

Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil

Depressive symptoms during adolescence: a study on psychosocial factors in a sample of teenage students in a city in Rio de Janeiro State, Brazil

Joviana Q. Avanci ^{1,2}

Simone G. Assis ¹

Raquel V. C. Oliveira ³

Abstract

This study's objective was to identify individual, social, and familial risk factors for depressive symptoms in adolescent students. The study included 1,923 seventh and eighth-grade (junior high) students and first and second-year high school students in public and private schools from a city in Rio de Janeiro State, Brazil. Depressive symptoms were evaluated with the SRQ-20 scale (Harding, 1980) and resilience scale (Wagnild & Young, 1993). Hierarchical logistic regression was the analytical method used. Symptoms of depression were present in 10% of adolescents. Girls had more than twice the odds of presenting these symptoms (CI: 1.58-3.67); adolescent children of divorced parents had 73% greater odds of depression (CI: 1.16-2.57); victims of serious physical abuse by mothers had 6.49 times the odds (CI: 2.07-20.30); those with low self-esteem, 6.43 greater odds (CI: 2.63-15.68); and those displaying dissatisfaction with their lives, 3.19 greater odds (CI: 2.08-4.89). The findings highlight the urgent need to improve public health policies for adolescents, especially at the preventive level, including psychosocial strategies with the development of a treatment network.

Depression; Violence; Adolescent; Risk Factors

Introdução

A depressão em crianças e adolescentes só foi reconhecida como problemática psiquiátrica a partir da década de 70, sendo, nos dias atuais, considerada um importante problema de saúde pública. Impacta os custos à saúde (direta e indiretamente), o estado geral de bem-estar e o curso de doenças crônicas ¹. Nos Estados Unidos, a depressão suprime mais anos de vida útil do que a guerra, o câncer e a AIDS juntos. No *Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001*, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta a depressão como a principal causa de incapacidade em todo o mundo, ocupando a quarta posição entre as dez causas da carga patológica mundial. Até 2020, projeta-se que esteja ocupando o segundo lugar ^{2,3}.

Etiologicamente, a depressão é fruto de fatores genéticos, bioquímicos, psicológicos e sócio-familiares, sendo estudada sob diferentes abordagens. Uma delas prioriza exclusivamente o humor deprimido; outra enfoca as síndromes, nas quais as emoções e os comportamentos são característicos, mas não se configuram como diagnóstico clínico. É estudada também como a categoria diagnóstica sistematizada pelo *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-IV-TR), em que humor deprimido ou irritável; diminuição de interesse/prazer; alteração de peso, apetite e sono; agitação ou retardo psicomotor; fadiga; sentimentos de inutilidade;

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

² Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

J. Q. Avanci
Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
Av. Brasil 4036, Rio de Janeiro, RJ 21040-631, Brasil.
joviana@claves.fiocruz.br

culpa; dificuldade de pensamento e concentração, além de idéias recorrentes de morte e suicídio são determinantes, assim como a duração dos sintomas e o prejuízo no funcionamento social^{4,5}.

A adolescência se revela particularmente importante para o estudo do transtorno depressivo, cuja prevalência é mais elevada nesse período da vida, chegando a 20%. É uma fase em que comportamentos de risco fortemente relacionados à depressão são freqüentes, a exemplo da gravidez e do uso de drogas. A recorrência dos sintomas depressivos na vida adulta é flagrante^{6,7,8}. O desafio se configura em compreender o que torna a adolescência uma fase tão particular e, a partir de um escopo desenvolvimental, identificar os fatores que podem aumentar a vulnerabilidade à depressão nesses anos da vida.

Sob esse prisma, muitas são as lacunas que precisam ser compreendidas. São poucos os trabalhos que se debruçam em amostras comunitárias brasileiras e que buscam compreender os fatores que subjazem a esse fenômeno, exercendo força em sua etiologia – mediatizando, minorando ou maximizando a ocorrência da depressão na adolescência. Dentre os fatores sócio-demográficos de risco à depressão em adolescentes estão o sexo feminino, a baixa escolaridade dos pais e o baixo *status* sócio-econômico, caracterizados como indicadores sócio-culturais, com implicações nas relações afetivas do adolescente, nos seus valores, atitudes e crenças, interferindo no seu desenvolvimento e impactando, inclusive, a rede de apoio e suporte social^{9,10}. A maior prevalência nas adolescentes se deve também às mudanças e maturações neuroendócrinas, o efeito indireto das implicações sociais e emocionais ocasionadas pelas mudanças físicas que acompanham a puberdade, além da socialização de gênero⁶.

Específicos fatores familiares ocorridos durante o desenvolvimento têm sido também investigados. A privação de um ou ambos os pais por separação ou abandono, doenças, mudanças de moradia, problemas maternos de saúde mental, nascimento de irmãos, relacionamento familiar ruim ou experiência de violências estão entre os fatores associados à depressão^{2,6}. Essas vivências – impactantes, cumulativas ou sincrônicas – podem configurar-se como eventos de vida estressantes, que, relacionados aos desafios trazidos pela adolescência e a outras vulnerabilidades, funcionam como gatilhos para a expressão depressiva. Ao lado disso, evidências sugerem que características individuais do adolescente são independentemente associadas ao transtorno, entre as quais estão timidez, pouca sociabilidade, baixa competência social, dificuldade de resolução de problemas e distorções

cognitivas (negativas) na visão do mundo, de si e do futuro^{6,11,12}. Essas características colocam o adolescente num ciclo difícil de ser rompido, afetando suas relações e fazendo-o acreditar em suas crenças distorcidas.

Transversalmente a esses aspectos, a teoria do apego tem contribuído muito para a explicação das interações biopsicossociais no risco à depressão. O tom relacional vivido pela criança com o seu cuidador nos anos iniciais da vida tem se revelado um mecanismo determinante na transmissão intergeracional da depressão, na capacidade de resolução de problemas, na regulação das emoções e na formação da auto-estima^{6,13}. Na adolescência, os esquemas do apego se ampliam, assumindo a função de suporte e contribuindo para a formação da autonomia e independência. Apegos seguros têm sido relacionados à construtiva regulação afetiva, baixas ansiedade e hostilidade, elevada competência social e suporte familiar na adolescência¹⁴.

Em virtude da relevância da depressão em adolescentes e no pouco conhecimento que se tem sobre a doença, este trabalho busca identificar fatores sócio-demográficos, familiares e individuais potencialmente de risco ao desenvolvimento de *sintomas depressivos* nessa fase da vida. A proposta é a elucidação dos precursores, passíveis de prevenção e intervenção, mas pouco valorizados pelos profissionais que lidam com adolescentes. O conhecimento produzido pode incitar debates no campo da promoção da saúde, do tratamento e do encaminhamento dos adolescentes que necessitam de apoio, abrindo discussões de políticas de saúde capazes de impedir e reduzir a ocorrência e recorrência da depressão em outras etapas da vida.

Método

População do estudo

Os dados são originários de um inquérito epidemiológico anônimo e autopreenchível sobre a capacidade de resiliência na adolescência, desenvolvido em 2003, com 1.923 alunos entre 11 e 19 anos de idade, que cursavam a 7ª e 8ª séries do Ensino Fundamental e 1º e 2º anos do Ensino Médio do turno diurno, matriculados nas redes pública e privada de São Gonçalo, segundo mais populoso município do Estado do Rio de Janeiro e 15º do Brasil. Em 2004, ocupava a 59ª posição no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) entre os municípios do Rio de Janeiro, evidenciando a precariedade de vida da população.

A seleção dos alunos foi realizada por meio de amostragem por conglomerados em dois es-

tágios: escolas e turmas. A amostra foi dimensionada para se obterem estimativas de proporção, com erro absoluto de 5%, nível de 95% de confiança, assumindo-se uma prevalência de 50%. Participaram todos os alunos que estavam presentes nas 38 escolas (17 da rede pública e 21 da particular) e 68 turmas no dia da aplicação. Não houve recusa dos alunos ao preenchimento do questionário. Dos 1.923 entrevistados, 51% eram da rede pública; 56% meninas; 64% na faixa etária dos 15-19 anos; 31% se autodenominavam pardos, 27% brancos, 25% negros e o restante amarelos/indígenas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz.

Medidas utilizadas

Os questionários foram aplicados coletivamente nas turmas, durante um tempo médio de 60 minutos, por uma equipe de pesquisadores treinados, na própria sala de aula do aluno. Previamente à aplicação, estratégias ilustrativas foram utilizadas nas questões que se mostraram com maior dificuldade de preenchimento no pré-teste. Os aplicadores também orientavam individualmente os alunos, caso fosse solicitado.

O inquérito foi pré-testado em 203 alunos de três escolas de São Gonçalo, quando aspectos da validade e confiabilidade foram estudados. Várias dimensões da vida e do adolescente foram avaliadas.

• **Sintomatologia depressiva**

Construiu-se um indicador a partir de itens oriundos de dois instrumentos padronizados: (a) *Self-Reported Questionnaire* (SRQ-20)¹⁵, que rastreia a presença de transtornos psiquiátricos menores, sendo indicado pela OMS, e (b) resiliência¹⁶, que investiga sobre a capacidade de enfrentamento e superação de problemas. Esses instrumentos são validados para o uso no Brasil e têm apresentado bons índices psicométricos^{17,18}. Para a proposição da medida, estudos estatísticos, psicométricos e discussões com *experts* foram realizados. A discussão com especialistas baseou-se principalmente na seleção dos itens que revelavam sintomas-chave enunciados pelo DSM-IV-TR⁵ para o diagnóstico clínico da depressão maior. O objetivo era alcançar os casos de depressão mais severos. Seis itens foram definidos para composição da medida: sentir-se triste ultimamente, ter chorado mais do que o costume, ter energia suficiente para fazer o que tem que fazer, ter dificuldades para realizar com satisfação atividades diárias, ter perdido o interesse,

ter tido a idéia de acabar com a vida. As opções de resposta foram padronizadas em *concordo* e *discordo*. Na testagem da psicometria, um fator foi gerado na análise fatorial, apresentando 0,704 no teste de Kaiser-Meyer-Olkin, grau de explicação de 20,37% da variância e com todas as cargas retendo valor acima de 0,183. O alfa de Cronbach obtido foi de 0,59. Na validade de construto, avaliada através da correlação de Pearson ($p < 0,001$), a medida se correlacionou inversamente com apoio social¹⁹, auto-estima^{20,21} e satisfação com a vida²². Visando à seleção dos casos mais graves, o critério de ponto de corte definido foi de um desvio-padrão abaixo da média, correspondendo a quatro ou mais itens afirmando a presença de sintomas depressivos.

As variáveis independentes foram organizadas em três blocos: sócio-demográfico, familiar e individual. Essa perspectiva coaduna-se às idéias de Bronfenbrenner²³, para quem a criança (ou adolescente) é formada por vários contextos, em suas múltiplas inter-relações, desde os macrosistemas, nos quais se inserem as crenças e ideologias dominantes, até os microsistemas, onde está o entorno mais próximo, família e escola, por exemplo.

• **Bloco sócio-demográfico**

Sexo e estrato social foram avaliados, sendo o último estimado com base no Critério de Classificação Econômica Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; <http://www.abep.org>, acessado em Mar/2005), que considera o nível educacional dos pais/responsáveis e o acúmulo de bens materiais da casa, estimando a capacidade de consumo familiar. Esse indicador sugere o estrato social da família. Dois estratos são apresentados neste artigo: A/B (A1, A2, B1, B2) – com renda familiar mensal de A1 igual a R\$ 7.793,00 e B2 de R\$ 1.669,00 – e C/D/E – com renda familiar mensal do estrato C de R\$ 927,00 e do E de R\$ 207,00.

• **Bloco familiar**

As variáveis estudadas e descrições psicométricas estão apresentadas na Tabela 1.

• **Bloco individual**

Composto pelas seguintes variáveis: (a) autoterminação – composta por um item, em que foi perguntado ao adolescente se acha que terminará os estudos²⁴; (b) auto-estima, versão brasileira da escala de Rosenberg²⁰ – composta por dez itens destinados à avaliação global de si mesmo, positiva/negativa, e avaliada segundo tercís, configu-

Tabela 1

Descrição das variáveis familiares utilizadas no estudo. Rio de Janeiro, Brasil, 2003.

Variáveis	Descrição	Propriedades psicométricas	Referência
Estrutura familiar	10 itens sobre quem reside com o adolescente	NA	Assis & Avanci ³⁷
Possui irmãos	1 item; irmãos de mesmos pais ou de apenas um deles	NA	Desenvolvido para o estudo
Apoio emocional	Domínio do apoio social desenvolvido por Sherbourne & Stewart ³⁸ . 4 itens; ter em quem confiar, ser ouvido, ser compreendido e ter com quem dividir preocupações/medos	ICC = 0,83	Chor et al. ¹⁹
Interação positiva	Domínio do apoio social desenvolvido por Sherbourne & Stewart ³⁸ . 4 itens; ter com quem se divertir, relaxar e distrair	ICC = 0,77	Chor et al. ¹⁹
Supervisão familiar	1 item; conhecimento pelos pais da companhia e do local de saída do adolescente	NA	Desenvolvido para o estudo
Relacionamento com o pai	1 item; qualidade do relacionamento paterno	Kappa = 0,89 *	Assis & Avanci ³⁷
Relacionamento com a mãe	1 item; qualidade do relacionamento materno	Kappa = 0,82 *	Assis & Avanci ³⁷
Relacionamento com irmãos	1 item; qualidade do relacionamento fraterno	Kappa = 0,91 *	Assis & Avanci ³⁷
Violência física severa cometida pelo pai	Dimensão da <i>Escala Tática de Conflitos</i> ³⁹ . 6 itens; pai chutar, morder ou dar murros, espancar, ameaçar ou usar faca ou arma durante a vida do adolescente	$\alpha = 0,93$ **	Straus ³⁹ , Hasselmann & Reichenheim ⁴⁰
Violência física severa cometida pela mãe	Dimensão da <i>Escala Tática de Conflitos</i> ³⁹ . Itens idênticos à versão do pai	$\alpha = 0,75$ **	Straus ³⁹ , Hasselmann & Reichenheim ⁴⁰
Violência sexual	1 item da escala <i>Child Abuse and Trauma</i> ⁴¹ , abordando o envolvimento sexual com os pais	Kappa = 0,31 *	Sanders & Becker-Lausen ⁴¹
Violência psicológica	Escala de Pitzner & Drummond ⁴² , constituída por 18 itens. Avalia experiências em que o jovem foi diminuído em suas qualidades, capacidades, desejos e emoções por pessoa significativa	$\alpha = 0,91$ ** ICC = 0,86	Avanci et al. ⁴³
Violência entre os pais	3 itens; brigas entre pais a ponto de se machucarem, humilharem um o outro	$\alpha = 0,77$ ** ICC = 0,7	Assis & Avanci ³⁷
Violência entre os irmãos	3 itens; brigas entre irmãos a ponto de se machucarem, humilharem um o outro	$\alpha = 0,81$ ** ICC = 0,84	Assis & Avanci ³⁷
Sérios problemas financeiros	1 item da escala de eventos de vida proposta por Trombeta & Guzzo ⁴⁴	Kappa = 0,6 *	Trombeta & Guzzo ⁴⁴
Sérios problemas médicos	1 item da escala de eventos de vida proposta por Trombeta & Guzzo ⁴⁴ . Familiar ter vivido doenças ou acidentes	Kappa = 0,44 *	Trombeta & Guzzo ⁴⁴

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Variáveis	Descrição	Propriedades psicométricas	Referência
Familiar indiciado/preso	1 item da escala de eventos de vida proposta por Trombeta & Guzzo ⁴⁴ . Familiar ter sido indiciado ou preso	Kappa = 0,62 *	Trombeta & Guzzo ⁴⁴
Problema de álcool/drogas na família	1 item da escala de eventos de vida proposta por Trombeta & Guzzo ⁴⁴ . Problema de álcool/drogas na família	Kappa = 0,62 *	Trombeta & Guzzo ⁴⁴
Separação dos pais	1 item da escala de eventos de vida proposta por Trombeta & Guzzo ⁴⁴	Kappa = 0,78 *	Trombeta & Guzzo ⁴⁴
Novo casamento dos pais	1 item da escala de eventos de vida proposta por Trombeta & Guzzo ⁴⁴	Kappa = 0,58 *	Trombeta & Guzzo ⁴⁴
Doença com cuidados médicos	1 item da escala de eventos de vida proposta por Trombeta & Guzzo ⁴⁴ . Adolescente ficou muito doente e necessitou de cuidados médicos	Kappa = 0,47 *	Trombeta & Guzzo ⁴⁴

NA: não se aplica.

* Kappa simples para os eventos de vida e kappa ponderado para os tipos de violência;

** Alfa de coeficiente de consistência interna (alfa de Cronbach).

rando a baixa, média e alta auto-estima; no pré-teste, obteve-se alfa de Cronbach e ICC (coeficiente de correlação intraclasse) de 0,81 ^{20,21}; (c) auto-confiança – um item sobre a frequência com que o adolescente defende suas idéias e opiniões ²⁴; (d) resiliência – 25 itens da escala desenvolvida por Wagnild & Young ¹⁶, adaptada à população brasileira adolescente ¹⁷; avalia níveis de adaptação psicossocial em face de eventos de vida difíceis, com definição do ponto de corte de um desvio-padrão inferior à média aritmética; verificou-se alfa de Cronbach de 0,84 e ICC de 0,75 ^{21,22}; (e) satisfação com a vida – escala com cinco itens desenvolvidos por Diener et al. ²⁵, traduzida para a língua portuguesa ²⁶; obteve-se alfa de Cronbach de 0,78 e ICC de 0,79; aqueles insatisfeitos com a vida foram definidos segundo o critério de um desvio-padrão abaixo da média; (f) uso de álcool, cigarro, maconha e/ou cocaína – quatro itens desenvolvidos pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) ²⁷ em estudos com alunos brasileiros, abordando o consumo de alguma bebida alcoólica até embriagar-se ou sentir-se bêbado e o uso de cigarro, maconha e/ou cocaína no último ano; (g) atos transgressores – escala com nove itens sobre violações auto-assumidas do Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinqüente (ILANUD) ²⁸;

incluem-se atos transgressores leves, moderados e graves, praticados no último ano, englobando desde a danificação de objetos, agressão física, falsificação de documento particular ou público até o porte de arma de fogo ou branca; obteve-se alfa de Cronbach de 0,7 e ICC de 0,87 ²⁹.

No estudo da validade de constructo, todas as escalas estudadas foram avaliadas satisfatoriamente, correlacionando-se a instrumentos que representam conceitos teoricamente subjacentes ²⁹.

Análise dos dados

Realizou-se estudo de prevalência das variáveis estudadas, segundo a definição de caso à sintomatologia depressiva. Adotou-se o método de regressão logística bivariada, com o critério de significância estatística ao nível de 5% (teste de Wald), analisando as respectivas razões de chance brutas e intervalos de 95% de confiança. Utilizou-se o programa SAS 8.0 (SAS Inst., Cary, Estados Unidos) através da *procedure logistic*.

Posteriormente, realizou-se a análise logística multivariada com as variáveis significativas na etapa anterior. No modelo, iniciou-se a análise com as variáveis do bloco sócio-demográfico, sendo sucedida pelas do bloco familiar e do individual, apenas com aquelas que preenchem o

critério definido (5%) (teste de Wald tipo III). Para a definição do modelo final, testou-se um modelo alternativo com as cinco variáveis oriundas do modelo completo e/ou aquelas que se mostraram significativas na análise bivariada, mantendo-se a lógica de inserção de variáveis em blocos. Realizou-se também o estudo das interações (duas a duas), quando foram, individualmente, inseridas no modelo obtido no último bloco. Essa estratégia visou a testar a significância estatística sem a influência das demais variáveis. Todas as interações significativas foram incorporadas no modelo final ajustado. Como medida de análise, utilizou-se a razão de chance e seu intervalo de confiança.

Resultados

No estudo de prevalência, estima-se que 10% dos adolescentes apresentam sintomatologia depressiva, sobressaindo-se as meninas (13%). Contudo, não é possível afirmar diferenciação da ocorrência dessa sintomatologia segundo estrato social (Tabela 2).

No que diz respeito a *fatores familiares* (Tabela 3), nos adolescentes que expressam sintomatologia depressiva destacam-se: estrutura familiar menos preservada, composta por padrasto/madrasta ou sem figuras parentais; relacionamento regular/ruim com pais e irmãos; ausência ou pouca supervisão familiar; fraco apoio emocional e baixa interação positiva. A ocorrência de eventos estressantes na família também associam-se à expressão da depressão, entre eles problemas financeiros, de saúde, com o uso de álcool e drogas, separação dos pais, novo casamento dos pais, prisão/indiciamento de um familiar, severa violência física cometida pelo pai e pela mãe contra o adolescente, testemunho dessa forma de violência entre os pais, vitimização de violência entre irmãos, violência psicológica vivida em níveis elevados e vitimi-

zação da violência sexual perpetrada pelos pais contra o adolescente.

Quanto aos *fatores individuais* (Tabela 4), sobressai no grupo com sintomatologia depressiva a baixa auto-estima, a incerteza ou ausência de atitude que reflete autodeterminação, a falta de confiança em si mesmo e a não-expressão da capacidade de resiliência. Também a insatisfação com a vida, o consumo pessoal de álcool, cigarro, maconha e/ou cocaína e ações transgressoras leves, moderadas ou mais graves são comportamentos destacados nesse grupo.

No modelo logístico multivariado, todas as variáveis abordadas foram estudadas, inclusive o estrato social, que, mesmo não tendo demonstrado significância estatística segundo o critério definido, também foi incluído na análise. Fez-se essa opção em virtude da relevância e incertezas desse tema nos estudos em psiquiatria.

Nessa abordagem mais analítica (Tabela 5), constatou-se que, do bloco sócio-demográfico, apenas a variável sexo permaneceu significativa à sintomatologia depressiva. Do bloco familiar, apenas separação dos pais e violência severa cometida pela mãe agregaram-se à variável sexo. Por fim, com a inserção do bloco individual, agregaram-se auto-estima e satisfação com a vida.

Embora tenha sido testado um modelo alternativo com as variáveis significativas dos modelos bivariados e/ou modelo final, não houve alteração do resultado obtido anteriormente. A Tabela 5 apresenta as variáveis psicossociais potencialmente de risco à sintomatologia depressiva na adolescência.

Meninas têm mais que o dobro de chances de apresentar sintomas depressivos do que os meninos. Adolescentes vítimas de violência severa cometida pela mãe, caracterizada por atos com alto potencial de ferir, como chutes, mordidas, murros, espancamentos, ameaças ou uso de arma ou faca, têm 6,5 vezes mais chances de apresentar sintomatologia depressiva do que aqueles

Tabela 2

Estimativas de prevalência das variáveis sócio-demográficas de adolescentes com sintomatologia depressiva de um município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2003.

Variáveis sócio-demográficas	%	Razão bruta	IC95%	Teste de Wald
Sexo				
Feminino (N = 1.109)	13,0	2,55	1,76-3,70	0,0000
Masculino (N = 812)	6,3	-		
Estrato social				
Popular (C+D+E) (N = 546)	11,7	1,23	0,79-1,92	0,3589
Médio + Alto (A+B) (N = 674)	8,6	-		

Tabela 3

Estimativas de prevalência das variáveis familiares dos adolescentes com sintomatologia depressiva de um município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2003.

Variáveis familiares	%	Razão bruta	IC95%	Teste de Wald
Estrutura familiar				
Sem pai e sem mãe (N = 77)	13,0	2,49	(1,20-5,18)	0,0008
Só com mãe ou mãe + padrasto (N = 475)	13,0	1,85	(1,27-2,69)	
Só com pai ou pai + madrasta (N = 63)	17,5	2,62	(1,23-5,59)	
Pai e mãe (N = 1.162)	8,3	-	-	
Irmãos				
Sim, diferentes casamentos (N = 538)	13,4	1,63	(0,85-3,13)	0,0095
Sim, mesmo casamento (N = 1.080)	8,9	0,94	(0,50-1,78)	
Não (N = 208)	7,2	-	-	
Relacionamento com pai				
Ruim (N = 103)	21,4	3,90	(2,22-6,85)	0,0114
Regular (N = 276)	16,7	2,39	(1,57-3,65)	
Bom (N = 1.308)	7,4	-	-	
Relacionamento com mãe				
Ruim (N = 15)	20,0	2,70	(0,63-11,46)	0,0002
Regular (N = 166)	29,5	5,44	(3,57-8,30)	
Bom (N = 1.626)	7,7	-	-	
Relacionamento com irmãos				
Ruim (N = 61)	23,0	3,02	(1,51-6,04)	0,0002
Regular (N = 373)	14,0	1,59	(1,07-2,35)	
Bom (N = 1.176)	8,3	-	-	
Supervisão familiar				
Poucas vezes/Nunca (N = 177)	18,6	2,39	(1,52-3,76)	0,0000
Sempre/Muitas vezes (N = 1.651)	9,1	-	-	
Apoio emocional				
Fraco (N = 610)	13,4	1,86	(1,19-2,92)	0,0000
Moderado (N = 630)	9,0	1,20	(0,74-1,95)	
Elevado (N = 542)	6,8	-	-	
Interação positiva				
Fraco (N = 652)	14,2	2,42	(1,42-4,12)	0,0016
Moderado (N = 739)	8,5	1,27	(0,73-2,21)	
Elevado (N = 399)	5,7	-	-	
Problemas financeiros				
Sim (N = 910)	12,2	1,47	(1,04-2,07)	0,001
Não (N = 908)	8,0	-	-	
Problemas médicos sérios				
Sim (N = 1.346)	11,0	1,54	(1,01-2,36)	0,0000
Não (N = 479)	7,3	-	-	
Familiar indiciado/preso				
Sim (N = 376)	15,7	1,97	(1,36-2,84)	0,0434
Não (N = 1.453)	8,6	-	-	
Problema de álcool ou drogas				
Sim (N = 731)	15,0	2,29	(1,62-3,23)	0,0000
Não (N = 1.091)	6,8	-	-	
Separação dos pais				
Sim (N = 662)	13,6	2,09	(1,49-2,94)	0,0000
Não (N = 1.159)	7,9	-	-	

(continua)

Tabela 3 (continuação)

Variáveis familiares	%	Razão bruta	IC95%	Teste de Wald
Novo casamento dos pais				
Sim (N = 288)	13,5	1,68	(1,11-2,54)	0,0000
Não (N = 1.533)	9,4	-	-	
Ficar doente e receber cuidados médicos				
Sim (N = 1.008)	11,3	1,49	(1,05-2,12)	0,0296
Não (N = 812)	8,3	-	-	
Violência entre irmãos				
Presença (N = 951)	12,7	2,56	(1,65-3,97)	0,0462
Ausência (N = 539)	5,9	-	-	
Violência severa da mãe				
Presença (N = 535)	16,8	2,78	(1,97-3,94)	0,0003
Ausência (N = 1.257)	7,0	-	-	
Violência severa do pai				
Presença (N = 259)	17,3	2	(1,32-3,01)	0,0000
Ausência (N = 1.365)	8,4	-	-	
Violência entre pais				
Presença (N = 563)	13,7	2,27	(1,56-3,30)	0,0146
Ausência (N = 952)	7,7	-	-	
Violência psicológica				
Alta (N = 462)	21,0	7,15	(3,90-13,09)	0,0252
Média (N = 514)	5,4	1,35	(0,67-2,73)	
Ausência (N = 499)	3,4	-	-	
Violência sexual na família				
Presença (N = 148)	16,2	1,7	(1,02-2,86)	0,0000
Ausência (N = 1.662)	9,5	-	-	

Tabela 4

Estimativas de prevalência das variáveis individuais de adolescentes com sintomatologia depressiva de um município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2003.

Variáveis familiares	%	Razão bruta	IC95%	Teste de Wald
Auto-estima				
Baixa (N = 720)	19,6	7,6	(4,23-13,87)	0,0000
Média (N = 471)	4,6	1,8	(0,87-3,77)	
Alta (N = 584)	2,5	-	-	
Autodeterminação				
Não/Talvez (N = 124)	23,4	2,8	(1,73-4,72)	0,0000
Sim (N = 1.663)	8,8	-	-	
Autoconfiança				
Poucas vezes/Nunca (N = 176)	20,4	2,45	(1,58-3,8)	0,0000
Sempre/Muitas vezes (N = 1.648)	9,0	-	-	
Resiliência				
Não (N = 160)	16,2	2	(1,17-3,43)	0,0111
Sim (N = 1.113)	7,8	-	-	
Satisfação na vida				
Não (N = 273)	27,8	5,2	(3,57-7,55)	0,0000
Sim (N = 1.481)	6,4	-	-	

(continua)

Tabela 4 (continuação)

Variáveis familiares	%	Razão bruta	IC95%	Teste de Wald
Uso de álcool				
Sim (N = 469)	17,0	2,4	(1,72-3,44)	0,0000
Não (N = 1.342)	7,7	-		
Uso de cigarro				
Sim (N = 284)	20,0	3	(2,04-4,38)	0,0000
Não (N = 1.525)	8,2	-		
Uso de droga				
Sim (N = 475)	17,0	2,4	(1,71-3,42)	0,0000
Não (N = 1.329)	7,6	-		
Cometer transgressões				
Grave	16,6	2,5	(1,49-4,43)	0,0000
Moderada	17,0	3,2	(2,08-4,93)	
Leve	10,8	1,7	(2,08-4,93)	
Nenhuma	6,5	-		

Tabela 5

Modelo logístico multivariado explicativo da presença de sintomatologia depressiva em adolescentes de um município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2003.

Variáveis explicativas de presença de sintomas depressivos (N = 1.650)	Razões ajustadas	IC95%
Sócio-demográficas		
Sexo		
Feminino	2,41	1,58-3,67
Masculino	1	-
Familiares		
Separação dos pais		
Sim	1,73	1,16-2,57
Não	1	-
Violência severa da mãe		
Presença	6,49	2,07-20,30
Ausência	1	-
Individuais		
Auto-estima		
Baixa	6,43	2,63-15,68
Média	3,67	1,37-9,82
Alta	1	-
Satisfação com a vida		
Não	3,19	2,08-4,89
Sim	1	-

cujas mães não usam essa forma de estratégia relacional. A separação dos pais também se revela importante, indicando que aqueles cujos pais se separaram têm 73% mais chances de apresentarem sintomas depressivos do que aqueles que nunca passaram por essa experiência. Em relação às questões individuais, adolescentes com baixa auto-estima têm 6,4 vezes mais chances de

apresentar sintomas depressivos que os de elevada auto-estima. Os insatisfeitos com suas vidas apresentam 3,2 vezes mais essa sintomatologia do que os satisfeitos.

No estudo das interações, somente adolescentes que sofrem violência severa da mãe e denotam auto-estima moderada (aqueles com características ambivalentes quanto à auto-estima)

apresentam coeficientes significativos, com 92% menos chance do que os de alta auto-estima de apresentarem a sintomatologia estudada.

Discussão

A prevalência dos sintomas depressivos verificada é equivalente à observada em trabalhos brasileiros e internacionais que utilizaram diagnóstico clínico ou instrumento padronizado^{7,30}. Prevalências mais díspares são também encontradas na literatura, apontando a importância de aferir questões metodológicas, diferenças transculturais e a existência de subtipos de transtornos depressivos.

Independente da tipologia, o contexto desenvolvimental precisa ser contemplado na abordagem da depressão na adolescência, fase caracterizada fundamentalmente por estresses ocasionados pelas mudanças endócrinas e psicológicas, no auge do processo de individuação-separação do adolescente na formação da sua identidade. Nessa perspectiva, a confirmação do maior risco feminino à depressão na adolescência já é consenso na literatura, sendo explicado por fatores biopsicossociais e culturais. Fatores endócrinos; o *timing* precoce na puberdade, resultando na prematuridade para a vida social; conflito entre conectividade familiar e autonomia individual; alta reatividade ao estresse; maior motivação social ao relato de sintomas dessa natureza e inferior status sócio-cultural são peculiares às meninas, predispondo-as a conflitos e a um comportamento mais passivo, dependente e depressivo^{6,8}.

Numa fase com tantos desafios, estressores ambientais prévios ou recentes também influenciam a expressão depressiva em adolescentes. Neste trabalho, dois eventos revelam-se particularmente de risco à expressão da depressão na adolescência: a separação dos pais e a experiência de violência física causada pela mãe contra o adolescente. Essas circunstâncias da vida são capazes de alterar o estado de bem-estar físico e mental, gerando muita insegurança^{6,31}.

A experiência da violência física pelo adolescente merece destaque pela constatação da sua maior predição à depressão do que as outras questões apontadas por este estudo. No entanto, muita controvérsia e desconhecimento ainda existem sobre essa relação. A maior parte dos trabalhos foca, numa abordagem retrospectiva, a depressão na vida adulta como consequência da violência na infância, em destaque para a sexual, todavia pouca atenção é dada aos aspectos subjetivos, sócio-culturais e às peculiaridades transversais que atravessam essa relação de risco. É

certo que a violência, principalmente aquela vinda de quem se espera afeto e confiança, pode aniquilar a capacidade criativa e de inserção no mundo. Além disso, produz, não raramente, tristeza, desvalia, culpa, vergonha e profundo sentimento de mal-estar consigo mesmo e com os outros³². Ainda há muito que ser investigado sobre esse tópico.

Sobre a separação dos pais, o sentimento de perda, os conflitos precedentes ou decorrentes, as disputas e o rearranjo sócio-econômico são aspectos comuns e relacionados a esse fenômeno, o que o torna um evento ainda mais danoso para o adolescente²⁹. A nova organização familiar pode igualmente facilitar o afastamento físico e emocional, reduzir o apoio familiar e induzir rejeição e hostilidade. Estudando sobre os eventos de vida adversos e psiquiatria, Kirtland et al.³³ também sugerem que perdas por morte ou separação estão fortemente relacionadas à depressão.

Há uma recente área da psiquiatria que tem se dedicado ao estudo dos aspectos genéticos/biológicos como mediadores da relação eventos de vida estressantes e depressão. Essa abordagem tem revelado que o evento adverso, principalmente se ocorrido em fases iniciais da vida, resulta em uma sensibilização ou hiperatividade do fator liberador de corticotrofina do sistema nervoso central, contribuindo para a ocorrência da depressão e da ansiedade. A partir do primeiro episódio depressivo, a vulnerabilidade à desordem pode aumentar, uma vez que, além da experiência dolorosa aprendida, pode haver uma alteração em nível endócrino que favorecerá a reedição de novos episódios depressivos diante de adversidades^{2,34}. Tal proposição sugere a relação bidirecional entre os eventos de vida adversos e depressão, de modo que o maior risco à depressão resulta do evento de vida e a maior vulnerabilidade depressiva leva a um persistente risco⁶.

Paralelamente, as respostas e interpretações pessoais do adolescente aos eventos estressantes e as suas relações no mundo são adquiridas durante todo o seu desenvolvimento. Aqueles com apego inseguro, pouca regulação afetiva e negativa capacidade de resolução de problemas estão altamente vulneráveis aos desafios dessa época da vida. Nesse sentido, explicações recaem sobre a associação da baixa auto-estima, insatisfação com a vida e sintomatologia depressiva, sendo inclusive tópicos importantes a serem investigados pelo clínico na avaliação psicopatológica.

Inesperadamente, este trabalho não destacou relações entre sintomatologia depressiva e estrato social baixo, vitimização da violência psicológica e sexual, perda por morte de familiar

e fraco apoio social. Na literatura nacional, esses achados realmente são vagos e pouco explorados. Internacionalmente, há uma tendência mais clara da relação positiva entre depressão e pobreza³⁵, assim como entre abuso sexual e depressão³⁶. Os resultados encontrados merecem ser estudados por aportes metodológicos diferenciados.

Sendo assim, limitações teórico-metodológicas precisam ser clarificadas. Primeiramente, o indicador de sintomas depressivos, embora construído a partir de critérios bastante rigorosos teórica e metodologicamente, não inclui outros sintomas também importantes indicados pelo DSM-IV-TR para o diagnóstico clínico, como irritabilidade, alteração do peso e apetite, insônia ou aumento de sono, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de desvalia ou culpa excessiva e diminuição da capacidade de pensar e se concentrar; não inclui, sobretudo, a duração dos sintomas. Contudo, não se pretende neste artigo realizar diagnóstico de depressão. Em segundo lugar, a avaliação de situações e experiências ocorridas durante a vida do adolescente pode sofrer influência de viés de memória. Logo, estudos longitudinais são mais adequados à pesquisa dos fatores de risco. Uma terceira limitação referente à fragilidade na abordagem de aferição deve-se à não-utilização de instrumentos padronizados nacional e internacionalmente, impedindo a comparabilidade com outros trabalhos. O grande número de variáveis gera também maior fragilidade para uma análise mais aprofundada. Tentou-se minimizar essas limitações com a utilização de análise bivariada, abordagem em blocos e estudo das interações.

Para o futuro, trabalhos precisam se debruçar sobre as co-morbidades ocorridas com a depressão na adolescência e no curso do desenvolvimento, como também identificar um grupo mais homogêneo das desordens depressivas, contribuindo para maior conhecimento da etiologia genética e ambiental, ao lado de maior conhecimento sobre a relação entre violência e depressão. Estudos com metodologias longitudinais e/ou qualitativas podem avançar nesse sentido.

Enfim, a identificação acurada e precoce de adolescentes potencialmente sob o risco de sintomas depressivos deve ser foco não apenas do profissional de saúde mental, mas também de clínicos que têm contato com esse grupo etário. É flagrante que adolescentes com sintomas depressivos necessitam receber atenção efetiva de profissionais especializados, sensibilizados e capacitados. É importante igualmente o apoio do meio para aliviar estressores presentes e imediatos em casa e em outros locais de convivência. Os resultados deste trabalho direcionam à necessidade de implementação de políticas de saúde mental, com implantação de programas que focalizam não só o tratamento, mas também, principalmente, os fatores que cercam o dia-a-dia do adolescente e que exercem força na experiência depressiva. Ressalta-se a relevância de questões psicossociais no debate, especialmente numa esfera preventiva, contemplando no plano de ação a formação de uma rede de atenção adequada que minimize os sentimentos dolorosos vividos por pessoas ainda tão jovens e impeça-as de viver a depressão em fases mais avançadas da vida ainda com mais severidade.

Resumo

Este estudo objetiva identificar fatores sócio-demográficos, familiares e individuais potencialmente de risco à sintomatologia depressiva de adolescentes escolares. Baseia-se num estudo transversal com 1.923 alunos das 7ª e 8ª séries do Ensino Fundamental e 1ª e 2ª anos do Ensino Médio de escolas públicas e privadas de um município do Rio de Janeiro, Brasil. A sintomatologia depressiva foi aferida através de itens da SRQ-20 (Harding, 1980) e da escala de resiliência (Wagnild & Young, 1993). Para análise, utilizou-se a regressão logística hierárquica. Os resultados revelam que 10% dos adolescentes apresentam sintomatologia depressiva. Meninas têm mais que o dobro de chance de apresentar esses sintomas do que os meninos (IC: 1,58-3,67);

vítimas de violência severa cometida pela mãe têm 6,49 mais chances (IC: 2,07-20,3); adolescentes que vivenciaram separação dos pais têm 73% mais chances (IC: 1,16-2,57); adolescentes com baixa auto-estima têm 6,43 mais chances (IC: 2,63-15,68) e aqueles que estão insatisfeitos com a vida têm 3,19 mais chances (IC: 2,08-4,89) de apresentar sintomas de depressão. Discute-se a necessidade de políticas públicas eficazes ao atendimento do adolescente, em nível preventivo, contemplando aspectos psicossociais estratégicos, formando uma rede de tratamento.

Depressão; Violência; Adolescente; Fatores de Risco

Colaboradores

J. Q. Avanci participou da idealização do desenho do estudo, aquisição, interpretação e discussão dos dados, revisão crítica da literatura e redação do artigo. S. G. Assis contribuiu na idealização do desenho do estudo e do artigo, interpretação e discussão dos dados e revisão crítica do artigo. R. V. C. Oliveira participou da idealização do desenho do estudo, interpretação e discussão dos dados, além de fazer revisão crítica e metodológica do artigo.

Agradecimentos

A pesquisa recebeu suporte do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e também contou com bolsistas do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Referências

1. Cassano P, Fava M. Depression and public health: an overview. *J Psychosom Res* 2002; 53:849-57.
2. Zavaschi ML, Satler F, Poester D, Vargas CF, Piazenski R, Rohde LAP, et al. Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24:189-95.
3. Organização Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2001.
4. Compas BE, Hammen CL. Child and adolescent depression: covariation and comorbidity in development. In: Haggerty RJ, Sherrod LR, Garnezy N, Rutter, M, editors. *Stress, risk, and resilience in children and adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996. p. 225-67.
5. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 2003.
6. Goodyer IA, editor. *The depressed child and adolescent*. Cambridge: Cambridge University Press; 2001.
7. Bahls SC. Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24:63-7.
8. Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA. Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Psychol* 1993; 102:133-44.
9. Harrington R, Rutter M, Fombonne E. Developmental pathways in depression: multiple meanings, antecedents, and endpoints. *Dev Psychopathol* 1996; 8:601-16.
10. Anselmi L, Piccinini CA, Barros FC, Lopes RS. Psychosocial determinants of behavior problems in Brazilian preschool children. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45:779-88.
11. Lewinsohn PM, Gotlib IH, Seeley JR. Depression-related psychosocial variables: are they specific to depression in adolescents? *J Abnorm Psychol* 1997; 106:365-75.
12. Downey G, Walker E. Distinguishing family-level and child-level influences on the development of depression and aggression in children at risk. *Dev Psychopathol* 1992; 4:81-95.
13. Bowlby J. *Attachment and loss*. v. 3: loss. New York: Basic Books; 1980.
14. Kobak RR, Sceery A. Attachment in late adolescence: working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Dev* 1988;59:135-46.
15. Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* 1980; 10:231-41.
16. Wagnild GM, Young HM. Development and Psychometric Evaluation of Resilience Scale. *J Nurs Meas* 1993; 1:165-78.

17. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:436-48.
18. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatr* 1986, 148: 23-6.
19. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo-piloto. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:887-96.
20. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press; 1989.
21. Avanci JQ, Assis SG, Santos NC, Oliveira RVC. Adaptação transcultural de escala de auto-escala para adolescentes. *Psicol Reflex Crít* 2007; 20: 397-405.
22. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *J Pers Assess* 1985; 49:71-5.
23. Bronfenbrenner U. *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press; 1979.
24. Assis SG, Souza ER, Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R, Njaine K, et al. Avaliação do processo de implantação e dos resultados do Programa Cuidar. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
25. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *J Pers Assess* 1985; 49:71-5.
26. Dell'Aglio DD, Hutz CS. Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. *Psicol Reflex Crít* 2004; 17:351-7.
27. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1ª e 2ª graus em 100 capitais brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; 1997.
28. Kahn T, Bermergui C, Yamada E, Cardoso FC, Fernandes F, Zacchi JM, et al. O dia-a-dia nas escolas (violências auto-assumidas). São Paulo: Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinqüente/ Instituto Sou da Paz; 1999.
29. Assis SG, Pesce RP, Avanci JQ. *Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes*. Porto Alegre: Editora Artmed; 2006.
30. Bird HR, Gould MS, Staghezza BM. Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32:361-8.
31. Clark DB, De Bellis MD, Lynch KG, Cornelius JR, Martin CS. Physical and sexual abuse, depression and alcohol use disorders in adolescents: onsets and outcomes. *Drug Alcohol Depend* 2003; 24: 51-60.
32. Stuewig J, McCloskey LA. The relation of child maltreatment to shame and guilt among adolescents: psychological routes to depression and delinquency. *Child Maltreat* 2005; 10:324-36.
33. Kirtland P, Prout M, Schwarz R. *Post-traumatic stress disorder a clinician's guide*. New York: Plenum Press; 1991.
34. Heim C, Newport DJ, Heit S, Gtatham YP, Wilcox MB. Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA* 2000; 285:592-7.
35. Goodman E, Slap GN, Huang B. The public health impact of socioeconomic status on adolescent depression and obesity. *Am J Public Health* 2003; 93:1844-50.
36. Clark DB, Bukstein OG. Psychopathology in adolescent alcohol. *Alcohol Health Res World* 1998; 22:117-21.
37. Assis SG, Avanci JQ. *Labirinto de espelhos: formação da auto-estima na infância e adolescência*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.
38. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991; 32:705-14.
39. Straus MA. Measuring intrafamilial conflict and violence: the Conflict Tactics (CT) Scales. *J Marriage Fam* 1979; 41:75-88.
40. Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural da versão em português da *Conflict Tactics Scales Form R* (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:1083-93.
41. Sanders B, Becker-Lausen E. The measurement of psychological maltreatment: early data on the Child Abuse and Trauma Scale. *Child Abuse Negl* 1995; 19:315-23.
42. Pitzner JK, Drummond PD. The reliability and validity of empirically scaled measures of psychological/verbal control and physical/sexual abuse: relationship between current negative mood and a history of abuse independent of other negative life events. *J Psychosom Res* 1997; 2:125-42.
43. Avanci JQ, Assis SG, Santos NC, Oliveira RVC. Escala de violência psicológica contra adolescentes. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:702-8.
44. Trombeta LH, Guzzo RSL. *Enfrentando o cotidiano adverso: estudo sobre resiliência em adolescentes*. Campinas: Editora Alínea; 2002.

Recebido em 29/Jun/2007

Versão final representada em 28/Dez/2007

Aprovado em 15/Fev/2008