

Prevalência de depressão em adolescentes do distrito de viseu

Odete Amaral¹, Carlos Pereira¹, Nélcio Veiga²

Introdução: A depressão em adolescentes é uma perturbação frequente e está associada a factores sócio-demográficos e estilos de vida, podendo provocar incapacidade no desempenho individual, familiar, escolar e social. O objectivo deste estudo foi determinar a prevalência de depressão em adolescentes do distrito de Viseu e identificar factores de risco para a depressão.

Participantes e métodos: Realizámos um estudo transversal, onde avaliámos os alunos do 7º-12º ano com idades compreendidas entre os 12-18 anos, de 26 escolas públicas do terceiro ciclo e secundário do distrito de Viseu. Os dados foram recolhidos através de um questionário auto-aplicado. Excluimos os questionários sem informação para o sexo e para a idade. A amostra final ficou constituída por 7434 adolescentes (54,7% do sexo feminino). A sintomatologia depressiva foi avaliada com recurso ao Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) – versão para adolescentes e considerámos o *cut-off point* 13. O excesso de peso e obesidade foram avaliados utilizando o índice de massa corporal (IMC) calculado pela razão entre o peso em quilogramas e o quadrado da altura, em metros, auto-declarados (Kg/m^2), de acordo com tabelas de Cole et al. As prevalências foram expressas em percentagens com os respectivos intervalos de confiança a 95% (IC95%).

Resultados: A prevalência de depressão foi de 20,6%. A sintomatologia depressiva está associada com o sexo (feminino 25,9%, masculino 14,2%, $p < 0,01$), idade (≤ 14 anos 17,6%, > 14 anos 22,9%, $p < 0,01$), área de residência (rural 21,7%, urbano 18,4%, $p < 0,01$), absentismo escolar (25,6%, 17,7%, $p < 0,01$), tabagismo (26,4%, 15,6%, $p < 0,01$), consumo de café (24,9%, 17,4%, $p < 0,01$), consumo de álcool (24,6%, 17,5%, $p < 0,01$), prática de desporto (18,7%, 22,8%, $p < 0,01$) e com o excesso de peso/obesidade ($\text{IMC} \geq 25,0 \text{Kg}/\text{m}^2$ 24,7%, $\text{IMC} < 25,0 \text{Kg}/\text{m}^2$ 19,5%, $p < 0,01$).

Conclusão: A depressão em adolescentes é uma condição frequente, associada a variáveis sócio-demográficas e aos estilos de vida.

Palavras-chave: Depressão, adolescentes, prevalência.

¹ Escola Superior de Saúde de Viseu.

² Universidade Católica Portuguesa, Viseu.

Introdução:

A depressão na adolescência é uma perturbação frequente, podendo provocar incapacidades no desempenho individual, familiar, escolar e social, tornando-se a sua avaliação crucial. Apesar dos critérios disponíveis para o diagnóstico e classificação da depressão, baseados no tipo, no número, na frequência e na duração dos sintomas, um dos problemas subjacentes ao seu estudo, prende-se com a dificuldade de identificação e caracterização, aquando da realização de estudos na comunidade. Depressão pode significar uma síndrome traduzida por diversos sintomas somáticos, alterações de humor, alterações cognitivas, ou ainda uma doença caracterizada por importantes alterações afectivas, com grande variabilidade interpessoal¹.

A adolescência é uma etapa da vida acompanhada por muitas mudanças a nível físico, emocional, psicológico e social. Contudo, actualmente é aceite que os sintomas depressivos nesta fase do ciclo de vida não são apenas aspectos transitórios do normal desenvolvimento do adolescente. Os sintomas depressivos na adolescência são correlacionados com baixos níveis de auto-estima e de aptidão social, uma maior propensão para a delinquência e consumo de drogas e de álcool e suicídio. Os adolescentes com depressão possuem uma elevada probabilidade de apresentar um estado depressivo na vida adulta²⁻⁴. Um estudo realizado nos EUA demonstrou que antes da adolescência são pequenas as diferenças entre a prevalência de depressão nos rapazes e nas raparigas e aos treze anos registam-se valores mais altos de sintomatologia depressiva no sexo feminino e aos quinze anos a probabilidade de uma rapariga experimentar um episódio depressivo é duas vezes superior relativamente aos rapazes e, estas diferenças, tendem a persistir na idade adulta⁵. Um estudo longitudinal realizado nos EUA entre 1989 e 1993 com uma amostra de 1 176 adolescentes, mostrou que a prevalência de sintomas depressivos em adolescentes com idades compreendidas entre doze e dezoito anos era de 38,5%, superior nas raparigas (44,5% vs. 28,2%)⁶. Outro estudo epidemiológico realizado nos EUA (*National Comorbidity Survey*) estimou na população geral uma prevalência de depressão ao longo da vida de 17,1%⁷. Na Finlândia foram calculadas prevalências de sintomas depressivos de 13% no sexo feminino e de 9% no sexo masculino⁸.

Dadas as potenciais consequências da depressão na fase da adolescência revela-se importante o seu estudo nesta faixa etária. Estudos epidemiológicos de prevalência da sintomatologia depressiva em adolescentes e identificação dos determinantes da

sintomatologia depressiva são essenciais para que possam ser planeados cuidados de saúde aos três níveis de prevenção nesta área, pois para além de fornecerem dados importantes em relação à proporção de adolescentes que experimentam sintomatologia depressiva durante esta fase do ciclo de vida reflectem o “estado actual” da saúde mental dos jovens.

Assim, este estudo teve como objectivo quantificar a prevalência de depressão em adolescentes do distrito de Viseu.

Participantes e métodos

Realizámos um estudo transversal, descritivo e correlacional.

Amostra

O espaço amostral era constituído por quarenta e oito escolas públicas do terceiro ciclo e secundário do distrito de Viseu, frequentadas por alunos do sétimo ao décimo segundo ano. Do total de escolas públicas do terceiro ciclo e secundário do distrito de Viseu constituído por 24 concelhos, avaliámos vinte e seis, ou seja, uma escola por cada concelho com excepção do concelho de Viseu e Penalva do Castelo em que foram avaliadas duas escolas. Dos 8768 questionários distribuídos pelas vinte e seis escolas, foram recolhidos 7644 (87,2%). Os questionários foram distribuídos pelas escolas com base no número de alunos fornecido pelo Centro de Área Educativa (CAE) de Viseu. Em dias previamente combinados com os presidentes dos conselhos executivos das respectivas escolas procedemos à entrega dos questionários que foram distribuídos pelos directores de turma que, por sua vez, marcavam o dia e a hora para o seu preenchimento. Foi igualmente combinada uma data para a recolha do questionário e quinze dias depois efectuada nova visita à escola para recolher eventuais questionários dos alunos em falta. A recolha de dados foi efectuada através de um questionário, auto-aplicado e respondido pelos adolescentes em sala de aula. O questionário iniciava-se por uma introdução onde eram explicados os objectivos do estudo e solicitada a colaboração dos adolescentes. Constituído por perguntas fechadas e abertas, dividido em quatro grupos. O grupo “A” constituído por perguntas direccionadas à caracterização sócio-demográfica; o grupo “B” referia-se estilos de vida e o grupo “C” ao Inventário de Depressão de Beck – versão para adolescentes (BDI-II).

Dos 7644 questionários recolhidos, foram excluídos da análise aqueles que não apresentavam informação para o sexo, para a idade e para a idade e o sexo. Foram

analisados os restantes 7563 questionários, dos quais 4117 (54,4%) correspondiam a adolescentes do sexo feminino.

Verificamos que a distribuição por idades nos dois sexos em conjunto apresenta uma proporção de 11,3% com doze anos, 15,1% com treze anos, 17,2% com catorze anos, 19,1% com quinze anos, 16,5% com dezasseis anos, 13,3% com dezassete anos e 7,6% com dezoito anos. A maior proporção de adolescentes do sexo masculino encontra-se a frequentar o sétimo ano de escolaridade, num total de 763 (22,2%). No sexo feminino, a maior proporção das adolescentes encontra-se a frequentar o décimo ano de escolaridade, num total de 807 (19,6%). Em ambos os sexos, a maior proporção dos adolescentes frequenta o sétimo ano de escolaridade, num total de 1 531 (20,3%). Os restantes distribuem-se de modo semelhante pelos restantes anos de escolaridade, com 18,4% a frequentarem o oitavo ano, 18,2% o nono ano, 18,5% o décimo ano, 12,1% o décimo primeiro e 12,6% o décimo segundo ano. A maioria dos pais dos adolescentes de ambos os sexos apresentava uma escolaridade de 5-6 anos (39,4%). Relativamente ao índice de aglomeração, 68,4% dos adolescentes de ambos os sexos enquadra-se no índice inferior a 1,0 (pessoa por assoalhada), 17,3% no índice 1,0 e 14,3% no índice superior a 1,0. Quanto ao local de residência, a maioria dos adolescentes inquiridos (66,1%) vive na aldeia, 25,9% na vila e 8,0% na cidade (tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização da amostra

	Masculino		Feminino		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
	3446	45,6	4117	54,4	7563	100,0
Idade (anos)						
12	373	10,8	482	11,7	855	11,3
13	523	15,2	615	14,9	1138	15,1
14	651	18,9	647	15,7	1298	17,2
15	636	18,5	806	19,6	1442	19,1
16	577	16,7	674	16,4	1251	16,5
17	419	12,2	583	14,2	1002	13,3
18	267	7,8	310	7,5	577	7,6
Escolaridade						
7	763	22,2	768	18,7	1531	20,3
8	689	20,0	700	17,0	1389	18,4
9	654	19,0	722	17,5	1376	18,2

10	588	17,1	807	19,6	1395	18,5
11	384	11,2	532	12,9	916	12,1
12	367	10,7	587	14,3	954	12,6
Habilitações literárias dos pais						
0-4	772	22,5	861	21,0	1633	21,7
5-6	1333	38,8	1636	39,9	2969	39,4
7-12	841	24,5	1066	26,0	1907	25,3
>12	248	7,2	230	5,6	478	6,3
S/ informação	240	7,0	313	7,6	553	7,3
Índice de aglomeração						
<1,0	2359	68,5	2810	68,3	5169	68,4
1,0	579	16,8	731	17,8	1310	17,3
>1,0	508	14,7	576	14,0	1084	14,3
Local de residência						
Aldeia	2196	64,4	2759	67,6	4955	66,1
Vila	922	27,0	1015	24,9	1937	25,9
Cidade	294	8,6	306	7,5	600	8,0

A sintomatologia depressiva foi avaliada com recurso ao Inventário de Depressão de Beck (BDI) versão para adolescentes (BDI-II). A escala original foi desenvolvida por Beck⁹, e encontra-se validada para a população portuguesa^{10,11,12}. É composto por vinte e uma categorias de sintomas e atitudes, seleccionadas pela observação clínica de diversos doentes deprimidos e abrangem as manifestações presentes nas diferentes intensidades do quadro clínico depressivo. Cada categoria ou agrupamento sintomatológico corresponde a uma manifestação comportamental específica da depressão e é constituída por quatro a sete frases, dispostas por ordem decrescente de intensidade, ou seja, as perturbações dispõem-se no sentido de menor para maior gravidade e após a sua execução é aferido o valor dos resultados, obtendo-se uma classificação final que permite classificar o doente em função do seu grau de severidade. O inquirido responde, escolhendo a frase que melhor define a forma como se sente ou sentiu nas últimas duas semanas. As frases estão ordenadas de modo a reflectir a amplitude e a gravidade do sintoma, de intensidade neutra a máxima, sendo atribuídos valores de zero a três, respectivamente – inexistente (0); leve (1); moderado (2) e grave (3). A soma das pontuações nas diversas categorias fornece o valor total que permite a classificação dos sintomas, podendo, assim variar entre zero e sessenta e três pontos.

Estas categorías foram posteriormente agrupadas em seis dimensões ou componentes depressivos: Componente afectivo – referente ao humor, insatisfação, ódio de si mesmo, períodos de choro, irritabilidade, afastamento social; Componente cognitivo – pessimismo, sentimentos de fracasso e culpabilidade, auto-acusação, distorção da imagem corporal, incapacidade de decisão; Componente motivacional – ideias suicidas, incapacidade de trabalhar; Componente delirante – sentimentos de punição; Componente físico – fadigabilidade, hipocondria; Desvio funcional depressivo – alterações do sono, perda de apetite, perda de peso, diminuição da libido. Considera-se para o BDI-II que as pontuações globais de 0 a 13 representam sintomatologia depressiva “mínima”, as de 14 a 19 “ligeira”, de 20 a 28 “moderada” e mais de 29 representa sintomatologia depressiva “grave” ou “severa”¹³. De acordo com a maioria dos estudos utilizámos como *cut-off point* valores superiores a 13. Num estudo realizado com uma amostra 775 adolescentes portugueses com os objectivos estimar a prevalência de sintomatologia depressiva em adolescentes dos 13 aos 16 anos e aferir as propriedades psicométricas do BDI-II na identificação dos sintomas depressivos em adolescentes sugere o seguinte ponto de corte: valores inferiores ou iguais a 13, sem sintomatologia depressiva; valores superiores a 13, com sintomatologia depressiva, o que coincide com o ponto de corte de 13 referido por Beck, na avaliação das suas amostras com o BDI-II¹².

Análise estatística

No processamento e análise dos dados foram utilizados os programas *Epi-Info 6.04a* e *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 17.0). As variáveis contínuas foram descritas através de medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão). Foram ainda calculadas prevalências, expressas em percentagens com os respectivos intervalos de confiança a 95% (IC95%).

Resultados

A média de pontuações totais no BDI-II foi de 11,7 com um desvio-padrão de 23,1; sendo a média das pontuações superiores no sexo feminino (12,6±19,4 vs. 10,6±26,8). A prevalência de depressão com ponte de corte 13 foi de 20,6%. A prevalência de depressão mínima foi de 73,9%, de depressão ligeira foi de 10,9%, de depressão moderada foi de 8,9% e de depressão grave ou severa; encontrando-se diferenças entre os sexos estatisticamente significativas ($p < 0,01$). A prevalência de depressão mínima foi

superior no sexo masculino (81,0% vs. 67,9%), a prevalência de depressão ligeira foi superior no sexo feminino (13,8%vs.7,4%), a prevalência de depressão moderada foi superior no sexo feminino (10,6%vs.6,7%) e a prevalência de depressão grave ou severa foi superior no sexo feminino (7,6% vs. 4,8%).

A sintomatologia depressiva está associada ao sexo (feminino 25,9%, masculino 14,2%, $p<0,01$), idade (≤ 14 anos 17,6%, >14 anos 22,9%, $p<0,01$), habilitações literárias dos pais ($\leq 9^{\text{º}}$ ano 20,9%; $>9^{\text{º}}$ ano 18,5%, $p<0,01$) área de residência (rural 21,7%, urbano 18,4%, $p<0,01$), absentismo escolar (sim 25,6%, não 17,7%, $p<0,01$), tabagismo (sim 26,4%, não 15,6%, $p<0,01$), consumo de café (sim 24,9%, não 17,4%, $p<0,01$), consumo de álcool (sim 24,6%, não 17,5%, $p<0,01$), prática de desporto (sim 18,7%, não 22,8%, $p<0,01$) e com o excesso de peso/obesidade ($\text{IMC} \geq 25,0 \text{Kg/m}^2$ 24,7%, $\text{IMC} < 25,0 \text{Kg/m}^2$ 19,5%, $p<0,01$).

Tabela 2 – Factores associados à sintomatologia depressiva.

	Sintomatologia depressiva			
	n	%	IC95%	p
Sexo				
Feminino	1059	25,9	(24,6-27,3)	
Masculino	477	14,2	(13,0-15,4)	<0,01
Idade				
≤ 14 anos	566	17,6	(16,3-18,9)	
>14 anos	966	22,9	(21,7-24,2)	<0,01
Habilitações literárias dos pais				
$\leq 9^{\text{º}}$ ano	1140	20,9	(19,8-22,0)	
$>9^{\text{º}}$ ano	262	18,5	(16,5-20,6)	0,05
Área de residência				
Rural	1059	21,7	(20,6-22,9)	
Urbano	459	18,4	(17,0-20,0)	<0,01
Absentismo escolar				
Sim	698	25,6	(24,0-27,3)	
Não	828	17,7	(16,6-18,8)	<0,01
Tabagismo				
Sim	892	26,4	(25,0-28,0)	
Não	627	15,6	(14,5-16,7)	<0,01
Consumo de café				

Sim	797	24,9	(23,4-26,4)	
Não	729	17,4	(16,2-18,2)	<0,01
Consumo de álcool				
Sim	798	24,6	(23,2-26,1)	
Não	732	17,5	(16,4-18,7)	<0,01
Prática de desporto				
Sim	763	18,7	(17,5-19,9)	
Não	753	22,8	(21,4-24,2)	<0,01
Excesso de peso/obesidade				
Sim	280	24,7	(18,5-20,6)	
Não	1076	19,5	(22,3-27,3)	<0,01

Discussão

Encontrámos uma prevalência de sintomatologia depressiva de 20,6%, superior no sexo feminino. Um estudo longitudinal realizado nos EUA entre 1989 e 1993 com uma amostra de 1 176 adolescentes, mostrou que a prevalência de sintomas depressivos em adolescentes com idades compreendidas entre doze e dezoito anos era de 38,5%, superior nas raparigas (44,5% vs. 28,2%)⁶. No Porto um estudo realizado com uma amostra de 340 adolescentes dos 13 aos 16 anos mostrou uma prevalência de depressão foi de 29%, superior no sexo feminino (16%vs.13%). Demonstrou ainda, que a média das pontuações totais no BDI-II foi de 11,4 com um desvio-padrão de 9,5; significativamente superior no sexo feminino, as raparigas obtiveram pontuações médias totais de 13,4 e desvio padrão de 10,9 e os rapazes obtiveram pontuações médias totais de 10,0 com um desvio padrão de 8,0 ($p < 0,002$)¹³. Outro estudo realizado com uma amostra de adolescentes dos 12 aos 18 anos mostrou que a pontuação média total de depressão foi de 18,2; superior nas raparigas aproximadamente 5 pontos (20,6 vs. 15,8, $p < 0,01$)¹⁴.

Vários estudos referem que a depressão está relacionada com o sexo, com determinados estilos de vida tais como o consumo de drogas, de bebidas alcoólicas e o sedentarismo; a falta de suporte social, o stress no dia-a-dia escolar, com o estado civil dos pais e com os comportamentos alimentares¹⁵⁻¹⁹.

Conclusões

1. No total da amostra, a prevalência de sintomatologia depressiva foi de 20,6%, superior no sexo feminino.

2. A prevalência de depressão mínima foi superior no sexo masculino (81,0% vs. 67,9%), a prevalência de depressão ligeira foi superior no sexo feminino (13,8%vs.7,4%), a prevalência de depressão moderada foi superior no sexo feminino (10,6%vs.6,7%) e a prevalência de depressão grave ou severa foi superior no sexo feminino (7,6% vs. 4,8%).

3. Verificámos uma associação entre a sintomatologia depressiva e o sexo, a idade superior a 14 anos, as habilitações literárias dos pais superior ao 9º ano, a área de residência, o absentismo escolar, o excesso de peso e a obesidade e determinados hábitos de vida tais como, o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas, o consumo de café e o sedentarismo.

Referências bibliográficas

1. Ramos F, Sennfelt J, Amaral MJ, valente P. Economia da saúde e da saúde mental - os custos com a depressão. *Revista de Saúde Pública* 1996; 14:53-68.
2. Harrington R, Rutter M, Fombonne E. Developmental pathways in depression: multiple meanings, antecedents, and endpoints. *Developmental and Psychopathology* 1996; 8:601-16.
3. DEVINE, D.; KEMPTOM, T.; FOREHAND, R. — Adolescent depressed mood and young adults functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1994; 22: 629-40.
4. Piacentini J, Pataki C. Substance abuse in depressed adolescents. In KOPLEWICZ, H. S., KLASS, E., ed. lit. — *Depression in children and adolescents*. Harwood Academic Publishers, 1993.
5. Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear M. Adolescent onset of the gender difference in the lifetime rates of major depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:21-7.
6. Patten C, Choi W, Vickers K, Pierce J. Persistence of depressive symptoms in adolescents. *Neuropsychopharmacology* 2001; 25:S89-91.
7. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8-19.
8. Pelkonen M, Marttunen M, Aro H. Risk for depression: a 6-year follow-up of Finnish adolescents. *J Affect Disord* 2003; 77:41-51.
9. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry* 1961; 2:561.

10. Vaz-Serra A, Abreu JLA. Aferição dos quadros clínicos depressivos. Ensaio de aplicação do inventário depressivo de Beck. *Coimbra Médica* 1973; 20:713-736.
11. Martins A, Coelho R. Considerações teóricas sobre a depressão na adolescência. *Psiquiatria Clínica* 2000; 21:23-34.
12. Coelho R, Martins A, Barros H. Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *European Psychiatry* 2002; 17:222-226.
13. Oliveira-Brochado F, Oliveira-Brochado A. Estudo da presença de sintomatologia depressiva na adolescência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2008; 26:27-36
14. Steer RA, Kumar G, Ranieri WF, Beck AT. Use of the Beck depression inventory-II with adolescent psychiatric outpatients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 1998; 20:120-137.
15. [Sund AM](#), [Larsson B](#), [Wichstrøm L](#). Role of physical and sedentary activities in the development of depressive symptoms in early adolescence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010; 1.
16. [Sund AM](#), [Larsson B](#), [Wichstrøm L](#). Psychosocial correlates of depressive symptoms among 12-14-year-old Norwegian adolescents. [J Child Psychol Psychiatry](#) 2003; 44:588-97.
17. Faith MS, Matz PE, Jorge MA. Obesity-depression associations in the population. *J Psychosom Res* 2002; 53:935-42.
18. Kendler KS, Walters EE, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women. Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:374-83.
19. Nolen-Hoekema S, Girgus J. The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin* 1994; 115:424-443.