressivos e capital social em idosos de um município do sul do Brasil. Utilizou-se delineamento transversal de base populacional. Entrevistas estruturadas foram realizadas nos domicílios de 1.007 idosos. A presença de sintomas depressivos foi mensurada pela Escala de Depressão Geriátrica com ponto de corte de 11 ou mais pontos. Capital social foi avaliado através da escala de eficácia coletiva (coesão social e controle social informal) e pela participação dos idosos em grupos. A análise dos dados foi realizada utilizando-se Regressão de Poisson para obter as razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas. A amostra se constituiu, em sua maioria, por idosos do sexo feminino (63%), brancos (96%) e casados (64%). As médias de idade, renda e escolaridade eram respectivamente: 73 anos (DP=4), R\$ 1.836,00 (DP= 2.170,00) e 5 anos de estudo (DP=4). Após o controle para variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e relacionadas à saúde, participantes que relataram baixa eficácia coletiva em seu local de moradia apresentavam uma prevalência de sintomas depressivos duas vezes maior em relação aos que relatavam alta eficácia coletiva (RP=1,40; IC_{95%}1,03 – 1,91; p<0,001). Do mesmo modo, idosos que não participavam de grupos apresentavam prevalência do desfecho cerca de 64% maior do que aqueles participando de três ou mais grupos (RP=1,64; IC_{95%}1,25 - 2,14; p=0,001). O estudo sugere que a criação e participação em redes sociais e grupos comunitários pode ser uma estratégia importante para a promoção da saúde mental de idosos.

Palavras-chave: envelhecimento; depressão, participação comunitária; participação social.

ABSTRACT

The potential influence of social capital in the presence of depressive symptoms in the elderly in Southern Brazil

Recent studies have indicate that participation in groups, solidarity and willingness to intervene for common good may have a positive effect on mental health of individuals and groups. The aim was to investigate the association between depressive symptoms and social capital in the South of Brazil. It is a cross-sectional population-based study with 1.007 elderly people. Structured interviews were conducted at the household of the elders, people aged 60 or more years. Depressive symptoms were assessed by geriatric depression scale using the cutoff of 11 points or higher. Social capital was measured by the collective efficacy scale and by a single item about participation in groups. Data analysis used Poisson Regression Method to obtain crude and adjusted prevalence ratios (PR). The sample consisted mostly of elder women (63%), caucasian (96%) and married (64%). Average income, age and years of schooling were 73 years old (DP=4), BR\$ 1,836 (DP= 2,170) and 5 years (DP=4)

respectively. After controlling of demographic, socioeconomic, behavioural and health related variables, participants who reported low collective efficacy in their place of residence had a prevalence of depressive symptoms twice as big than those reporting high efficacy (RP=1.40; IC_{95%}1.03 – 1.91; p<0.001). Similarly, elders who didn't participate on any group reported outcome prevalence about 64% higher than the ones who participated on one or more groups (RP=1.64; IC_{95%}1.27 – 2.12; p<0.001). The association reported here suggests that the creation and participation in networks and groups may be an important strategy to promote the mental health of aged adults.

Keywords: aging; depression; social medicine; social participation.

Introdução

A população idosa é a que mais cresce em todo o mundo. Estima-se que, em 2050 haverá dois bilhões de pessoas com idade acima dos 60 anos no mundo ¹. A cada ano, cerca de 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a qual passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 20 milhões em 2008 ².

Esta rápida e profunda transformação na estrutura etária da população brasileira, por sua vez, é acompanhada pelo aumento progressivo na expectativa de vida ³. A maior longevidade implica em aumento da morbidade por doenças crônicas não transmissíveis, as quais, em sua maioria, levam a incapacidade no idoso demandando maiores gastos em saúde ⁴⁻⁵.

Nesse contexto, a depressão e os transtornos depressivos podem ser considerados hoje como um problema de saúde pública, tendo em vista sua prevalência crescente, especialmente nesta população, repercutindo na redução da qualidade de vida dos idosos ⁵. Além do sofrimento emocional, a depressão neste grupo etário pode contribuir negativamente para muitos agravos de saúde, dificultando um tratamento adequado e promovendo um aumento na mortalidade ⁶⁻⁷.

Estudos apontam que a etiologia da depressão na população idosa parece estar na combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais ⁷⁻⁹. A solidão, o isolamento social, o analfabetismo e a exposição a situações de conflito, predispõem os idosos à deficiência e a morte precoce. Aspectos psicossociais desfavoráveis têm sido associados com um aumento da mortalidade, morbidade e aflição psicológica ¹. Nesse sentido, investigações sobre capital social sugerem possíveis benefícios para a saúde de indivíduos. A partir dos princípios da confiança e solidariedade entre os vizinhos, a constituição de redes sociais e a participação em organizações comunitárias pode favorecer a saúde mental de adultos e idosos ^{1,10-11}.

O presente estudo tem por objetivo investigar a associação entre capital social, entendido a partir do conceito de eficácia coletiva, que se refere a coesão social entre

vizinhos e a sua vontade de intervir para o bem comum da vizinhança ¹², com sintomas depressivos em idosos de um município de pequeno porte do sul do Brasil. A hipótese era de que idosos relatando menores níveis de eficácia coletiva possuíam maiores prevalências de sintomas depressivos.

Método

O estudo possui delineamento transversal de base populacional com idosos, pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, residentes na zona urbana e rural do município de Veranópolis, Rio Grande do Sul. De acordo com dados do último censo brasileiro, número de idosos é 3.493, cerca de 15,3% da população ¹³. O município de Veranópolis vem sendo alvo de diversas pesquisas que avaliam o envelhecimento bem sucedido dos idosos do município. Apresenta uma expectativa de vida similar à verificada em países desenvolvidos, uma homogeneidade étnica (95% da população descendem de imigrantes italianos) e um perfil sócio-econômico-cultural com poucas disparidades, características estas que favorecem as investigações nesta área ¹⁴. O Índice de Desenvolvimento Humano do município em 2000 era 0,85.

Os dados foram coletados no período de janeiro a maio de 2009, por meio de entrevistas estruturadas, utilizando-se um questionário padronizado e pré-testado, composto por variáveis demográficas, socioeconômicas, psicossociais, comportamentais e relacionadas as condições de saúde e presença de morbidades. Um estudo-piloto com 20 idosos da cidade que não faziam parte da amostra serviu como base para avaliar a qualidade dos instrumentos, além de apreciar os métodos e a logística da pesquisa.

O tamanho da amostra foi calculado originalmente para o desfecho cobertura de vacinação contra a gripe adotando os seguintes parâmetros: prevalência de 67,1% entre expostos (homens), razão de expostos/não expostos 1/1 e 80% de poder para detectar uma Odds Ratio de 1,5, totalizando uma amostra necessária de 988 indivíduos. Adicionando 15% para perdas foram convidados a participar 1.136 idosos. Para o desfecho sintomas depressivos, foco do presente estudo, este tamanho de amostra possui 80% de poder para detectar uma diferença de 7% pontos percentuais entre expostos e não expostos com nível de significância de 5% e de 95% confiança.

A seleção da amostra foi realizada através de um processo casual sistemático. Para tanto foi utilizada uma lista de indivíduos elegíveis, obtida na Secretária Municipal de Saúde, contendo os nomes e telefones dos idosos. Os idosos desta relação única foram numerados sequencialmente, até ser obtido o número total de 2.840. Dividindo-se esse valor pelo tamanho da amostra requerido de 1.136 obteve-se o intervalo amostral de 2,5. Assim sendo, o primeiro idoso a ser examinado foi obtido através de um sorteio aleatório simples entre o

total de indivíduos elegíveis. O segundo era o resultado correspondente ao número de ordem do primeiro idoso mais o intervalo amostral de três. O terceiro idoso correspondia ao número de ordem do segundo idoso mais o intervalo amostral de dois e assim por diante. Idosos com problemas cognitivos graves ou com qualquer incapacidade ou doença que impedisse de responder ao questionário foram excluídos da amostra.

O desfecho estudado foi avaliado através da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). A EDG é um dos instrumentos mais utilizados para o rastreamento de sintomas depressivos em idosos. Descrita em língua inglesa por Yesavage et al. ¹⁵, a escala original contém 30 itens e foi desenvolvida especialmente para o rastreamento dos transtornos de humor em idosos, com perguntas que evitam a esfera das queixas somáticas. Cada resposta compatível com sintomas de depressão equivale a um ponto e são considerados idosos com sintomas depressivos aqueles com escores superiores a 10 pontos (≥ 11 pontos). A versão reduzida da escala contendo 15 itens foi validada no Brasil ¹⁶⁻¹⁷.

A exposição de interesse, capital social, foi avaliada através da escala de eficácia coletiva de Sampson, et al ¹² e por um item a respeito da participação dos idosos em grupos da comunidade. A escala compreende 10 itens com afirmações as quais avaliam os constructos controle social informal e coesão social. O controle social informal refere-se à capacidade de um grupo em regular os seus membros de acordo com os seus próprios princípios ¹². Os cinco itens que compõem este constructo tratam da percepção dos entrevistados sobre a ajuda recebida de vizinhos em caso de acontecerem problemas na vizinhança, como, adolescentes matando aula e perambulando pela rua; pichando paredes, muros ou prédios públicos; mostrando desrespeito a um adulto; de vizinhos ajudando em situações críticas como uma briga; e; fechamento da unidade de saúde mais próxima. O outro aspecto mensurado pela escala é a coesão social, ou seja, a confiança e solidariedade entre os vizinhos. Para tanto, utilizou-se de perguntas como: se os vizinhos se ajudavam; se a vizinhança era unida e amigável; se as pessoas eram confiáveis; se davam umas com as outras; e se possuíam os mesmos valores. As categorias de resposta aos itens foram medidas através de uma escala do tipo Likert de 5 pontos, avaliando o nível de concordância às afirmações acima descritas. A variável eficácia coletiva corresponde ao somatório dos 10 itens. Similarmente, os itens referentes a cada subescala foram somados de modo a construir as variáveis controle social informal e coesão social. Maiores escores representavam maiores níveis dos constructos. Tais variáveis foram categorizadas em: alta (25% escores mais elevados), moderada (50% escores intermediários) e baixa (25% escores menores).

Por fim, a participação em grupos da comunidade avaliou a participação dos idosos em grupos da terceira idade, religiosos, associação comunitária, partido político, grupo cultural, reunião com amigos e grupos de esportes.

As variáveis demográficas incluíram sexo, faixa etária (60 a 69, 70 a 79 e 80 ou mais anos de idade), cor da pele (branca e não branca) e estado civil (casado, viúvo e separado/solteiro). As variáveis socioeconômicas foram renda familiar em reais e escolaridade anos de estudo, ambas categorizadas a partir de seus quartis. As variáveis comportamentais foram hábito de fumar (não fumante, ex-fumante e fumante atual), atividade física (prática, não prática); consumo de verduras e legumes (5 ou mais porções ao dia); consumo de álcool, coletado pelo número de vezes que a pessoa costuma ingerir bebida alcoólica (todos os dias, 5-6 dias/sem, 3-4 dias/sem, 1-2 dias/sem, quase nunca, não consome). Condições de saúde e presença de morbidades compreenderam a autopercepção da saúde (excelente/muito-bona/boa e regular/péssima); a presença de morbidade (sem doença, uma, duas e três ou mais morbidades); e frequência de consulta com o médico (não consulta, consulta uma vez, consulta duas vezes ou mais).

O controle de qualidade da coleta de dados foi feito por telefone, com uma amostra aleatória de 10% das pessoas participantes do estudo. O instrumento do controle era semelhante ao do estudo, incluindo variáveis que não sofriam alteração em curto espaço de tempo.

A entrada de dados foi realizada no programa Epi Info 6, versão 6.0 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos), em dupla entrada e posterior comparação para se eliminar a probabilidade de erros de digitação. A análise dos dados foi conduzida no programa Stata 11.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). Para fornecer uma estimativa das razões de prevalências (RP) brutas e ajustadas, além de seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%), utilizou-se a regressão de Poisson com variância robusta. Apenas os possíveis fatores de confusão entraram na análise multivariável. Para ser considerada como fator de confusão, a variável deveria estar associada tanto com a exposição quanto com o desfecho, considerando um nível de significância menor que 10% ($p < 0,10$).

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Resolução 100/2008 de 18 de dezembro). Foi requerido o consentimento livre e esclarecido dos participantes, aos quais foi garantido o total sigilo dos dados.

Resultados

Dos 1.136 idosos inicialmente previstos, 1.012 (89%) participaram da pesquisa. O principal motivo para as perdas foi devido a não localização dos indivíduos pela lista fornecida pela prefeitura (9,5%), recusas (1%) e óbitos (0,5%). Cinco pessoas possuíam dados incompletos sobre sintomas depressivos. Portanto, a análise dos dados foi conduzida com 1.007 idosos.

A amostra se constituiu, em sua maioria, por idosos do sexo feminino (63%), brancos (96%) e casados (64%). As médias de idade, renda e escolaridade eram respectivamente: 73 anos (DP=4), R\$ 1.836,00 (DP= 2.170,00) e 5 anos de estudo (DP=4) (Tabela 1).

A prevalência de sintomas depressivos foi igual a 27,3% (IC_{95%} 24,6 - 30,1). Maiores prevalências ($p < 0,05$) foram encontradas em mulheres, participantes com idades mais avançadas, viúvos, com menores renda e escolaridade, que não praticavam atividade física, com baixo consumo de verduras/legumes, autopercepção de saúde desfavorável e naqueles com algum tipo de dependência funcional. Entre as exposições principais (eficácia coletiva, controle social informal e coesão social), a prevalência de sintomas depressivos apresentou um gradiente, ou seja, quanto mais desfavorável era a exposição, maior a prevalência do desfecho (Tabela 1 e 2).

A análise bruta demonstrou que, de uma maneira geral, as exposições estavam fortemente associadas com o desfecho. As razões de prevalência para sintomas depressivos eram cerca de duas vezes maior nos idosos relatando baixas coesão social, controle social informal e eficácia coletiva, e não participação em grupos; quando comparados àqueles informando aspectos mais favoráveis das exposições. Por exemplo, participantes que relataram eficácia coletiva baixa em seu local de moradia apresentavam uma prevalência de sintomas depressivos duas vezes maior em relação aos que relatavam alta eficácia coletiva (RP=2,02; IC_{95%} 1,47 - 2,79; $p < 0,001$). Do mesmo modo, a prevalência de sintomas depressivos também foi cerca de duas vezes maior nos idosos que não participavam de grupos na comunidade quando comparados aos que participavam de um ou mais grupos (RP=2,17; IC_{95%} 1,66 - 2,82; $p < 0,001$) (Tabela 2).

Na análise ajustada, o efeito de todas as exposições se manteve independente de aspectos demográficos, socioeconômicos, comportamentais e relacionados à saúde. Com relação à coesão social, após o ajuste para estado civil, escolaridade, atividade física e capacidade funcional, idosos relatando baixa coesão social em seu local de moradia apresentavam uma prevalência de sintomas depressivos cerca de 52% maior do que aqueles relatando alta (RP=1,52; IC_{95%} 1,12 - 2,06; $p = 0,006$). No que se refere ao controle social informal, após o ajuste para faixa etária, estado civil, atividade física e consultas médicas a prevalência do desfecho era 54% maior em locais com baixo, quando comparados aos com alto controle social (RP=1,54; IC_{95%} 1,09 - 2,17; $p = 0,001$). Já com relação a eficácia coletiva, após o ajuste para cor da pele, escolaridade, estado civil,

atividade física, morbidade e autopercepção de saúde, a prevalência de sintomas depressivos foi 40% maior nos idosos que relataram baixa eficácia coletiva em seu local de moradia em comparação àqueles que relatavam alta (RP=1,40; IC_{95%}1,03 – 1,91; p=0,009) (Tabela 2).

Com relação a participação dos idosos em grupos da comunidade, após o ajuste para faixa etária, cor da pele, estado civil, renda, atividade física, consumo de verduras e legumes, consumo de álcool, morbidades, autopercepção de saúde e capacidade funcional; a prevalência do desfecho era cerca de 64% maior nos idosos que não participavam de grupos quando comparados aos que participavam de um ou mais grupos (RP=1,64; IC_{95%}1,27 - 2,12; p=0,001) (Tabela 2).

Discussão

Este estudo buscou investigar a associação entre capital social e sintomas depressivos em idosos de um município de pequeno porte do sul do Brasil. Como esperado, idosos relatando menores níveis de eficácia coletiva em seu local de moradia e aqueles que não participavam de grupos apresentaram maiores prevalências de sintomas depressivos. Estas associações se mostraram independentes de aspectos demográficos, socioeconômicos, comportamentais e relacionados às condições de saúde.

Resultados similares foram relatados em um estudo realizado no Japão com 5.956 indivíduos. Após o ajuste para variáveis sociodemográficas, níveis elevados de capital social cognitivo, medido pela confiança e altos níveis de capital social estrutural, medidos pela participação em atividades esportivas, de recreação, passatempo ou grupos culturais foram associadas com melhor saúde psicológica, ¹⁸. Em outro estudo com idosos ingleses, também mostrou que participantes relatando um forte senso de coesão no seu bairro e menos problemas com a vizinhança apresentavam níveis mais elevados de saúde mental positiva, independentemente do sua situação sócio-econômica, da renda, do estado de saúde e do apoio social percebido ¹⁹. Ainda em concordância com os resultados encontrados nesta pesquisa, em outro estudo realizado com idosos suecos demonstrou que capital social estrutural medido por um único item relacionado à confiança, estava associado com a presença de sintomas depressivos, avaliado pelo GDS-15 ²⁰. Os estudos apresentados corroboram com os resultados desta pesquisa evidenciando a forte associação entre o capital social e a saúde mental de idosos. Contudo, a ausência de associação entre capital social e sintomas depressivos também tem sido relatada ²¹⁻²².

Com relação a participação em grupos, uma revisão sistemática seguida de meta-análise, constatou que as atividades sociais (especialmente as que proporcionam aos

participantes um papel ativo) contribuíram significativamente para a redução de sintomas depressivos e melhora da saúde mental e da qualidade de vida de idosos ²³. O estudo conduzido com 166 idosos de Washington, DC, constatou que em comparação ao grupo de idosos que não participava de atividades sociais, o grupo que participava relatou melhor saúde física geral, menos visitas ao médico, menor uso de medicação, menos casos de quedas e outros problemas de saúde ²⁴.

Vários mecanismos de ação têm sido propostos para explicar a relação entre capital social e saúde mental. Tem sido argumentado que a ruptura dos laços sociais poderia afetar os sistemas de defesa do organismo tornando-o mais suscetível a doenças ^{19,25-29}. Assim, a sociabilidade poderia atuar como fator de proteção para doenças crônicas ³⁰⁻³¹. O capital social também poderia influenciar comportamentos de saúde, por meio da ampliação do acesso e maior retenção de informações preventivo promocionais relacionadas à saúde ³². Por exemplo, no estudo realizado com os dados do Programa de Saúde do Coração de Minnesota em 1980-1983, constatou que um maior nível de engajamento comunitário através de ligações com grupos da comunidade foi associado a melhor recordação de mensagens de saúde. Laços com grupos comunitários contribuíram de forma independente para melhor recordação da mensagem mesmo após controle para sexo, educação e outras variáveis ³³. Além disso, maiores taxas de tabagismo e menores de atividade física têm sido relatadas em bairros socialmente desestruturados, ou seja, com menores níveis de capital social ³⁴. Tem sido ainda proposto que comunidades com altos níveis de capital social teriam um maior acesso aos serviços de saúde ³⁵.

Outra explicação sugere um mecanismo psicológico, ou seja, uma rede social poderia influenciar a auto-estima, oferecendo apoio em situações de alto estresse, melhorando o bem-estar individual ³⁶. A participação em grupos também promoveria distração, divertimento e, sobretudo, a sensação de pertencimento ao grupo ³⁷⁻³⁸. Neste sentido, uma pesquisa quali/quantitativa sobre representações sociais da depressão demonstrou que o elemento tristeza permeia o discurso dos idosos indicando, entre outros elementos, o isolamento social como uma das possíveis causas para a depressão. E ainda, para os idosos estudados, a modalidade de tratamento mais expressiva foi ancorada na perspectiva psicossocial, como as atividades sociorrecreativas (ouvir música alegre, dançar, participar de jogos, conversar com os colegas, sair e passear se distrair, fazer atividades) ³⁹.

Desta maneira, o ambiente social, ou seja, os recursos disponíveis, o vínculo entre os vizinhos, as redes existentes, são de grande importância para uma comunidade e especialmente para os idosos que nela vivem ⁴⁰. Em geral, bairros com baixa eficácia coletiva apresentam maiores níveis de violência e criminalidade ^{12,41-42}. O medo de andar a

noite pelo bairro foi relatado por idosos onde a eficácia coletiva do bairro era baixa ⁴¹. A insegurança no bairro, o medo de sair de casa, é relevante pois pode influenciar no convívio social dos idosos, impedindo ou dificultando o convívio com vizinhos e em sociedade, o acesso a serviços e informações relacionadas à saúde. Idosos de uma pequena comunidade americana que relatavam níveis mais elevados de satisfação com o bairro referiram menores níveis de estresse e de sintomas depressivos ⁴². Esse seria portanto, um benefício indireto proporcionado pela eficácia coletiva do bairro.

Contudo, os resultados da associação aqui relatada devem ser discutidos considerando-se algumas limitações metodológicas. Estudos com delineamento transversal são limitados à identificação de associações, não sendo possível estabelecer relações causais. Assim, a causalidade reversa pode existir, pois tanto exposição quanto desfecho são medidos no mesmo ponto no tempo, não sendo possível precisar se a exposição precedeu ou resultou da doença. A ausência de laços sociais tanto pode ser anterior quanto concomitante ao sofrimento psíquico. Como exemplo, certos traços de personalidade, como introversão, estão associados tanto com a falta de participação na rede social, quanto na ocorrência de sintomas depressivos ³². Entretanto, no presente estudo parece improvável que as altas taxas de sintomas depressivos dos indivíduos pudessem reduzir o capital social dos mesmos ou da área. Outra limitação do estudo é com relação aos possíveis erros de aferição da exposição e do desfecho. Novos estudos devem ser conduzidos utilizando-se de marcadores biológicos para a depressão. Com relação a exposição, apesar da mesma ainda não ter sido validada para o português, ainda há não consenso na melhor forma de medir o capital social. Por outro lado, trata-se de um estudo com uma amostra representativa dos idosos, alta validade externa dos dados, o que permite auxiliar no planejamento e definição de políticas públicas locais.

A presença de sintomas depressivos no idoso gera uma série de repercussões negativas que vão desde o aumento de gastos com medicamentos, a internações hospitalares advindas das morbidades decorrentes da presença desses sintomas ⁵⁻⁶. O estudo sugere que a criação e participação em redes sociais e grupos comunitários pode ser uma estratégia importante para a promoção da saúde mental de idosos. Aliado a investimentos em políticas sociais, em ambientes comunitários seguros, em infraestrutura adequada que beneficiem a saúde física e mental dos idosos.

Referências

1. WHO. *Active ageing: a policy framework*, (World Health Organization, Genebra, 2002).
2. Veras, R. Population aging today: demands, challenges and innovations. *Rev Saude Publica* **43**, 548-554 (2009).
3. WHO. *World Health Statistics 2010*. (World Health Organization, Genebra, 2010).

4. Alves, L.C., Leite Ida, C. & Machado, C.J. [Health profile of the elderly in Brazil: analysis of the 2003 National Household Sample Survey using the Grade of Membership method]. *Cad Saude Publica* **24**, 535-546 (2008).
5. Duarte, M.B. & Rego, M.A. [Depression and clinical illness: comorbidity in a geriatric outpatient clinic]. *Cad Saude Publica* **23**, 691-700 (2007).
6. Alexopoulos, G.S. Depression in the elderly. *Lancet* **365**, 1961-1970 (2005).
7. Blazer, D.G. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* **58**, 249-265 (2003).
8. Blazer, D.G., 2nd & Hybels, C.F. Origins of depression in later life. *Psychol Med* **35**, 1241-1252 (2005).
9. Lindau, S.T., Laumann, E.O., Levinson, W. & Waite, L.J. Synthesis of scientific disciplines in pursuit of health: the Interactive Biopsychosocial Model. *Perspect Biol Med* **46**, S74-86 (2003).
10. Almedom, A.M. Social capital and mental health: an interdisciplinary review of primary evidence. *Soc Sci Med* **61**, 943-964 (2005).
11. Cagney, K.A. & Wen, M. Social Capital and Aging-Related Outcomes. in *Social Capital and Health* 294 (Springer, New York, 2008).
12. Sampson, R.J., Raudenbush, S.W. & Earls, F. Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science* **277**, 918-924 (1997).
13. IBGE. *Censo 2010*, (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Brasília, 2010).
14. Marafon, L.P., da Cruz, I.B., Schwanke, C.H. & Moriguchi, E.H. [Cardiovascular mortality predictors in the oldest old]. *Cad Saude Publica* **19**, 799-807 (2003).
15. Yesavage, J.A., *et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* **17**, 37-49 (1982).
16. Almeida, O.P. & Almeida, S.A. [Reliability of the Brazilian version of the ++abbreviated form of Geriatric Depression Scale (GDS) short form]. *Arq Neuropsiquiatr* **57**, 421-426 (1999).
17. Paradela, E.M., Lourenco, R.A. & Veras, R.P. [Validation of geriatric depression scale in a general outpatient clinic]. *Rev Saude Publica* **39**, 918-923 (2005).
18. Hamano, T., *et al.* Social capital and mental health in Japan: a multilevel analysis. *PLoS One* **5**, e13214 (2010).
19. Gale, C.R., Dennison, E.M., Cooper, C. & Sayer, A.A. Neighbourhood environment and positive mental health in older people: the Hertfordshire Cohort Study. *Health Place* **17**, 867-874 (2011).
20. Nyqvist, F. *Social Capital and Health Variations, Associations and Challenges*, (Painosalama Oy Åbo, 2009).
21. Mair, C., *et al.* Cross-sectional and longitudinal associations of neighborhood cohesion and stressors with depressive symptoms in the multiethnic study of atherosclerosis. *Ann Epidemiol* **19**, 49-57 (2009).
22. Mulvaney-Day, N.E., Alegría, M. & Sribney, W. Social cohesion, social support, and health among Latinos in the United States. *Social Science & Medicine* **64** 477 – 495 (2007).
23. Forsman, A.K., Nordmyr, J. & Wahlbeck, K. Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promot Int* **26 Suppl 1**, i85-107 (2011).
24. Cohen, G.D., *et al.* The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health, and social functioning of older adults. *Gerontologist* **46**, 726-734 (2006).
25. Harpham, T., Grant, E. & Rodriguez, C. Mental health and social capital in Cali, Colombia. *Soc Sci Med* **58**, 2267-2277 (2004).
26. Pollack, C.E. & Von dem Knesebeck, O. Social capital and health among the aged: Comparisons between the United States and Germany. *Health Place* **10** (4), 383-391 (2004).
27. Ziersch, A.M. Health implications of access to social capital: findings from an Australian study. *Soc Sci Med* **61**, 2119-2131 (2005).

28. Ziersch, A.M., Baum, F.E., Macdougall, C. & Putland, C. Neighbourhood life and social capital: the implications for health. *Soc Sci Med* **60**, 71-86 (2005).
29. Griep, R.H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G.L. & Lopes, C.S. [Construct validity of the Medical Outcomes Study's social support scale adapted to Portuguese in the Pro-Saude Study]. *Cad Saude Publica* **21**, 703-714 (2005).
30. Ahern, M.M. & Hendryx, M.S. Social capital and risk for chronic illnesses. *Chronic Illn* **1**, 183-190 (2005).
31. Sapag, J.C. & Kawachi, I. [Social capital and health promotion in Latin America]. *Rev Saude Publica* **41**, 139-149 (2007).
32. Kawachi, I. & Berkman, L.F. Social ties and mental health. *J Urban Health* **78**, 458-467 (2001).
33. Viswanath, K., Randolph Steele, W. & Finnegan, J.R., Jr. Social capital and health: civic engagement, community size, and recall of health messages. *Am J Public Health* **96**, 1456-1461 (2006).
34. Echeverria, S., Diez-Roux, A.V., Shea, S., Borrell, L.N. & Jackson, S. Associations of neighborhood problems and neighborhood social cohesion with mental health and health behaviors: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Health Place* **14**, 853-865 (2008).
35. Harpham, T., Grant, E. & Thomas, E. Measuring social capital within health surveys: key issues. *Health Policy Plan* **17**, 106-111 (2002).
36. Cullen, M. & Whiteford, H. The Interrelations of Social Capital with Health and Mental Health. *Commonwealth of Australia*, 1-64 (2001).
37. Guimarães, J.M.N. & Caldas, C.P. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. *Rev. Bras. Epidemiol* **9(4)**, 481-492 (2006).
38. Barbour, K.A. & Blumenthal, J.A. Exercise training and depression in older adults. *Neurobiol Aging* **26 Suppl 1**, 119-123 (2005).
39. Coutinho, M.d.P.d.L., Gontières, B., Araújo, L.F.d. & Sá, R.C.d.N. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. *Psico-USF* v. **8**, n. **2**, 183-192, Jul./Dez. (2003).
40. Ross, C.E. & Jang, S.J. Neighborhood disorder, fear, and mistrust: the buffering role of social ties with neighbors. *Am J Community Psychol* **28**, 401-420 (2000).
41. Pérez, J.I.R. Eficacia colectiva, cultura ciudadana y victimización: un análisis exploratorio sobre sus relaciones con diversas medidas del miedo al crimen. *ACTA COLOMBIANA DE PSICOLOGÍA* **13 (1)**, 103-114 (2010).
42. Kruger, D.J., Reischl, T.M. & Gee, G.C. Neighborhood Social Conditions Mediate the Association Between Physical Deterioration and Mental Health. *Am J Community Psychol* **40**, 261-271 (2007).

Tabela 1 - Distribuição da amostra de acordo com as variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e psicossociais relacionada à sintomas depressivos em idosos de Veranópolis/RS, Brasil, 2012 (N=1007).

Variáveis	N (%)	Prevalência de sintomas depressivos(%)	IC95%	p-valor
Demográficas				
Sexo				
Masculino	378 (37,4)	14,7	11,1 - 18,3	<0,001*
Feminino	634 (62,6)	34,8	31,1 - 38,5	
Faixa etária				
60-69	403 (39,8)	22,8	18,7 - 26,9	0,008**
70-79	400 (39,5)	29,3	28,4 - 33,8	
≥ 80	209 (20,7)	32,2	25,7 - 38,6	
Cor da pele				
Branco	968 (95,7)	27,5	9,8 - 35,6	0,485*
Não-brancos	44 (4,3)	22,7	24,7 - 30,3	
Estado civil				
Casado	648 (64,0)	21,5	18,3 - 24,7	<0,001**
Viúvo	291 (28,8)	39,4	33,8 - 45,1	
Separado/Solteiro	73 (7,2)	30,6	19,7 - 41,5	
Sócio-econômicas				
Escolaridade				
≥ 7 anos	210 (20,8)	21,5	15,9 - 27,1	<0,001**
3-6 anos	589 (58,2)	25,3	21,8 - 28,9	
0-2 anos de estudo	213 (21,0)	38,6	31,9 - 45,2	
Renda				
≥ R\$2.075	251 (24,8)	20,4	15,4 - 25,4	<0,001**
R\$ 2.075 - 930	539 (53,3)	25,7	22,9 - 29,9	
R\$ 0 - 929	222 (21,9)	39,1	32,6 - 45,2	
Comportamentais				
Hábito de fumar				
Não fumante	758 (74,9)	28,5	25,3 - 31,7	0,193*
Ex-fumante	213 (21,0)	25,0	19,1 - 30,9	
Fumante atual	41 (4,1)	17,1	5 - 29,1	
Atividade Física				
Prática	580 (57,3)	18,1	15,2 - 21,2	<0,001*
Não prática	432 (42,7)	39,8	35,2 - 44,5	
Consumo de verduras/legumes				
Alto (≥9 colheres)	363 (35,9)	22,8	18,4 - 27,1	0,003**
Moderado (5-8 colheres)	410 (40,5)	27,4	23 - 31,7	
Baixo (4-0 colheres)	239 (23,6)	34,0	28 - 40,1	
Consumo de álcool				
Consumo moderado	65 (6,4)	21,5	11,3 - 31,8	0,257**
Não bebe	875 (86,5)	28,9	25,8 - 31,9	
Consumo elevado	72 (7,1)	13,9	5,7 - 22,1	
Variáveis de saúde				
Auto percepção de saúde				
Excelente/ Muito boa/ Boa	542 (53,6)	14,1	11,1 - 17	<0,001*
Regular/ Péssima	470 (46,4)	42,6	38,1 - 47,1	
Presença de morbidade				

Variáveis	N (%)	Prevalência de sintomas depressivos(%)	IC95%	p-valor
Sem doença	242 (23,9)	12,9	8,6 - 17,1	<0,001**
1 morbidade	367 (36,3)	24,6	20,2 - 29	
2 morbidades	256 (25,3)	31,9	26,1 - 37,7	
≥ 3 morbidades	147 (14,5)	50,0	41,8 - 58,2	
Consulta com o médico				
Não consulta	565 (55,8)	22,4	19 - 25,9	<0,001**
Consulta 1 vez	378 (37,4)	31,6	27 - 36,4	
Consulta 2 vezes ou mais	69 (6,8)	43,5	31,5 - 55,5	
Capacidade física				
Independente	858 (84,8)	24,1	21,3 - 27	<0,001*
Dependente	154 (15,2)	45,6	37,5 - 53,7	
Psicossociais				
Coesão social				
Alta (≥ 21 pontos)	241(23,8)	18,7	13,7 - 23,6	<0,001**
Moderada (= 20)	494 (48,9)	27,5	23,5 - 31,5	
Baixa (≤ 19)	276 (27,3)	34,5	28,9 - 40,2	
Controle social informal				
Alto (≥ 21 pontos)	155 (15,3)	20,0	13,7 - 26,4	<0,001**
Moderado (17-20)	584 (57,8)	24,6	21,1 - 28,1	
Baixo (≤16)	271 (26,8)	37,2	31,4 - 43	
Eficácia Coletiva				
Alta (≥ 41)	210 (20,8)	19,0	13,7 - 24,4	<0,001**
Moderada (36-40)	554 (54,9)	25,4	21,7 - 29	
Baixa (≤ 35)	246 (24,4)	38,5	32,4 - 44,7	
Participação em grupos				
1 ou mais grupos	359 (35,5)	15,6	11,8 - 19,4	<0,001**
Não participa	648 (65,5)	33,8	30,1 - 37,4	

*Teste do Chi-quadrado de Pearson (nível de significância <0,1).

** Teste do Chi-quadrado para associação linear, Linear-by-Linear

Tabela 2- Análise bruta e ajustada pela Regressão de Poisson para fatores associados à sintomas depressivos em idosos de Veranópolis/RS, Brasil, 2012 (N=1007).

Variável	Análise Bruta			Análise Ajustada		
	RP	IC (95%)	P valor	RP	IC (95%)	P valor
Coesão social*			<0,001			0,006
Alta (≥ P75%)	1			1		
Média (P25% - P75%)	1,47	(1,09 - 1,99)		1,29	(0,96-1,73)	
Baixa (≤ P25%)	1,85	(1,36 - 2,52)		1,52	(1,12-2,06)	
Controle social informal**			<0,001			0,001
Alto (≥ P75%)	1			1		
Médio (P25% - P75%)	1,23	(0,87 - 1,74)		1,09	(0,78-1,53)	
Baixo (≤ P25%)	1,86	(1,31 - 2,64)		1,54	(1,09-2,17)	
Eficácia coletiva***			<0,001			0,009
Alta (≥ P75%)	1					
Média (P25% - P75%)	1,33	(0,97 - 1,82)		1,06	(0,79 - 1,43)	
Baixa (≤ P25%)	2,02	(1,47 - 2,79)		1,40	(1,03 - 1,91)	
Participação em grupos****			<0,001			0,001
1 ou mais grupos	1			1		
Não participa	2,17	(1,66 - 2,82)		1,64	(1,27 - 2,12)	

*Ajuste para estado civil, escolaridade, atividade física e capacidade funcional.

**Ajuste para faixa etária, estado civil, atividade física e consulta com o médico.

***Ajuste para cor da pele, escolaridade, estado civil, atividade física, morbidade e autopercepção de saúde.

****Ajuste para faixa etária, cor da pele, estado civil, renda, atividade física, consumo de verduras e legumes, consumo de álcool, morbidades, autopercepção de saúde e capacidade funcional.

Apêndices

APÊNDICE A: VARIÁVEIS UTILIZADAS NA PESQUISA



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Mestrado *Stricto sensu*

<p>DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</p> <p>Número questionário _____</p> <p>Nome do (a) Entrevistador (a) _____</p> <p>Data da Entrevista: _____</p> <p>Qual o seu nome? _____</p> <p>Qual o seu endereço? _____</p> <p>_____</p> <p>Telefone para contato: _____</p>	<p>quest _____</p> <p>entre _____</p> <p>data _____</p> <p>nome _____</p> <p>end _____</p> <p>tele _____</p>
<p>1. A sua raça é:</p> <p>(0) Branca (1) Preta (2) Amarela (3) Parda (4) Indígena</p> <p>2. Sexo:</p> <p>(0) Masculino (1) Feminino</p>	<p>raça__</p> <p>sexo__</p>
<p>3. Qual é a sua idade?</p> <p>4. Qual é o seu estado civil?</p> <p>(0) Casado (a) (1) Separado (a) ou desquitado judicialmente (2) Divorciado (a)</p> <p>(3) Viúvo (4) Solteiro</p>	<p>idad _____</p> <p>estcivil__</p>
<p>Agora vamos conversar sobre sua saúde. Por favor, para uma das perguntas a seguir indique a resposta que melhor corresponde sua opinião:</p> <p>5. No geral o (a) Senhor (a) diria que a sua saúde é?</p> <p>(0) Excelente (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Péssima</p> <p>7. Quantas vezes o (a) Senhor (a) consultou com um médico no último mês? ___</p> <p>(Se não houve consulta pular para a questão 9)</p> <p>8. Onde o (a) Senhor (a) foi atendido?</p>	<p>saud__</p> <p>conmed__</p>

<p>(1) Posto de saúde (2) Médico particular (3) Ambulatório (4) Outro</p> <p>9. Algum médico já lhe disse que o (a) Senhor (a) tem:</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Não</th> <th>Sim</th> <th>IGN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Pressão alta</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(9)</td> </tr> <tr> <td>b) Doença pulmonar</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(9)</td> </tr> <tr> <td>c) Doenças do coração</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(9)</td> </tr> <tr> <td>d) Doença renal crônica</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(9)</td> </tr> <tr> <td>e) Colesterol elevado</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(9)</td> </tr> <tr> <td>f) Osteoporose</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(9)</td> </tr> <tr> <td>g) Diabetes</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(9)</td> </tr> </tbody> </table>		Não	Sim	IGN	a) Pressão alta	(0)	(1)	(9)	b) Doença pulmonar	(0)	(1)	(9)	c) Doenças do coração	(0)	(1)	(9)	d) Doença renal crônica	(0)	(1)	(9)	e) Colesterol elevado	(0)	(1)	(9)	f) Osteoporose	(0)	(1)	(9)	g) Diabetes	(0)	(1)	(9)	<p>local __</p> <p>presalt__</p> <p>doepul__</p> <p>doecor__</p> <p>doeren__</p> <p>col__</p> <p>oste__</p> <p>diab__</p>
	Não	Sim	IGN																														
a) Pressão alta	(0)	(1)	(9)																														
b) Doença pulmonar	(0)	(1)	(9)																														
c) Doenças do coração	(0)	(1)	(9)																														
d) Doença renal crônica	(0)	(1)	(9)																														
e) Colesterol elevado	(0)	(1)	(9)																														
f) Osteoporose	(0)	(1)	(9)																														
g) Diabetes	(0)	(1)	(9)																														
<p>As próximas questões referem-se ao hábito de fumar, seus hábitos alimentares e consumo de álcool:</p> <p>24. O (a) Senhor (a) fumou ou ainda fuma?</p> <p>(0) Nunca fumou</p> <p>(1) Sim, sou ex-fumante</p> <p>(2) Sim, fumo. Quantos cigarros o Senhor (a) fuma por dia? _____</p> <p>25. Com que frequência o (a) Senhor (a) costuma ingerir alguma bebida alcoólica?</p> <p>(0) todos os dias</p> <p>(1) 5 a 6 dias por semana</p> <p>(2) 3 a 4 dias por semana</p> <p>(3) 1 a 2 dias por semana</p> <p>(4) quase nunca</p> <p>(5) não consome bebida alcoólica (PULE para a pergunta nº 29)</p> <p>26. Responda apenas se for HOMEM: Num único dia o Senhor chega a tomar mais do que 2 latas de cerveja ou mais do que 2 taças de vinho ou mais do que 2 doses de qualquer outra bebida alcoólica?</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Não (PULE para a pergunta nº 29)</p> <p>27. Responda apenas se for MULHER: Num único dia a Senhora a chega a tomar mais do que 1 lata de cerveja ou mais do que 1 taça de vinho ou mais do que 1 dose de qualquer outra bebida alcoólica?</p> <p>(1) Sim</p> <p>(2) Não (PULE para a pergunta nº 29)</p> <p>28. No último mês, o (a) Senhor (a) chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em um único dia?</p> <p>(1) Sim</p>	<p>fumo __</p> <p>quant __</p> <p>frealc__</p> <p>dosho__</p> <p>dosmu__</p> <p>dosalc__</p>																																
<p><u>1 dose de bebida alcoólica é:</u> 1 lata de cerveja ou 1 taça de vinho ou 1 dose de bebida destilada.</p>																																	

<p>(2) Não</p> <p>29. Quantas colheres de sopa de verduras ou legumes o (a) Senhor (a) come por dia?</p> <p>(1) Não come verduras ou legumes (2) Uma a quatro colheres de sopa</p> <p>(3) Cinco a oito colheres de sopa (4) Nove ou mais colheres de sopa</p>	<p>verd__</p>
<p>Por favor agora responda algumas perguntas sobre sua vida e seus sentimentos. Gostaria que o (a) Senhor (a) respondesse somente sim ou não às perguntas:</p> <p>32. Senhor (a) esta satisfeito com sua vida?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p> <p>33. Abandonou muitos de seus interesses e atividades?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p> <p>34. Sente que sua vida esta vazia?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p> <p>35. Sente-se frequentemente aborrecido?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p> <p>36. Senhor (a) tem fé no futuro?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p> <p>37. Tem pensamentos negativos?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p> <p>38. Na maioria do tempo está de bom humor?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p> <p>39. Tem medo de que algo de mal vá lhe acontecer?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p> <p>40. Sente-se feliz na maioria do tempo?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p> <p>41. Sente-se frequentemente adoentado?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p> <p>42. Sente-se frequentemente, só?</p>	<p>satvid__</p> <p>intati__</p> <p>vidvaz__</p> <p>aborre__</p> <p>fefut__</p> <p>peneg__</p> <p>bomhum__</p> <p>medo__</p> <p>feliz__</p> <p>adoe__</p>

(0) Não (1) Sim	freso__
43. Sente-se frequentemente intranquilo?	
(0) Não (1) Sim	intra__
43. Prefere ficar em casa a sair?	
(0) Não (1) Sim	ficcas__
44. Preocupa-se muito com o futuro?	
(0) Não (1) Sim	prefut__
45. Tem mais problemas de memória que os outros?	
(0) Não (1) Sim	promem__
46. Acha bom estar vivo?	
(0) Não (1) Sim	bomvi__
47. Fica frequentemente triste?	
(0) Não (1) Sim	triste__
48. Sente-se inútil?	
(0) Não (1) Sim	inut__
49. Preocupa-se muito com o passado?	
(0) Não (1) Sim	prepas__
50. Acha a vida interessante?	
(0) Não (1) Sim	vidint__
51. Para Senhor (a) é difícil começar novos projetos?	
(0) Não (1) Sim	difpro__
52. Sente-se cheio de energia?	
(0) Não (1) Sim	energ__
53. Sente-se sem esperança?	
(0) Não (1) Sim	esper__
54. Acha que os outros têm mais sorte que Senhor (a)?	
(0) Não (1) Sim	outsor__
55. Preocupa-se com coisas sem importância?	

<p>(0) Não (1) Sim</p> <p>56. Sente frequentemente vontade de chorar? (0) Não (1) Sim</p> <p>57. É difícil para Senhor (a) concentrar-se? (0) Não (1) Sim</p> <p>58. Sente-se bem ao despertar? (0) Não (1) Sim</p> <p>59. Prefere evitar reuniões sociais? (0) Não (1) Sim</p> <p>60. É fácil para Senhor (a) tomar decisões? (0) Não (1) Sim</p> <p>61. O seu raciocínio esta claro como antigamente? (0) Não (1) Sim</p>	<p>precoi__</p> <p>vontch__</p> <p>difcon__</p> <p>senbem__</p> <p>evire__</p> <p>facdes__</p> <p>racla__</p>
<p>Vou lhe perguntar o quanto o (a) Senhor (a) concordaria com as seguintes afirmações:</p> <p>83. As pessoas da redondeza estão dispostas a ajudar seus vizinhos. (1) Discordo total (2) Discordo (3) Não conc. nem discordo (4) Concordo (5) Concordo total</p> <p>84. Esta é uma vizinhança unida e amigável (1) Discordo total (2) Discordo (3) Não conc. nem discordo (4) Concordo (5) Concordo total</p> <p>85. As pessoas nessa vizinhança são confiáveis. (1) Discordo total (2) Discordo (3) Não conc. nem discordo (4) Concordo (5) Concordo total</p> <p>86. As pessoas nesta vizinhança se dão umas com as outras. (1) Discordo total (2) Discordo (3) Não conc. nem discordo (4) Concordo (5) Concordo total</p> <p>87. As pessoas nesta vizinhança possuem os mesmos valores (pensam igual). (1) Discordo total (2) Discordo (3) Não conc. nem discordo (4) Concordo</p>	<p>confiaa__</p> <p>confiab__</p> <p>confiac__</p> <p>confiad__</p> <p>confiae__</p>

<p>(5) Concordo total</p> <p>88. Eu posso contar com meus vizinhos para agir se os adolescentes estivessem matando aula e ficassem perambulando sem fazer nada numa esquina.</p> <p>(1) Discordo total (2) Discordo (3) Não conc. nem discordo (4) Concordo</p> <p>(5) Concordo total</p> <p>89. Eu posso contar com meus vizinhos para agir caso os adolescentes estivessem pichando paredes, muros ou prédios públicos.</p> <p>(1) Discordo total (2) Discordo (3) Não conc. nem discordo (4) Concordo</p> <p>(5) Concordo total</p> <p>90. Eu posso contar com meus vizinhos para agir se adolescentes estivessem mostrando desrespeito a um adulto.</p> <p>(1) Discordo total (2) Discordo (3) Não conc. nem discordo (4) Concordo</p> <p>(5) Concordo total</p> <p>91. Eu posso contar com meus vizinhos para agir se uma briga começasse na frente de casa.</p> <p>(1) Discordo total (2) Discordo (3) Não conc. nem discordo (4) Concordo</p> <p>(5) Concordo total</p> <p>92. Eu posso contar com meus vizinhos para agir se o posto de saúde da comunidade estivesse para fechar para reduzir gastos do governo.</p> <p>(1) Discordo total (2) Discordo (3) Não conc. nem discordo (4) Concordo</p> <p>(5) Concordo total</p>	<p>controa__</p> <p>controb__</p> <p>controcc__</p> <p>controdd__</p> <p>controee__</p>
<p>Agora, vou-lhe pedir sobre o seu relacionamento com as pessoas. Com que frequência o (a) Senhor (a) pode contar com a ajuda de alguém:</p> <p>93. Se ficar doente</p> <p>(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p> <p>94. Para levá-lo ao médico</p> <p>(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p> <p>95. Para ajudá-lo nas tarefas diárias se ficar doente</p> <p>(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p> <p>96. Para preparar suas refeições, se o (a) Senhor (a) não puder prepará-las</p> <p>(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	<p>apoioa__</p> <p>apoioib__</p> <p>apoioic__</p> <p>apoiod__</p>

<p>97. Que demonstre amor e afeto pelo (a) Sr (a) (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	apoioe__
<p>98. Que lhe dê um abraço (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	apoiof__
<p>99. Que o (a) Senhor (a) ame e que faça o (a) Senhor (a) se sentir querido (a) (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	apoioi__
<p>100. Para ouvi-lo (a) quando o (a) Senhor (a) precisar falar (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	apoioh__
<p>101. Em quem confiar ou para falar do (a) Senhor (a) ou sobre seus problemas (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	apoioi__
<p>102. Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	apoioj__
<p>103. Que compreenda seus problemas (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	apoioi__
<p>104. Para lhe dar bons conselhos em situações de crise (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	apoioi__
<p>105. Para dar informação que o (a) ajude a compreender uma determinada situação (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	apoioi__
<p>106. De que o (a) Senhor (a) realmente quer conselhos (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	apoioo__
<p>107. Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	apoioi__
<p>108. Com quem fazer coisas agradáveis (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	apoioq__
<p>109. Com quem distrair a cabeça (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	apoior__
<p>110. Com quem relaxar (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	

<p>111. Para se divertir junto (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p> <p>112. O (a) Senhor (a) participa com frequência, pelo menos uma vez por mês, de grupos ou associações na sua comunidade? (0) Não (Se a resposta for não, pule para a questão 114) (1) Sim</p> <p>113. Se a resposta for sim, indique qual(is):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo da Terceira Idade (0) Não (1) Sim (8) NSA - Grupo religioso (0) Não (1) Sim (8) NSA - Associação comunitária (0) Não (1) Sim (8) NSA - Partido político (0) Não (1) Sim (8) NSA - Grupo cultural (0) Não (1) Sim (8) NSA - Reunião com amigos (0) Não (1) Sim (8) NSA - Grupo de esportes (0) Não (1) Sim (8) NSA - Outro (Qual? _____) <p>114. O (a) Senhor (a) faz alguma (s) das atividades abaixo?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assistir Televisão (0) Não (1) Sim - Ouvir rádio (0) Não (1) Sim - Conversar com amigos (0) Não (1) Sim - Realizar trabalhos manuais (ex: crochê, tricô....) (0) Não (1) Sim - Leitura (ex: jornais, revistas, livros...) (0) Não (1) Sim - Praticar atividade física (0) Não (1) Sim - Escutar música (0) Não (1) Sim - Outros (Qual? _____) 	<p>apoios__</p> <p>apoiot__</p> <p>partic__</p> <p>grutei__</p> <p>grupr__</p> <p>assoc__</p> <p>partp__</p> <p>grupc__</p> <p>reua__</p> <p>grupe__</p> <p>outrg__</p> <p>tv__</p> <p>radio__</p> <p>conver__</p> <p>trabm__</p> <p>leit__</p> <p>ativf__</p> <p>music__</p> <p>outrq__</p>
--	--

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

O projeto de pesquisa “CARACTERIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA EM IDOSOS RESIDENTES NO MUNICÍPIO VERANÓPOLIS/RS”.

Todos os resultados obtidos na análise socioeconômicos e culturais ficarão sob a tutela e total responsabilidade do pesquisador envolvido no projeto, podendo a qualquer momento ser consultados e (ou) eliminados, caso haja desistência da sua participação como voluntário(a). Você tem a liberdade de abandonar a pesquisa, sem que isto leve a qualquer prejuízo posterior.

Após ter recebido todas as informações relacionadas ao estudo eu, _____ portador da CI _____, voluntariamente, aceito participar dele, pois reconheço que:

1º) foi-me fornecida uma cópia das informações, a qual eu li e compreendi por completo e minhas dúvidas respondidas;

2º) fui informado dos objetivos específicos e da justificativa desta pesquisa, de forma clara e detalhada. Recebi também, informações sobre cada procedimento no qual estarei envolvido e dos riscos ou desconfortos previstos, tanto quanto os benefícios esperados;

3º) está entendido que eu posso retirar-me do estudo a qualquer momento, e isto não afetará meus cuidados médicos ou parentes meus no presente e no futuro;

4º) entendi que ao participar do estudo responderei a um questionário;

5º) todas as informações ao meu respeito serão confidenciais;

6º) foi-me garantido que não terei gastos em participar do estudo;

7º) foi-me dada a garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou qualquer dúvida acerca dos riscos e benefícios da pesquisa. Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, poderei chamar os *Pesquisadores integrantes da Pesquisa* pelo telefone 55-3744-1332 para qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante deste estudo.

Nome do Participante: _____

Assinatura do Participante/Representante legal _____

Data: _____

Este formulário foi lido para _____ em ____/____/____

Veranópolis/RS.