BJGH Brazilian Journal of Global Health
Revista Brasileira de Saúde Global

Diferença de gênero e idade na prevalência de depressão em adolescentes

Victória Costa[1], Isabella Paschoal Costa[1], Dra. Yára Juliano[3], Dra. Teresa Negreira Navarro Barbosa[2]

[1]Estudante de graduação na Faculdade de Medicina da Universidade Santo Amaro, São Paulo (SP), Brasil.
[2]Orientadora e Professora Mestre em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria pelo Curso de Medicina da Universidade Santo Amaro, São Paulo (SP), Brasil.
[3]Coorientadora e Professora Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo.

RESUMO

OBJETIVO

Avaliar o risco de depressão por adolescentes atendidos em um ambulatório especializado.

MÉTODOS

Estudo observacional transversal com levantamento de prontuários com PHQ-9 de adolescentes de 12 a 18 anos de ambos os gêneros atendidos no ambulatório de Hebiatria no Complexo de Saúde Dr. Wladimir Arruda 2, de janeiro de 2023 a dezembro de 2023. Os dados foram tabulados e aplicados nos seguintes testes: Prevalência, Qui-quadrado e Kruskal-Wallis.

RESULTADOS

Foram analisados 113 prontuários, sendo 58 meninos e 55 meninas. A prevalência total de depressão foi de 69,2%, a porcentagem das meninas corresponde a 85% e dos meninos 54% (PHQ-9 ≥ 5). Por fim, observou-se que não há uma faixa etária predominante para o desenvolvimento da doença.

CONCLUSÕES

Os resultados destacam a maior prevalência de depressão em meninas, em conformidade com a literatura, devido a fatores biológicos, sociais e psicológicos. Esses achados reforçam a necessidade de intervenções precoces voltadas às meninas e de estratégias que considerem as diferenças de gênero. Estudos futuros poderão explorar outros fatores associados à prevalência da doença, contribuindo para estratégias de prevenção e manejo.

DESCRITORES

Adolescentes, Depressão, Gênero, PHQ-9, Grupos vulneráveis, Brasil.

Autorcorrespondente:
Victória Costa.
Estrada da aldeia, Número 451, Casa 276, CEP: 06709-300, São Paulo. Brasil.
E-mail: vicvicosta2014@gmail.com.
ORCID ID: https://orcid.org/0009-0005-6446-4212.

Copyright: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons.

Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided that the original author and source are credited.

DOI:

INTRODUÇÃO

A depressão é uma das doenças de maior enfoque na saúde global sendo a principal causa de incapacidade no mundo. Estima-se que cerca de 300 milhões de pessoas de todas as idades sejam afetadas pela depressão, com aproximadamente 800 mil mortes por suicídio anualmente, o que a caracteriza como a segunda maior causa de morte entre indivíduos de 15 a 29 anos[1,2].

No entanto, dados recentes apontam que os adolescentes, com idades entre 12 e 18 anos, representam um grupo emergente em números e gravidade nos quadros depressivos. Estudos globais indicam que a prevalência de sintomas depressivos elevados entre adolescentes varia de 13% a 23%, destacando a relevância desse grupo etário. No Brasil, pesquisas revelam que cerca de 15% dos adolescentes apresentam sintomas depressivos clínicos, com taxas superiores em meninas devido a fatores biológicos e sociais[3].

Segundo um estudo que analisou a quantidade de anos vividos com incapacidade devido à depressão, realizado no Brasil, a cada 100.000 pessoas, cerca de 544 anos foram vividos com incapacidade devido à doença. Sendo que os transtornos depressivos representam 5% de todos os anos vividos com incapacidade no país, destacando a relevância da depressão como uma das principais causas de incapacidade no Brasil. Esse aumento é atribuído ao crescimento populacional e ao maior envelhecimento da população brasileira, mas também reflete uma maior prevalência de transtornos depressivos na juventude[4].

A adolescência é marcada por mudanças em vários aspectos da vida, dentre eles ocorrem mudanças biológicas, hormonais, psicológicas e sociais; além da formação da personalidade e identidade. Tais mudanças são responsáveis por acentuar a vulnerabilidade desta população, deixando-os suscetíveis a desenvolver quadros potencialmente depressivos[5].

Há uma complexidade das experiências individuais nessa fase crucial do desenvolvimento, podendo variar consideravelmente entre diferentes faixas etárias e gênero, refletindo as múltiplas adversidades enfrentadas por cada adolescente. Estas distinções ressaltam a importância de abordagens personalizadas ao lidar com a saúde mental dos adolescentes, reconhecendo estratégias eficazes, levando em consideração as nuances específicas de cada indivíduo. Compreendendo essas complexidades, profissionais de saúde e formuladores de políticas estarão melhor equipados para implementar intervenções e programas preventivos mais direcionados e abrangentes[6]. Com base nisso, este artigo busca evidenciar quais são os fatores que predispõem os adolescentes ao maior risco para o desenvolvimento da depressão.

MÉTODOS

Este estudo observacional transversal foi conduzido por meio da análise de prontuários de adolescentes atendidos no ambulatório de Hebiatria do Complexo de Saúde Dr. Wladimir Arruda 2, no período de janeiro a dezembro de 2023. A amostra final foi composta por 113 prontuários, selecionados após a aplicação de critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos adolescentes com idades entre 12 e 18 anos, de ambos os gêneros, cujos prontuários continham o preenchimento do *Patient Health Questionnaire*-9 (PHQ-9). Foram excluídos prontuários de pacientes fora da faixa etária analisada, bem como aqueles que não possuíam o PHQ-9 registrado. Quando havia mais de um questionário PHQ-9 no prontuário, apenas o mais recente foi considerado para análise.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. O parecer aprovado pelo CEP possui o número 6.226.958.

O PHQ-9, utilizado como ferramenta de rastreamento para avaliar o risco de depressão, é fundamentado nos critérios do DSM-IV e consiste em nove perguntas que avaliam a frequência de sintomas depressivos nas últimas duas semanas. Esses sintomas incluem: pouco interesse ou prazer em fazer as coisas, sentir-se desanimado(a) ou sem esperança, dificuldade para dormir ou dormir em excesso, sentir-se cansado(a) ou com pouca energia, falta de apetite ou comer em excesso, sentir-se mal consigo mesmo(a) ou um fracasso, dificuldade para se concentrar, moderada ou lentidão psicomotora, e pensamentos de morte ou de se machucar.

As respostas são registradas em uma escala *Likert* de 0 a 3, com as opções: "nenhuma vez", "vários dias", "mais da metade dos dias" e "quase todos os dias". A soma dos escores classifica os participantes em cinco níveis de risco: nenhum risco (0–4 pontos), depressão leve (5–9 pontos), depressão moderada (10–14 pontos), depressão moderadamente grave (15–19 pontos) e depressão grave (20–27 pontos)[6]. Neste estudo, adolescentes com pontuação igual ou superior a 5 foram considerados em risco de depressão.

Os dados coletados pelos autores foram tabulados em planilhas do Excel e analisados com o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). A análise incluiu o cálculo da prevalência de adolescentes em risco de depressão, o teste qui-quadrado para verificar diferenças significativas na prevalência entre os gêneros e o teste de *Kruskal-Wallis* para avaliar possíveis diferenças nas classificações de risco entre as faixas etárias. O nível de significância adotado foi de $p < 0.05$.

RESULTADOS

Com a análise do prontuário de todos os adolescentes entre 12 e 18 anos que se consultaram no ambulatório de Hebiatria (n=113) ao longo de 2023, a ocorrência de distúrbios relacionados à depressão foi de 69% (usando ponto de corte do PHQ-9 ≥ 5) considerando o número de pacientes que pontuaram de leve à grave para risco de depressão (n=78) sobre o total de pacientes entrevistados (n=113). Sendo que dentre as 55 meninas, 47 foram classificadas para a doença, correspondendo a 85,4% de prevalência. Já entre os meninos, 31 dos 58 também foram classificados dentre os graus estudados, representando 53,4%.

Na tabela 1, observa-se a distribuição das idades para o risco de depressão em cada gênero, considerando o total de adolescentes que se enquadram com risco de leve à grave (n=78).

Tabela 1 - Distribuição das idades e gêneros entre adolescentes com risco de depressão (leve a grave).

Faixa etária (anos)	Número de casos para o risco de depressão	Número percentual	Número de adolescentes	
			Gênero Feminino	Gênero masculino
12	10	12,82%	6	4
13	18	23,07%	11	7
14	15	19,23%	10	5
15	12	15,38%	7	5
16	6	7,69%	4	2
17	15	19,23%	9	6
18	2	2,56%	0	2
Total	**78**	**100%**	**47**	**31**

Fonte: Os autores (2024)

Na tabela 2 é apresentada a distribuição dos escores obtidos no PHQ-9, classificados em nenhum risco, leve, moderado, moderadamente severo e grave, de acordo com o gênero dos adolescentes avaliados. Nota-se uma diferença marcante entre os gêneros, especialmente nas classificações de risco mais elevadas, com casos graves sendo observados apenas entre meninas.

Tabela 2 - Relação da classificação de risco de depressão de acordo com o PHQ-9 com o número de pacientes do gênero feminino e masculino.

		Score					
		Nenhum	Leve	Moderado	Moderadamente severo	Grave	**Total**
Gênero	Feminino	**8**	**18**	**13**	**12**	**4**	**55**
	Masculino	**27**	**16**	**8**	**7**	**0**	**58**
Total		**35**	**34**	**21**	**19**	**4**	**113**

Fonte: Os autores (2024)

A Tabela 3 exibe os resultados do teste qui-quadrado aplicado para analisar a associação entre os escores do PHQ-9 e o gênero dos participantes. Na análise de diferenças entre os gêneros, como o p-valor é igual a 0.002, sugere que existe diferença estatisticamente significativa nas classificações de risco de depressão entre os adolescentes do sexo feminino e masculino. A presença de casos na categoria "grave" apenas em meninas reforça ainda mais essa conclusão.

Tabela 3 - Resultado do teste qui-quadrado.

	Variáveis		
	x^2	df	p-valor
Qui-quadrado de Pearson	16.870	4	0.002*
Razão de Verossimilhança	19.009	4	<0.001
Número de Casos Válidos		113	

x^2 = valor do teste qui-quadrado

df = grau de liberdade

Fonte: Os autores (2024)

A Tabela 4 apresenta os resultados do teste de Kruskal-Wallis, realizado para investigar diferenças na distribuição de escores do PHQ-9 entre diferentes faixas etárias para ambos os gêneros. Como p-valor > 0.05, a interpretação do teste demonstra que a análise da mediana das idades para as classificações de risco não obteve diferença significativa, ilustrando que não há uma faixa etária específica entre os adolescentes que predispõe a um maior ou menor risco para a gravidade da depressão.

Tabela 4 - Teste realizado para avaliar se existe idade predominante entre diferentes classificações de risco de depressão (conforme o escore PHQ-9) para os gêneros masculino e feminino separadamente.

	Sexo	
	Masculino	Feminino
Número total	58	55
Estatística de teste	4.999[a]	1.276[a]
Grau de liberdade	3	4
p-valor	0.172	0.866

a.A estatística do teste está ajustada para empates. O teste aplicado foi o de Kruskal-Wallis

Fonte: Os autores (2024)

DISCUSSÃO

No Brasil, uma minoria de adolescentes com transtornos mentais recebem assistência em saúde mental. Segundo um estudo transversal realizado em 4 regiões brasileiras, existe menor taxa de assistência para os grupos: sexo feminino, com desempenho escolar adequado; mãe ou cuidador principal morando com o companheiro e; moradores das regiões carentes. Além disso, o levantamento de dados do TabNet sobre a mortalidade por transtornos mentais e comportamentais entre adolescentes de 10 a 14 anos no ano de 2022, sendo esta, a atualização mais recente do banco de dados governamental, evidenciou a notificação de 64 óbitos no país, sendo que a região sudeste se destaca com 28 óbitos computados, representando 43,7% do total[8,9].

Pela análise dos 113 pacientes entrevistados, 69% pontua-

ram para algum grau de depressão. Tal índice pode ser explicado pelo fato da depressão na adolescência ter um aumento significativo na puberdade, devido às mudanças biológicas e sociais pronunciadas[5]. A puberdade inicia-se como um marco social que é acompanhado de opiniões e expectativas sociais específicas. As evidências demonstram que, principalmente, meninas que vivem em contextos familiares de baixo nível socioeconômico apresentam início precoce da puberdade, aflorando sentimentos e percepções que a fazem compreender o contexto de vulnerabilidade em que estão inseridas[10]. De tal modo que a exposição a cenários de violência, pobreza multidimensional e a situações estressantes, entre elas óbitos e conflitos familiares, são fatores que aumentam as chances de problemas de saúde mental[11].

Neste estudo, 47 meninas (85,4%) possuem risco de desenvolver depressão, evidenciando que estas apresentaram taxas mais altas de depressão quando comparadas aos meninos devido a uma combinação de fatores biológicos, sociais e psicológicos. Oscilações hormonais durante a puberdade e ciclo menstrual influenciam neurotransmissores e sistemas neuroendócrinos associados a transtornos de humor, aumentando a vulnerabilidade feminina à depressão. Além disso, a socialização de gênero, que encoraja meninas a serem mais sensíveis e focadas em relacionamentos, pode intensificar o estresse emocional, enquanto meninos são incentivados a serem independentes e a suprimir emoções, mascarando assim sintomas depressivos[12]. Estes fatores combinados explicam a maior incidência de depressão em meninas, destacando a necessidade de intervenções precoces e suporte adequado[12,13].

Um estudo realizado nos Estados Unidos revelou que, embora as mulheres sejam duas vezes mais diagnosticadas com depressão que os homens, estes morrem por suicídio cerca de 3 a 4 vezes mais[14]. Os homens expressam sintomas de depressão de maneira diferente quando comparado às mulheres, quando os sintomas típicos como excesso de trabalho, abuso de substâncias e agressão são avaliados, as diferentes taxas de depressão em homens e mulheres desaparecem. Demonstrando que os processos de socialização de gênero afetam consideravelmente a forma como adolescentes e homens expressam a depressão, de tal modo que muitos destes ficam sem diagnóstico[15]. Esta discrepância não reflete apenas em uma maior predisposição biológica e psicológica entre as mulheres, mas também pode estar associada a fatores sociais e culturais que afetam os gêneros de formas diferentes[16].

Em conformidade com os resultados encontrados, a literatura analisada não encontra relações entre as diferenças de faixa etária com a classificação de risco para a depressão. No mundo, critérios diagnósticos muito semelhantes são usados para definir transtorno depressivo maior (TDM) em crianças, adolescentes e adultos. A utilização dos mesmos critérios demonstra que a apresentação do transtorno não está ligada à idade. Algumas evidências apontam que quando se trata de fatores de risco, percepções neurais e continuidade ao longo da vida, o TDM que se inicia na adolescência pode ser considerado uma forma precoce do transtorno adulto[17].

O subfinanciamento em saúde mental infantil, a fragmentação dos sistemas de saúde e as desigualdades intensificadas pela pandemia dificultam a implementação de mudanças estruturais eficazes[8,9]. Nesse contexto, é crucial a mobilização intersetorial envolvendo governos, comunidades e organizações não-governamentais para criar estratégias culturalmente adaptadas, voltadas para a ampliação de programas de prevenção voltados a adolescentes em ambientes escolares e comunitários, e o fortalecimento da rede de apoio psicossocial. Assim, promovendo a equidade no acesso aos serviços de saúde mental[12].

No que se refere à validade da aplicabilidade do questionário PHQ-9 foi demonstrado que existe forte recomendação pelo Consórcio Internacional para Medição de Resultados em Saúde (ICHOM) na aplicação do PHQ-9 na triagem para o risco da depressão em seus diferentes graus. A pesquisa relatou a adequação do PHQ-9, destacando sua abrangente compreensão dos domínios, sua viabilidade bem avaliada e sua revisão cuidadosa sujeita à psicometria. Diante disso, surge a confiabilidade de que o questionário pode ser adotado na prática clínica[18].

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam uma alta prevalência de risco de depressão entre adolescentes atendidos em um ambulatório especializado, com destaque para a maior proporção de meninas em todos os níveis de gravidade avaliados. A prevalência de 85,4% entre as meninas reflete a influência de fatores biológicos, sociais e psicológicos que aumentam sua vulnerabilidade ao transtorno. Por outro lado, a ausência de uma associação significativa entre as faixas etárias analisadas sugere que o risco de depressão não se limita a períodos específicos da adolescência, mas é influenciado por fatores multidimensionais ao longo dessa fase do desenvolvimento.

Esses achados reforçam a necessidade de intervenções precoces e estratégias direcionadas que considerem as diferenças de gênero e as especificidades sociais e culturais dos adolescentes. A desigualdade no acesso a serviços de saúde mental e os desafios para implementação de políticas públicas tornam fundamental a mobilização intersetorial para promover a equidade e fortalecer redes de apoio psicossocial. Pesquisas futuras são essenciais para explorar fatores adicionais e desenvolver estratégias eficazes de prevenção e manejo que reduzam o impacto da depressão entre jovens vulneráveis, e a implementação de políticas baseadas em evidências e culturalmente adaptadas é essencial para transformar a realidade desses jovens e reduzir o impacto da depressão na sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Governo Federal lança estratégias de cuidados para a saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2022, 14 de junho. Disponível em:https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2022/junho/governo-federal-lanca-estrategias-de-cuidados-com-a-saude-mental-dos-brasileiros#:~:text=Entre%20as%20a%C3%A7%C3%B5es%20est%C3%A3o%20a.
2. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Depressão [Internet]. Washington, DC: PAHO; c2024. Disponível em:https://www.paho.org/pt/tópicos/depressão.
3. WHO. World health organization [Internet]. Who.int. World Health Organization; 2021. Available from: https://www.who.int/.
4. Bonadiman CSC, Passos VMA, Mooney M, Naghavi M, Melo APS. Transtornos depressivos no Brasil: resultados do Global Burden of Disease Study 2017. Popul Health Metrics. 2020 set;18(S1).
5. Richburg A. Depressão, ansiedade e momento da puberdade: pesquisa atual e direções futuras. Univ Mich Undergrad Res J. 2021 Dez 20;15(0).
6. Shorey S, Ng ED, Wong CH. Prevalência global de depressão e sintomas depressivos elevados entre adolescentes: uma revisão sistemática e meta-análise. [Internet]. 2021 Set [citado em 24 de maio de 2023]. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm. NIH.gov/34569066/.
7. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSP, da Silva NTB, Tams BD, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. Cad Saúde Pública. 2013 Agosto;29(8):1533–43.
8. Paula CS, Lauridsen-Ribeiro E, Wissow L, Bordin IA, Evans-Lacko S. A lacuna de cuidados de saúde mental entre crianças e adolescentes: dados de um inquérito epidemiológico de quatro regiões brasileiras. PLoS One. 2014 Fev 18; 9(2):e88241.
9. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Tabnet [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/.
10. Obeidallah D, Brennan RT, Brooks-Gunn J, Earls F. Ligações entre o momento da puberdade e os contextos da vizinhança: implicações para o comportamento violento das meninas. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004 Dez;43(12):1460–8.
11. Ziebold C, Silva LM, Matijasevich A, Santos IS, Gonçalves H, Barros AJ, *et al.* Pobreza infantil e transtornos de saúde mental no início da vida adulta: evidências de um estudo de coorte brasileiro. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2 de dezembro de 2021.
12. Child Mind Institute. Nova York: Child Mind Institute; 2024. Disponível em: https://childmind.org.
13. Murphy JM, Horton NJ, Laird NM, Monson RR, Sobol AM,

Leighton AH. A crescente prevalência de depressão: implicações para a avaliação. [Internet]. [citado em 24 de maio de 2023]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4478054/#:~:text=The%204o.
14. Mergl R, Koburger N, Heinrichs K, Székely A, Tóth MD, Coyne J, et al. Quais são as razões para as grandes diferenças de gênero na letalidade de atos suicidas? Uma análise epidemiológica em quatro países europeus. PLoS One . 2015 Jul 6;10(7):e0129062.
15. Martin LA, Neighbors HW, Griffith DM. A experiência de sintomas de depressão em homens vs mulheres. JAMA Psychiatry. 2013 Out;70(10):1100– 6.
16. Kirmayer LJ. Variações culturais na apresentação clínica da depressão e ansiedade: implicações para o diagnóstico e tratamento. J Clin Psychiatry. 2001;62 Suppl 13:22–8; discussão 29-30.
17. Rice F, Riglin L, Lomax T, Souter E, Potter R, Smith DJ, *et al*. Diferenças entre adolescentes e adultos nos perfis de sintomas de depressão grave. J Affect Disord. 2019 Jan;243:175–81.
18. Krause KR, Chung S, Adewuya AO, Albano AM, Babins-Wagner R, Birkinshaw L, *et al*. Consenso internacional sobre um conjunto padrão de medidas de resultados para ansiedade infantil e juvenil, depressão, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de estresse pós-traumático. Lancet Psychiatry. 2021 Jan;8(1):76–86.