

• Intensidade de sintomas depressivos em adolescentes através da escala de depressão de Beck (BDI-II)

Intensity of depressive symptoms in adolescents through the Beck depression scale (BDI-II)

Intensidad de los síntomas depresivos en adolescentes a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Irani Iracema de Lima Argimon¹

Lauren Bulcão Terroso²

Arianne de Sá Barbosa³

Regina Maria Fernandes Lopes⁴

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS

Resumo: A depressão em adolescentes tem um significativo impacto no desempenho escolar, além de prejudicar a auto-estima e causar sintomas de instabilidade emocional, irritabilidade, podendo ocorrer crises de raiva e risco de suicídio. O objetivo deste estudo é avaliar os sintomas de depressão em adolescentes. A amostra é de 88 escolares, com idades compreendidas entre 12 e 17 anos, que cursam a sexta e sétima série de uma escola de Ensino Fundamental. O instrumento utilizado é a Escala de Depressão de Beck (BDI-II). Trata-se de uma pesquisa descritiva, quantitativa, com delineamento transversal. Os resultados mostram que a intensidade da depressão observada nos adolescentes estudados é maior que a verificada na população geral, em outras fases da vida, com exceção apenas da terceira idade (acima de 65 anos). Este dado é preocupante já que, por se tratar de uma fase crucial ao desenvolvimento humano, permeada por muitas mudanças em pouco período tempo, o desenvolvimento de transtornos mentais pode acarretar diversos danos psicossociais para o adolescente. O problema, inclusive, perpassa o âmbito individual: o aumento de depressão entre adolescentes pode trazer danos à sociedade como um todo, que terá muitos jovens problemáticos no início de sua entrada no mercado de trabalho, aumento dos gastos com a saúde destes e com o sistema de previdência do País.

Palavras-Chave: Inventario de Depressão de Beck (BDI), adolescentes, depressão.

¹ Dra. em Psicologia (PUCRS), Docente do Programa de Graduação e Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Brasil. Pesquisadora Produtividade CNPq. Contato: Av. Ipiranga, 6681 – Partenon, CEP: 90619-900, Porto Alegre, RS - Brasil. Tel: (51) 3320-3500. E-mail: argimoni@pucls.br

² Psicóloga (UCPel). Mestranda em Psicologia Clínica (PUCRS). Contato: Av. Ipiranga, 6681 – Partenon, CEP: 90619-900, Porto Alegre, RS - Brasil. Tel: (51) 3320.3500. E-mail: laurenterroso@hotmail.com

³ Psicóloga (Universidade Federal do Ceará), Doutoranda em Psicologia Clínica (PUCRS). Apoio CAPES. Contato: Av. Ipiranga, 6681 – Partenon, CEP: 90619-900, Porto Alegre, RS - Brasil. Tel: (51) 3320.3500. E-mail: ariannedesa@yahoo.com.br

⁴ Psicóloga (PUCRS). Mestre e Doutora em Psicologia (PUCRS). Especialização em reabilitação Neuropsicológica (FAMUSP). Professora da Pós- Graduação em Avaliação Psicológica da UNISC. Coordenadora do Núcleo Médico Psicológico, Porto Alegre. Contato: Av. Ipiranga, 6681 – Partenon, CEP: 90619-900, Porto Alegre, RS - Brasil. Tel: (51) 3320.3500. E-mail: regina@nucleomedicopsicologico.com.br

Abstract: *Depression in adolescents has a significant impact on school performance besides damaging self-esteem. Depressive disorder in this age group causes symptoms of emotional instability and irritability; tantrums, explosions and risk of suicide can also occur. The objectives of this study is to evaluate the symptoms of depression in school adolescents. The sample is comprised of 88 students aged between 12 and 17 years who attended the sixth and seventh grade of elementary school. The instrument used was the Beck Depression Scale (BDI-II), specifically designed to measure depression. The present study is a quantitative and descriptive research with a cross sectional design. The results show that the intensity of depression observed in this sample is higher than that of the general population in other stages of life excepting only the elderly (65 years or more). This finding is worrisome because, as it is a crucial stage of human development, permeated through many changes in a short period of time, the development of mental disorders can lead to several psychosocial damages to the teenager. The problem even transcends the individual level: the increase of depression among adolescents may be harmful to society as a whole, which will have many problematic youngsters at the beginning of their entry into the labor market, increased costs with their health and with the security system of the country.*

Keywords: *Beck Depression Inventory (BDI), adolescents, depression.*

Resumen: *La depresión en los adolescentes tiene un impacto significativo en el rendimiento escolar, además de afectar la autoestima y causar síntomas de inestabilidad emocional, irritabilidad, con posibles crisis de rabia y riesgo de suicidio. El objetivo de este estudio es evaluar los síntomas de depresión en los adolescentes. La muestra está conformada por 88 estudiantes, con edades comprendidas entre los 12 y 17 años que cursan el sexto y séptimo grado de una escuela de primaria. El instrumento utilizado es el Inventario de Depresión de Beck (BDI- II). Se trata una investigación descriptiva-cuantitativa, de tipo transversal. Los resultados muestran que la intensidad de la depresión observada en los adolescentes estudiados es superior a la de la población general en otras fases de la vida, con la única excepción de las personas mayores (de más de 65 años). Este hallazgo es llamativo, ya que, como se trata de una etapa crucial del desarrollo humano, permeada por muchos cambios en un corto período de tiempo, el desarrollo de trastornos mentales puede conllevar a diferentes daños psicosociales a los adolescentes. El problema traspasa el nivel individual: el aumento de la depresión en los adolescentes puede ser perjudicial para la sociedad en su conjunto, que tendrá muchos jóvenes problemáticos al comienzo de su entrada en el mercado laboral, aumentando los gastos en la salud y el sistema de seguridad social del País.*

Palabras claves: *Inventario de Depresión de Beck (BDI), adolescentes, depresión.*

Introdução

A depressão é um transtorno mental comum que atinge mais de 350 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo a principal causa de incapacidade e contribuindo para a carga global de doenças (World Health Organization, 2012). Atualmente, é considerado um problema de saúde pública, uma vez que é a quarta doença mais dispendiosa para os hospitais. Segundo dados da *American Psychiatric Association*, cerca de 3 a 5% da população geral será afetada pela depressão em algum momento da vida (APA, 2000/2002). Uma gravidade em relação a este diagnóstico encontra-se nos achados de estudos que apresentam uma taxa de suicídio de aproximadamente 15% entre indivíduos deprimidos (Saffi, Abreu & Neto, 2011).

No Brasil, a prevalência de depressão na população geral ao longo da vida é de aproximadamente 17%. Em um estudo realizado em 18 países, a prevalência encontrada foi de 11,1%, e, entre os países de renda média, o maior índice encontrado foi no Brasil, com percentual de 18,4%. Quando se trata de pacientes cuidados na atenção primária do Brasil, essa prevalência pode chegar a 29,5%, diferentemente do encontrado em usuários dos serviços primários da Espanha (9,6%). Apesar de a depressão ser uma condição comum, de curso crônico e recorrente, esses achados confirmam a perspectiva de maior utilização dos recursos de saúde pelos indivíduos com indicativo de transtorno depressivo. Adicionalmente, esse transtorno é frequentemente associado à incapacitação funcional e ao comprometimento da saúde física (Molina e outros, 2012).

As síndromes depressivas possuem uma série de reações afetivas, modificando a maneira como o indivíduo acometido percebe o mundo e sente a realidade. Há um aumento constante do número de pessoas que se queixam de tristeza, choro ou irritabilidade, sem um motivo claro. Estas pessoas costumam relatar a falta de prazer em atividades que até então eram prazerosas. Acompanhando estes sintomas, frequentemente encontram-se alteração do apetite, perda ou ganho de peso, alterações do sono, diminuição do desejo sexual e agitação ou retardo psicomotor. São comuns também neste contexto, sentimentos de desvalorização, inferioridade, incompetência, culpa, bem como dificuldades para pensar e/ou tomar decisões, dificuldades em concentrar-se e perdas de memórias. Ainda são constantemente identificados nestes indivíduos, pensamentos frequentes sobre morrer, sensação de que a vida não tem sentido e de que não vale a pena viver (Saffi e outros, 2011).

Tais alterações podem ser indícios de depressão, doença que tem surgido cada vez mais precocemente na população (Fonseca, Coutinho & Azevedo, 2008; Hamdi & Iacono, 2013). Um estudo longitudinal conduzido nos Estados Unidos constatou que 25% dos adultos depressivos tiveram o primeiro episódio da doença antes dos dezoito anos de idade (Olsson & Von Knorring, 1999)

Em relação à adolescência, esta patologia começou a ser estudada a partir da década de 60, porém não é possível afirmar que não existisse antes disso (Baptista, Baptista & Dias, 2001). Atualmente a depressão nesta faixa-etária é considerada um grave problema de saúde mundial, já que estudos epidemiológicos estimam que há uma prevalência de 20% de transtornos depressivos neste período (Wainer & Piccoloto, 2011).

A adolescência é uma etapa, compreendida entre os 12 e 19 anos de idade, de intensas transformações físicas, psicológicas, sociais e culturais (Souza, Silva-Abrão & Oliveira-Almeida, 2011). Trata-se de um período de acentuadas mudanças biológicas e hormonais, que proporcionam muitas vezes, dúvidas, inquietação e mudanças de comportamento em relação aos pares e a família. É uma etapa constituída por certas características como o desenvolvimento do autoconceito, auto-estima e conceitos mais complexos (Baptista e outros, 2001). Pode ser considerada um período de grande aprendizagem de normas, conceitos sociais e morais, mesmo que, às vezes, estes sejam violados pela experimentação de limites (Aragão, Coutinho, Araújo & Castanha, 2009).

Nesta etapa, o indivíduo se modifica física, mental e emocionalmente (Bee, 1994/1997). É evidente que se trata de uma fase de metamorfose, onde ocorrem grandes transformações e descobertas, tornando-se uma época da vida propícia a riscos, medos e instabilidades. Portanto, a análise da depressão nesta fase do ciclo vital deve considerar características típicas, como: mudança corporal, descoberta da sexualidade, alterações hormonais, sociais, dentre outros fatores (Aragão e outros, 2009).

Apesar de apresentar sintomas depressivos moderados e severos, que, por muitas vezes, se assemelham aos apresentados pelos adultos, os adolescentes acometidos por este transtorno manifestam importantes particularidades que são típicas. Assim, a depressão na adolescência tem características, como instabilidade emocional, irritabilidade, crises de raiva, explosões e outras alterações comportamentais (American Psychiatric Association, 2000/2002; Simonds e outros, 2013). Além do humor irritado, são comuns os sentimentos de desesperança, desinteresse e apatia, culpa, perda de energia, dificuldades no sono (hipersonia), lentidão psicomotora, dificuldade de concentração, alterações de apetite e peso, assim como o isolamento. Ao mesmo tempo, pode existir baixa autoestima, queixas físicas (fadiga, cefaléia e dor abdominal), sérios problemas de comportamento e ideação suicida.

O transtorno depressivo na adolescência tende a ter longa duração e recorrências, produzindo disfunções sociais e ocupacionais mais prolongadas, podendo envolver um alto grau de morbidade e mortalidade (Wainer & Piccoloto, 2011). Por isso, a depressão em adolescentes tem um significativo impacto no desempenho escolar, podendo prejudicar a concentração e o desempenho

cognitivo (Millings e outros, 2012). A depressão nesta faixa-etária também se encontra associada a tentativas de suicídio e uso de álcool e outras drogas (Aragão e outros, 2009).

Devido a esta multiplicidade de sintomas, o diagnóstico da depressão é ainda mais difícil em adolescentes do que em adultos, já que a sintomatologia nessa fase da vida possui características específicas. Os dilemas característicos fazem com que tanto o diagnóstico quanto o tratamento desta patologia sejam permeados por muitos desafios. Outro agravante concerne ao fato destes sujeitos se encontrarem em luta com aspectos referentes à própria autonomia, o que pode acarretar menor probabilidade de procurarem ajuda psicológica, e com isso, piorar os sintomas depressivos (Wainer & Piccoloto, 2011).

Sabe-se que o diagnóstico de depressão costuma sofrer prejuízo pela presença frequente de comorbidades, pela dificuldade da equipe de saúde em reconhecê-la e pela falta de atenção à saúde mental no sistema de saúde primário. Pesquisas mostram que 50% a 60% dos pacientes com depressão não são detectados ou não recebem tratamento adequado e específico, o que revela uma grande deficiência no diagnóstico e no tratamento da depressão na prática geral, apesar da existência de muitos instrumentos que podem ser facilmente utilizados em ambulatórios gerais, tanto para rastreamento quanto para diagnóstico (Molina e outros, 2012).

Neste sentido, Bahls, S.C. e Bahls, F.R.C. (2002) relatam que vários adolescentes que foram identificados em pesquisas como sofrendo de depressão, nunca haviam sido diagnosticados antes e estavam sem tratamento. Apesar da alta prevalência, o interesse científico pelo transtorno nesta faixa-etária é relativamente recente, já que até a década de 70 acreditava-se que era raro (Bahls, 2002).

Os autores Saffi e outros (2011) relatam que muitas pessoas com depressão chegam a buscar ajuda de profissionais de saúde, mas só dão pistas deste transtorno quando o profissional faz perguntas específicas. Este dado salienta a dificuldade, muitas vezes, encontrada para a realização de um diagnóstico preciso pelo profissional, que, diante de queixas vagas, fica impossibilitado de identificar o transtorno. Como as principais características das queixas referentes à depressão são relacionadas a queixas somáticas, como dores pelo corpo, mal-estar indefinido, formigamentos, vazio na cabeça e no corpo, tremores, aperto no peito, assim como angústia, este transtorno é facilmente confundido com outras doenças. Dessa forma, fica evidente a necessidade da investigação dos sintomas específicos da depressão.

Durante as últimas décadas, os crescentes progressos no que se refere à classificação nosológica mostram uma tendência à operacionalização de critérios diagnósticos e salientam a importância das estratégias de avaliação que tendem,

por sua vez, a se tornarem mais padronizadas. Além da consolidação do uso de entrevistas estruturadas (Berge e outros, 2009), outros recursos de avaliação são utilizados, com ênfase numa abordagem dimensional, associada ao emprego de instrumentos psicométricos na avaliação de pacientes (Brown & Barlow, 1992). Ressalta-se o papel das escalas tanto para fins diagnósticos, como para a pesquisa (Zimmerman e outros, 2013).

Por isso, devido às diferenças em relação a crenças, comportamentos e definições, a utilização de instrumentos provenientes de outras culturas deve ser precedida de uma avaliação detalhada da equivalência entre o original e a nova versão (Gjersing, Caplehorn & Clausen, 2010). Dessa forma, o processo de adaptação deve ser uma combinação entre a tradução literal do instrumento de um idioma para o outro e um trabalho de sintonização que contemple o contexto cultural da população alvo da versão traduzida. Este processo de adaptação é essencial para a validação de instrumentos de avaliação psicológica (Cassepp-Borges, Balbinoti & Teodoro, 2010; Borsa, Damasio & Bandeira, 2012).

O Inventário de Depressão de Beck, ou BDI, é uma escala de auto-retrato, desenvolvida originalmente por Beck e outros (1961). Foi um dos primeiros instrumentos criados para medir especificamente a depressão (Zimmerman e outros, 2013). A escala compreende 21 itens descritivos de atitudes e sintomas, constituindo cada um uma manifestação comportamental específica da depressão (Beck e outros, 1961). Por tal razão, é considerada uma escala sintomática. As alternativas de resposta a cada item pressupõem níveis de gravidade crescente de depressão (Gomes-Oliveira e outros, 2012). Deste modo, a soma dos escores dos itens individuais é considerada medida da intensidade da depressão que, segundo normas americanas, pode ser classificada como mínima, leve, moderada ou grave (Goreinstein e outros, 2011).

No Brasil, existem muitas traduções do BDI, publicadas ou não (Beck e outros, 1979/1982; Rodrigues & Correa, 1987). O BDI foi validado em amostras clínicas e populacionais brasileiras e teve seus pontos de corte estabelecidos para as diferentes intensidades de sintomas sendo: mínimo (0-11), leve (12-19), moderado (20-35) ou grave (36-63) (Cunha, 2001). Este instrumento foi desenvolvido para uso com pacientes psiquiátricos, posteriormente, demonstrando ser útil também para a população geral, sendo indicado para sujeitos de 17 a 80 anos. No entanto, vários autores referem estudos desenvolvidos com sujeitos aquém e além desse período etário (Goreinstein e outros, 2011). Na literatura, também são encontradas referências a vários trabalhos com adolescentes (Ambrosini, Metz & Bianchi, 1991; Atlas & DiScipio, 1992; Araya e outros, 2013)

Diante do exposto, a avaliação específica da utilidade clínica do BDI-II, na sua versão brasileira, para esta fase da vida, parece extremamente importante.

Devido à vulnerabilidade à depressão se intensificar muito na adolescência, há a necessidade de um diagnóstico precoce nestes casos (Iliceto e outros, 2011). Sendo assim, as escalas auto-aplicáveis têm se mostrado importantes ferramentas para o rastreamento da depressão entre os adolescentes (Salle e outros, 2012).

Um estudo realizado em João Pessoa-PB, utilizando o BDI, constatou que, da amostra composta por 222 adolescentes entre 14 e 19 anos, 19 apresentaram sintomatologia depressiva (Aragão e outros, 2009). Um outro estudo utilizando o BDI, juntamente com outros instrumentos, foi realizado com amostra de 503 estudantes do ensino médio, nas idades entre 15 e 17 anos, que tiveram média 8 no BDI (DP=7,94). O estudo constatou que um terço da amostra estava sob risco de uma síndrome depressiva ou com, no mínimo, sintomas leves de depressão (Salle e outros, 2012).

Na pesquisa desenvolvida por Teixeira e outros (2011), também utilizando o BDI, foi constatado que, dos 127 escolares, 15,8% estavam apresentando comportamento depressivo. Já no trabalho desenvolvido por Millings e outros (2012), dos 2516 adolescentes (de 13 a 17 anos), 18,4% das meninas e 11,1% dos meninos foram classificados como depressivos. Este estudo também usou a escala BDI.

Pesquisas sobre depressão em adolescentes são relevantes, na medida em que podem propor alternativas de prevenção, detecção precoce, avaliação e intervenção eficazes para o manejo de tal quadro clínico em uma faixa etária que é, comprovadamente, vulnerável a ele. Os objetivos deste estudo, portanto, consistiu em avaliar os sintomas de depressão em adolescentes escolares, através da Escala de Depressão de Beck (BDI-II), bem como comparar o resultado obtido com o de outras populações. A faixa etária escolhida é fundamentada no fato de a depressão entre adolescentes ter prevalência preocupante e ter capacidade de debilitar o jovem, expondo-o, inclusive, a risco de vida, através do suicídio (Bevans, Diamond & Levy, 2012).

Método

Delineamento

Pesquisa descritiva do tipo quantitativo, com corte transversal e amostra por conveniência. Este estudo faz parte de um estudo maior denominado *Adaptação do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) para a população brasileira*.

Participantes

A amostra de adolescentes foi constituída por 88 adolescentes, com idades compreendidas entre 12 e 17 anos, de duas escolas da cidade de Porto Alegre-RS, sendo uma pública e outra particular. Para comparar a prevalência de

sintomas depressivos entre os adolescentes, foi incluída uma amostra de universitários (n=88), com idades entre 18 e 24 anos, estudantes de vários cursos de uma faculdade privada. Os escores da população de adolescentes também foram comparados aos de uma população clínica (n=751), composta por sujeitos dependentes químicos, com transtornos de ansiedade, bem como indivíduos com transtornos de humor.

Instrumentos

Foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) (Goreinstein e outros, 2011), da versão em português. O Inventário de Depressão de Beck (BDI) é um instrumento reconhecido no mundo todo para medir a intensidade dos sintomas de depressão. No Brasil, esta escala foi adaptada e validada primeiramente por Cunha (2001). Consiste em uma escala de auto-relato de 21 itens, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade da depressão com escore de 0 a 3. Conforme as normas da versão em português, os pontos de corte, desenvolvidos por Cunha (2001), estão subdivididos em: 0 a 11 = mínimo, de 12 a 19 = leve, de 20 a 35 = moderado e de 36 a 63 = grave.

Em pesquisas realizadas com BDI, ficou demonstrada a necessidade de estudos mais aprofundados, objetivando revisar e adequar este instrumento à sociedade moderna e a contextos culturais específicos de diferentes países. Isso ocorreu posteriormente à revisão do BDI nos Estados Unidos, quando pesquisadores de diversos países começaram a fazer a tradução e a adaptação deste inventário para diferentes comunidades, entre elas: Porto Rico, Alemanha, países árabes, Espanha e Argentina (Alansari, 2006; Kuhner e outros, 2007; Rodriguez, Davila & Collazo, 2006).

Procedimentos

Após a aprovação deste estudo no Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP 07/03817), foi iniciada a coleta. Assim, foram realizados os contatos com a direção das escolas escolhidas e a universidade, para que fossem realizados os agendamentos para a aplicação dos instrumentos. A amostra clínica de dependentes químicos foi coletada em um centro de reabilitação. Já a amostra de indivíduos com transtornos de ansiedade e humor foi coletada em um centro que presta auxílio psicológico à população.

No caso da escola, mediante a autorização da instituição, foram entregues para os professores os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para que os alunos pudessem levá-los para casa e trazê-los assinado por seus pais, no dia da aplicação. No caso dos universitários e da população clínica, por serem maiores de idade (acima de 18 anos), eles mesmos assinaram o TCLE, após a autorização dos responsáveis por ambas as instituições.

No dia da coleta, o BDI-II foi administrado a todos os sujeitos que concordaram em participar da pesquisa (mediante assinatura do TCLE). Em relação aos adolescentes, estes eram impedidos de participar e excluídos do estudo caso não tivessem em mãos o TCLE assinado pelos responsáveis. O instrumento foi aplicado coletivamente nas instituições onde estes sujeitos se encontravam. Antes do início do preenchimento das questões, foi feito um *rapport* acerca dos objetivos da pesquisa, do instrumento e de questões de sigilo. Foi reforçada a participação voluntária na pesquisa. Em seguida, os sujeitos preencheram o BDI-II. O instrumento, constituído por 21 itens, foi auto-administrado, levando 10 a 15 minutos para ser preenchido.

Análise dos Dados

Após o término da coleta, os dados foram inseridos no programa estatístico *SPSS* versão 15.0 para o procedimento das análises estatísticas. Primeiramente, foi analisada a consistência interna do instrumento para a amostra de adolescentes, através do coeficiente de *Cronbach*.

Depois, estatísticas descritivas foram realizadas no intuito de compreender as características sócio-demográficas dos participantes do estudo. A análise de variância foi utilizada para a comparação da média do BDI-II de adolescentes com as encontradas em outras fases da vida. O teste *t* foi utilizado para a comparação da média do BDI-II de adolescentes com as de estudantes universitários de 18 a 24 anos. E, por fim, a análise de variância *one-way* e o teste de comparações múltiplas, utilizando o procedimento de *Tukey*, foram empregados para a comparação da média do BDI-II dos adolescentes com as de amostras clínicas.

Resultados e discussão

A análise da consistência interna do instrumento para a amostra de adolescentes revelou um coeficiente de *Cronbach* de 0,79. Este resultado aponta uma boa consistência interna do instrumento para o público adolescente.

Quanto às características sócio-demográficas, 44 adolescentes eram do sexo feminino e 44 eram do sexo masculino. A idade dos participantes foi de 12 a 17 anos ($M = 13,83$; $DP = 1,38$). A média da pontuação dos adolescentes no BDI-II foi de 11,11 ($DP = 7,64$).

Intensidade da depressão nos adolescentes estudados, conforme normas americanas

A classificação da intensidade da depressão nos participantes adolescentes deste estudo, conforme normas americanas (Goreinstein e outros, 2011), pode ser visualizada na Tabela 1:

Nível de depressão	Número	%
Mínimo	43	48,9
Leve	24	27,3
Moderado	19	21,6
Grave	2	2,3
Total n	88	100%

Tabela 1 - Classificação da intensidade da depressão

Através desta tabela, pode-se perceber que mais da metade dos adolescentes estudados apresentaram um nível de depressão, de mínimo a leve. Esse dado foi, inclusive, superior ao encontrado no estudo conduzido por Sajjadi e outros (2013), que relatou uma prevalência de 43,55% de sintomas depressivos leves, moderados e graves entre os adolescentes.

Ao compararmos a média da pontuação dos adolescentes no BDI-II deste estudo, 11,11 (DP = 7,64), com um outro estudo brasileiro, realizado com estudantes de 15 a 17 anos, que encontrou média de 6,32 entre os meninos e de 9,06 entre as meninas (Salle e outros, 2012), percebemos o quão preocupante são os dados revelados através desta pesquisa. Os sintomas depressivos encontrados nos adolescentes escolares aqui avaliados são de intensidade superior ao do estudo recente de Salle e outros (2012).

Obviamente, a interpretação destes dados deve ser realizada com cautela, devido ao desvio padrão encontrado (DP=7,64). Mas pode indicar uma tendência ao agravamento de sintomas depressivos na população adolescente em um curto espaço de tempo. Além disso, ambos os estudos podem revelar uma característica específica dos adolescentes do Rio Grande do Sul, da cidade de Porto Alegre, tendo em vista que foram realizados neste local.

Pesquisas sobre prevalência vem apontando, progressivamente, um número relativamente alto de crianças e adolescentes com sintomas de depressão, o que leva a questionar quais os principais fatores ligados a estes dados (Baptista e outros, 2001). Há amplas evidências de que problemas relacionados à estrutura e ao suporte familiar estão relacionados às desordens psiquiátricas na infância e adolescência (Wolkind & Rutter, 1990), especificamente aos transtornos de humor.

Relacionamentos pobres na infância e adolescência (com pouco afeto provindo dos pais, estimulação e comunicação entre pais-filhos) contribuem de forma significativa para a aquisição de personalidades vulneráveis, o que aumenta a propensão para a depressão e para modelos de relacionamentos insatisfatórios (Baptista e outros, 2001). Em um estudo realizado por Windle (1991), percebeu-se que quanto maior a depressão apresentada por adolescentes, maior foi o

número de problemas que os mesmos tiveram na sua infância, menor a percepção do suporte familiar e maior o uso de drogas. Porém, mesmo levando-os em consideração, não se pode afirmar se estas mesmas variáveis seriam também os fatores de risco associados aos resultados encontrados no nosso estudo, realizado com adolescentes de Porto Alegre.

Comparação da média do BDI-II, em adolescentes, com as encontradas em outras fases da vida (N = 361)

Como a média dos adolescentes ($M=11,11$; $DP = 7,64$) não foi baixa, decidiu-se compará-la com as encontradas em sujeitos da população geral. Assim, os resultados deste estudo foram comparados com os achados do trabalho de Cunha, Prieb e Touguinha, (1996), que aplicou o BDI em amostra representativa, composta por sujeitos de várias idades. No estudo citado, foram incluídos: 65 sujeitos, de 18 a 24 anos ($M = 20,55$; $DP = 2,19$), 85 sujeitos, de 25 a 40 anos ($M = 32,24$; $DP = 4,73$), 48 sujeitos, de 41 a 64 anos ($M = 46,06$; $DP = 7,59$), e 75 sujeitos, de 65 a 94 anos ($M = 74,72$; $DP = 7,59$), somando um total de 361 sujeitos.

O resultado da análise de variância foi significativa para a fase da vida ($F = 10,71$, $p < 0,001$) e para o sexo ($F = 6,21$, $p = 0,023$). As médias encontradas, para cada fase da vida, são apresentadas na Tabela 2. Sujeitos de 12 a 17 anos relataram mais sintomas de depressão ($M = 11,11$) do que sujeitos de 18 a 24 anos ($M = 8,43$), de 25 a 40 anos ($M = 7,82$) e de 41 a 64 anos ($M = 6,98$). Tais sintomas se mostram intensificados após os 65 anos ($M = 13,80$). A representação da distribuição das médias, conforme o sexo, nas diferentes fases da vida, mostrou que a média do sexo masculino ($M = 8,72$) foi significativamente menor que a do sexo feminino ($M = 10,64$). Não obstante, na fase da adolescência, tal diferença não é significativa ($t = 0,09$, $p = 0,932$), na amostra estudada.

Em outro trabalho (Bauer, 1996), com amostra de 150 adolescentes, também de 12 a 19 anos, em que o delineamento amostral considerou sexo e idade (abaixo ou acima da média), foram observados efeitos significantes da interação entre sexo e idade ($F = 5,185$, $p = 0,024$). Verifica-se que, quando sexo masculino se combina com menos idade, a intensidade da depressão é maior ($M = 10,12$) do que quando se combina com mais idade ($M = 9,76$). O inverso se verifica no sexo feminino, sendo a média dos escores de depressão mais baixa em sujeitos de menos idade ($M = 7,55$) do que nos de mais idade ($M = 12,69$).

Estes dados levantam questões sobre a percepção da adolescência em cada faixa etária e por sexo. Além disso, trazem a possibilidade de que a forma de vivenciar a adolescência seria diferente entre homens e mulheres e que essa diferença poderia influenciar na prevalência da depressão em cada sexo (masculino e feminino) e em cada faixa etária destes. Traverso-Yopez e Pinheiro

(2005) realizaram uma pesquisa com 205 adolescentes de Natal (RN) e encontraram diferenças na forma de perceber a adolescência entre o sexo masculino e feminino.

Enquanto os meninos percebiam a adolescência de forma mais positiva e a associavam com mais liberdade na medida em que cresciam, as meninas a percebiam como um período aversivo e se sentiam progressivamente cobradas pela família e pela sociedade, na medida em que aumentavam de idade (Traverso-Yepez & Pinheiro, 2005). Estes resultados podem explicar parcialmente os sintomas depressivos encontrados em adolescentes do sexo feminino no nosso estudo e nas adolescentes de maior idade, no estudo de Bauer (1996).

Comparação das médias dos estudantes de ensino fundamental e médio, de 12 a 17 anos, e de universitários, de 18 a 24 anos (N = 176)

Procurou-se comparar as médias dos estudantes de ensino fundamental e médio, de 12 a 17 anos, com a dos estudantes universitários, de 18 a 24 anos, no BDI-II. Os estudantes universitários compuseram uma amostra de 88 sujeitos, emparelhados por grupos de sexo. O resultado do teste *t* foi significativo ($t = 5,66$, $p < 0,001$), verificando-se que a média entre os escolares, de 12 a 17 anos ($M = 11,11$; $DP = 7,46$), foi significativamente maior que a média dos estudantes universitários, de 18 a 24 anos ($M = 5,77$; $DP = 4,77$).

Também foi possível verificar que os escolares se queixaram de mais depressão do que os universitários, já que, em 14 dos 21 itens individuais, os escores foram significativamente mais altos. Inclusive, a pontuação do BDI dos adolescentes deste estudo também foi superior à de uma outra pesquisa com 49 estudantes de uma universidade privada de São Paulo, que constatou média de 8,6 ($DP: 5,1$) no BDI (Coelho e outros, 2010). O valor da média encontrada no presente estudo foi de 11,11 ($DP = 7,46$).

Comparação da média do BDI-II dos adolescentes com as de amostras clínicas (N = 751)

A média dos adolescentes pode ser considerada alta, tanto comparando-a com a de sujeitos da população geral como com a encontrada em estudantes universitários. Beck e Steer (1993) sugerem que um escore maior que 15 em populações não-clínicas "*pode detectar possível depressão*" (p.6), a ser confirmada por entrevista psiquiátrica: neste estudo, escores com tal valor foram verificados em 26% dos casos.

Embora Kutcher e Marton (1989) considerem que nem sempre esses escores altos no BDI-II possam ser específicos da síndrome depressiva, podendo refletir a intensidade de aspectos disfóricos subjetivos, decidiu-se comparar a média dos adolescentes com as médias de sujeitos de amostras psiquiátricas. Assim, além dos adolescentes, foram considerados os resultados do BDI-II de 326 sujeitos

com adição por álcool e outras substâncias, de 128 pacientes com transtornos de ansiedade, de 44 pacientes com transtorno distímico e de 165 pacientes com episódio depressivo maior (único ou recorrente), num total de 751 casos.

O resultado da análise de variância *one-way* foi significativa ($F = 67,82$, $p < 0,0001$). Pelo teste de comparações múltiplas, utilizando o procedimento de *Tukey*, pôde-se observar que os escores mostram diferenças significantes entre os grupos ($\alpha = 0,05$), exceto os grupos 3 e 4, podendo-se concluir que a média dos adolescentes é significativamente diferente e menor do que as dos demais grupos. As médias e os desvios padrão de cada grupo são apresentados na Tabela 2.

Grupo	Amostra	Número	Média*	DP
1	Adolescentes	88	11,11 a	7,46
2	Pacientes com adição a substâncias	326	17,25 b	10,08
3	Pacientes com transtorno de ansiedade	128	21,78 c	10,36
4	Pacientes com transtorno distímico	44	25,00 c	9,48
5	Pacientes com episódio de depressão maior	165	30,09 d	11,25

*Médias seguidas da mesma letra não diferem significativamente ao nível 5%. Fonte: elaboração própria

Tabela 2 - Médias e desvios padrão dos escores dos adolescentes e dos de amostras psiquiátricas (N = 751) e comparações múltiplas pelo procedimento *Tukey* ($\alpha = 0,05$)

Conclusões

Através deste estudo, observou-se que a intensidade da depressão em uma amostra de 88 adolescentes com idades compreendidas entre 12 e 17 anos, que cursavam a sexta e sétima série de uma escola de Ensino Fundamental, foi maior do que a verificada na população geral, em outras fases da vida, com exceção apenas da terceira idade (acima de 65 anos). Além disso, a intensidade da depressão observada na amostra de estudantes adolescentes foi maior do que a verificada nos estudantes universitários, de 18 a 24 anos. Este dado constitui um fator preocupante já que, por se tratar de uma fase permeada por muitas mudanças em pouco tempo, o desenvolvimento de transtornos mentais pode acarretar diversos danos psicossociais para o adolescente. Assim, como enfatizam os autores Aragão e outros (2009), quando um sujeito é acometido por um transtorno mental, este passa a ter alterações no organismo, no modo de vida e relações sociais. No que concerne à depressão, estas implicações são bastante sérias já que, se não forem efetivamente diagnosticadas e tratadas, podem provocar sequelas.

A intensidade da depressão observada nos participantes da pesquisa se classificou, do mínimo ao leve, em mais de 50% dos casos, sendo que 26% deles apresentam resultados sugestivos de depressão clínica. Tais resultados corroboram dados da literatura sobre a vulnerabilidade à depressão na adolescência. Entretanto, a média do grupo é significativamente diferente e menor do que a encontrada na amostra psiquiátrica.

Torna-se preocupante a alta prevalência de sintomas depressivos nesta faixa-etária. Primeiramente, porque ratificam as estatísticas da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2012), que trazem dados alarmantes: estimam que para as próximas duas décadas um aumento tão vertiginoso para o número de novos deprimidos que em 2020 a depressão representará a segunda afecção que mais perpassará os anos de vida útil da população mundial, podendo mesmo até ultrapassar o número de afetados por doenças cardiovasculares. Atualmente, é relacionada como a quarta causa mundial de deficiência e o segundo lugar na faixa etária compreendida entre 15 a 44 anos. Porém a previsão é de que, no ano de 2020, será a segunda moléstia que mais afetará os países desenvolvidos e a primeira em países em desenvolvimento (Nascimento, 1999).

Depois, porque a adolescência é uma fase crucial ao desenvolvimento, na qual a presença de sintomas depressivos, bem como o desenvolvimento de transtornos de humor pode comprometer o desenvolvimento saudável da pessoa. Inclusive, o problema perpassa o âmbito individual: o aumento de depressão entre adolescentes pode trazer danos à sociedade como um todo, que terá muitos jovens problemáticos no início de sua entrada no mercado de trabalho, aumento dos gastos com a saúde destes, com o sistema de previdência, dentre outros (Monteiro & Lage, 2007; Aragão e outros, 2009).

Devido aos dados alarmantes relativos à incidência da depressão, os profissionais da saúde denominaram informalmente este transtorno como “gripe da saúde mental” (Saffi e outros, 2011). Assim, salienta-se a necessidade do desenvolvimento de programas prevenção, promoção de saúde e de intervenção específicos, principalmente, destinados à adolescentes. Também é necessária uma especial atenção à presença desta sintomatologia em jovens.

Somente através do conhecimento das variáveis associadas ao surgimento dos sintomas depressivos nos adolescentes é possível o delineamento de programas eficazes. Este estudo identificou a alta prevalência de sintomas depressivos em adolescentes, mas teve a limitação de não conseguir identificar o que poderia ocasionar tal fenômeno. Sugere-se, portanto, a realização de pesquisas adicionais, visando a identificação de variáveis correlacionadas à depressão em adolescentes e, posteriormente, de estudos longitudinais para o aprofundamento da compreensão destas variáveis.

Cabe salientar que a entrevista clínica é fundamental para um diagnóstico preciso de qualquer transtorno psicológico. Sendo assim, ao deparar-se com suspeita de depressão em um paciente, o profissional da saúde deve ficar atento às queixas relatadas por este, investigando se o humor está depressivo, se o indivíduo está triste, desanimado ou apático. O profissional deve averiguar a capacidade de sentir prazer e a motivação do sujeito. Assim, como enfatizam os autores Salle e outros (2012), o BDI não deve ser usado como determinante único para o diagnóstico de depressão. Este deve ser empregado como uma ferramenta de avaliação adicional, que proporcionará uma melhor identificação dos tipos de sintomas apresentados pelo sujeito.

Através desta pesquisa, percebeu-se que, tanto a consistência interna do instrumento, como seus resultados nesta amostra, em comparação com outras, parecem demonstrar a utilidade clínica do BDI-II, na versão em português, em adolescentes. Cabe enfatizar que fatores culturais, econômicos e políticos exercem influência na forma como os adolescentes pensam e se comportam.

Devido a isso, sugere-se que mais estudos sejam realizados com a aplicação deste instrumento em adolescentes, visando corroborar a sua validade no diagnóstico deste público. Através de sua aplicação em uma amostra populacional maior, em distintas regiões do Brasil, por exemplo, seria possível uma análise sobre sua adaptação em diferentes contextos culturais, que tendem a vivenciar a adolescência de distintas formas.

Contudo, apesar deste trabalho ser limitado pelo delineamento transversal, que não nos permite estabelecer as variáveis preditoras para a depressão na adolescência, através dos dados apresentados, fica evidente a importância deste estudo. Esta pesquisa demonstra a necessidade de se continuar com trabalhos sobre a depressão na adolescência, em função da alta prevalência desta patologia em jovens e dos prejuízos que esta manifesta. Cabe salientar, ainda, a necessidade de pesquisas para aprofundar o conhecimento das características sociodemográficas presentes nessa população, para, a partir daí, serem realizados trabalhos preventivos eficientes. Por fim, conclui-se que, devido à possibilidade de evitar o desenvolvimento de prejuízos maiores e a vasta chance de cura, o estudo da depressão na adolescência é fundamental.

Referências

- Alansari, B. M. (2006). Internal consistency of an Arabic adaptation of the Beck Depression Inventory-II with college students in eighteen Arab countries. *Social Behavior and Personality*. V. 34(n.4), 425-430.
- Ambrosini, P.J, Metz, C., Bianchi, M.D. & Rabinovich, H. (1991). Concurrent validity of the Beck Depression Inventory in adolescents. *Journal of the*

American Academy of Child Adolescent Psychiatry. V. 30(n.1) 51-57. doi:10.1097/00004583-199101000-00008

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4a ed. texto revisado). Porto Alegre: Artmed. (original publicado em 2000)
- Aragão, T.A., Coutinho, M.P.L, Araújo, L.F. & Castanha, A.R. (2009). Uma perspectiva psicossocial da sintomatologia depressiva na adolescência. *Ciência e Saúde Coletiva. V. 14(n.2), 395-405. doi:10.1590/S1413-81232009000200009*
- Araya, R., Montero-Marin, J., Barroilhet, S., Fritsch, R. & Montgomery, A. (2013). Detecting depression among adolescents in Santiago, Chile: sex differences. *BMC Psychiatric. V. 13 (n.4), 122-128. doi:10.1186/1471-244X-13-122.*
- Atlas, J.A. & DiScipio, W.J. (1992). Correlations of the Beck Depression Inventory and Reynolds Adolescent Depression Scale. *Psychological Report. V. 70(n.2), 621-622. doi:10.2466/PR0.70.2.621-622*
- Bahls, S. C. (2002). Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria. V. 24(n.2), 63-67. doi:10.1590/S1516-44462002000200005*
- Bahls, S.C. & Bahls, F.R.C. (2002). Depressão na adolescência: características clínicas. *Interação em Psicologia. V. 6(n.1), 49-57.*
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. & Dias, R. R. (2001). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão. V. 21(n.2), 52-61. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932001000200007>.*
- Bauer, C. D. (1996). *A depressão e os períodos da adolescência*. Monografia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Beck, A. T., Ward, C.H., Mendelson, M., Moch, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, V. 19 (n.4), 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004*
- Beck, A.T. & Steer, R.A. (1993). *Beck Depression Inventory*. Manual. San Antonio: Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, A.F. & Emery, G. (1982). *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar. (original publicado em 1979).
- Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. (R. Garcez, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas (Original publicado em 1994).
- Berg, A., Lönnqvist, J., Palomäki, H. & Kaste, M. (2009). Assessment of depression after stroke: a comparison of diferente screening instruments. *Stroke. V. 40(n.2), 523-529. doi: 10.1161/STROKEAHA.108.527705.*

- Bevans, K. B., Diamond, G. & Levy, S. (2012). Screening for adolescents' internalizing symptoms in primary care: item response theory analysis of the behavior health screen depression, anxiety, and suicidal risk scales. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. V. 33(n.4), 283-290. doi: 10.1097/DBP.0b013e31824eaa9a.
- Borsa, J.C., Damasio, B.F. & Bandeira, D.R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. V. 22(n.53), 423-432. doi: 10.1590/1982-43272253201314
- Brown, T.A. & Barlow, D.H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: implications for treatment and the DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. V. 60(n.6), 835-844. doi:10.1037//0022-006X.60.6.835
- Cassepp-Borges, V., Balbinotti, M. A. A. & Teodoro, M. L. M. (2010). Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. In L. Pasquali, *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas*(pp. 506-520). Porto Alegre: Artmed.
- Coelho, A. T., Lorenzini, L. M., Suda, E. Y., Rossini, S. & Reimão, R. (2010). Qualidade de sono, depressão e ansiedade em universitários dos últimos semestres de cursos da área da saúde. *Neurobiologia*. V. 73(n.1), 35-39.
- Cunha, J.A. (2001). *Manual da versão em português da Escala Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cunha, J.A., Prieb, R.G.G. & Touguinha, L.A. (1996). Depressão no ciclo da vida. Livro de Referências e Pôsters do 1º *Simpósio Internacional Depressão no Ciclo da Vida*, São Paulo (resumo).
- Fonseca, A.A., Coutinho, A.P.L. & Azevedo, R.L.W. (2008). Representações sociais da depressão em jovens universitários com e sem sintomas para desenvolver a depressão. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. V. 21(n.3), 492-498. doi:10.1590/S0102-79722008000300018
- Gjersing, L., Caplehorn, J. R. & Clausen, T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Medical Research Methodology*. V. 10 (n.8), 10-13. doi:10.1186/1471-2288-10-13.
- Gomes-Oliveira, M. H., Gorenstein, C., Lotufo Neto, F., Andrade, L.H. & Wang, Y.P. (2012). Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. V. 34 (n.4), 389-394. doi: 10.1016/j.rbp.2012.03.005
- Gorenstein, C., Pang, W. Y., Argimon, I. L. & Werlang, B. S. G. (2011). *Manual do Inventário de Depressão de Beck – BDI-II*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hamdi, N. R. & Iacono, W. G. (2013). Lifetime prevalence and co-morbidity of externalizing disorders and depression in prospective assessment. *Psychological Medicine*. V. 16(n.3), 1-10.

- Iliceto, P., Pompili, M., Lester, D., Gonda, X., Niolu, C., Girardi, N., Rihmer, Z., Candilera, G. & Girardi, P. (2011). Relationship between Temperament, Depression, Anxiety, and Hopelessness in Adolescents: A Structural Equation Model. *Depression Research and Treatment*. V. 21(n.6), 160-175. doi: 10.1155/2011/160175.
- Kuhner, C., Burger, C., Keller, F. & Hautzinger, M. (2007). Reliability and validity of the revised Beck Depression Inventory (BDI-II): Results from German samples. *Nervenarzt*. V. 78(n.6), 651-656.
- Kutcher, S.P. & Marton, P. (1989). Utility of the Beck Depression Inventory with psychiatrically disturbed adolescent outpatients. *Canadian Journal of Psychiatry*. V. 34(n.2), 107-109.
- Millings, A., Buck, R., Montgomery, A., Spears, M. & Stallard, P. (2012). School connectedness, peer attachment, and self-esteem as predictors of adolescent depression. *Journal of Adolescence*. V. 35 (n.4), 1061-1067.
- Molina, M. R. A. L., Wiener, C. D., Branco, J. C., Jansen, K., Souza, L.D.M, Tomasi, E., Silva, R. A., Pinheiro, R.T. (2012). Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Revista de Psiquiatria Clínica*. V. 39(n.6), 194-197.
- Monteiro, K. C. C. & Lage, A.M.V.(2007). A depressão na adolescência. *Psicologia em estudo [online]*. V. 12(n.2),257-265. ISSN 1413-7372.
- Nascimento, I. (1999) Depressão unipolar: uma revisão. *Revista Informação Psiquiátrica*. V. 18(n.3), 75-83.
- Olsson, G. I. & von Knorring, A. L. (1999). Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. V. 99(n.5), 324-331. doi: 10.1111/j.1600-0447.1999.tb07237.x
- Rodrigues, O.M. & Correa, M. (1987). A disfunção erétil e a utilização do Inventário Beck de Depressão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. V. 36(n.5), 293-298.
- Rodriguez-Gomez, J. R., Davila-Martinez, M. G. & Collazo-Rodriguez, L. C. (2006). Factor structure of the Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) with Puerto Rican elderly. *Puerto Rico Health Sciences Journal*. V. 25(n.2), 127-132.
- Saffi, F., Abreu, P. R., Neto, F. L. (2011). Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos afetivos. In: B. Rangé (org.) *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*, Porto Alegre: Artmed, p. 369-392.

- Sajjadi, H., Mohagegi, K. S., Rafiey, H., Vameghi, M., Forouzan, A. S. & Rezael, M. (2013). A systematic review of the prevalence and risk factors of depression among Iranian adolescents. *Global Journal of Health Science*. V. 5 (n.3), 16-27.
- Salle, E., Rocha, N.S., Rocha, T.S. Nunes, C. & Chaves, M.L.F. (2012). Escalas psicométricas como instrumentos de rastreamento para depressão em estudantes do ensino médio. *Revista de Psiquiatria Clínica*. V. 39(n.1),24-27. doi:10.1590/S0101-60832012000100005
- Simonds, L. M., Pons, R. A., Stone, N. J., Warren, F. & John, M. (2013). Adolescents with anxiety and depression: is social recovery relevant? *Clinical Psychology & Psychotherapy*. V. 20(n.1), 1-10. doi: 10.1002/cpp.1841
- Souza, E.M., Siva-Abrão, F.P & Oliveira-Almeida, J. (2011). Desigualdade social, delinquência e depressão: um estudo com adolescentes em conflito com a lei. *Revista de Salud Publica*. V. 13 (n.1), 13-18.
- Teixeira, P.S., Stefanini, M.C.B., Martins, R.A. & Cruz, L.A.N. (2011). Desenvolvimento cognitivo e sintomas depressivos em adolescentes que fazem uso de bebidas alcoólicas. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*. V. 7(n.1), 3-9.
- Traverso-Yopez, M. A. & Pinheiro, V. S. (2005). Socialização de gênero e adolescência. *Estudos Feministas, Florianópolis*. V. 13(n.1): 147-162.
- Wainer, R. & Piccoloto, N. M. (2011). Terapia cognitivo-comportamental da depressão na infância e adolescência. In: C. S. Petersen & R. Wainer (org.). *Terapias Cognitivo-Comportamentais para Crianças e Adolescentes*, Porto Alegre: Artmed, p. 170-194.
- Windle, M. (1991). The Difficult Temperament in Adolescence: Associations with Substance Use, Family Support, and Problem Behaviors. *Journal of Clinical Psychology*. V. 47(n.2): 310 - 315.
- WHO (2012). World Health Organization. *Depression*. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/index.html> [Acesso em 24 de Maio de 2013].
- Wolkind, S. & Rutter, M. (1990). Separation, Loss and Family Relationship In: M. Rutter e L. Hersov (org.) *Child and Adolescent Psychiatry*, Boston: Blackwell Scientific Publications.
- Zimmerman, M., Martinez, J. H., Young, D., Chelminski, I., & Dairymple, K. (2013). Severity Classification on the Hamilton depression rating scale. *Journal of Affective Disorders*. V. 27(n.13):1-5. doi: 10.1016/j.jad.2013.04.028

Recebido: 02/07/2013 / Corrigido: 14/07/2013 / Enviado a Parecerista: 16/07/2013 / Aceito: 01/09/2013.