

Universidade Católica de Pelotas
Mestrado em Saúde e Comportamento

FATORES ASSOCIADOS À ELEVADA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM
ADOLESCENTES DE 11 A 15 ANOS – ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

Mestrando: Luciano Dias de Mattos Souza
Orientador: Ricardo Azevedo da Silva

Pelotas,
Outubro/2006

SUMÁRIO

PROJETO DE PESQUISA	4
Introdução	5
Objetivos	7
Método	8
Delineamento	8
Local do estudo	8
População alvo	8
Amostragem	8
Critérios de exclusão	9
Instrumentos	9
Seleção e treinamento dos aplicadores	10
Logística	11
Projeto piloto	11
Processamento e análise dos dados	12
Controle de qualidade	15
Aspectos éticos	15
Orçamento	16
Cronograma	16
Referências bibliográficas	17
ARTIGO	21
Resumo	22
Introdução	24
Método	25
Resultados	27
Discussão	29

Referências bibliográficas	33
Tabela 1	37
Tabela 2	38
ANEXOS	39

Universidade Católica de Pelotas
Mestrado em Saúde e Comportamento

FATORES ASSOCIADOS À ELEVADA SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM
ADOLESCENTES DE 11 A 15 ANOS – ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

Luciano Dias de Mattos Souza

Projeto de Pesquisa apresentado ao Curso
de Mestrado em Saúde e Comportamento
da Universidade Católica de Pelotas. Linha
de Pesquisa: Epidemiologia. Orientador:
Ricardo Azevedo da Silva

Pelotas,
Outubro/2006

INTRODUÇÃO:

O interesse científico pela depressão na adolescência inicial é bastante recente, embora alguns casos venham sendo relatados desde o início do século. Em tais casos, os pacientes eram considerados como portadores de “estruturas de personalidades imaturas”, e de imaturidade cognitiva¹. Até a década de 70 acreditava-se que a depressão nessa faixa etária fosse rara ou inexistente. A partir de 1975, o instituto nacional de saúde mental dos EUA reconheceu oficialmente a existência da depressão em crianças e adolescentes². Nos últimos anos, a depressão infanto-juvenil tem sido objeto de estudos em vários países, sendo observada sua ocorrência cada vez mais cedo e com maior frequência³.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais⁴ (DSM-IV), os sintomas básicos de um episódio depressivo maior são os mesmos em adultos, adolescentes e crianças. Já a Classificação Internacional das Doenças⁵ (CID-10) lida com os transtornos depressivos de forma idêntica em todos os grupos etários salientando que, na adolescência, apresentações atípicas são particularmente comuns no episódio depressivo.

A manifestação da depressão em adolescentes costuma apresentar sintomas semelhantes aos dos adultos, mas também existem importantes características fenomenológicas que são típicas do transtorno depressivo nessa etapa do desenvolvimento.

A depressão na adolescência é um relevante problema de saúde pública em nosso país. Estudos internacionais estimam que tal transtorno de humor atinja de 3,3% a 12,4% dos jovens^{6,7} e que esses valores vêm aumentando nos últimos anos^{8,9,10}. Estudos nacionais sobre a referida temática, utilizando a mesma escala de

avaliação da depressão, mostram grande variação na prevalência de elevada sintomatologia depressiva nesta população variando entre 1,48% a 20,3%^{11,12}.

Em geral, os comportamentos em saúde tendem a relacionar-se entre si¹³. Portanto, o impacto econômico de tal quadro é substancial, com um aumento da utilização dos serviços de saúde, não somente os psiquiátricos, por indivíduos deprimidos, causando assim gastos consideráveis ao estado ao longo do curso do tratamento.

Na população de adolescentes iniciais, investigações têm mostrado a associação de tal transtorno com: gênero^{12,14,15,16,17}, idade^{15,16,17}, desempenho escolar^{14,18,19}, viver em instituições¹⁴, nível socioeconômico^{15,17}, grupo étnico^{16,17}, *bullying*¹⁶, uso de tabaco^{16,18,20}, álcool^{16,17}, drogas ilícitas^{16,17}, dificuldades no relacionamento com pais^{18,21} e auto-estima¹⁹. Contudo, existem discordâncias a respeito de algumas destas associações^{12,20,21,22,23}.

Além de diferenças culturais, tais incongruências se devem à disparidade dos procedimentos metodológicos utilizados em pesquisa. Grande parte dos estudos sobre esta população ocorre em escolas com amostras não representativas. Assim, a necessidade de um estudo de base populacional neste grupo etário torna-se evidente para o esclarecimento de algumas questões.

Portanto, o presente estudo de base populacional teve o objetivo de identificar os fatores associados à depressão na adolescência inicial visando proporcionar condições adequadas para a elaboração e reestruturação de políticas públicas em vigência destinadas a referida população.

OBJETIVOS:

- Avaliar a prevalência de elevada sintomatologia depressiva em jovens de 11 a 15 anos de idade na cidade de Pelotas RS;
- Identificar fatores associados à elevada sintomatologia depressiva.

MÉTODO:

Delineamento

O presente estudo se caracteriza por se do tipo transversal de base populacional.

Local

Esta investigação será realizada na zona urbana da cidade de Pelotas (RS) no ano de 2005.

População-alvo

Serão incluídos no estudo todos os jovens com idades entre 11 e 15 anos residentes nos setores censitários sorteados.

Amostragem

Para o cálculo da amostra do estudo da depressão em jovens, a população na cidade de Pelotas dentro da faixa etária acolhida foi estimada em 24000 pessoas, segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Ponderou-se ainda, com parâmetros de confiabilidade de 95%, a prevalência de depressão neste grupo de 6%¹⁴ e erro amostral de 2%. Assim, para consistir em uma amostra representativa da população-alvo, a investigação deveria acolher 530 jovens. No

referido número amostral adicionou-se mais 40% para compensar as perdas, recusas e controle de fatores confundidores, resultando em 742 participantes.

Critérios de Exclusão

Serão excluídos do estudo aqueles jovens que:

- Residirem em zona não-urbana de Pelotas ou em setores não sorteados;
- Manifestarem incapacidade de compreender ou responder o questionário;
- Não residirem no domicílio visitado (amigos ou parentes visitando, empregada doméstica, por exemplo);

Instrumentos

O jovem que concordar em participar do estudo irá responder a um questionário auto-aplicado e sigiloso (ANEXOS) com questões sobre idade, sexo, vida escolar, religiosidade, atividades físicas, entretenimento, consumo de álcool, tabagismo, uso de outras drogas, relacionamento sexual, transtorno de conduta e *bullying*. Além disso, o instrumento de pesquisa contém uma escala para aferição da sintomatologia depressiva – *Children's Depression Inventory* (CDI)²⁴. No mesmo momento, o responsável também irá responder a um questionário auto-aplicado (ANEXOS) contendo o Critério de Classificação Econômica Brasil²⁵ da Associação Brasileira de Empresas em Pesquisa (ABEP) visando à classificação da condição socioeconômica do setor censitário onde o jovem reside. Com objetivo de preservar

o sigilo dos entrevistados e garantir a veracidade das informações coletadas, os questionários de adolescentes e responsáveis não serão identificados.

A *Children's Depression Inventory* utilizada na avaliação da depressão do jovem foi inicialmente elaborada nos Estados Unidos, compreendendo uma adaptação do BDI (Inventário de Depressão de Beck)²⁶. O instrumento criado por Kovacs²⁷ se propõem a mensurar a sintomatologia depressiva de jovens entre 7 e 14 anos. O mesmo foi adaptado e normatizado por Gouveia et. al.²³ apresentando características psicométricas adequadas, com coeficiente de Cronbach igual a 0,80. O CDI ainda foi estudado por Golfeto e cols.²⁸ mostrando a devida consistência interna (alfa de Cronbach de 0,81); assim pode-se concluir que o instrumento possui propriedades psicométricas relevantes na pesquisa da sintomatologia depressiva. Ademais, a escala é de rápida aplicação, requer pouco treinamento por parte dos aplicadores e oferece facilidade na coleta de dados. Esta consiste em um inventário composto por 27 itens, cada um com três respostas, onde o aplicado deve assinalar a opção que melhor descreve o seu estado nos últimos tempos. A escala resulta em uma pontuação que varia de 0 a 54, tendo como ponto de corte de 18 pontos para elevada sintomatologia depressiva (indicativo de transtorno depressivo).

Seleção e treinamento dos entrevistadores

Os entrevistadores da presente pesquisa serão alunos da Universidade Católica de Pelotas e Universidade Federal de Pelotas. Sua participação será de caráter voluntário mediante processo de treinamento.

O treinamento terá como objetivo a familiarização do entrevistador com o questionário e suas fases de aplicação, assim como com formas de apresentação

aos participantes. O treinamento será ministrado pelos pesquisadores deste estudo de acordo com o manual do entrevistador.

Logística

Serão selecionados aleatoriamente 79 setores censitários a partir dos 448 localizados na zona urbana da cidade de Pelotas (RS). Visando a localização de jovens dentro da faixa etária acolhida pela investigação, todas as residências de cada setor selecionado serão visitadas, exceto aquelas em que nenhuma pessoa for encontrada após três tentativas.

Após a obtenção do consentimento por escrito dos pais ou responsável pelo adolescente, o jovem responderá o questionário auto-aplicado. No mesmo momento, o responsável também responderá o instrumento de pesquisa.

Estudo-piloto

O estudo-piloto será realizado em 10 setores censitários da cidade de Pelotas. Neste momento, os residentes adolescentes de 9 a 13 anos serão submetidos à aplicação do questionário, seguindo-se a logística do projeto, para que sejam evidenciados problemas de aplicação e/ou de formatação do mesmo. Os dados obtidos no estudo-piloto não serão incluídos na amostra final.

Processamento e análise dos dados

A presente investigação irá aferir as associações da depressão com as seguintes variáveis independentes:

O gênero do jovem será avaliado de forma dicotômica - masculino/feminino, assim como a idade do mesmo (de 11 a 13 anos e de 14 a 15 anos). Esta última variável será assim analisada devido a alteração no padrão da sintomatologia depressiva expressa na literatura científica ocorrida entre os 12 e 14 anos^{29,30}.

Por sua vez, a condição sócio-econômica do ambiente residencial do adolescente será avaliada através do Critério de Classificação Econômica Brasil da ABEP. Esta possui a função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas. A referida escala pode variar de 0 a 34 pontos de acordo com a quantidade de bens. Assim, a variável nível sócio-econômico será analisada através da divisão terciária das pontuações atingidas por tal população.

A escolaridade do jovem será mensurada em anos de estudo e dividida em três categorias – de 0 a 4, de 5 a 7 e 8 ou mais anos de estudo. Com relação à vida escolar, será considerado o número de vezes que o adolescente foi reprovado em sua história acadêmica (nenhuma vez, uma vez, duas ou mais vezes) assim como ter ido à escola durante o ano (sim/não).

No que se refere à religiosidade do participante, cada jovem será classificado como praticante ou não praticante. Serão considerados praticantes os adolescentes que relataram freqüentar a missa ou culto de sua religião, os demais serão classificados como não praticantes.

Com relação à atividade física do adolescente, serão considerados ativos os jovens que relataram praticar exercício físico duas ou três vezes na semana ou mais

com tempo de duração superior a 20 minutos; os demais jovens serão considerados sedentários.

No tocante ao uso de substâncias, serão avaliadas quatro variáveis de forma dicotômica (sim/não) relativas ao uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas nos últimos trinta dias bem como ter tomado porre no mesmo período. Da mesma forma, a iniciação sexual do jovem também será avaliada de forma dicotômica (sim/não).

O indicativo de transtorno de conduta será aferido através de um conjunto de 6 perguntas, oriundas da entrevista neuropsiquiátrica padronizada MINI (*Mini Internacional Neuropsychiatric Interview*), sendo que três ou mais respostas positivas assinalam indicativo de transtorno de conduta. Logo, tal variável será elaborada e analisada de forma dicotômica (sim/não).

No que diz respeito ao *bullying*, será aferido se o adolescente sofreu atitudes agressivas, nas últimas duas semanas, através das seguintes questões fechadas em resposta dicotomizada sim ou não: Alguém te colocou apelido?; Tu foste ameaçado por alguém?; Roubaram ou estragaram alguma coisa tua?; Tu foste deixado de fora de jogos ou de grupos?; Alguém te bateu ou te chutou?; Espalharam boatos ou fofocas a respeito de ti? e Tu foste forçado a fazer coisas que não querias fazer?. Uma escala Likert de quatro pontos avaliou o impacto emocional destas atitudes perguntando-se quanto chateado o jovem ficou ao sofrer tal comportamento (1=não fiquei chateado, 2=fiquei um pouco chateado, 3=fiquei chateado, 4=fiquei muito chateado). Além disso, serão coletadas informações sobre a frequência e tempo de início destas atitudes. Então, os jovens serão categorizados como vítimas de *bullying* se experimentarem duas ou mais agressões com frequência maior do que uma vez por semana.

Será realizada a dupla-digitação do material coletado no programa EPI-INFO possibilitando uma checagem automática das informações para identificação e resolução de inconsistências. Os programas SPSS e STATA serão utilizados no processamento e análise estatística dos dados.

Na análise dos dados, primeiramente, a população do estudo será caracterizada através da verificação da distribuição de frequências das questões avaliadas. Posteriormente, será realizada uma análise bivariada, através da regressão logística, entre a variável dependente, presença de elevada sintomatologia depressiva e as variáveis independentes supracitadas. Em seguida, na análise multivariada, será utilizada a mesma técnica estatística, seguindo um modelo hierárquico, onde cada bloco de variáveis de um determinado nível será incluído, e as variáveis com um valor $p \leq 0,20$ no teste de razões de verossimilhança permanecerão no modelo. Nesse tipo de modelo, as variáveis situadas em um nível hierárquico superior ao da variável em questão são consideradas como potenciais confundidoras da relação entre essa variável e o desfecho em estudo, enquanto que as variáveis em níveis inferiores são consideradas como potenciais mediadores da associação. As variáveis selecionadas em um determinado nível permanecerão nos modelos subseqüentes e serão consideradas como fatores associados com a depressão mesmo que, com a inclusão de variáveis hierarquicamente inferiores, percam sua significância. A referida análise será controlada para efeito de conglomerado.

O modelo hierárquico será composto no primeiro nível por sexo, idade, nível sócio-econômico e a escolaridade do jovem, num segundo nível, serão incluídas as variáveis comportamentais (prática religiosa, prática de atividades físicas, e a escola no último ano e histórico de reprovação); no terceiro nível, o uso de álcool, tabaco e

drogas, iniciação do jovem; enquanto que no último nível serão consideradas as variáveis - indicativo de transtorno de conduta e *bullying*.

Controle de qualidade

Como forma de assegurar a qualidade do estudo, será realizada dupla digitação no programa EpiInfo com o objetivo de compará-los e garantir os resultados reais.

Além disso, as visitas aos participantes do estudo assim como as aplicações dos instrumentos de pesquisa serão confirmadas através de contato telefônico em 60% da amostra.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo garantida a autonomia dos indivíduos na participação do estudo assim como o sigilo e privacidade das informações concedidas.

Assim, serão incluídos no estudo apenas os indivíduos que oferecerem sua concordância, e de seu responsável por escrito, após a leitura do termo de consentimento informado. Este foi elaborado de acordo com as normas da resolução N° 196 do CONEP - Ministério da Saúde.

ORÇAMENTO

Bibliografia

Vale – transporte

Reprodução de instrumentos

Total**R\$**

2.200

7.780

3.000

12.980**Cronograma:**

	2005												2006							
Atividades	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O
	a	b	a	u	u	g	e	u	o	e	a	e	a	b	a	u	u	g	e	u
	r	r	i	n	l	o	t	t	v	z	n	v	r	r	i	n	l	o	t	t
Atualização da Revisão de Literatura	x	x	x														x	x	x	x
Elaboração do questionário		x	x																	
Seleção e treinamento dos entrevistadores		x	x																	
Estudo piloto			x	x	x															
Reformulação do questionário						x														
Coleta de dados							x	x	x	x	x									
Digitação dos dados											x	x	x	X	x	x	x			
Análise dos resultados																		x	x	
Divulgação dos resultados																				x

Referências bibliográficas:

- 1 - Son ES, Kirchner JT. Depression in children and adolescents. *Am Fam Physician* 2000;62:2297-311.
- 2 - Bhatara VS. Early Detection of Adolescent Mood Disorders. *S D J Med* 1992;45(3): 75-8.
- 3 - Versiani M, Reis R, Figueira I. Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. *J Bras Psiquiatria* 2000;49(10-12):367-82.
- 4 - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4 Ed. Washington: American Psychiatric Press, 1994.
- 5 - World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: WHO, 1993
- 6 - Kessler RC, Walters EE. Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the national comorbidity survey. *Depression Anxiety* 1998;7:3-14.
- 7 - Olsson G, von Knorring A-L. Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students. *Acta Psych Scand* 1999;99:324-31.
- 8 - Cicchetti D, Toth SL. The development of depression in children and adolescents. *Amer Psychol* 1998; 53: 221-241.
- 9 - Versiani M, Reis R, Figueira I. Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e adolescência. *J Bras Psiquiatria* 2000;49(10-12):367-82.
- 10 - Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Volleberg W, and others. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003;12:3-21.

11 - Baptista CA; Golfeton JH. Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. Rev Psiquiatr. 2000. 27-5.

12 - Bahls SC. Depressive symptoms in adolescent of a public school. Rev bras Psiquiatr. 2002. 24,63-67.

13 - Sailey SL. Adolescents' multisubstance use patterns: the role of heavy alcohol and cigarette use. Am J Public Health 1992; 82: 1220-1224.

14 - Dell'Áglio DD; Hutz CS. Depressão e Desempenho escolar em crianças e Adolescentes Institucionalizados. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2004. 17(3)351-357.

15 - Gorenstein C; Andrade L; Zanolio E; Artes R. Expression of depressive symptoms in a nonclinical brazilian adolescent sample. The Canadian Journal of Psychiatry. 2005. 50:129-137.

16 - Saluja G; Iachan R; Scheidt C; Overpeck MD; Sun W; Giedd JN. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med. 2004.158:76-0-765.

17 - Kubik MY; Lytle LA; Birnbaum AS; Murray DM; Perry CL. Prevalence and correlates of depressive symptoms in young adolescents. Am J Health Behav. 2003. 27(5)546-553.

18 - Çamderiven H; Mendes M; Özkan MM; Toros F; Sasmaz T e Öner S. Determination of depression risk factors in children and adolescents by regression tree methodology. Acta Med Okayama. 2005. 59(1) 19-26.

19 - Bandim, JM; Roazzi A; Domenech E. Rendimento escolar em crianças com sintomas depressivos. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 1998. 47(7):353-360.

20 - Haarasilta LM; Marttunen MJ; Kaprio JÁ; Aro HM. Correlates of depression in a representative nationwide sample of adolescents (15-19 years) and young adults (20-24). *European Journal Of Public Health*. 2004. 14:280-285.

21 – Quijada ER; Montoya CM; Laserna PA; Toledo AP; Marco EM; Rabadán FE. Prevalencia de depression em adolescentes. *Actas Esp Psiquiatr*. 2005. 33(5):298-302.

22 - Fonseca MHG; Ferreira RA; Fonseca SG. Prevalência de sintomas depressivos em escolares. *Pediatrics*. 2005. 27 (4):223-32.

23 - Barbosa GA; Dias MR; Gaião AA; Lorenzo WCG. Depressão Infantil: um estudo de prevalência com o CDI. *Infanto - Rev. Neuropsiq. da Inf. e Adol*. 1996.4(3)36-40.

24 - Gouveia, R.V.; Barbosa, G.A.; Almeida, H.J.F.; Gaião, A.A. – Inventário de Depressão Infantil – CDI: Estudo de Adaptação com Escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1995.44(7): 345-9,.

25 - Escala de Indicadores de Classe Social. In: <http://www.abep.org.br> (website). Rio de Janeiro (RJ): Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2003.

26 - Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock JE, Erbaugh JK. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:53– 63.

27 - Kovacs, M.A. – Developmental Perspective on Methods and Measures in the Assessment of Depressive Disorders: The Clinical Interview. In: RUTTER, M; IZARD, C; READ, P. (eds.): *Depression in Young People: Developmental and Clinical Perspectives*. Guilford Press, New York, 1983.

28 - José Hercules Golfeto, Maria Helena Veiga, Luiz de Souza, Cláudia Barbeira. Propriedades psicométricas do Inventário da Depressão Infantil (CDI) aplicado em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto.2002. *Rev. Psiq. Clín.* 29 (2):66-70

29 – Mirza KAH, Michael A. Major depression in children and adolescents. 1996. 55: 57-61.

30 – Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Arch Gen Psychiatry. 2003;60(8):837-44.

**SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM ADOLESCENTES DE 11 A 15 ANOS –
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL**

Autores: Luciano Dias de Mattos Souza, Rodrigo Sinnott Silva, Russélia Vanila Godoy, Ana Laura Sica Cruzeiro, Augusto Duarte Faria, Ricardo Azevedo da Silva.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar os fatores associados à elevada sintomatologia depressiva em adolescentes com idades entre 11 e 15 anos em Pelotas – sul do Brasil. Nesta investigação transversal de base populacional, 79 dos 448 setores censitários de Pelotas foram selecionados aleatoriamente. Todas as residências dos setores selecionados foram visitadas visando à captação de jovens que respondessem a um questionário auto-aplicado e sigiloso que continha uma escala para aferição da sintomatologia depressiva – *Children's Depression Inventory* (CDI). No total, 1265 adolescentes foram localizados pela equipe de pesquisa sendo que 1145 responderam ao questionário. A prevalência de elevada sintomatologia depressiva encontrada foi de 2,1%. Após a regressão logística ajustada a um modelo hierárquico, uma pior condição sócio-econômica da ambiente, história de reprovação acadêmica, ausência de prática religiosa, ter tomado porre no último mês assim como o indicativo de transtorno de conduta, aumentaram as chances dos adolescentes em estudo apresentarem elevada sintomatologia depressiva. Portanto, se evidenciam as necessidades de reformulações de políticas públicas que abordem os temas associados à sintomatologia depressiva.

Palavras-chave: adolescência, sintomas depressivos, depressão, estudo de base-populacional.

ABSTRACT

The aim of this study was to identify factors associated to high depressive sintomatology in adolescents with ages between 11 and 15 years in Pelotas - south of Brazil. In this cross-sectional population-based investigation, 79 of the 448 sections of Pelotas were randomly selected. All of the residences of the selected sections were visited seeking to the youths who answered to a self-report and secret questionnaire that contained a scale for depressive symptoms - Children's Depression Inventory (CDI). In total, 1265 adolescents were located for the research team and 1145 answered to the questionnaire. The prevalence found for high depressive sintomatology was 2,1%. After logistic regression adjusted to a hierarchical model, a worse socioeconomic condition of environment, history of academic disapproval, absence of religious practice, to have taken drunkenness in the last month as well as the indicative of conduct disorder, increased the adolescents chances to present high depressive sintomatology. Therefore, the needs of a review on public politics that approach the themes associated to the depressive sintomatology are evidenced.

Key-words: adolescence, depressive symptoms, depression, population-based study.

INTRODUÇÃO

A depressão no início da adolescência parece ser um relevante problema de saúde pública em todo mundo. No Brasil, estudos sobre o tema têm mostrado grande oscilação em sua prevalência nesta população variando entre 1,48% a 20,3%^{1,2}.

Além disso, a depressão na adolescência inicial está associada a outros comportamentos de risco à saúde (uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas)³; aumenta chances de comorbidade com outras desordens emocionais (transtorno de ansiedade e transtorno de conduta)⁴; e é sugerida pela literatura como fator preditor de quadros depressivos na vida adulta⁵.

Portanto, o presente estudo teve o objetivo de identificar os fatores associados à elevada sintomatologia depressiva em adolescentes com idades entre 11 e 15 anos em Pelotas – cidade do sul do Brasil.

MÉTODO

O presente estudo transversal de base populacional foi realizado em uma amostra representativa de adolescentes com idades entre 11 e 15 anos na zona urbana da cidade de Pelotas (cidade do sul do Brasil) em 2005.

Dos 448 setores censitários de Pelotas 79 foram selecionados aleatoriamente. Todas as residências dos setores selecionados foram visitadas visando à captação de jovens, exceto aquelas em que nenhuma pessoa foi encontrada depois de três tentativas, sendo estas consideradas perdas.

Os adolescentes responderam a um questionário auto-aplicado e sigiloso com questões sobre idade, sexo, vida escolar, religiosidade, atividades físicas, entretenimento, consumo de álcool, tabagismo, uso de outras drogas, relacionamento sexual, transtorno de conduta e *bullying*. Além disso, o instrumento de pesquisa continha uma escala para aferição da sintomatologia depressiva – *Children's Depression Inventory* (CDI)⁶; sendo utilizado o ponto de corte de 18 pontos ou mais para elevada sintomatologia depressiva.

O responsável pelo jovem também respondia a um questionário auto-aplicado contendo o Critério de Classificação Econômica Brasil⁷ visando à classificação da condição sócio-econômica do setor censitário onde o jovem reside. Por razões éticas e visando garantir a veracidade das informações coletadas, os questionários de adolescentes e responsáveis não foram identificados. Esta investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Após a dupla-digitação do material realizada no programa EPI-INFO, o processamento e análise dos dados foi realizada no programa SPSS.

Na análise multivariada dos dados, utilizou-se a técnica estatística da regressão logística, seguindo um modelo hierárquico, no qual cada bloco de variáveis de um determinado nível foi incluído, e as variáveis com um valor $p \leq 0,20$ no teste de razões de verossimilhança permaneciam no modelo. A referida análise foi controlada para efeito de conglomerado.

O modelo hierárquico foi composto no primeiro nível por sexo, nível sócio-econômico e a escolaridade do jovem, num segundo nível, foram incluídas as variáveis prática religiosa, ir a escola no último ano e histórico de reprovação; no terceiro nível, o uso de álcool e drogas nos últimos trinta dias, bem como ter tomado porre neste período e a iniciação sexual do jovem, enquanto que no último nível considerou-se as variáveis – indicativo de transtorno de conduta e *bullying*.

RESULTADOS

No total, 1265 adolescentes foram localizados pela equipe de pesquisa, 120 (9,49%) se recusaram a participar do estudo ou foram considerados perdas, assim 1145 responderam ao questionário.

A prevalência de elevada sintomatologia depressiva encontrada nos adolescentes avaliados foi de 2,1%. A Tabela 1 apresenta as proporções das variáveis independentes na amostra assim como a análise bivariada destas com a variável de desfecho em estudo. Inicialmente, apresentaram-se associadas à presença de elevada sintomatologia depressiva as seguintes características: uma pior condição sócio-econômica do setor, não ter ido à escola durante o ano, possuir histórico de reprovação escolar, não praticar sua religião, ter consumido álcool ou ter tomado porre no último mês, ter iniciado sua vida sexual e relatar indicativo de transtorno de conduta (Tabela 1).

Após a análise multivariada, algumas das associações anteriormente evidenciadas perderam significância (Tabela 2). Porém, pode-se observar uma tendência de que quanto pior a condição sócio-econômica do setor censitário onde o adolescente reside, maiores as chances do mesmo apresentar elevada sintomatologia depressiva. No mesmo sentido, aqueles adolescentes com histórico de reprovação acadêmica também mostraram maior risco para indicativo de quadro depressivo. Isto é, quanto mais reprovações relatadas pelo adolescente maiores as chances de indicativo de quadro depressivo.

Já os jovens que não praticam religião mostraram chances acrescidas de apresentarem elevada sintomatologia depressiva em relação aos que praticam (OR 3,80 95%IC 1,04 a 13,94).

Os adolescentes que relataram terem tomado porre nos últimos trinta dias apresentaram sete vezes mais chances de ter indicativo de depressão em relação aos não relataram (OR 7,51 IC95% 1,61 a 35,04).

Por fim, os participantes que apresentaram indicativo de transtorno de conduta mostraram onze vezes mais chances de indicativo para transtorno depressivo (OR 12,18 95% IC 3,72 a 39,95).

DISCUSSÃO

São raros os estudos de base populacional sobre depressão na adolescência inicial. A presente investigação apresenta uma prevalência de elevada sintomatologia depressiva na população de adolescentes de 2,1%. Este dado é semelhante ao encontrado por Patton et al.⁸, uma vez que a prevalência de depressão em jovens australianos de 15 a 18 anos, avaliada pela entrevista diagnóstica do CID-10 (Composite International Diagnostic Interview), foi de 3,5%. Em estudo nacional com jovens de 7 a 14 anos, Baptista & Golfeton¹ avaliaram a sintomatologia depressiva através da escala CDI e a ocorrência de tal transtorno foi de 1,48% da sua população de 135 estudantes de uma escola particular de Ribeirão Preto-SP.

Porém, outras investigações nacionais, que utilizaram a referida escala, encontraram índices elevados de tal transtorno emocional^{2,9,10}, variando de 13,7% a 22%. É bastante provável que as incongruências nos dados encontrados sejam explicadas pelas diferenças metodológicas na seleção amostral bem como aspectos culturais do ambiente onde o estudo foi realizado, tendo em vista que os referidos trabalhos foram realizados somente em escolas de diferentes estados do país.

Diferente da maioria dos estudos examinados, esta investigação não encontrou diferenças na ocorrência de depressão em relação ao gênero e idade. No que se refere ao gênero, outros estudos também não apresentam diferença significativa entre homens e mulheres^{9,10,11,12,13} porém, parte da literatura aponta para uma maior prevalência de depressão no sexo feminino^{2,8,14,15,16}, sendo importante ressaltar que não foram encontrados estudos que apresentem homens com níveis de depressão significativamente maiores do que mulheres. Quanto a

idade, a literatura apresenta os adolescentes mais velhos com maior proporção de sintomatologia depressiva^{11,15,16,12,17} contudo, assim como na presente investigação, alguns autores não observaram a associação entre depressão e idade^{2,9,10,13}.

O nível sócio econômico do ambiente no qual o jovem reside esteve associado à elevada sintomatologia depressiva. Kubik et. al.¹¹ encontraram uma maior prevalência de depressão em adolescentes de nível sócio econômico baixo. De forma semelhante Gorenstein C et. al.¹⁵, em estudo realizado no Brasil, concluem que o índice de depressão nas escolas públicas se apresenta maior do que nas escolas privadas, devido ao nível sócio-econômico dos estudantes de cada grupo escolar. Contudo, os achados que associam a condição sócio-econômica do adolescente ou de seu meio com a sintomatologia depressiva são inconclusivos¹⁷.

No que tange as variáveis escolares, Quijada et cols.¹³ não encontraram associação significativa entre depressão e rendimento escolar do adolescente. Contudo, assim como na presente investigação, outros autores afirmam que a sintomatologia depressiva encontra-se associada ao rendimento escolar do adolescente inicial^{14,18,19}.

O presente estudo ainda mostra a não prática religiosa como fator de risco para elevada sintomatologia depressiva em adolescentes. Pearce et. cols.²⁰ concluíram que jovens que apresentaram experiência interpessoal religiosa positiva (apoio provido ao adolescente por sua congregação) mostraram significativamente menos sintomas depressivos, enquanto os jovens que mostraram relacionamento negativo com sua congregação maiores níveis de tal sintomatologia. Contudo, o referido estudo, em achado diferente do encontrado na presente investigação, não apresentou associação entre o número de sintomas depressivos relatados, e a frequência em que o adolescente vai a qualquer instituição religiosa. Assim, a

religiosidade parece ser um aspecto interessante a ser melhor estudado quando investigada a saúde mental na adolescência.

Em relação à associação da depressão ao uso de substâncias, apenas o relato de ter tomado porre nos últimos trinta dias mostrou associação significativa com a sintomatologia depressiva. Este resultado é semelhante ao encontrado em outros estudos sobre o tema^{21,22,23,24,25}. Tanto o uso de tabaco como o consumo de drogas ilícitas não mostraram associações significativas com a elevada sintomatologia depressiva, contudo, a literatura científica apresenta o uso destas substâncias associadas à depressão na adolescência^{11,12,16,18,26,27}.

Também de forma diferente da literatura^{22,28,29,30}, a iniciação sexual assim como a atividade física não se apresentaram associadas ao desfecho em estudo. A incongruência em relação a estes dados pode ser explicada pela baixa prevalência de depressão encontrada, assim como, por diferenças na amplitude da faixa etária acolhida pelos estudos.

Com relação ao *bullying*, estudos internacionais indicam uma associação significativa com a sintomatologia depressiva^{16,31}. A escala utilizada na presente investigação consiste em um instrumento apenas traduzido para o português, não validado para a cultura local, possuindo características psicométricas desconhecidas para tal ambiente. Portanto, torna-se evidente a necessidade de elaboração de métodos mais acurados de identificação de adolescentes que sofram tais atitudes agressivas com a finalidade de prevenir o surgimento de possíveis dificuldades emocionais durante a vida adulta³¹.

As chances de o jovem apresentar elevada sintomatologia depressiva aumentaram em doze vezes quando este mostrou indicativo para transtorno de conduta. Mirza & Michael¹⁷ apontam ao transtorno de conduta como segunda mais

freqüente comorbidade de depressão em adolescentes, mas Costello et. cols.³² observaram comorbidade entre depressão e transtorno de conduta ocorre somente em meninas. Assim, se evidencia uma relevante relação entre sintomas depressivos e comportamentos desviantes.

É importante ressaltar que o instrumento utilizado na aferição da sintomatologia depressiva não permite aferição diagnóstica da depressão. Porém, os dados observados por esta investigação devem ser enfatizados devido ao seu caráter de base populacional que limita a ocorrência de viés de seleção da amostra. O questionário auto-aplicado ainda assegurou o sigilo dos dados, minimizando potenciais erros na informação sobre os comportamentos de saúde aferidos.

Em suma, no presente estudo, uma pior condição sócio-econômica da ambiente, história de reprovação acadêmica, ausência de prática religiosa, ter tomado porre no último mês assim como o indicativo de transtorno de conduta, aumentaram as chances dos adolescentes em estudo apresentarem elevada sintomatologia depressiva. Apesar de não ser possível verificar a relação causal entre tais associações devido o delineamento do estudo, estes dados sugerem a existência da comorbidade entre comportamentos que colocam em risco a saúde do jovem. Portanto, se evidenciam as necessidades de reformulações de políticas públicas que abordem os temas associada à sintomatologia depressiva de forma conjunta e integrada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Baptista CA; Golfeton JH. Prevalência de depressão em escolares de 7 a 14 anos. Rev Psiquiatr. 2000. 27-5.
- 2 - Bahls SC. Depressive symptoms in adolescent of a public school. Rev bras Psiquiatr. 2002. 24,63-67.
- 3 - Esquivel Sandí L, Díaz Alvarado A, Sintomas de rebeldia, depresión y aislamiento asociados al consumo de drogas en adolescentes costarricenses. Acta Ped Costaric 1995; 9(3):99-102.
- 4 - Mirza KAH, Michael A. Major depression in children and adolescents. 1996. 55: 57-61.
- 5 – Stein MB, Fuetsch M, Muller N, Hofler M, Lieb R, Wittchen HU. Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. Arch Gen Psychiatry. 2001; 58(3):251-6.
- 6 - Gouveia, R.V.; Barbosa, G.A.; Almeida, H.J.F.; Gaião, A.A. – Inventário de Depressão Infantil – CDI: Estudo de Adaptação com Escolares de João Pessoa. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 1995.44(7): 345-9.
- 7 - Escala de Indicadores de Classe Social. In: <http://www.abep.org.br> (website). Rio de Janeiro (RJ): Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2003.
- 8 - Patton GC; Coffey C; Posterino M; Carlin JB; Wolfe R. Adolescent depressive disorder: a population based study of ICD-10 symptoms. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2000. 34:741-747.
- 9 - Fonseca MHG; Ferreira RA; Fonseca SG. Prevalência de sintomas depressivos em escolares. Pediatria. 2005. 27 (4):223-32.

- 10 - Barbosa GA; Dias MR; Gaião AA; Lorenzo WCG. Depressão Infantil: um estudo de prevalência com o CDI. *Infanto - Rev. Neuropsiq. da Inf. e Adol.* 1996.4(3)36-40.
- 11 - Kubik MY; Lytle LA; Birnbaum AS; Murray DM; Perry CL. Prevalence and correlates of depressive symptoms in young adolescents. *Am J Health Behav.* 2003. 27(5)546-553.
- 12 - Haarasilta LM; Marttunen MJ; Kaprio JÁ; Aro HM. Correlates of depression in a representative nationwide sample of adolescents (15-19 years) and young adults (20-24). *European Journal Of Public Health.* 2004. 14:280-285.
- 13 – Quijada ER; Montoya CM; Laserna PA; Toledo AP; Marco EM; Rabadán FE. Prevalencia de depression em adolescentes. *Actas Esp Psiquiatr.* 2005. 33(5):298-302.
- 14 - DellÁglio DD; Hutz CS. Depressão e Desempenho escolar em crianças e Adolescentes Institucionalizados. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 2004. 17(3)351-357.
- 15 - Gorenstein C; Andrade L; Zanelo E; Artes R. Expression of depressive symptoms in a nonclinical brazilian adolescent sample. *The Canadian Journal of Psychiatry.* 2005. 50:129-137.
- 16 - Saluja G; Iachan R; Scheidt C; Overpeck MD; Sun W; Giedd JN. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004.158:760-765.
- 17 – Mirza KAH, Michael A. Major depression in children and adolescents. 1996. 55: 57-61.
- 18 - Çamderiven H; Mendes M; Özkan MM; Toros F; Sasmaz T e Öner S. Determination of depression risk factors in children and adolescents by regression tree methodology. *Acta Med Okayama.* 2005. 59(1) 19-26.

- 19 - Bandim, JM; Roazzi A; Domenech E. Rendimento escolar em crianças com sintomas depressivos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1998. 47(7):353-360.
- 20 - Pearce MJ, Little TD, Perez JE. Religiousness and Depressive Symptoms Among Adolescents. 2003. 32(2):267-276.
- 21 - Poulin C, Hand D, Boudreau B, Santor D. Gender differences in the association between substance use and elevated depressive symptoms in a general adolescent population. *Addiction*. 2005;100(4):525-35.
- 22 - Perera B, Torabi MR, Jayawardana G, Pallethanna N. Depressive symptoms among adolescents in Sri Lanka: prevalence and behavioral correlates. *J Adolesc Health*. 2006. 39(1):144-6.
- 23 - Adewuya AO, Ologun YA. Factors associated with depressive symptoms in Nigerian adolescents. *J Adolesc Health*. 2006;39(1):105-10.
- 24 - Best D, Manning V, Gossop M, Gross S, Strang J. Excessive drinking and other problem behaviours among 14-16 year old schoolchildren. *Addict Behav*. 2006;31(8):1424-35.
- 25 - Rodriguez Rodriguez DC, Dallos Bareno CM, Gonzalez Rueda SJ, Sanchez Herrera ZM, Diaz-Martinez LA, Rueda-Jaimes GE, Campo-Arias A. Association between depressive symptoms and alcohol abuse among students from Bucaramanga, Colombia. *Cad Saude Publica*. 2005;21(5):1402-7.
- 26 - Ridner SL. Predicting smoking status in a college-age population. *Public Health Nurs*. 2005 Nov-Dec;22(6):494-505.
- 27 - Lee Ridner S, Staten RR, Danner FW. Smoking and depressive symptoms in a college population. *J Sch Nurs*. 2005 Aug;21(4):229-35.
- 28 - Dishman RK, Hales DP, Pfeiffer KA, Felton GA, Saunders R, Ward DS, Dowda M, Pate RR. Physical self-concept and self-esteem mediate cross-sectional relations

of physical activity and sport participation with depression symptoms among adolescent girls. *Health Psychol.* 2006.25(3):396-407.

29 - Lam TH, Stewart SM, Leung GM, Lee PW, Wong JP, Ho LM, Depressive symptoms among Hong Kong adolescents: relation to atypical sexual feelings and behaviors, gender dissatisfaction, pubertal timing, and family and peer relationships. *Arch Sex Behav.* 2004; 33(5):487-96.

30 - Kaltiala-Heino R, Kosunen E, Rimpela M. Pubertal timing, sexual behaviour and self-reported depression in middle adolescence. *J Adolesc.* 2003.26(5):531-45.

31 - Kim YS, Leventhal BL, Koh YJ, Hubbard A, Boyce WT. School bullying and youth violence: causes or consequences of psychopathologic behavior? *Arch Gen Psychiatry.* 2006.63(9):1035-41.

32 - Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60(8):837-44.

Tabela 1 – Descrição dos adolescentes de 11 a 15 anos da cidade de Pelotas-RS no ano de 2005 e análise bruta para o desfecho elevada sintomatologia depressiva por regressão logística (razão de odds e 95% de intervalo de confiança).

	N	%	OR bruto (IC95%) para presença de elevada sintomatologia depressiva	p-valor
Sexo				0,185
Masculino	540	48,3		
Feminino	577	51,7	Referência	
			1,94 (0,73 a 5,14)	
Nível socioeconômico				0,046
Pior	389	34,0	5,70 (1,27 a 25,63)	
Intermediária	414	36,2	2,68 (0,54 a 13,38)	
Melhor	342	29,8	Referência	
Idade				0,464
11 anos	227	20,2	Referência	
12 anos	235	20,9	0,48 (0,12 a 1,97)	
13 anos	224	20,0	0,16 (0,02 a 1,35)	
14 anos	230	20,5	0,81 (0,24 a 2,70)	
15 anos	207	18,4	0,91 (0,27 a 3,03)	
Escolaridade do adolescente				0,263
Até 4 anos	167	15,5	5,69 (0,71 a 45,88)	
De 5 a 7 anos	682	63,1	4,57 (0,58 a 36,31)	
8 ou mais anos	231	21,4	Referência	
Prática religião				0,028
Sim	501	45,8	Referência	
Não	594	54,2	3,45 (1,15 a 10,11)	
Beber álcool no último mês				0,005
Sim	249	21,7	3,63 (1,49 a 8,85)	
Não	896	78,3	Referência	
Tomar porre no último mês				0,000
Sim	48	4,2	9,07 (3,11 a 26,45)	
Não	1097	95,8	Referência	
Fumar tabaco no último mês				0,589
Sim	80	7,0	1,51 (0,34 a 6,63)	
Não	1065	93,0	Referência	
Usar drogas no último mês				0,117
Sim	39	3,4	3,34 (0,74 a 15,04)	
Não	1106	96,6	Referência	
Indicativo de transtorno de conduta				0,000
Sim	174	15,2	10,40 (4,08 a 26,52)	
Não	971	84,8	Referência	
Bullying				0,105
Sim	244	31,8	2,49 (0,83 a 7,50)	
Não	523	68,2	Referência	
Iniciação sexual				0,003
Sim	138	12,1	4,10 (1,60 a 10,51)	

Não	1007	87,9		
			Referência	
Atividade Física				0,752
Ativo	596	79,7	Referência	
Sedentário	152	20,3		
			0,78 (0,17 a 3,61)	
Foi à escola em durante o ano				0,033
Sim	1094	97,2	Referência	
Não	32	2,8		
			5,26 (1,14 a 24,30)	
Já foi reprovado				0,002
Nenhuma vez	588	56,0	Referência	
Uma vez	260	24,8	8,60 (1,77 a 11,72)	
Duas ou mais vezes	202	19,2	15,86 (3,39 a 74,19)	

Tabela 2 – Modelo hierárquico final para a elevada sintomatologia depressiva por regressão logística (razão de odds e 95% de intervalo de confiança). Pelotas, RS, 2005.

	N e % de deprimidos	OR bruto (IC95%) para risco de elevada sintomatologia depressiva	p-valor
Primeiro Nível			
Sexo			0,200
Masculino	6 (31,6%)	Referência	
Feminino	13 (68,4%)	1,88 (0,71 a 5,02)	
Nível socioeconômico			0,033
Pior	12 (60,0%)	5,54 (1,23 a 24,98)	
Intermediária	6 (30,0%)	2,11 (0,41 a 10,95)	
Melhor	2 (10,0%)	Referência	
Segundo Nível			
Pratica religião			0,044
Sim	4 (20,0%)	Referência	
Não	16 (80,0%)	3,80 (1,04 a 13,94)	
Foi à escola durante o ano			0,060
Sim	18 (90,0%)	Referência	
Não	2 (10,0%)	5,67 (0,93 a 34,53)	
Já foi reprovado			0,014
Nenhuma vez	2 (11,1%)	Referência	
Uma vez	7 (38,9%)	5,58 (1,09 a 28,62)	
Duas ou mais vezes	9 (50,0%)	10,60 (2,16 a 51,91)	
Terceiro Nível			
Beber álcool no último mês			0,272
Sim	10 (50,0%)	1,92 (0,60 a 6,14)	
Não	10 (50,0%)	Referência	
Tomar porre no último mês			0,010
Sim	5 (25,0%)	7,51 (1,61 a 35,04)	
Não	15 (75,0%)	Referência	
Usar drogas no último mês			0,293
Sim	2 (10,0%)	2,83 (0,41 a 19,76)	
Não	18 (90,0%)	Referência	
Iniciação sexual			0,757
Sim	7 (35,0%)	1,21 (0,31 a 4,93)	
Não	13 (65,0%)	Referência	
Quarto Nível			
Bullying			0,513
Sim	7 (53,8%)	1,61 (0,39 a 6,73)	
Não	6 (46,2%)	Referência	
Indicativo de transtorno de conduta			0,000
Sim	13 (65,0%)	12,18 (3,72 a 39,95)	
Não	7 (35,0%)	Referência	