

Estudo exploratório da incidência de depressão em adolescentes

Makilim Nunes Baptista*

Amilton M. Santos**

Gildo dos Santos Angelloti***

Maria Cristina Dotto***

Elaine C. Catão***

Fátima Aparecida Miglioli***

Introdução

Pode-se observar, através de levantamento bibliográfico, que nos países de Primeiro Mundo há uma vasta literatura sobre incidência, possíveis causas, sintomas e conseqüências dos transtornos de humor, inclusive a depressão (Baptista, 1997). Contudo, poucas pesquisas sobre o tema vêm sendo desenvolvidas no Brasil. A partir desta realidade, percebe-se a necessidade de serem realizadas pesquisas que indiquem a incidência de sintomas depressivos na população brasileira.

De acordo com Kaplan e Sadock (1993), aproximadamente 15% dos adolescentes que procuram os serviços de hospitais públicos apresentam transtornos de humor de todas as espécies.

Dentre os estudos sobre incidência de depressão em crianças e adolescentes pode-se observar discrepância em relação aos resultados encontrados. Kashani e Simonds (1979) apontam diferenças entre resultados de pesquisas, variando de 2,3% a 13,7% em amostras de crianças e adolescentes.

Nesse sentido Fu I (1996) relata que a inexistência de critérios específicos de avaliação para diagnóstico da depressão em crianças e adolescentes pode ser uma das variáveis responsáveis por essa variação dos resultados de pesquisas sobre incidência.

Ainda com relação a variáveis que podem influenciar nos resultados, Wilkinson (1993) atenta para a importância das definições dos tipos e subtipos de depressão como critério de seleção das amostras. Kolvin e cols. (1991) sugerem que existem várias formas de se realizar o diagnóstico, dentre elas entrevistas estruturadas e aplicações de inventários, entre outras, sendo que a forma como se realiza o diagnóstico pode influenciar os resultados das pesquisas.

Kashani, Ray e Carlson (1984), em pesquisa realizada com crianças pré-escolares, encontraram apenas 4% destas com possibilidade de depressão definitiva, das quais apenas uma das quatro crianças apresentou transtorno de depressão maior. Os autores justificaram esse baixo índice alegando que os critérios de avaliação do DSM III podem não ser adequados para crianças pré-escolares. Kashani e cols. (1987) diagnosticaram através de entrevista estruturada a prevalência de depressão maior e distímia em adolescentes. A

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi realizar um estudo exploratório sobre a incidência de sintomas de depressão em uma amostra de 51 adolescentes do sexo feminino com idade variando entre 14 e 17 anos. O instrumento utilizado para avaliar a sintomatologia foi o Children Depression Inventory (CDI). Para a caracterização dos sujeitos, utilizou-se um questionário de identificação. Os resultados do CDI apontaram 7,84% dos sujeitos com escore de depressão clinicamente significativo. Os dados apontaram para um aumento significativo da anedonia durante os níveis diagnósticos do CDI.

UNITERMOS

Incidência. Depressão. Adolescentes.

amostra foi constituída de 150 adolescentes com a idade variando entre 14 e 16 anos, e os resultados apontaram que 4,7% da amostra apresentava depressão maior e 3,3% transtorno distímico. Um dado importante nessa pesquisa foi que 100,0% dos adolescentes, que se enquadraram nos diagnósticos referidos, apresentavam outras desordens psiquiátricas associadas, tais como ansiedade.

Barbosa e cols. (1996), utilizando o Children Depression Inventory, verificaram em João Pessoa (PB) que 22% dos 807 sujeitos tinham sintomas acima do nível de corte. Concluem os autores pela necessidade de estudos mais abrangentes que envolvam várias regiões do país, a fim de delimitar a prevalência da depressão em crianças.

Esses dados contrariam o trabalho de Baptista (1997), que relata um estudo realizado na Grande São Paulo, obtendo uma taxa em 5,3% desta população com sintomas clinicamente significativos.

Os sintomas depressivos podem surgir em todas as fases do desenvolvimento humano. Segundo o DSM-IV (APA, 1995), de 10% a 25% das mulheres podem desenvolver Transtorno Depressivo Maior durante a vida, enquanto para os homens a probabilidade é de 5% a 12%. Várias pesquisas confirmam estes dados, sendo que, em algumas destas, a razão chega a 2 : 1 (Lewinsohn e cols., 1993, 1994; Paikoff, Carlton-Ford e Brooks-Gunn, 1993). É relevante que esses sintomas sejam diagnosticados ainda nas primeiras fases do desenvolvimento humano, para que se possam desenvolver projetos de prevenção e tratamento.

Fleming, Offord e Boyle (1989) encontraram, em uma amostra de 2.852 crianças e adolescentes, três resultados em relação à severidade de sintomas de depressão, de acordo com o DSM-III. No grupo com alto grau de severidade foi encontrada a porcentagem de 1,8% de adolescentes, no grupo com severidade média obteve-se 7,8% e no grupo com severidade baixa, 43,9%. Vale ressaltar que, em relação à variável sexo, somente houve variação significativa no grupo de baixa severidade.

Bird e cols. (1988), pesquisando critérios do DSM-III relacionados ao mau ajustamento em crianças e adolescentes de 4 a 16 anos, observaram um índice de 5,9% da amostra com indícios de depressão e distímia.

Da mesma forma, Anderson e cols. (1987), avaliando a presença de várias desordens, com base no DSM-III, detectaram em 792 crianças e adolescentes 17 casos de depressão maior (2,15%), dos quais 3 casos apresentavam distímia. Nesse mesmo estudo, 18,43% da amostra total apresentavam desordens tais como déficits de atenção, ansiedade de separação, desordem de conduta, fobia social e outras, além da depressão.

Em relação à população de adolescentes em instituições psiquiátricas, Carlson e Cantwell (1980) relataram uma alta porcentagem da amostra com sintomas depressivos (60%), síndrome depressiva (49%) e desordens afetivas (28%). Os mesmos autores atentaram para que novos estudos epidemiológicos sejam realizados, porém relataram a importância da padronização de metodologia e terminologia empregada nas pesquisas.

A adolescência é caracterizada por ser uma fase de grandes mudanças nos níveis biológico, psicológico e social (Windle, 1992). Problemas decorrentes desta fase podem influenciar no desenvolvimento de transtornos do humor tanto durante a própria adolescência como em fases futuras.

Stewart e cols. (1994) comentam que o relacionamento familiar (coesão, comunicação e outros fatores) também é fundamental na prevenção de desenvolvimento de depressão em adolescentes.

O objetivo dessa pesquisa foi conhecer a ocorrência de sintomas depressivos em uma pequena parcela de adolescentes do sexo feminino, sendo que essa amostra tem maior probabilidade de desenvolver esses sintomas.

Metodologia

Sujeito

A amostra constituiu-se de 51 adolescentes do sexo feminino, com idade entre 14 e 17 anos, estudantes da 8ª série e 1º colegial, sendo de duas escolas públicas (62,75%) e uma particular (37,25%). Grande parte dos sujeitos residiam com pai, mãe e irmãos (70,58%), sendo que 90,19% possuíam pais vivos e 78,48% dos pais eram casados.

Material

Para a coleta de dados utilizou-se um questionário de identificação contendo 11 perguntas que versavam sobre: quantidade de pessoas com quem o sujeito reside; nível socioeconômico; estado civil dos pais, se estes eram vivos; percepção do sujeito sobre sintomas de depressão em algum membro da família; ocorrência de episódios de tristeza sem motivo aparente por um período superior a duas semanas; luto por pessoa significativa; uso de medicamentos e problemas de saúde. Além deste questionário utilizou-se o Children Depression Inventory - CDI (Kovacks, 1992). Este inventário possibilita avaliar a ocorrência de sintomas depressivos, agrupando-os em cinco dimensões: humor negativo, interpretação de problemas, ineficácia, anedonia e auto-

estima negativa. O instrumento foi traduzido e efetuadas as devidas modificações para a língua portuguesa para a presente pesquisa (Baptista, 1997).

Procedimento

Anterior à aplicação dos instrumentos, foi solicitada autorização junto aos diretores das escolas. Os dados foram coletados pelos próprios pesquisadores nas salas de aula, durante o período escolar, e os instrumentos aplicados coletivamente. Com relação à análise de dados, os sujeitos foram agrupados de acordo com o escore obtido no CDI, sendo estes: 34 a 39; 40 a 45; 46 a 51; 52 a 57; 58 a 64 e acima de 65 (cl clinicamente significativos). Os dados foram tratados através do teste qui-quadrado, utilizando como base de cálculo as frequências percentuais proporcionais ao total de pontos por faixa no CDI.

Resultados e discussão

Os resultados apontaram que 25,49% dos sujeitos identificaram algum membro da família tendo apresentado sintomas de depressão em alguma fase de suas vidas, principalmente as mães (53,84%).

Afirmaram já ter passado por um período de tristeza superior a duas semanas, sem motivo aparente, 33,33% das adolescentes pesquisadas. No grupo clinicamente significativo (escore acima de 65), este índice foi de 100% e, no grupo não clinicamente significativo, este valor foi de 27,66%. Estes dados são preocupantes, pois há um número elevado de adolescentes apresentando tristeza sem motivo aparente. Contudo, pode-se observar a capacidade de discriminação dos estados emocionais neste grupo, sendo difícil afirmar que a família possua essa mesma percepção, o que seria adequado, visto que

haveria a possibilidade de um diagnóstico precoce, o que vem ao encontro da proposta de Stewart e cols. (1994).

A maioria dos sujeitos (88,23%) não utilizavam nenhum medicamento e 82,35% afirmaram não ter problemas de saúde durante a coleta de dados. Dos medicamentos citados, nenhum deles estavam diretamente relacionados a transtornos psiquiátricos ou depressão.

No que diz respeito à morte de alguém importante nos últimos três meses, 82,35% das adolescentes responderam negativamente.

Os dois tópicos citados permitem eliminar a possibilidade de sintomas depressivos através de luto ou uso de medicamentos que possam desencadear ou manter tais sintomas, de acordo com os critérios do DSM-IV (APA, 1995).

Em relação ao CDI os grupos foram separados por escore (transformados a partir dos escores brutos, pela tabela de conversão de idade e sexo):

- 34 a 39 ⇒ abaixo da média padrão
- 40 a 45 ⇒ ligeiramente abaixo da média padrão
- 46 a 51 ⇒ média padrão
- 52 a 57 ⇒ ligeiramente acima da média padrão
- 58 a 64 ⇒ acima da média padrão
- acima de 65 é valor clinicamente significativo.

Como indicado na tabela, a dimensão mais frequente observada nos grupos não clinicamente significativos variou, sendo que na faixa de 34 a 39 pontos predominou a dimensão "Humor Negativo" ($\chi^2 = 22,22$ para $\chi^2_c = 9,49$; n.g.l. = 4; sig. = 0,05), levando a pensamentos negativos, dificuldade em tomar decisões e vontade de chorar frequentemente. Na faixa entre 40 e 45, observou-se concentração de respostas na categoria "Interpretação de problemas" ($\chi^2 = 21,99$ para $\chi^2_c = 9,49$; n.g.l. = 4; sig. = 0,05), sugerindo maior atenção, pois indica uma avaliação deficitária de atividades e problemas

TABELA

Escore médio e frequência percentual dos níveis e dimensões de sintomas depressivos												
Dimensão	34 a 39		40 a 45		46 a 51		52 a 57		58 a 64		acima de 65	
	Média	F%	Média	F%	Média	F%	Média	F%	Média	F%	Média	F%
Humor negativo	0,71	33,33	1,11	20,85	1,00	12,50	2,30	18,85	4,17	24,76	5,25	24,14
Interpretação de problemas	0,14	6,67	0,11	2,08	0,80	10,00	0,90	7,38	1,33	7,92	1,75	8,05
Ineficácia	0,43	20,00	1,56	29,18	2,07	25,83	2,30	18,85	3,17	18,82	3,00	13,79
Anedonia	0,57	26,67	1,22	22,93	2,67	33,33	4,10	33,61	5,83	34,66	6,25	28,74
Auto-estima negativa	0,29	13,33	1,33	25,02	1,47	18,33	2,60	21,31	2,33	13,86	5,50	25,29
Total por faixa	2,14	100	5,33	100	8,00	100	12,20	100	16,83	100	21,75	100
Total de sujeitos	7		9		15		10		6		4	

enfrentados pelas adolescentes, o que suscita estar ocorrendo respostas pouco reforçadoras.

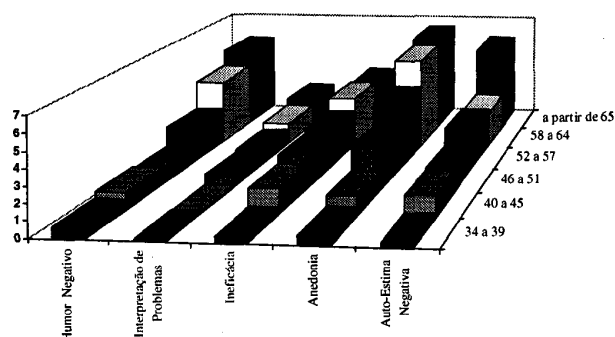
Já entre 46 e 51 pontos, ocorreu a dominância da categoria "Anedonia" ($\chi^2_o = 18,54$ para $\chi^2_c = 9,49$; n.g.l. = 4; sig. = 0,05), demonstrando uma perda significativa de prazer nas atividades anteriormente prazerosas. Na faixa entre 52 e 57 pontos, verificou-se a tendência na resposta "Anedonia" ($\chi^2_o = 17,44$ para $\chi^2_c = 9,49$; n.g.l. = 4; sig. = 0,05), sugerindo que esta categoria é significativamente crescente na medida em que o índice depressivo aumenta de severidade. Esta posição é confirmada pela análise da faixa 58 a 64 pontos, onde a categoria "Anedonia" dominou mais uma vez a ocorrência das respostas ($\chi^2_o = 21,12$ para $\chi^2_c = 9,49$; n.g.l. = 4; sig. = 0,05).

Em clinicamente significativo (escore acima de 65), a dimensão mais freqüente foi a "Interpretação de problemas", não pela freqüência significativa, mas pela baixa resposta observada nesta categoria quando comparada com as demais ($\chi^2_o = 15,14$ para $\chi^2_c = 9,49$; n.g.l. = 4; sig. = 0,05).

Quanto ao item referente ao suicídio, 75% deste grupo pensa em se matar, porém não teria coragem de fazê-lo, o que demonstra ser um aspecto de grande relevância, a ser levado em consideração.

De acordo com os dados da figura, pode-se observar uma porcentagem relevante de adolescentes com escore clinicamente significativo (7,84%), assim como do grupo mais próximo (11,76%) ao valor clinicamente significativo. Estes dados apontam uma porcentagem elevada entre os grupos que se encontram acima da média padrão (escores a partir de 52), ou seja, 39,20% dos adolescentes.

Estes resultados se aproximam dos resultados de Fleming, Offord e Boyle (1989) em relação ao grau de severidade média, onde se encontrou 7,8% de adoles-



A figura possibilita a visualização da porcentagem de cada grupo

centes com sintomas de depressão. Bird e cols. (1988) encontraram 5,9% de adolescentes com indícios de depressão e distímia, que também se aproximou dos resultados desta pesquisa, e Baptista (1997) encontrou, em uma amostra controlada, 5,6% de adolescentes do sexo feminino com sintomas clinicamente significativos de depressão.

É importante ressaltar que os dados não têm poder de generalização, visto que a amostra foi pequena, que não foi verificada a presença de outros transtornos, bem como a utilização de um instrumento (CDI) não validado para a população brasileira, variável esta já apontada por Kolvin e cols. (1991) como um dos pontos que influenciam na obtenção dos resultados.

Outro aspecto importante a ser ressaltado é o aumento constante da anedonia nos sujeitos, indicando a necessidade de maiores estudos sobre a temática, a fim de verificar seu papel na etiologia do transtorno depressivo.

Conclusão

Os resultados demonstraram dados preocupantes em relação à adolescente brasileira, pois uma parcela razoável da amostra apresentou sintomas de depressão, assim como avaliou que algum membro da família já havia apresentado tais sintomas, além de ocorrerem pensamentos de suicídio em grande parte do grupo clinicamente significativo.

Para profissionais de saúde, é fundamental estar atento a esse tipo de pesquisa, pois possibilita a elaboração de projetos de prevenção, assim como a intervenção imediata nos adolescentes que apresentam sintomas de depressão, tendo como objetivo evitar que um transtorno de humor possa se desenvolver, bem como o suicídio.

É importante que novas pesquisas sejam realizadas avaliando o papel de cada dimensão do CDI na causalidade da depressão, posto que este aumento constante da anedonia não encontrou respaldo em outros estudos.

SUMMARY

The goal of this research was to achieve an exploratory study on depression symptomatology incidence in 51 female adolescents aged 14 to 17. The Children Depression Inventory (CDI) was used to evaluate the depression; to identify the subjects a questionnaire was used. The CDI results pointed 7.84% of the sample with clinically high depression score.

KEY WORDS

Incidence. Depression. Adolescents.

Bibliografia

1. APA - American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fourth Edition. Washington, DC., 1995.
2. ANDERSON, J. C.; WILLIAMS, S.; MCGEE, R. e SILVA, P. A. - DSM-III Disorders in Preadolescent Children. **Archives of General Psychiatry** 44 (1):69-76, 1987.
3. BAPTISTA, M. N. **Depressão e Suporte Familiar: Perspectivas de Adolescentes e Suas Mães**. Campinas: Instituto de Psicologia da PUCCAMP, 1997 (Dissertação Mestrado).
4. BARBOSA, G. A.; DIAS, M. R.; GAIÃO, A. A. e di LORENZO, W. C. G. Depressão Infantil: Um Estudo de Prevalência com o CDI. **Infanto** 4 (3): 36-40, 1996.
5. BIRD, H. R.; CANINO, G.; RUBIO-STIPEC, M.; GOULD, M. S.; RIBERA, J.; SESMAN, M.; WOODBURY, M.; HUERTAS-GOLDMAM, S.; PAGAN, A.; SANCHEZ-LACAY, A. e MOSCOSO, M. - Estimates of the Prevalence of Childhood Maladjustment in a Community Survey in Puerto Rico. **Archives of General Psychiatry** 45 (12): 1120-1126, 1988.
6. CARLSON, G. A. e CANTWHEEL, D. P. - A Survey of Depressive Symptoms, Syndrome and Disorder in a Child Psychiatric Population. **Journal of Child Psychology and Psychiatry** 21(1): 19-25, 1980.
7. FLEMING, J. E.; OFFORD, D. R. e BOYLE, M. H. - Prevalence of Childhood and Adolescent Depression in the Community. **The British Journal of Psychiatry** 155: 647-654, 1989.
8. FU I, L. - Epidemiologia e Fatores Clínicos dos Transtornos Afetivos na Infância e Adolescência. In: Assumpção Jr., F.B. **Transtornos Afetivos da Infância e Adolescência**. São Paulo, Lemos Editorial, 1996.
9. KAPLAN, H.I. e SADOCK, B.J. - **Compêndio de Psiquiatria**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993
10. KASHANI, J. H. e SIMONDS, J. F. - The Incidence of Depression in Children. **American Journal of Psychiatry** 136 (9): 1203-1205, 1979.
11. _____.; RAY, J. S. e CARLSON, G. A. - Depression and Depressive-Like States in Preschool-Age Children in a Child Development Unit. **American Journal of Psychiatry** 141(11): 1397-1402, 1984.
12. KASHANI, J. H.; CARLSON, G. A.; BECK, N. C.; HOEPER, E.W.; CORCORAN, C. M.; MCALLISTER, J. A.; FALLAHLI, C.; ROSENBERG, T. K. e REID, J. C. - Depression, Depressive Symptoms, And Depressed Mood Among a Community Sample of Adolescents. **American Journal of Psychiatry** 147(7): 931-934, 1987.
13. KOLVIN, I.; BARRETT, M. L.; BHATE, S. R.; BERNEY, T. P.; FAMUYIWA, O. O.; FUNDUDIS, T. e TYRER, S. - The Newcastle Child Depression Project Diagnoses and Classification of Depression. **The British Journal of Psychiatry** 159 (suppl. 11): 9 -21, 1991.
14. KOVACS, M. **Children Depression Inventory CDI: Manual**. New York: Multi-Health Systems, Inc, 1992.
15. LEWINSOHN, P.M.; HOPS, H.; ROBERTS, R.E.; SEELEY, J.R. e ANDREWS, J.A. - Adolescent Psychopathology: I. Prevalence and Incidence of Depression and Other DSM-III-R Disorders in High School Students. **Journal of Abnormal Psychology** 102 (1): 133-144, 1993.
16. _____.; ROBERTS, R.E.; SEELEY, J.R.; GOTLIB, I.H. e HOPS, H. - Adolescent Psychopathology: II. Psychosocial Risk Factors for Depression. **Journal of Abnormal Psychology** 103 (2): 302-315, 1994.
17. PAIKOFF, R.L. ; CARLTON-FORD, S. e BROOKS-GUNN, J. - Mother-Daughter Dyads View the Family: Associations Between Divergent Perceptions and Daughter Well-Being. **Journal of Youth and Adolescence** 22 (5): 473-494, 1993.
18. STEWART, E. R.; MCKENRY, P.C.; RUDD, N.M. e GAVAZZI, S. M. - Family Processes as Mediators of Depressive Symptomatology Among Rural Adolescents. **Family Relations** 43(1): 38-45, 1994.
19. WILKINSON, R. B. - The Staats-Heiby Theory of Depression: The Role of Event Frequency and Affect Reevaluated. **Behavior Research Therapy** 31(1): 97-104, 1993.
20. WINDLE, M. - A Longitudinal Study of Stress Buffering for Adolescent Problem Behaviours. **Developmental Psychology** 28(3): 522-530, 1992.

Endereço para correspondência:

Makilim Nunes Baptista
Rua Itabaiana 748, Mooca
CEP 03171-010
São Paulo - SP