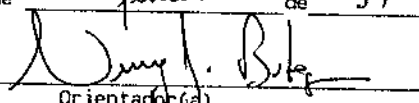


KARLA VANESSA SOUZA SOARES

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação/Tese de Mestrado/Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de "MESTRE" / "DOUTOR" em SAÚDE MENTAL. Campinas, 03 de fevereiro de 94.

Prof(a).Dr(a).

  
Orientador(a)

SINTOMAS DEPRESSIVOS EM ADOLESCENTES E  
ADULTOS JOVENS: Análise dos dados do "Estudo Multicêntrico  
de Morbidade Psiquiátrica em Áreas Metropolitanas".

DISSERTAÇÃO DE Mestrado APRESENTADA À  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS PARA A  
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE  
MENTAL

**ORIENTADOR:** PROF. DR. NEURY J. BOTEGA

CAMPINAS - 1993

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

Soares, Karla Vanessa Souza

**Solis** SINTOMAS DEPRESSIVOS EM ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS:  
análise dos dados do "Estudo Multicêntrico de Morbidade  
Psiquiátrica em Áreas Metropolitanas" / Karla Vanessa  
Souza Soares. -- Campinas, SP: [s.n.],1993.

Orientador: Neury José Botega.

Tese (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas,  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde Mental. 2. Depressão. 3. Epidemiologia  
descritiva. 4. Adolescência. I. Botega, Neury José.  
II. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências  
Médicas. III. Título.

20. CDD - 616.8 - 616.852.7  
- 614.4 - 612.661

Índices para Catálogo Sistemático:

1. Saúde Mental 616.8
2. Depressão 616.852.7
3. Epidemiologia descritiva 614.4
4. Adolescência 612.661

Ao meu irmão, "*in memoriam*", e à  
minha mãe.

**Ao Professor Naomar.**

### **AGRADECIMENTOS:**

Gostaríamos de manifestar o nosso agradecimento a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse trabalho. De maneira especial:

Ao Professor NEURY JOSÉ BOTEGA, pelo apoio e incentivo na orientação dessa dissertação.

Ao Professor NAOMAR MONTEIRO DE ALMEIDA FILHO, da Universidade Federal da Bahia, pelo apoio inestimável desde o início desse trabalho.

Ao Professor JAIR DE JESUS MARI, da Escola Paulista de Medicina, pelas diversas contribuições e incentivos no decorrer desse trabalho.

Ao Professor EVANDRO DA SILVA FREIRE COUTINHO, da Escola Nacional de Saúde Pública - RJ, pelo paciente auxílio no direcionamento do projeto.

À Professora MARILISA BERTI DE AZEVEDO BARROS, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas, pelo incentivo que sempre nos proporcionou.

Ao Professor MAURÍCIO KNOBEL, pela colaboração no início da nossa atividade de pós-graduação.

Aos professores JOSÉ SILVÉRIO DOS SANTOS DINIZ, JOSÉ MARIA PENIDO SILVA e JOÃO LUIZ MONTEIRO, do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de Minas Gerais, pelo constante incentivo proporcionado durante o nosso período de graduação.

Ao psiquiatra SÉRGIO BAXTER ANDREOLI, da Escola Paulista de Medicina, pelas contribuições na metodologia do estudo.

Aos demais profissionais envolvidos na realização do "ESTUDO MULTICÊNTRICO DE MORBIDADE PSIQUIÁTRICA", sem o qual esse trabalho não teria sido efetivado.

Aos professores e funcionários do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal da Bahia, em especial à NADINE LINS E SILVA e BEATRIZ D'ANNA, pela maneira acolhedora e afetiva que nos receberam durante um estágio realizado nesse Departamento.

Aos demais professores e funcionários do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Universidade Estadual de Campinas, em especial à SANDRA APARECIDA MORENO, pela compreensão e auxílio que sempre nos proporcionou.

Aos psiquiatras FÁBIO LOPES ROCHA e BRENO FERREIRA DE CASTRO JÚNIOR, pelo apoio prestado no início da nossa atividade de pós-graduação.

Às amigas, MÁRCIA REGINA ISSA SALOMÃO, DINA DEE GOMES SIMPSON e SEILA CHIARINI pelos inúmeros momentos de compreensão e estímulos.

A GERALDINA GOMES SIMPSON, pelo apoio nas traduções comentadas.

**Karla Soares**

" *Meu coração não se cansa  
de ter esperança,  
de um dia ser  
tudo o que quer ...  
... meu coração vagabundo,  
quer guardar o mundo  
em mim.*"

*(CORAÇÃO VAGABUNDO - Caetano Veloso)*

# SUMÁRIO

	Página
RESUMO .....	XI
ABSTRACT .....	XIII
INTRODUÇÃO .....	XV
<b>CAPÍTULO I - ADOLESCÊNCIA E DEPRESSÃO .....</b>	<b>19</b>
I.1 Peculiaridades do desenvolvimento normal	
na adolescência .....	20
I.1.1 Adolescência inicial.....	21
I.1.2 Adolescência intermediária .....	22
I.1.3 Adolescência tardia.....	22
I.2 O papel da cultura, família e escola .....	24
I.3 Depressão na adolescência .....	27
I.3.1 Fenomenologia .....	28
I.3.2 Epidemiologia.....	29
I.3.3 Diagnóstico .....	35
I.3.4 Fatores predisponentes .....	36
I.3.5 Distúrbios comórbidos .....	38
I.3.6 Variáveis sócio-demográficas.....	44
<b>CAPÍTULO II - OBJETIVOS .....</b>	<b>48</b>



<b>CAPÍTULO III - METODOLOGIA .....</b>	<b>50</b>
III.1 Metodologia do "Estudo Multicêntrico".....	52
III.1.1 Cálculo amostral .....	52
III.1.2 Instrumentos da pesquisa .....	55
III.1.3 Coleta dos dados .....	56
III.2 Metodologia do presente estudo .....	57
III.3 Análise dos dados .....	62
 <b>CAPÍTULO IV - RESULTADOS.....</b>	 <b>65</b>
IV.1 Percentagem da amostra que ocupa cada faixa etária .....	67
IV.2 Informantes e referidos em cada faixa etária .....	69
IV.3 Descrição da amostra: perfil sóciodemográfico .	71
IV.4 Prevalência da sintomatologia depressiva .....	78
IV.5 Dados estratificados por faixa etária e por cada uma das variáveis .....	84
IV.6 Comparação da presença de sintomas por grupo etário .....	105
 <b>CAPÍTULO V - COMENTARIOS .....</b>	 <b>110</b>
V.1 Limitações do método .....	111
V.2 Frequências dos sintomas depressivos .....	114
V.3 Variáveis sóciodemográficas.....	117
V.4 Comparação entre os grupos etários.....	120

<b>CAPÍTULO VI - CONCLUSÃO .....</b>	<b>122</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>126</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>141</b>
ANEXO 1. Questionário de dados sócio-demográficos ...	142
ANEXO 2. Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto .....	143
ANEXO 3. Tabelas com os dados sócio-demográficos ....	145
ANEXO 4. Tabelas com os dados estratificados pelas variáveis sócio-demográficas e sintomatologia depressiva .....	153

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Estudos epidemiológicos realizados nas últimas duas décadas sobre depressão na adolescência demonstram prevalências variando de 15 a 50% para sintomatologia depressiva, além de uma elevada comorbidade com ideação suicida e abuso de álcool e outras drogas. Esses sintomas aparecem com maior frequência entre os adolescentes mais velhos e do gênero feminino.

**OBJETIVOS:** I. Determinar a frequência de sintomatologia depressiva entre os adolescentes e adultos jovens de três centros urbanos brasileiros; II. avaliar a associação desses sintomas com as variáveis sócio-demográficas; III. comparar os adolescentes (15 a 19 anos), adultos jovens (20 a 24 anos) e adultos (25 a 49 anos), quanto à presença de sintomatologia depressiva.

**METODOLOGIA:** A presente investigação faz uma análise de parte dos dados coletados na primeira fase de um estudo tipo corte-transversal, conduzido em duas etapas, realizado para avaliar a prevalência de distúrbios psiquiátricos em três centros urbanos brasileiros ( São Paulo, Brasília e Porto Alegre). Na primeira etapa foi realizado um rastreamento através do "Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto - QMPA", em todos os indivíduos dos domicílios sorteados, com idade superior a 15 anos. Neste estudo utilizaram-se nove perguntas do QMPA para avaliar a frequência de sintomas depressivos nas faixas etárias de 15 a 19 e de 20 a 24 anos. Posteriormente realizou-se uma estratificação dos sintomas por variáveis

sóciodemográficas e uma comparação desses grupos etários com os adultos (25 a 49 anos), quanto à presença de sintomatologia depressiva. Esses dados foram sempre analisados separadamente para cada uma das cidades.

**RESULTADOS:** Nas três cidades, os sintomas depressivos registrados com maior frequência entre os adolescentes e adultos jovens foram: falta de apetite (6 a 14%), insônia (6 a 11%), desânimo (11 a 23%) e irritabilidade (7 a 15%). Ideação suicida aparece com uma frequência de 3 a 4% entre os adolescentes e de 2 a 7% entre os adultos jovens. Observou-se ainda, um gradiente de frequência para os sintomas uso de tranquilizantes e preocupação com doenças, com os menores percentuais entre os adolescentes. Sintomatologia depressiva esteve nitidamente associada com os indivíduos do gênero feminino, solteiros e que moravam em residências com até quatro pessoas. Na comparação realizada entre os grupos etários quanto a frequência de sintomatologia depressiva, nota-se uma associação positiva entre a faixa etária mais velha e sintomas depressivos, bem como um padrão de sintomatologia semelhante para os adolescentes e adultos jovens.

O estudo sugere que sintomatologia depressiva é um significativo problema de saúde entre os adolescentes. Novas investigações são necessárias para avaliar os fatores de proteção e risco, assim como conhecer dados sobre incidência, duração e desfecho clínico dos sintomas depressivos nessa população.

## ABSTRACT

DEPRESSIVE SYMPTOMS AMONG ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS: Data analysis of the "Multicentric Study of Psychiatric Morbidity in Metropolitan Areas".

**INTRODUCTION:** Epidemiologic studies conducted in the last two decades on adolescent depression have demonstrated a high frequency of depressive symptomatology (15-50%) and a high comorbidity with suicide ideation and drug abuse. These symptoms are associated with old adolescence and females.

**OBJECTIVES:** The aims of this study are: I. to determine the frequency of depressive symptoms in adolescents and young adults of three urban areas in Brazil; II. to verify the association of these symptoms with sociodemographic variables; III. to compare the frequency of depressive symptoms among adolescents (15-19 years old), young adults (20-24 years old) and adults (25-49 years old).

**METHOD:** A two-stage cross-sectional design was used to assess prevalence of psychiatric disorders in three urban areas in Brazil (São Paulo, Brasília and Porto Alegre). All adult residents in the households selected were asked to fill up a Brazilian screening questionnaire for psychiatric disorders, the "Questionnaire for Adult Psychiatric Morbidity" (QMPA). This instrument includes nine questions on depressive symptoms. After selecting the population aged between 15-19 years old and 20-24 years old, the frequencies of depressive symptomatology

was obtained. A stratification based on sociodemographic variables was then carried out. A comparison of the depressive symptomatology between the three groups (adolescents, young adults and adults), was made. Data from the three cities were analysed separately.

**RESULTS:** For the three cities, the most frequent depressive symptoms among adolescents and young adults were: lack of appetite (6-14%), insomnia (6-11%), apathy (11-23%) and irritability (7-15%). Suicidal ideation presented a low frequency among the adolescents (3-4%) and young adults (2-7%). A frequency gradient was observed for the use of tranquillizers and hypochondria. The depressive symptomatology was clearly associated with female, being single and living in houses where less than five people. The comparison of age groups showed a positive association between adult age and depressive symptomatology as well as a similar pattern of symptomatology for adolescents and young adults.

The study indicates that depressive symptomatology in adolescents is an important public health problem. Further studies are needed in order to assess the risk and protective factors related with the incidence, duration and outcome of depression in this age group.

# INTRODUÇÃO

Em todas as culturas o início da vida produtiva e o incremento da vida de relação dá-se na adolescência.

Em 1911, G. Stanley Hall publicou um trabalho científico sistematizado, sobre adolescência, reconhecendo ser esse um estágio do desenvolvimento humano (SILBER, 1985; NICHOLI, 1989). Foi, no entanto, na última metade do século, que as organizações de saúde reconheceram a necessidade de se atuar nos problemas de saúde dessa população. O declínio da mortalidade por doenças infecciosas, juntamente com o planejamento de ações na área da saúde preventiva e de reabilitação, abriram espaços para a discussão dos problemas dessa faixa etária, até então negligenciados (SILBER, 1985).

Nos países em desenvolvimento, em especial na América Latina, observa-se um crescimento demográfico da faixa etária de 15 a 24 anos, em relação às demais. Em 1989, esses indivíduos constituíam 19% da população brasileira, com tendência a uma elevação desse percentual para o ano 2000 (IBGE, 1991; OJEDA et al., 1985).

Meu interesse pela adolescência vem desde a época da graduação, quando percebia as dificuldades que os docentes da pediatria da Universidade Federal de Minas Gerais, enfrentavam



ao lidar com os pacientes adolescentes. Quando iniciei a pós-graduação na UNICAMP, pretendia realizar a validação de uma entrevista estruturada para ser utilizada nesta faixa etária. Esse projeto, no entanto, devido às dificuldades técnicas e de financiamento não pôde ser realizado. Foi quando o professor Naomar de Almeida Filho, da Universidade Federal da Bahia (UFBA), sugeriu um projeto utilizando-se os dados já coletados no "Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica". Realizei, então, um estágio de quatro meses no Departamento de Medicina Preventiva da UFBA, local onde o presente trabalho foi inicialmente planejado.

O "Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica em Áreas Metropolitanas", realizado em Porto Alegre, São Paulo e Brasília, contou com o financiamento do *Ministério da Saúde (MS)*, *Organização Panamericana de Saúde (OPAS)*, *Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP)* e *Fundação do Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS)*. Numa primeira etapa, foram entrevistadas, em média, 2000 pessoas, em cada uma das regiões metropolitanas. Foram aplicados uma ficha para a coleta de dados sóciodemográficos e o *Questionário de Morbidade Psiquiátrica do Adulto (QMPA)*, idealizado por SANTANA (1982). O QMPA compõe-se de 45 perguntas sobre a ocorrência de queixas psicopatológicas. Numa segunda etapa, utilizou-se o inventário de sintomas do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / DSM-III (APA, 1980)*, para a confirmação de morbididade psiquiátrica (ALMEIDA-FILHO et al., 1992a).

No presente estudo foram utilizados os dados de nove perguntas do QMPA sobre a frequência de sintomas depressivos nos grupos etários de 15 a 19 anos e 20 a 24 anos.

No capítulo I encontra-se uma revisão bibliográfica sobre o tema *Adolescência e Depressão*. Os objetivos da presente análise encontram-se no capítulo II. No capítulo III, descrevemos a metodologia geral do "Estudo Multicêntrico" e a específica da análise aqui conduzida. O capítulo IV descreve os resultados encontrados, com tabelas contendo os dados mais importantes. Os comentários e conclusões são apresentados nos capítulos V e VI. Nos anexos, o leitor poderá encontrar todos os dados em tabelas estratificadas por faixa etária e região metropolitana, além dos instrumentos utilizados na pesquisa.

# **I. ADOLESCÊNCIA E DEPRESSÃO**

## **I.1 Peculiaridades do desenvolvimento normal na adolescência**

A Adolescência é uma etapa marcada por transformações. Segundo definição da Associação Americana de Psiquiatria, citada por NICHOLI (1989):

" é um período cronológico que se inicia com processos físicos e emocionais que levam a uma maturidade sexual e psicossocial e termina num espaço de tempo pouco definido, onde o indivíduo adquire independência e produtividade social. Este período é associado com rápidas mudanças físicas, psicológicas e sociais" (p.638).

Para o indivíduo a transição da infância para a vida adulta é um momento emocionante e turbulento. Envolve a organização da personalidade, a formação da identidade, a individualização em relação à família, a estabilização da estrutura do caráter, e o desenvolvimento de perspectivas que levam o adolescente a uma independência profissional e autonomia.

Acentua-se nesta fase a importância da família e dos valores sócio-culturais que podem auxiliar o indivíduo a lidar com todas essas transformações. Não devem impossibilitar, no entanto, que o adolescente vivencie os "lutos" pelo corpo

infantil, pelos pais da infância, pela perda da bissexualidade, importantes na organização da sua estrutura de caráter e na formação da individualização (ABERASTURY & KNOBEL, 1988).

Ocorre também, durante essa fase, uma aceleração da capacidade cognitiva e intelectual, permitindo ao adolescente a possibilidade de abstrair-se a respeito de si mesmo e do seu meio (PIAGET, 1975; NICHOLI, 1989).

Diversos autores tomam como base momentos da organização adaptativa em nível corporal e intelectual para distinguir as etapas deste período de vida (ABERASTURY & KNOBEL, 1988; OJEDA et al., 1985; VELASCO, 1985). Tomaremos aqui a abordagem de NICHOLI (1989) que separa a adolescência em três períodos distintos, inicial, intermediária, e tardia:

### **I.1.1 Adolescência inicial**

Caracteriza-se principalmente pelas mudanças corporais e suas manifestações emocionais para o adolescente. Esse período inicia-se dois anos antes do aparecimento da puberdade, marcada na menina pelo aumento do nível de estrógeno e todas as suas consequências na modificação dos caracteres sexuais, culminando com o aparecimento da menarca. No menino, as mudanças corporais começam mais tardiamente em relação ao sexo feminino, com secreção de testosterona e início de ejaculações.

A puberdade é reconhecidamente um período de

transformações no ciclo da vida, a mudança corporal leva a um sentimento de estranheza e desajeitamento vivido pelo adolescente com certa apreensão em relação às perdas, especialmente da segurança da infância, que o crescimento traz consigo (ABERASTURY & KNOBEL,1988). O desenvolvimento cognitivo, que também se acelera neste período, dá ao adolescente a possibilidade de abstrair-se a respeito do presente e do futuro. Este é o período onde se ampliam os relacionamentos interpessoais, especialmente em grupos com indivíduos do mesmo sexo.

#### **I.1.2 Adolescência intermediária**

Nesse período, compreendido entre os 15 e os 19 anos, o adolescente estabelece a sua identidade. Começa a haver uma certa "independência" em relação à família auxiliada pelo relacionamento em grupos, com valores culturais semelhantes. Muitas vezes o início da vida sexual dá-se neste período. O adolescente se confronta com as dificuldades de tomar decisões, especialmente, nos planos familiar, amoroso e profissional.

#### **I.1.3 Adolescência tardia**

Esse período, inicia-se em torno de 19 anos e se estende até o momento em que o indivíduo sente-se em condições de assumir a vida adulta, o que geralmente ocorre entre os 20

e 24 anos (OJEDA et al.,1985). É um período onde o indivíduo deve atingir sua maturidade psicossocial, tornando-se importante sua preparação educacional e vocacional para que o mesmo possa se inserir de maneira adequada no seu meio (ANDRADE,1991; OJEDA et al., 1985).

Torna-se importante ressaltar a necessidade do adolescente, nesse período, de manejar a questão do relacionamento sexual. Para muitos adolescentes a liberdade sexual e as mudanças de comportamento que ocorreram nas três últimas décadas geram um conflito diante das situações de permissividade, gravidez e aborto, doenças sexualmente transmissíveis, entre outras (OJEDA et al.,1985; VELASCO,1985; NICHOLI,1989).

Devido às próprias características desta etapa de vida, marcada por momentos críticos, muitas vezes o adolescente manifesta sentimentos de isolamento, tristeza, ansiedade, hostilidade, rebeldia e baixa auto-estima (ESCRIVÁ,1992; NICHOLI,1989). Essas manifestações geralmente são transitórias e não devem ser confundidas com quadros depressivos.

## *I.2 O papel da cultura, família e escola*

É patente a importância dos aspectos sócio-culturais na estruturação do ambiente do indivíduo e no seu próprio desenvolvimento biopsicossocial. Em nosso meio, pouco se tem dedicado ao estudo da importância deste aspecto no desenvolvimento do indivíduo adolescente, apesar do fato de sermos um país rico em manifestações culturais.

Na infância, identifica-se bem o papel da família como propiciadora dos primeiros laços afetivos, normas e valores, e da escola, num momento posterior como reforçadora destes valores, ampliadora do contato social e possibilitadora das primeiras expressões de autonomia (ESCRIVÁ, 1992). Entretanto, a conduta dos pais e da escola é, comumente, ambivalente em relação ao adolescente. Além disso, o início da vida produtiva frequentemente ocorre apenas na segunda metade da terceira década, reforçando os laços de dependência em relação à família e retardando o próprio processo de individualização do adolescente.

Em nosso país, as últimas duas décadas têm sido marcadas por problemas de miséria, falta de moradia, evasão



escolar, migração e ocidentalização dos valores culturais que acaba por contribuir para o incremento dos problemas de saúde mental na adolescência (BATTISTONI & KNOBEL, 1992; KNOBEL, 1991). Percebe-se um aumento das atitudes autodestrutivas, tais como, aumento no consumo de substâncias psicoativas, tentativas de suicídio, gravidez não desejada e aborto, entre outras (OJEDA et al., 1985). Muitas vezes o uso de drogas é relatado como uma maneira de "escapar" de uma realidade opressiva e perversa (CARLINI-COTRIN, 1987).

As modificações dos valores sócio-culturais que ocorreram a partir da década de 60, com o aumento do número de divórcios, lares desfeitos, pais que trabalham fora e que não podem dar assistência aos seus filhos, têm sido apontadas como precipitantes de diversas alterações emocionais (NICHOLI, 1989).

Adolescentes na sociedade moderna experimentam dificuldades para enfrentar as próprias mudanças internas e do mundo ao seu redor. Essas dificuldades, muitas vezes, são acompanhadas por sentimentos de confusão, solidão, alienação e disforia (HORWATH et al., 1992). O fato de alguns jovens já apresentarem vulnerabilidade para problemas na área de saúde mental, contribui para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, muitas vezes associada a problemas de abuso de drogas e tentativas de suicídio (SWANSON et al., 1992).

Por tudo isso, é importante identificar os aspectos característicos da depressão entre os jovens. Nesse estudo,

pudemos fazê-lo para a faixa etária de 15 a 24 anos (adolescência intermediária e tardia), pois o "Estudo Multicêntrico" não incluiu indivíduos com menos de 15 anos. Consideramos, ademais, que a fase inicial da adolescência apresenta particularidades inerentes ao próprio desenvolvimento, merecendo uma abordagem específica.

### *I.3 Depressão na adolescência*

O adolescente, frequentemente, manifesta sentimentos que muitas vezes se confundem com os sintomas depressivos. Esse fato levou diversos autores, a não considerarem os quadros depressivos no adolescente como uma entidade diagnóstica. O fato desses indivíduos apresentarem manifestações depressivas distintas das observadas em adultos, fez com que as mesmas fossem consideradas apenas "alterações do comportamento", não refletindo patologia.

Só à partir da década de 70 aparecem estudos específicos sobre depressão na infância e adolescência. Nos primeiros dez anos, esses estudos foram realizados objetivando a construção e validação de instrumentos apropriados para a detecção desses quadros, posteriormente são realizados estudos para avaliar a frequência dos transtornos depressivos entre os jovens (STROBER, McCRACKEN & HANNA, 1989; AKISKAL & WELLER, 1989; BEN-AMOS, 1992; ESCRIVÁ, 1992). Surge, conseqüentemente, uma maior preocupação com as questões que alteram o comportamento de alguns desses jovens e que diminuem sua capacidade para a vida de relação e para enfrentar o processo de maturidade.

NURCONBE et al. (1989), utilizando-se de uma análise fatorial para avaliar a validade do diagnóstico de Depressão Maior<sup>1</sup>, em 216 adolescentes internados, encontrou uma prevalência em torno de 15%, comprovando, ser esta uma importante entidade diagnóstica nesses indivíduos. Outros autores remetem à depressão entre os adolescentes, uma importância especial, exatamente por ocorrer num período de intensas transformações (KASHANI et al., 1987b; GJERDE & BLOCK, 1988; ESCRIVÁ, 1992).

### **I.3.1 Fenomenologia**

A presença de sintomatologia depressiva entre os adolescentes é um fator importante tanto pela sua elevada frequência, como pela possibilidade de predizer o aparecimento de distúrbios depressivos. Estes sintomas aparecem com uma frequência até três vezes maior nos adolescentes em relação à população infantil (KASHANI et al., 1987b) ou adulta (JOSHI & SCOTT, 1988; HORWATH et al., 1992).

As manifestações desses sintomas são semelhantes ao que ocorre no adulto, sendo freqüentes as crises de choro e alterações do humor, fadiga, isolamento social, perda de interesse, problemas do sono e do apetite, irritabilidade e

---

<sup>1</sup> Os critérios diagnósticos necessários para a definição dos distúrbios Depressão Maior e Distímia, encontram-se na página 33.

ideação suicida. Têm uma importância particular neste grupo etário as alterações de conduta (diminuição das atividades diárias, negativismo e comportamento anti-social), perda da autoestima (o que se torna prejudicial no desenvolvimento de um bom ajuste emocional e cognitivo no adolescente), manifestações corporais, ansiedade e déficits cognitivos, sintomas estes que se diferenciam do quadro depressivo do adulto (KASHANI, ROSENBERG & REID, 1989b; ESCRIVÁ, 1992).

### **I.3.2 Epidemiologia**

Focalizamos aqui os estudos epidemiológicos conduzidos nas últimas duas décadas sobre depressão na adolescência.

FLEMING & OFFORD (1990) realizaram uma revisão de 14 estudos epidemiológicos sobre distúrbios depressivos na infância e adolescência, publicados entre 1980 e 1989. Encontraram prevalências para Depressão Maior entre os adolescentes, variando de 0.4 a 6.4%, geralmente mais elevadas que na infância. Relatam ainda, uma menor identificação dos quadros depressivos pelos pais, e uma elevada comorbidade com distúrbios de ansiedade e abuso de drogas. Os fatores de risco mais comumente envolvidos eram baixo rendimento escolar e disfunção familiar. Algumas das dificuldades metodológicas apontadas por esses autores foram que os estudos, na sua maioria, eram conduzidos retrospectivamente, as amostras não

eram selecionadas de maneira adequada, incluíam apenas os quadros de Depressão Maior, utilizavam questionários autoaplicativos e não entrevistavam os pais e professores. Além disso, não tinham uma definição precisa de caso, e os indivíduos que não permaneciam nas pesquisas apresentavam, com frequência, sintomas depressivos. Sugerem a realização de estudos longitudinais com medidas para minimizar as perdas, avaliar outros distúrbios depressivos, tais como Distímia e depressão menor, suas consequências e o impacto da comorbidade com outros distúrbios psiquiátricos.

Escalas e entrevistas estruturadas ou semi-estruturadas têm sido amplamente utilizadas para medir a ocorrência de depressão entre os adolescentes. As escalas são utilizadas para avaliar a frequência de sintomas depressivos, não possibilitando o diagnóstico de um distúrbio específico. As entrevistas, com critérios diagnósticos definidos, possibilitam uma avaliação mais adequada dos distúrbios depressivos. Esses questionários são aplicados nos adolescentes, pais e/ou professores. De um modo geral, relata-se que os pais e professores identificam menos problemas depressivos do que os próprios adolescentes (FLEMING & OFFORD, 1990; ESCRIVÁ, 1992).

ESCRIVÁ (1992) avaliou as características da depressão em um estudo longitudinal, conduzido em duas etapas com intervalo de cinco anos entre as mesmas. Foram entrevistados 406 escolares de Valencia - Espanha, aos 9-10 anos e posteriormente aos 14-15 anos. Utilizou-se do "Children

*Depression Inventory - CDI*" para medir a frequência de sintomas depressivos e questionários para avaliar a autoestima, níveis de ansiedade, desadaptação escolar e agressividade, demonstrando uma boa validade concorrente entre os instrumentos. Encontrou maiores prevalências de depressão na adolescência (8%) em relação à infância (6%). Sugere que a depressão na adolescência se caracteriza por problemas de baixa autoestima, sentimentos de solidão, dificuldades escolares, ideação suicida e alterações nos hábitos de vida, principalmente o sono. E ainda, que os adolescentes que estariam mais susceptíveis a apresentarem um quadro depressivo eram do sexo feminino, tinham um elevado nível de ansiedade e pertenciam a famílias numerosas. A classe social dos pais não esteve relacionada com depressão nesse estudo.

KASHANI et al. (1987b) utilizaram a entrevista estruturada "*Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA)*" em uma amostra populacional de 150 adolescentes. Encontraram prevalências de 4.7% para Depressão Maior, 3.3% para Distímia e 22% dos adolescentes apresentavam sintomatologia depressiva sem caracterizar um diagnóstico. Relatam também uma elevada comorbidade com outros distúrbios psiquiátricos.

GARRISON et al. (1989) utilizaram o "*Center for Epidemiologic Studies Depression Scales (CES-D)*", com ponto de corte de 22, em 677 escolares de 11 a 17 anos, para avaliar a frequência de sintomas depressivos. Encontraram prevalências

variando de 11% nas adolescentes negras do sexo feminino, a 1.7% nos adolescentes brancos do sexo masculino. Os autores sugerem que a persistência de sintomatologia depressiva entre os adolescentes ocorre apenas quando associadas com eventos de vida adversos, tais como, minoria racial, nível sócio-econômico baixo, desadaptação escolar e disfunção familiar.

SWANSON et. al. (1992) avaliaram, através de um estudo conduzido retrospectivamente, a frequência de sintomas depressivos, uso de drogas e ideação suicida em 4157 adolescentes escolares em uma área da fronteira entre os Estados Unidos (EUA) e México. Utilizaram a "*Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale (CES-D)*" com ponto de corte de 16. Os índices encontrados foram de 48.1% nos EUA e 39.4% no México para sintomas depressivos; 21% dos escolares no EUA e 5% no México relataram uso de drogas no último mês; 23.4% nos EUA e 11.6% apresentavam ideação suicida. O risco de abuso de drogas e ideação suicida apareceu fortemente associado à presença de sintomatologia depressiva. Chamam a atenção para a importância do ambiente social, incluindo as condições de pobreza e conflitos culturais como predisponentes para os problemas de saúde mental. Nesse estudo, o ponto de corte do CES-D utilizado, pode estar implicado numa superestimação da presença de sintomas depressivos entre os adolescentes, segundo os próprios autores.

Estudos populacionais sugerem uma elevação do risco de desenvolver um episódio depressivo nas décadas mais



recentes, particularmente entre os jovens (BURKE et al.,1991; SIMON & VONKORFF,1992). RYAN et. al (1992) encontraram em um estudo de corte-transversal a mesma tendência secular do aparecimento de distúrbios depressivos nos indivíduos mais jovens que se observa na população adulta. Utilizaram-se dos dados de 57 famílias de pacientes com Depressão Maior e 52 famílias de controles normais. A análise demonstrou que os irmãos de pacientes que apresentavam um diagnóstico de Depressão Maior tinham uma maior probabilidade de desenvolver um primeiro episódio depressivo num período mais precoce da vida em relação aos irmãos dos controles. Esta tendência, embora tenha sido observada também para outros distúrbios psiquiátricos, é mais consistente nos distúrbios depressivos. Sugerem que os fatores ambientais poderiam contribuir para a manutenção desta tendência entre os adolescentes e crianças.

Estudos epidemiológicos sobre depressão na adolescência são escassos em nosso meio. ANDRADE (1991), utilizou a "*Self-rating Depression Scale*" de Zung para avaliar a frequência de sintomas depressivos em 544 jovens universitários e não-universitários de Campinas (SP), na faixa etária de 18 a 23 anos. Os valores médios encontrados pelo autor (50 pontos em 100) foram mais elevados que os descritos por Zung (33 pontos em 100). A validação do instrumento, porém, não foi realizada. Esse é um problema comum em nosso meio, que prejudica a apreciação dos resultados encontrados.

Poucos dos estudos que tratam especificamente da

depressão no adolescente são realizados com um planejamento amostral e um delineamento que possibilitem inferências para a população geral. Muitas vezes utilizam-se de populações específicas, como pacientes internados, ambulatoriais, ou escolares em estudos conduzidos retrospectivamente. DOHRENWEND & DORENWEND (1982), sugerem que os estudos retrospectivos em saúde mental, deveriam ser conduzidos em duas etapas, sendo a primeira para se detectar os casos suspeitos e não suspeitos de apresentarem o problema em questão e a segunda para se realizar a confirmação diagnóstica.

Em síntese, a prevalência de depressão no último ano varia, de 1 a 7% para Depressão Maior, 3 a 5% para Distímia e 15% a 50% dos adolescentes, apresentam sintomatologia depressiva sem caracterizar um diagnóstico (STROBER, McCRACKEN & HANNA, 1989; GARRISON et al., 1989; FLEMING & OFFORD, 1990; EHRENBERG, COX & KOOPMAN, 1990; SWANSON et al., 1992). Os achados demonstram ainda que, os distúrbios depressivos são mais frequentes nos adolescentes mais velhos e no gênero feminino, aproximando-se dos valores encontrados entre os adultos (GJERDE & BLOCK, 1988; KASHANI, ROSENBERG & REID, 1989b; BURKE et al., 1991). Parece ainda, que os indivíduos que iniciam um episódio depressivo durante a adolescência, têm uma maior probabilidade de manterem este quadro durante a vida adulta, com conseqüente deterioração no funcionamento social (PUIG-ANTICH et al., 1993).

### I.3.3 Diagnóstico

Para o diagnóstico de depressão a maioria dos estudos utilizam critérios padronizados. Atualmente, os mais utilizados são os do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 3rd* (DSM-III-R) e os da *Classificação Internacional de Doenças - 10.ed.* (CID-10), que apresentaremos a seguir:

. **DEPRESSÃO MAIOR:** o DSM-III-R refere-se a esse como um distúrbio leve, moderado ou grave, caracterizado por humor deprimido ou perda do interesse e prazer por pelo menos duas semanas com uma mudança no funcionamento anterior do indivíduo. Para o diagnóstico, exige-se ainda, a presença de três ou mais dos seguintes sintomas: alteração do apetite com perda ou ganho de peso, insônia ou hipersonia, agitação ou lentificação psicomotora, fadiga ou perda da energia, sentimentos de menosvalia, diminuição da concentração e da libido, e pensamentos de auto-extermínio. É considerado um distúrbio episódico, com princípio e fim claros. Deve-se excluir a possibilidade de um distúrbio orgânico (APA, 1987).

Para a CID-10, o diagnóstico de Episódio Depressivo utiliza critérios semelhantes aos do DSM-III-R, porém lembra que variações e apresentações atípicas são comuns na adolescência, onde sintomas de ansiedade, desânimo, e agitação psicomotora podem ser mais proeminentes. E ainda, o humor

deprimido pode ser mascarado por sintomas de irritabilidade, comportamento histriônico, uso abusivo de álcool e drogas, e sintomas fóbicos, obsessivos ou hipocondríacos (OMS,1993).

. *DISTIMIA*: para o DSM-III-R é um distúrbio crônico, de intensidade moderada, e intermitente, com pelo menos dois anos de duração para o adulto e um ano para a criança e o adolescente. Apresenta sintomas de humor deprimido ou irritável, alteração do apetite e sono, baixa energia ou fadiga, baixa autoestima, concentração diminuída e sentimentos de desesperança. Durante o período mínimo considerado para o diagnóstico, a pessoa não deve ter passado sem sintomas mais que dois meses (APA,1987).

Na CID-10 os critérios para o diagnóstico de Distímia são muito semelhantes aos do DSM-III-R, não apresentando modificações importantes.

Em outras entidades diagnósticas, como Ciclotímia, Distúrbios Esquizoafetivos, Distúrbios de Personalidade e Distúrbios de Ajustamento, observa-se a importância da alteração do humor, especialmente do humor deprimido. Aqui, entretanto não nos remeteremos mais extensivamente a elas.

#### **I.3.4 Fatores predisponentes**

Fatores ambientais, familiares, genéticos e biológicos tem sido implicados no aparecimento de quadros

depressivos entre os adolescentes. Cumpre lembrar, entretanto, que diversos estudos não diferenciam claramente, e mesmo confundem, o que seria fator de risco do que viria a se constituir em parte ou consequência do quadro clínico.

Estudos realizados com gêmeos e filhos adotivos, apesar de comprovarem a importância da hereditariedade no aparecimento de quadros depressivos, não conseguem explicar todos esses quadros, sendo os achados mais consistentes nos distúrbios bipolares (AKISKAL & WELLER, 1989).

Os estudos biológicos, utilizando-se de dosagem de catecolaminas, teste de supressão da dexametazona e estudos eletroencefalográficos do sono, são de difícil interpretação nessa faixa etária (AKISKAL & WELLER, 1989; STROBERR, McCracken & HANNA, 1989).

Os fatores relacionados ao ambiente familiar e social são citados com frequência como determinantes no aparecimento de quadros depressivos entre os adolescentes. RAE-GRANT et al. (1989), citam que os principais fatores de risco seriam problemas no funcionamento familiar e violência dentro do lar; bom desempenho escolar, relacionamento social adequado, funcionariam como fatores de proteção. Outros fatores citados são perda de um ou ambos os pais, externalização do comportamento agressivo, baixa auto-estima, eventos de vida estressantes, problemas psiquiátricos nos pais, e baixo nível sócioeconômico ( FLEMING & OFFORD, 1990; GARRISON et al., 1989, 1990, 1992; ESCRIVÁ, 1992; KENDLER et al., 1992; PUIG-ANTICH

et al.,1993).

### **I.3.5 Distúrbios comórbidos**

#### *. Distúrbios do apetite*

É frequente o relato de diminuição do apetite entre os adolescentes deprimidos (McGLASHAN,1989; ESCRIVÁ,1992). Mais raramente, pode ocorrer um aumento do apetite, especialmente no adolescente com comportamento ansioso.

A Anorexia Nervosa, distúrbio caracterizado por redução acentuada do apetite com intensa diminuição do peso corporal, medo de ganhar peso, imagem distorcida do próprio corpo e amenorréia; é mais freqüente entre as mulheres adolescentes e adultas jovens. Tem em comum com a depressão algumas manifestações psicopatológicas, especialmente, uma baixa autoestima e uma percepção negativa da autoimagem. Aparece com uma prevalência de 0.1 a 1% e tem uma elevada comorbidade com quadros depressivos (APA,1987; PATE et al.,1992; SMITH & STEINER,1992).

### . *Distúrbios do sono*

Esses distúrbios aparecem em 6 a 10% dos adolescentes, estando freqüentemente associados com outros sintomas que caracterizam os quadros depressivos e de ansiedade. A queixa de insônia está mais associada aos quadros depressivos, porém hipersonia pode ocorrer (MORRISON, MCGEE & STANTON, 1992).

### . *Distúrbios do humor*

Os sintomas depressivos, além de aparecerem com uma elevada freqüência entre os adolescentes, podem aumentar a incidência de um episódio inicial de Depressão Maior. HORWATH et al. (1992), utilizaram os dados de 9900 indivíduos, com faixa etária superior a 18 anos, de um estudo populacional realizado pelo *National Institute of Mental Health* nos EUA. Demonstraram que esses indivíduos, têm um risco 4.4 vezes maior de desenvolver um episódio inicial de Depressão Maior em um ano quando apresentavam sintomatologia depressiva em relação à população geral; esse risco era 5.5 vezes maior quando apresentavam um quadro de Distímia.

Depressão Maior é a forma mais frequente de aparecimento de um distúrbio depressivo entre os adolescentes e adultos jovens. Apesar do diagnóstico de Distímia ser responsável por apenas 10% dos quadros depressivos nesses

indivíduos, tornam-se importantes pela sua elevada comorbidade com Depressão Maior -"Double Depression"- <sup>1</sup> (LEWINSOHN et al.,1991).

. *Suicídio e depressão*

Ideação suicida, definida como pensamentos de ferir a si mesmo, é um sintoma freqüente nos adolescentes e adultos jovens, especialmente naqueles que apresentam outros sintomas depressivos. A prevalência no último ano, varia de 10 a 25% nessa faixa etária (CHOQUET & MENK,1989; KASHANI,GODDARD & REID,1989a; SWANSON et al.,1992; KOVACS et al.,1993).

Tentativas de suicídio, definidas como atuações com a intenção de ferir-se, são menos freqüentes. Observa-se, no entanto que os adolescentes deprimidos têm um risco até dez vezes maior de tentarem suicídio que os não deprimidos (KOVACS et al., 1993). As tentativas ocorrem com maior freqüência na adolescência intermediária e tardia, especialmente no gênero feminino. CASSORLA (1984a) encontrou um coeficiente de tentativas de suicídio em Campinas (SP) em torno de 150 por 100.000 habitantes, e uma relação de 5.4 mulheres para cada homem.

---

<sup>1</sup> "Double Depression" refere-se ao fato do indivíduo apresentar um episódio de Depressão Maior superimposto a um episódio de Distímia.



O suicídio, como ato consumado, é pouco freqüente entre os adolescentes. É, no entanto, uma das cinco maiores causas de morte, na faixa etária de 15 a 24 anos, em diversos países das Américas (OJEDA et al., 1985; YUNES & PRIMO, 1985). A prevalência anual no Brasil estaria em torno de 4.5 por 100.000 habitantes, para a faixa etária de 15 a 24 anos, sendo a relação de 2.6 homens para cada mulher (CASSORLA, 1987).

SWANSON et al. (1992), comparando populações de adolescentes da fronteira entre o México e os EUA, evidenciam o problema da aculturação e da introjeção de valores ocidentalizados, com aumento da competitividade e sentimentos de impotência, como fatores predisponentes para ideação e tentativas de suicídio. Parece ainda que os migrantes estariam mais susceptíveis a apresentarem estes sintomas que os adolescentes que permanecem no seu próprio meio. Isto se torna muito importante, devido a dificuldade que estes indivíduos já enfrentam no processo de transformação por que passam nesta faixa etária.

As estatísticas em relação ao comportamento suicida não são precisas e há uma subestimação dos dados, particularmente nos países em desenvolvimento. Chama atenção a forte associação encontrada entre quadros depressivos e comportamento suicida, bem como o aumento das taxas de tentativas e suicídios consumados entre os jovens, na maioria dos países desenvolvidos. Muito freqüentemente, além da sintomatologia depressiva estes adolescentes apresentam

alterações do comportamento e abuso de álcool e drogas, especialmente os do sexo masculino, que tendem a tentar suicídio de uma maneira mais agressiva, utilizando inclusive métodos mais incisivos como armas de fogo e quedas de altura (KASHANI, GODDARD & REID, 1989a; CHOQUET & MENK, 1989; MARTTUNEN et al., 1991; RAO et al, 1993).

Também deve-se levar em conta que raramente os pais identificam ideação suicida nos seus filhos e que adolescentes com ideação suicida, com freqüência, não comunicam estas idéias a outras pessoas. Além disso, adolescentes tendem a apresentarem um comportamento mais introspectivo, o que prejudica a detecção precoce das idéias de suicídio (CASSORLA & KNOBEL, 1985).

#### *. Abuso de álcool e outras drogas*

O uso de substâncias psicoativas ocorre em elevada freqüência entre os adolescentes.

O uso de ansiolíticos ou hipnóticos, tem uma prevalência anual em torno de 10% entre os adolescentes. Muitas vezes são em forma de automedicação ou fornecidos pelos próprios pais, na tentativa de diminuir sintomas depressivos ou ansiosos. Freqüentemente este uso não é conhecido pelo médico, e supõe-se que estes indivíduos estariam mais propensos ao abuso de álcool e outras drogas (PEDERSEN & LAVIK, 1991).

O abuso de substâncias psicoativas aumenta

significativamente na adolescência tardia em relação aos indivíduos mais jovens, e parece estar fortemente relacionado com sintomatologia depressiva (JOSHI & SCOTT,1988; BOYLE et al., 1992). DEYKIN, LEVY & WELLS (1986) sugerem que o uso abusivo destas drogas poderia levar a uma piora do sentimento subjetivo de depressão com manifestações neurovegetativas, tais como alterações do sono e apetite, redução da capacidade cognitiva e desânimo.

A prevalência está em torno de 8% para o abuso de álcool e 9 a 15% para o abuso de outras substâncias. Os eventos de vida estressantes, dificuldades na escola ou trabalho e a externalização da conduta agressiva, parece aumentar a probabilidade de abuso de drogas entre os adolescentes e adultos jovens (DEYKIN,LEVY & WELLS,1986; JOSHI & SCOTT,1988; SWANSON et al.,1992).

Em nosso meio, CARLINI-COTRIM (1987), estudando o consumo de drogas por adolescentes da periferia de São Paulo e por "meninos de rua", encontraram índices de 23.4% e 77.5% para o uso de solventes e 3.6% e 60% para o uso de maconha, em cada um dos grupos, respectivamente. Poucos estudos epidemiológicos têm sido realizados, para se conhecer a real frequência deste problema na nossa população, e qual seriam os fatores envolvidos com um maior risco.

### I.3.6 Variáveis sócio-demográficas

Poucos estudos têm identificado a relação das características sócio-demográficas com os quadros depressivos na adolescência. Abordaremos aqui os achados relevantes desses estudos referentes a: idade, gênero, escolaridade, densidade domiciliar, nível social, migração e religião.

Até a puberdade não há uma diferença significativa na prevalência dos quadros depressivos entre os gêneros masculino e feminino. À partir desta etapa nota-se um aumento da prevalência de distúrbios depressivos entre as mulheres até a adolescência tardia, o que se mantém na vida adulta. OSTROV, OFFER & HOWARD (1989), avaliaram as diferenças de sintomatologia psiquiátrica, nos gêneros feminino e masculino, em 497 adolescentes escolares de Chicago - EUA, na faixa etária de 16 a 18 anos. Utilizaram questionários para medir a autoimagem, comportamento delinquente e outros sintomas psiquiátricos. Os sintomas depressivos estavam presentes em 33% das adolescentes do sexo feminino e em 20% dos adolescentes do sexo masculino, demonstrando haver uma maior manifestação desses sintomas entre as mulheres.

EHRENBERG, COX & KOOPMAN (1990), utilizando a escala de Beck em 366 escolares no Canadá, na faixa etária de 13 a 19 anos, também encontraram maiores percentuais de depressão entre as adolescentes: 25% e 15% para depressão moderada e 14% e 7% para depressão severa, entre adolescentes do gênero feminino e

masculino, respectivamente. Percebe-se ainda que os adolescentes deprimidos do gênero masculino têm uma tendência a externalização do comportamento com atitudes de agressividade e alterações da conduta. As adolescentes do gênero feminino teriam um comportamento mais internalizado, com menor autoestima, o que possibilitaria uma maior expressão dos sentimentos depressivos (GJERDE & BLOCK, 1988; ESCRIVÁ, 1992).

Em relação ao aumento da frequência de sintomas depressivos com a idade, KASHANI, ROSENBERG & REID (1989b), avaliaram 210 crianças e adolescentes distribuídas em três grupos etários (8, 12 e 17 anos). Confirmam o fato de que os sintomas depressivos são mais frequentes entre os adolescentes (5.7% no grupo etário de 17 anos) que entre as crianças (1.4% nos grupos de 8 e 12 anos).

Os problemas de desadaptação e evasão escolar são frequentemente relacionados à presença de sintomatologia depressiva entre os adolescentes. O baixo rendimento escolar, apareceria como uma resposta ao desânimo, desinteresse e diminuição da capacidade cognitiva. Em contrapartida, as dificuldades escolares, propiciariam o aparecimento de baixa autoestima e poderiam ser responsabilizadas por uma piora dos sintomas depressivos já existentes (ESCRIVÁ, 1992; SWANSON et al., 1992).

ESCRIVÁ (1992), cita que adolescentes de famílias numerosas, apresentam mais frequentemente sintomatologia depressiva que os adolescentes de famílias pequenas, apesar de

não poder se atribuir a esse fato uma relação de causa e efeito. A mesma autora, utilizando critérios de Hollingshead<sup>1</sup> para avaliação da classe social dos pais, não demonstra ser essa um fator influente na presença de sintomatologia depressiva entre os adolescentes. Já GARRISON et al. (1989), encontraram uma associação inversa entre nível de educação do pai e depressão no adolescente.

Com relação a aspectos de migração e interculturais, SWANSON et al. (1992), encontraram uma frequência maior de sintomatologia depressiva entre os adolescentes mexicanos que vivem nos EUA. Isto se explicaria, em parte, pelas precárias condições sócioeconômicas desses migrantes e também pelo processo de aculturação.

A prática religiosa tem sido, com frequência, ignorada nos estudos dos transtornos mentais, embora se identifique um papel de suporte social das religiões para a comunidade. MEADOR et al. (1992), estudando a questão da afiliação religiosa e aparecimento de distúrbios depressivos numa população adulta, observa que os indivíduos pertencentes às religiões pentecostais tiveram um risco três vezes maior de desenvolver um primeiro episódio de Depressão Maior no período de seis meses. Os autores acreditam que essas religiões

---

<sup>1</sup> Os critérios de Hollingshead compõem-se de 5 classes sociais, baseadas na posição ocupacional e no grau de escolaridade do chefe da família (LIBERATOS, LINK & KELSEY, 1988).

possibilitam uma expressão emocional mais aberta, além de prometerem uma cura sobrenatural para as doenças e de enfatizarem positivamente as experiências de dor e angústia. Conseqüentemente, poderia haver uma maior afiliação de indivíduos com sintomas depressivos nestas religiões. Pertencer a religiões culturalmente dominantes, parece desempenhar um papel de estabilidade emocional.

## **II. OBJETIVOS**



Tomando por base a população participante do "Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica", temos por objetivos:

II.1 Detectar a frequência de sintomas depressivos em adolescentes (15 a 19 anos) e adultos jovens (20 a 24 anos).

II.2 Avaliar a associação de variáveis pessoais, familiares e escolares com sintomas depressivos nesses grupos.

II.3 Comparar as faixas etárias de 15 a 19 anos (adolescentes), 20 a 24 anos (adultos jovens) e 25 a 49 anos (adultos), em relação à presença de sintomatologia depressiva.

### **III. METODOLOGIA**

Na presente investigação utilizamos os dados coletados na primeira fase do "*Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica em Áreas Metropolitanas Brasileiras*" realizado em São Paulo, Brasília e Porto Alegre (ALMEIDA-FILHO et al., 1992a). Para maior clareza o item III.1, a seguir, sintetiza a metodologia do "*Estudo Multicêntrico*". O item III.2 detalha os procedimentos utilizados na realização do presente estudo.

### **III.1 Metodologia do "Estudo Multicêntrico"**

Utilizou-se um delineamento de pesquisa do tipo corte transversal, conduzido em duas etapas, nas regiões metropolitanas de São Paulo, Brasília, e Porto Alegre: 1) Na primeira fase aplicou-se um instrumento de triagem em amostra representativa da população acima de 14 anos para a detecção de prováveis casos psiquiátricos; foram coletadas também informações demográficas e socioeconômicas. 2) Na segunda, foram realizadas entrevistas pessoais em uma subamostra, para confirmação diagnóstica, por meio do inventário de sintomas do *Diagnostic and Statistical of Mental Disorders - 3.ed. / DSM-III* (APA,1980).

#### **III.1.1. Cálculo amostral**

Para o cálculo do tamanho das amostras assumiu-se uma prevalência esperada de 10% de casos necessitados de cuidado psiquiátrico e um erro amostral de 2%, com intervalo de confiança de 95%. Este cálculo implicou um módulo de análise de 900 indivíduos que, mantendo a precisão das estimativas para

até 2 estratos e admitindo-se uma possibilidade de perdas e recusas de até 10% das amostras, resultou num tamanho amostral de 2.000 indivíduos que seriam submetidos à entrevista na primeira fase de coleta dos dados. Realizaram-se cálculos do poder estatístico do desenho amostral, a fim de se certificar que o estudo proposto seria capaz de detectar os efeitos estatisticamente significantes esperados nos diversos níveis de agregação.

**Amostragem do segmento Brasília:** A amostragem realizada no Distrito Federal foi estratificada, considerando-se como estratos o Plano Piloto e as cidades satélites (Cruzeiro, Guará, Núcleo Bandeirante, Ceilândia, Brasilândia, Sobradinho, Planaltina, Gama, Taguatinga). De acordo com a distribuição demográfica, os estratos foram subdivididos em setores segundo a situação socioeconômica da população. Dentro de cada setor, estabeleceu-se um número amostral de domicílios proporcional ao tamanho da sua população. Com base em um mapeamento atualizado, foi sorteado um domicílio como ponto de partida para cada entrevistador, que prosseguia incluindo na amostra a residência de número imediatamente superior, até esgotar um número de questionários previamente determinado pelos supervisores de campo.

O tamanho amostral foi calculado em 741 residências no total, sendo a amostra composta por 2345 indivíduos.

**Amostragem do segmento São Paulo:** Foram selecionados três dos 48 subdistritos que compõem a área urbana de São Paulo (Brasilândia, Vila Guilherme e Aclimação), representando respectivamente os estratos socioeconômicos inferior, médio e superior. De modo a reproduzir a distribuição esperada dos estratos, selecionou-se aleatoriamente 17 setores censitários de Brasilândia, 8 de Vila Guilherme e 5 da Aclimação, que foram divididos em duas sub-áreas com vistas a um incremento na homogeneização. Em cada subárea, foram sorteados 20 domicílios, localizados a partir de dados do IBGE. A amostra final situou-se em 620 famílias, totalizando 1742 indivíduos.

**Amostragem do segmento Porto Alegre:** A Região Metropolitana de Porto Alegre engloba 740 setores censitários, com uma média de 350 unidades habitacionais e 1.750 habitantes em cada setor. Está dividida em 96 Zonas de Tráfego que foram ordenadas segundo a renda média em 1986. Com esta informação, foram selecionados 10 estratos socioeconômicos, em cada um dos estratos foram sorteados 3 domicílios que funcionaram como identificadores dos setores censitários incluídos na investigação. Dentro de cada setor censitário foram sorteados 37 domicílios.

A amostra efetivamente pesquisada consistiu de 903 residências, totalizando 2384 indivíduos.

### III.1.2. Instrumentos da Pesquisa

**Ficha Familiar:** Formulário sobre dados demográficos e socioeconômicos destinado ao registro das seguintes informações sobre todos os residentes no domicílio: dados de identificação, idade, gênero, escolaridade, situação conjugal, religião, naturalidade, densidade domiciliar, inserção ocupacional e renda familiar.

**QMPA:** Para a detecção de casos suspeitos de doença mental foi empregado o Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos - QMPA, instrumento de "screening" com perguntas sobre a ocorrência de queixas psicopatológicas idealizado por SANTANA (1982). A versão empregada na presente pesquisa continha 45 questões, com respostas sim/não. Para todos os indivíduos calculou-se um valor numérico que, comparado com um ponto de corte previamente determinado, estabelece um nível de suspeição (ponto de corte: 7/8). O desempenho do instrumento foi avaliado, em estudos-piloto e testes de campo, em termos de validade (sensibilidade entre 75% e 93%; especificidade entre 53% e 94%) e confiabilidade ( $\kappa=0.88$ ), revelando níveis compatíveis com os requisitos metodológicos do presente estudo (SANTANA, 1982).

### III.1.3. Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por estudantes dos últimos anos de medicina e outros profissionais de saúde previamente treinados pelos coordenadores da pesquisa com técnicas de dramatização e aplicação supervisionada. Na primeira fase, o estudo envolveu 16 entrevistadores em Brasília, 15 em São Paulo e 20 em Porto Alegre.

A duração desta fase do trabalho de campo variou de dois (São Paulo e Brasília) a três meses (Porto Alegre). Os entrevistadores visitaram as famílias em horários apropriados para se encontrar um informante elegível, só se considerando como perda após três tentativas, quando então a família era substituída.

O entrevistador era orientado a procurar em cada residência a dona-de-casa ou pessoa adulta e adequada a prestar as informações (informante-chave). Esse informante-chave respondia o QMPA para todos os membros da família com idade superior a 14 anos. Quando possível, a entrevista era realizada com o entrevistador a sós, em uma única sessão, isto porque grande parte das residências de baixa renda possuíam apenas um cômodo.

Nas três regiões metropolitanas a maioria dos questionários foram respondidos pelo informante-chave referindo-se aos demais membros da família, isso ocorre, particularmente, nas faixas etárias de 15 a 19 e 20 a 24 anos.



### *III.2 Metodologia do presente estudo*

Nesta análise foram selecionadas nove perguntas do QMPA relacionadas a sintomas depressivos, tendo como parâmetros os critérios diagnósticos do DSM-III-R (APA,1987) e da CID-10 (OMS,1993). A amostra foi agrupada em três faixas etárias (15 a 19 anos, 20 a 24 anos e 25 a 49 anos) aqui denominados adolescentes, adultos jovens e adultos, respectivamente. A análise foi conduzida separadamente em cada uma das regiões metropolitanas.

Os adolescentes e adultos jovens e os sintomas descritos na tabela 1 foram utilizados como variáveis de controle para a estratificação. Os adultos foram utilizados apenas com o objetivo de comparar a prevalência dos sintomas com os demais grupos etários pesquisados.

Tabela 1: Perguntas selecionadas do QMPA para a avaliação de sintomas depressivos.

Sintoma <sup>#</sup>	Pergunta
Inapetência	- Sofre de falta de apetite?
Insônia	- Tem dificuldades para dormir?
Desânimo, tristeza	- Fica períodos triste, com desânimo?
Irritabilidade	- Tem com frequência crises de irritação?
Crises de choro	- Às vezes fica parado, chorando muito?
Ideação suicida	- Já pensou em dar fim na vida?
Isolamento	- Fica fechado no quarto sem querer ver ninguém?
Hipocondria	- Se preocupa muito com doenças? Se queixa sempre?
Uso de tranquilizantes	- Já utilizou ou usa atualmente remédio para dormir ou acalmar os nervos?

<sup>#</sup> os sintomas correspondem às perguntas 1, 2, 7, 10, 13, 14, 18, 23 e 35 do QMPA.

Num primeiro momento, obteve-se a frequência simples para cada uma das faixas etárias, nas três regiões metropolitanas das seguintes variáveis <sup>1</sup>:

<sup>1</sup> As tabelas contendo esses dados podem ser encontradas no Anexo 3.

1. *Gênero*: masculino e feminino.
2. *Escolaridade*: analfabeto, Primeiro Grau incompleto e completo, Segundo Grau incompleto e completo e Superior incompleto e completo.
3. *Situação Conjugal*: solteiro, casado, viúvo e separado.
4. *Religião*: católico, protestantes, religiões mediúnicas (espíritas e afro-brasileiras) e sem religião.
5. *Densidade Domiciliar*: residências com uma, duas a quatro, cinco a sete, e oito ou mais pessoas.
6. *Migração*: indivíduos nascidos na própria região metropolitana (não-migrantes), ou provenientes de outras cidades, estados ou países (migrantes).
7. *Inserção Ocupacional*: desempregado, biscoiteiro, autônomo, empregado, nunca trabalhou (inclue os estudantes), empregador, dona-de-casa e aposentados.

Estimou-se a seguir a proporção e seu intervalo de confiança de 95% para as respostas afirmativas em cada um dos sintomas, nas três faixas etárias, utilizando-se o DEPID<sup>1</sup> (SULLIVAN & FOSTER, 1988).

Após esta etapa, cada uma das variáveis dependentes foi agrupada em duas categorias e realizada uma análise estratificada por sintoma e faixa etária.

---

<sup>1</sup> DEPID é um programa idealizado para microcomputadores, que realiza análise estatística dos dados.

Os agrupamentos necessários foram os seguintes: 1) gênero (masculino e feminino); 2) migração (migrante e não-migrante); 3) escolaridade (até 1º grau completo; segundo grau ou nível superior); 4) situação conjugal (solteiro; casado, viúvo ou separado); 5) densidade domiciliar (até quatro pessoas por residência; cinco ou mais pessoas); 6) religião (católica; protestante, religiões mediúnicas e sem religião); 7) inserção ocupacional (empregados; desempregados, biscateiros, nunca trabalharam).

Na análise da inserção ocupacional, a categoria *outros* incluía donas-de-casa, excluídos do mercado formal de trabalho (desempregados e biscateiros) e os indivíduos que nunca trabalharam. Devido à possível presença de "confounding" entre ser dona-de-casa e sintomatologia depressiva, e ao baixo percentual desta categoria nos dois grupos etários de interesse, a mesma foi retirada da análise quando da estratificação por inserção ocupacional.

Depois de realizado os agrupamentos em dois estratos, calculou-se a prevalência e intervalo de confiança de 95% para cada uma das categorias utilizando-se o DEPID (SULLIVAN & FOSTER, 1988); posteriormente foi calculada a razão de prevalência (RP)<sup>1</sup>, com os respectivos intervalos de confiança de 95% e o valor de *p*, estimados pelo método de Taylor e Yates

---

<sup>1</sup> Razão de Prevalência é uma medida de associação entre expostos e não-expostos a um determinado fator de risco.

(corrigido), respectivamente, para as duas categorias de cada variável. Para esses cálculos utilizou-se o EPI-INFO<sup>1</sup> (DEAN et al., 1990), sendo a razão de prevalência calculada a partir do "odds ratio"<sup>2</sup> pelo fato dos sintomas de distúrbios mentais se tratarem de problemas crônicos e com extenso período de exposição (KLEINBAUM, KUPPER & MORGENSTERN, 1982).

Posteriormente, realizou-se uma comparação da presença dos sintomas depressivos entre as faixas etárias utilizando-se a razão de prevalência (RP), intervalos de confiança de 95% (método de Taylor) e o valor de *p* (método de Yates corrigido), respectivamente.

Os dados analisados, referentes às três regiões metropolitanas, foram sempre tratados separadamente devido a diferença no período de coleta dos mesmos. Além disto, uma globalização não seria possível por se observarem diferenças nas frequências dos sintomas pesquisados em cada uma das amostras (ALMEIDA-FILHO et al., 1992a).

---

<sup>1</sup> EPI-INFO é um programa para microcomputadores, que realiza análise estatística e epidemiológica dos dados.

<sup>2</sup> "odds ratio" é uma razão de produtos cruzados na tabela de contingência que se aproxima do risco relativo quanto mais raro for o evento relacionado à saúde.

### III.3 Análise dos Dados

Toda a análise foi conduzida tomando-se por base a estimativa por ponto e o seu respectivo intervalo de confiança. A informação prestada desta maneira é mais útil que apenas a declaração de "significância" conseguida quando se utiliza o valor de  $p$  como único método estatístico. Esse último, muito utilizado como medida de associação, deve ser evitado por não informar nada sobre a variabilidade e magnitude do efeito, tão importantes para a avaliação adequada de um determinado dado. Segundo ROTHMAN:

Declarações de "significância" ou sua ausência, podem suplantam a necessidade de qualquer interpretação correta dos dados; estas declarações podem servir como um substituto mecânico de idéias, promulgada pela inércia do treinamento e da prática comum. A clareza de um resultado aparentemente preciso poderá parecer mais gratificante para os investigadores, editores e escritores, do que o achado que não pode ser imediatamente classificado. O processo rotineiro do "teste de significância" é apenas superficial em relação ao processo intelectual de conjecturas e refutações que Popper descreve no método científico. A homenagem desenfreada prestada à "significância estatística" nas ciências sociais, tem sido atribuída a aparente objetividade que a palavra "significância" pode transmitir (ROTHMAN, K., 1986, p.118).

O uso do valor de  $p$  como uma medida de significância, implica uma decisão de se rejeitar ou aceitar a hipótese nula

( $H_0$ ). Mesmo quando se utilizam pequenos valores de  $p$  para esta decisão, incorre-se em erros classificados como Tipo I (rejeita-se hipótese nula quando ela é verdadeira) ou Tipo II (aceita-se hipótese nula quando ela é falsa). Ambos devem ser considerados na avaliação de um estudo epidemiológico (ROTHMAN, 1986).

O intervalo de confiança é uma medida capaz de indicar a extensão da associação ou a magnitude e precisão do efeito, transmitindo com isto informações sobre a confiabilidade dos dados; utiliza para este fim, não apenas a estimativa do ponto, como também, o desvio padrão em torno desta medida. Sua acurácia depende do nível de confiança desejado (aqui utilizou-se o nível de 95%) e do número de observações avaliadas (ROTHMAN, 1986).

O método utilizado aqui para se estimar o intervalo de confiança, foi o método do "teste básico" de Miettinen, que varia com a distribuição normal para observações suficientemente numerosas. Para o cálculo do intervalo de confiança da razão de prevalência, que apresenta uma distribuição assimétrica, utilizou-se o método de Taylor, que faz uma transformação logarítmica, garantindo com isto uma melhor aproximação da distribuição normal. O cálculo do valor de  $p$  foi realizado pelo método corrigido por Yates que garante uma melhor aproximação da distribuição normal quando a frequência dos dados observados é pequena (KLEINBAUN, KUPPER & MORGENSTERN, 1982).

Realizou-se inicialmente uma análise simples a fim de detectar quais as variáveis potencialmente confundíveis. A partir deste dado, e tomando-se como variável independente a faixa etária, passou-se à análise estratificada de cada uma das demais variáveis. A estratificação teve como objetivo reduzir a possibilidade do efeito "confounding". Tal metodologia presta-se a esse fim, já que o presente estudo não tem como meta a inferência, mas sim possibilitar a predição da frequência de sintomatologia depressiva na população estudada.

A redução dos dados para apenas dois estratos na análise estratificada justifica-se por se tratar de uma tentativa de agrupamento das observações, evitando-se com isto uma instabilidade dos dados, capaz de prejudicar a análise estatística (ROTHMAN, 1986). No entanto, nem sempre isso foi possível, particularmente na faixa etária de 15 a 19 anos.



## IV. RESULTADOS

Na apresentação dos resultados são utilizadas diversas tabelas, próximas ao texto, de maneira a permitir ao leitor uma melhor visualização dos dados.

Só serão apresentados os resultados com razão de prevalência (RP) diferente de um e intervalo de confiança de 95% (IC) significativo em pelo menos uma das amostras. O leitor interessado em conhecer todos os dados poderá se remeter aos Anexos 3 e 4.

Nas tabelas aparecem sempre distribuições por faixa etária e região metropolitana. Os grupos de 15 a 19 anos (adolescentes) e 20 a 24 anos (adultos jovens) são o objetivo do presente estudo. O grupo etário de 25 a 49 anos (adultos) foi utilizado apenas como comparação para a frequência dos sintomas descritos.

Sempre que possível, no primeiro parágrafo de cada item, será transmitida uma idéia globalizadora dos achados, em cada uma das metrópoles, antecedendo uma descrição mais detalhada dos dados.

#### *IV.1 Percentagem da amostra que ocupa cada faixa etária*

A distribuição dos grupos etários é semelhante para as amostras de Porto Alegre e São Paulo, enquanto na amostra de Brasília a proporção de indivíduos mais jovens é maior. 84.1% dos indivíduos na amostra de Brasília, 76.3% da amostra de São Paulo e 61.8% da amostra de Porto Alegre, são menores de 50 anos.

Observa-se que a distribuição etária nos dois grupos de interesse, 15 a 19 anos e 20 a 24 anos, é semelhante para as três amostras, ficando em torno de 11.5% para Porto Alegre, 13.0% para São Paulo e 17.1% para Brasília. Para o grupo etário de 25 a 49 anos esta população está em torno de 50% (Tabela 2).

Tabela 2: População, distribuída por faixa etária, nas três regiões metropolitanas do "Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica".

IDADE	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASÍLIA		TOTAL
	n	%	n	%	n	%	
15-19	281	11.8	217	12.5	401	17.1	899
20-24	267	11.2	242	13.9	401	17.1	910
25-49	1163	48.8	868	49.9	1171	49.9	3202
>=50	673	28.2	412	23.7	374	15.9	1459
<b>TOTAL</b>	<b>2384</b>	<b>100%</b>	<b>1739</b>	<b>100%</b>	<b>2347</b>	<b>100%</b>	<b>6470</b>

#### *IV.2 Percentual de informantes e referidos em cada uma das faixas etárias*

Pode-se observar na Tabela 3, que a maioria dos questionários (QMPA) foram respondidos pelo informante-chave referindo-se aos demais membros da família. Isso ocorre tanto para o gênero masculino, quanto feminino.

No grupo etário de 15 a 19 anos 76 a 91% dos QMPAs foram referidos. Para o grupo de 20 a 24 anos esse percentual variou de 73 a 85%.

**Tabela 3: Forma de resposta ao QMPA, nas três regiões metropolitanas, em cada um dos grupos etários.**

	PORTO ALEGRE				SÃO PAULO				BRASÍLIA				
	M (%)		F (%)		M (%)		F (%)		M (%)		F (%)		
	1	123	91.1	122	83.6	96	85.7	89	84.7	154	79.8	160	76.9
<b>REFERIDO</b>	2	107	78.1	100	76.9	108	83.1	85	75.9	155	85.2	161	73.5
	3	380	72.8	287	44.8	316	74.7	262	58.9	418	78.3	395	62.0
	1	12	8.9	24	16.4	16	14.3	16	15.3	39	20.2	48	23.1
<b>INFORMANTE</b>	2	30	21.9	30	23.1	22	16.9	27	24.1	27	14.8	58	26.5
	3	142	27.2	354	55.2	107	25.3	183	41.1	116	21.7	242	38.0

**REFERIDO** - a pessoa não prestou as informações sobre ela própria.

**INFORMANTE** - a própria pessoa foi o informante

1 - 15 a 19 anos    2 - 20 a 24 anos    3 - 25 a 49 anos

### *IV.3 Descrição da amostra: Perfil sóciodemográfico*

#### **IV.3.1 Adolescentes (15 a 19 anos)**

Em todas as três regiões estudadas não há uma diferença significativa na composição desse grupo etário em relação ao gênero. Nas amostras de Porto Alegre e Brasília, em média, 52% dos adolescentes são do gênero feminino, enquanto em São Paulo essa proporção é de 48% (Tabela 4).

Nos dados observados aqui, nota-se um índice reduzido de analfabetismo entre os adolescentes, e uma elevada taxa de indivíduos que ainda cursam o primeiro grau. Em Brasília a proporção de indivíduos que cursam o segundo grau ou o curso superior é maior que as outras duas regiões do estudo (39.1%), sendo que 1.7% dos indivíduos são analfabetos. Em São Paulo estes níveis são de 19.0% e de 0.5% respectivamente. Em Porto Alegre 29.7% estão cursando o segundo grau ou curso superior, 2.9% são analfabetos <sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Os dados sobre analfabetismo podem ser encontrados nas tabelas do Anexo 3.

Observa-se que 90 a 95% dos indivíduos nas três amostras são solteiros; 80 a 88% são católicos; 20 a 40% dos adolescentes residem em casas com 4 ou menos pessoas; 60 a 77% em residências com 5 ou mais pessoas. Nesse grupo etário, a maioria

da população, nas três regiões metropolitanas, é constituída por indivíduos nascidos na própria cidade (55.6% em Brasília, 66.5% em Porto Alegre e 72.4% em São Paulo).

Quanto à inserção ocupacional, Porto Alegre e Brasília apresentam um perfil semelhante, com aproximadamente 30% da população adolescente constituída por indivíduos que trabalham. Em São Paulo esse percentual é maior que 50%, e apenas 20% da população adolescente nunca trabalhou.



Tabela 4. Dados sócio demográficos, no grupo etário de 15 a 19 anos, nas três amostras do "Estudo Multicêntrico".

	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	n	%	n	%	n	%
<b>GÊNERO</b>						
Masculino	135	48.0	112	51.6	193	48.1
Feminino	146	52.0	105	48.4	208	51.9
<b>ESCOLARIDADE</b>						
Até 1.Grau	196	70.3	175	81.0	243	60.9
Outros	83	29.7	41	19.0	156	39.1
<b>S. CONJUGAL</b>						
Solteiro	266	94.7	188	90.8	370	93.0
Outros	15	5.3	19	9.2	28	7.0
<b>RELIGIÃO</b>						
Católica	227	80.8	185	87.7	329	82.0
Outras	54	19.2	26	12.3	72	18.0
<b>D. DOMICILIAR</b>						
Até 4 ind.	114	40.6	51	23.5	113	28.2
5 ou mais	167	59.4	166	76.5	288	71.8
<b>MIGRAÇÃO</b>						
Migrante	94	33.4	60	27.6	178	44.4
N. Migrante	187	66.5	157	72.4	223	55.6
<b>INS. OCUP.</b>						
Empregado	80	28.5	112	51.6	128	31.9
N. trabalhou	148	52.7	44	20.3	206	51.4
D. de casa	7	2.5	9	4.1	16	4.0
Excluídos	28	10.0	33	15.2	20	5.0

#### IV.3.2 Adultos jovens (20 a 24 anos)

Nas amostras de Porto Alegre e São Paulo, 48.5% dos adultos jovens são do gênero feminino, enquanto em Brasília, essas representam 54.6% da amostra (Tabela 5).

Quanto ao nível de escolaridade, 55.1% dos adultos jovens da amostra de Porto Alegre e 57.5% da amostra de Brasília, têm pelo menos o primeiro grau completo; em São Paulo, esses representam apenas 37.5%. Os índices de analfabetismo são 2.2%, 1.7% e 4.2%, respectivamente.

Pode-se observar ainda, que 69 a 76% dos adultos jovens são solteiros; 77 a 88% são católicos. Em relação à densidade domiciliar, 58% dos adultos jovens da amostra de Porto Alegre, 49% dos de São Paulo e 40.6% dos de Brasília residem em casas com até 4 indivíduos. Em Brasília, 61% desses indivíduos são migrantes, em Porto Alegre e São Paulo, esse percentual é de 42%.

Quanto à inserção ocupacional, 53 a 58% da amostra, nas três regiões metropolitanas, é constituída por indivíduos empregados. O percentual de adultos jovens que nunca trabalharam varia nas três amostras, sendo 3.3% em São Paulo, 14.3% em Brasília e 20.2% em Porto Alegre.

Tabela 5. Dados sócio demográficos, no grupo etário de 20 a 24 anos, nas três amostras do "Estudo Multicêntrico".

	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	n	%	n	%	n	%
<b>GÊNERO</b>						
Masculino	137	51.3	130	53.7	182	45.4
Feminino	130	48.7	112	46.3	219	54.6
<b>ESCOLARIDADE</b>						
Até 1.Grau	120	44.9	150	62.5	170	42.5
Outros	147	55.1	90	37.5	229	57.5
<b>S. CONJUGAL</b>						
Solteiro	204	76.4	167	69.0	280	70.0
Outros	63	23.6	75	31.0	120	30.0
<b>RELIGIÃO</b>						
Católica	214	80.5	211	87.9	310	77.5
Outras	52	19.5	29	12.1	90	22.5
<b>D. DOMICILIAR</b>						
Até 4 ind.	155	58.0	119	49.1	163	40.6
5 ou mais	112	42.0	123	50.9	238	59.4
<b>MIGRAÇÃO</b>						
Migrante	113	42.4	103	42.6	244	60.8
N. Migrante	154	57.7	139	57.4	157	39.2
<b>INS. OCUP.</b>						
Empregado	142	53.2	139	58.2	232	58.0
N. trabalhou	54	20.2	8	3.3	57	14.3
D. de casa	12	4.5	17	7.1	49	12.3
Excluídos	27	10.1	47	19.7	25	5.3

#### IV.3.3 Adultos (25 a 49 anos)

A maioria da amostra nesse grupo etário é constituída por indivíduos do gênero feminino, variando de 51 a 55%, nas três regiões metropolitanas (Tabela 6).

Observa-se que 56.8% dos adultos da amostra de Porto Alegre e 51.4% dos de Brasília, têm pelo menos o primeiro grau completo. Em São Paulo, esses representam 28.5% da amostra. Os índices de analfabetismo variam de 2.6% a 6.7%.

Nas três regiões metropolitanas, 23% em média, são solteiros e 80% são católicos. 40 a 60% residem em casas com até quatro indivíduos. A maioria dos adultos, nas três amostras são migrantes. Esse percentual chega a 94% em Brasília.

Quanto a inserção ocupacional, 50 a 60% dos adultos, nas três amostras estão empregados, 14 a 18% são donas-de-casa e 5% nunca trabalharam.

**Tabela 6. Dados sócio demográficos, no grupo etário de 25 a 49 anos, nas três amostras do "Estudo Multicêntrico".**

	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	n	%	n	%	n	%
<b>GÊNERO</b>						
Masculino	522	44.9	423	48.7	534	45.6
Feminino	641	55.1	445	51.3	637	54.4
<b>ESCOLARIDADE</b>						
Até 1.Grau	501	43.2	613	71.5	566	48.6
Outros	658	56.8	245	28.5	597	51.4
<b>S. CONJUGAL</b>						
Solteiro	275	23.6	202	23.4	257	22.0
Outros	888	76.4	663	76.6	909	78.0
<b>RELIGIÃO</b>						
Católica	925	79.5	696	81.1	939	80.4
Outras	238	20.5	162	18.9	229	19.6
<b>D.DOMICILIAR</b>						
Até 4 ind.	728	62.6	458	52.8	473	40.4
5 ou mais	435	37.4	410	47.2	698	59.6
<b>MIGRAÇÃO</b>						
Migrante	725	62.4	511	59.0	1101	94.0
N. Migrante	438	37.6	355	41.0	70	6.0
<b>INS.OCUP.</b>						
Empregado	609	52.4	413	47.7	721	61.6
N.trabalhou	18	1.5	9	1.0	16	1.4
D. de casa	172	14.8	159	18.4	217	18.5
Excluídos	44	3.8	97	11.2	63	5.4

#### **IV.4 Prevalência da sintomatologia depressiva**

Para a avaliação da sintomatologia depressiva foram utilizadas as perguntas do QMPA já descritas na metodologia do estudo <sup>1</sup>.

Como observado na Tabela 7, no grupo etário de 15 a 24 anos, os sintomas de falta de apetite, dificuldade para dormir, desânimo e irritabilidade aparecem com maior frequência em todas as três amostras do estudo. A ideação suicida na amostra de Brasília e o uso de tranquilizantes em São Paulo e Brasília são duas vezes mais freqüentes que na amostra de Porto Alegre.

---

#### **<sup>1</sup>SINTOMAS ANALISADOS AQUI (QMPA):**

- p1. sofre de falta de apetite?;
- p2. tem dificuldades para dormir?;
- p7. fica períodos triste, com desânimo?;
- p10. tem com frequência crises de irritação?;
- p13. às vezes fica parado, chorando muito?;
- p14. já pensou em dar fim na vida?;
- p18. fica fechado no quarto sem querer ver ninguém?;
- p23. se preocupa muito com doenças, se queixa sempre?;
- p35. já utilizou ou usa atualmente remédios para dormir ou acalmar os nervos?

**Tabela 7: Prevalência e Intervalo de Confiança dos sintomas depressivos no grupo etário de 15 a 24 anos nas três regiões metropolitanas.\***

SINTOMAS	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASÍLIA	
	(N = 548)		(N = 459)		(N = 802)	
	P	IC	P	IC	P	IC
Inapetência	7.8	( 5.6;10.1)	13.1	(10.0;16.1)	9.3	( 7.3;11.4)
Insônia	8.0	( 5.7;10.3)	9.6	( 6.9;12.3)	7.1	( 5.3; 8.9)
Desânimo	16.4	(13.3;19.5)	18.3	(14.8;21.8)	12.0	( 9.7;14.2)
Irritabilidade	9.8	( 7.3;12.3)	13.3	(10.2;16.4)	7.6	( 5.8; 9.4)
Crise de choro	4.0	( 2.4; 5.6)	7.4	( 5.0; 9.8)	5.9	( 4.2; 7.5)
Ideação suicida	2.4	( 1.1; 3.6)	3.3	( 1.6; 4.9)	5.5	( 3.9; 7.1)
Isolamento	5.3	( 3.4; 7.2)	3.7	( 2.0; 5.4)	4.5	( 3.0; 5.9)
Hipocondria	5.3	( 3.4; 7.2)	4.8	( 2.8; 6.7)	5.1	( 3.6; 6.6)
Uso de tranquilizantes	1.6	( 0.6; 2.7)	3.9	( 2.1; 5.7)	4.0	( 2.6; 5.3)

\* Os sintomas correspondem respectivamente às perguntas 1,2,7,10,13,14,18,23 e 35 do QMPA.

A seguir, as frequências desses sintomas serão apresentadas subdividindo-se esse grupo em dois: adolescentes (15 a 19 anos) e adultos jovens (20 a 24 anos) e comparando-os com a população adulta (25 a 49 anos).

#### **IV.4.1 Adolescentes (15 a 19 anos)**

Como se observa na Tabela 8, os sintomas que aparecem com maior frequência neste grupo etário, nas três regiões metropolitanas são: falta de apetite (8 a 12%), insônia (6.2 a 8.3%), desânimo (10.7 a 17.1%) e irritabilidade (7.2 a 15.2%). O sintoma de ideação suicida aparece com uma frequência variando de 2.8 a 4.2%. Chama a atenção, a baixa prevalência do uso de tranquilizantes nas três amostras (0.7 a 1.8%).

Nota-se ainda, que as prevalências da maioria dos sintomas pesquisados são menores em Brasília em relação às outras duas regiões metropolitanas.



**Tabela 8: Prevalência e Intervalo de Confiança dos sintomas depressivos, no grupo etário de 15 a 19 anos, nas três regiões metropolitanas.**

<i>SINTOMAS</i>	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	(n=281)		(n=217)		(n=401)	
	P	IC	P	IC	P	IC
Inapetência	9.3	( 5.9;12.6)	12.0	( 7.6;16.3)	8.0	( 5.3;10.6)
Insônia	6.7	( 3.8; 9.7)	8.3	( 4.6;12.0)	6.2	( 3.9; 8.6)
Desânimo	17.1	(12.7;21.5)	12.9	( 8.4;17.3)	10.7	( 7.7;13.7)
Irritabilidade	10.0	( 6.5;13.5)	15.2	(10.4;20.0)	7.2	( 4.7; 9.8)
Crise de choro	4.6	( 2.2; 7.1)	6.0	( 2.8; 9.1)	5.0	( 2.8; 7.1)
Ideação suicida	2.8	( 0.9; 4.8)	3.2	( 0.9; 5.6)	4.2	( 2.3; 6.2)
Isolamento	5.7	( 3.0; 8.4)	4.1	( 1.5; 7.4)	4.0	( 2.1; 5.9)
Hipocondria	3.9	( 1.6; 6.2)	2.8	( 0.6; 5.0)	4.0	( 2.1; 5.9)
Uso de tranquilizantes	0.7	(-0.3; 1.7)	1.8	( 0.0; 3.6)	1.5	( 0.3; 2.7)

#### IV.4.2 Adultos jovens (20 a 24 anos)

Os sintomas que apresentam as maiores frequências, nas três regiões metropolitanas, são: desânimo (13.2 a 23.1%), irritabilidade (8 a 11.6%), insônia (6.4 a 14%) e falta de apetite (8 a 10.7%).

A maioria dos sintomas apresentam prevalências mais elevadas que as observadas no grupo de adolescentes, isso ocorre, particularmente, para os sintomas de preocupação com

doenças e uso de tranquilizantes. Pode-se perceber também, que a amostra de São Paulo, apresenta as maiores prevalências, para a maioria dos sintomas pesquisados (Tabela 9).

**Tabela 9: Prevalência e Intervalo de Confiança dos sintomas depressivos, no grupo etário de 20 a 24 anos, nas três regiões metropolitanas.**

SINTOMAS	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	(n=267)		(n=242)		(n=401)	
	P	IC	P	IC	P	IC
Inapetência	6.4	( 3.4; 9.3)	14.0	( 9.7;18.4)	10.7	( 7.7;13.7)
Insônia	9.4	( 5.9;12.9)	10.7	( 6.8;14.6)	8.0	( 5.3;10.6)
Desânimo	15.7	(11.4;20.1)	23.1	(17.8;28.4)	13.2	( 9.9;16.5)
Irritabilidade	9.7	( 6.2;13.3)	11.6	( 7.5;15.6)	8.0	( 5.3;10.6)
Crise de choro	3.4	( 1.2; 5.5)	8.7	( 5.1;12.2)	6.7	( 4.3; 9.2)
ideação suicida	1.9	( 0.3; 3.5)	3.3	( 1.1; 5.6)	6.7	( 4.3; 9.2)
Isolamento	4.9	( 2.3; 7.4)	3.3	( 1.1; 5.6)	5.0	( 2.9; 7.1)
Hipocondria	6.7	( 3.7; 9.7)	6.6	( 3.5; 9.7)	6.2	( 3.9; 8.6)
Uso de tranquilizantes	2.6	( 0.7; 4.5)	5.9	( 2.8; 8.7)	6.5	( 4.1; 8.9)

#### IV.4.3 Adultos (25 a 49 anos)

Entre os adultos das três amostras, observa-se prevalências mais elevadas para todos os sintomas pesquisados, em comparação com os adolescentes e adultos jovens. Isso é mais evidente para os sintomas de preocupação com doenças e uso de tranquilizantes, com frequência variando de 11 a 15.5% (Tabela 10).

**Tabela 10: Prevalência e Intervalo de Confiança dos sintomas depressivos, no grupo etário de 25 a 49 anos, nas três regiões metropolitanas.**

SINTOMAS	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	(n=1163)		(n=868)		(n=1171)	
	P	IC	P	IC	P	IC
Inapetência	8.6	( 7.0;10.2)	12.1	( 9.9;14.3)	9.0	( 7.3;10.6)
Insônia	21.2	(18.9;23.6)	20.4	(17.7;23.1)	9.0	( 7.3;10.6)
Desânimo	26.6	(24.0;29.1)	27.6	(24.7;30.6)	15.8	(13.7;17.9)
Irritabilidade	15.4	(13.3;17.5)	18.0	(15.4;20.5)	11.6	( 9.8;13.4)
Crise de choro	7.4	( 5.9; 8.9)	9.1	( 7.2;11.0)	5.7	( 4.4; 7.1)
Ideação suicida	4.8	( 3.6; 6.0)	5.3	( 3.8; 6.8)	4.6	( 3.4; 5.8)
Isolamento	4.6	( 3.4; 5.8)	5.0	( 3.6; 6.5)	3.5	( 2.4; 4.5)
Hipocondria	10.1	( 8.3;11.8)	12.3	(10.1;14.5)	14.5	(12.5;16.5)
Uso de tranquilizantes	15.5	(13.4;17.6)	12.6	(10.4;14.8)	11.0	( 9.2;12.8)

*IV.5 Dados estratificados por faixa etária e por cada uma das variáveis <sup>1</sup>*

**IV.5.1 Gênero**

Em relação ao gênero, há uma tendência das mulheres apresentarem maiores frequências de sintomatologia depressiva nas três cidades, como observado nas tabelas 11 e 12.

**.Porto Alegre:** Essas diferenças atingiram níveis de significância, entre os adolescentes dessa amostra, para os sintomas crise de choro (RP=11.1), preocupação com doenças (RP=9.2), irritabilidade (RP=2.3) e insônia (RP=2.6). Entre os adultos jovens, isto ocorreu para os sintomas falta de apetite (RP=3.4), desânimo (RP=3.4), irritabilidade (RP=4.4) e preocupação com doenças (RP=3.7).

---

<sup>1</sup> Lembramos ao leitor, que só serão apresentados nas tabelas os dados com RP diferente de um e que apresentam IC de 95% significativo em pelo menos uma das amostras. Os demais dados podem ser vistos no Anexo 4.

**.São Paulo:** Os sintomas crise de choro (RP=12.8) e irritabilidade (RP=1.9) são significativamente mais frequentes entre as mulheres adolescentes. Entre os adultos jovens, o mesmo ocorreu para os sintomas falta de apetite (RP=3.8), insônia (RP=3.1), desânimo (RP=2.7), irritabilidade (RP=2.1), crises de choro (RP=4.9) e isolamento (RP=8.1).

**.Brasília:** Entre os adolescentes dessa amostra, observam-se menores frequências para a maioria dos sintomas depressivos, não podendo concluir-se que haja uma diferença significativa em relação ao gênero. Entre os adultos jovens, os sintomas falta de apetite (RP=1.9), desânimo (RP=2.6), crises de choro (RP=6.6) e preocupação com doenças (RP=3.3) são significativamente mais frequentes entre as mulheres.

**Tabela 11: Prevalência dos sintomas depressivos, Intervalo de Confiança e Razão de Prevalência estratificados por gênero, na faixa etária de 15 a 19 anos, nas três regiões metropolitanas.**

SINTOMAS	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	nF=146	nM=135	nF=105	nM=112	nF=208	nM=193
	P	IC	P	IC	P	IC
	F	9.6 ( 4.8;14.4)	11.4 ( 5.3;17.5)	8.2 ( 4.4;11.9)		
p2	M	3.7 ( 0.5; 6.9)	5.3 ( 1.2; 9.5)	4.1 ( 1.3; 6.9)		
	RP	2.6 ( 1.0; 7.0)NS	2.1 ( 0.8; 5.5)NS	2.0 ( 0.9; 4.5)NS		
	F	21.2 (14.6;27.9)	13.3 ( 6.8;19.8)	13.0 ( 8.4;17.5)		
p7	M	12.6 ( 7.0;18.2)	12.5 ( 6.4;18.6)	8.3 ( 4.4;12.2)		
	RP	1.7 ( 1.0; 2.9)NS	1.1 ( 0.5;2.1)NS	1.6 ( 0.9;2.8)NS		
	F	13.7 ( 8.1;19.3)	20.0 (12.3;27.6)	6.7 ( 3.3;10.1)		
p10	M	5.9 ( 1.9; 9.9)	10.7 ( 5.0;16.4)	7.8 ( 4.0;11.5)		
	RP	2.3 ( 1.0; 5.1)*	1.9 (1.0; 3.6)NS	0.9 ( 0.4;1.7)NS		
	F	8.2 ( 3.8;12.7)	11.4 ( 5.3;17.5)	6.7 ( 3.3;10.1)		
p13	M	0.7 (-0.7; 2.2)	0.9 (-0.8; 2.6)	3.1 ( 0.7; 5.5)		
	RP	11.1 ( 1.5;84.2)**	12.8 ( 1.7;96.7)**	2.2 ( 0.8; 5.5)NS		
	F	6.8 ( 2.7;10.9)	3.8 ( 0.1; 7.5)	3.8 ( 1.2; 6.5)		
p23	M	0.7 (-0.7; 2.2)	1.8 (-0.7; 4.3)	4.1 ( 1.3; 6.9)		
	RP	9.2 ( 1.2;71.3)*	2.1 ( 0.4;11.4)NS	0.9 ( 0.4;2.4)NS		

NS= p>0.05      \*= p<0.05      \*\*= p<0.01      \*\*\*= p<0.001

nF= sexo feminino    nM= sexo masculino

**Tabela 12: Prevalência dos sintomas depressivos, Intervalo de Confiança e Razão de Prevalência estratificados por gênero, na faixa etária de 20 a 24 anos, nas três regiões metropolitanas.**

SINTOMAS	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	nF=130	nM=137	nF=112	nM=130	nF=219	nM=182
	P	IC	P	IC	P	IC
	F	10.0 ( 4.8;15.1)	23.2 (15.4;31.0)	13.7 ( 9.1;18.2)		
p1	M	2.9 ( 0.1; 5.7)	6.1 ( 2.0;10.3)	7.1 ( 3.4;11.0)		
	RP	3.4 ( 1.1;10.2)*	3.8 ( 1.8;8.0)***	1.9 ( 1.0;3.6)NS		
	F	10.8 ( 5.4;16.1)	17.0 (10.0;23.9)	8.7 ( 4.9;12.4)		
p2	M	8.0 ( 3.5;12.6)	5.4 ( 1.5; 9.3)	7.1 ( 3.4;11.0)		
	RP	1.3 ( 0.6; 2.8)NS	3.1 ( 1.4; 7.2)**	1.2 ( 0.6; 2.4)NS		
	F	24.6 (17.2;32.0)	34.8 (26.0;43.6)	18.3 (13.1;23.4)		
p7	M	7.3 ( 2.9;11.6)	13.1 ( 7.3;18.9)	7.1 ( 3.4;11.0)		
	RP	3.4 ( 1.7;6.6)***	2.7 ( 1.6;4.4)***	2.6 ( 1.4;4.6)**		
	F	16.2 ( 9.8;22.5)	16.1 ( 9.3;22.9)	10.0 ( 6.1;14.0)		
p10	M	3.6 ( 0.5; 6.8)	7.7 ( 3.1;12.3)	5.5 ( 2.2; 8.8)		
	RP	4.4 (1.7;11.4)***	2.1 (1.0; 4.3)NS	1.8 ( 0.9;3.8)NS		
	F	5.4 ( 1.5; 9.7)	15.2 ( 8.5;21.8)	10.9 ( 6.8;15.1)		
p13	M	1.5 (-0.5; 3.5)	3.1 ( 0.1; 6.0)	1.6 (-0.2; 3.5)		
	RP	3.7 ( 0.8;17.4)NS	4.9 ( 1.7;14.2)**	6.6 (2.0;21.7)***		
	F	6.1 ( 2.0;10.3)	6.2 ( 1.8;10.7)	6.4 ( 3.1; 9.6)		
p18	M	3.6 ( 0.5; 6.8)	0.8 (-0.7; 2.3)	3.3 ( 0.7; 5.9)		
	RP	1.7 ( 0.6; 5.0)NS	8.1 ( 1.0;65.0)*	1.9 ( 0.8;4.9)NS		
	F	10.8 ( 5.4;16.1)	9.8 ( 4.3;15.3)	9.1 ( 5.3;12.9)		
p23	M	2.9 ( 0.1; 5.7)	3.8 ( 0.5; 7.1)	2.7 ( 0.4; 5.1)		
	RP	3.7 ( 1.2;10.9)*	2.5 ( 0.9;7.1)NS	3.3 ( 1.3;8.7)*		

NS= p>0.05      \*= p<0.05      \*\*= p<0.01      \*\*\*= p<0.001  
nF= sexo feminino    nM= sexo masculino

#### IV.5.2 Migração

Não se observa uma associação nítida entre migração e a maioria dos sintomas depressivos, particularmente nos adolescentes das amostras de Brasília e Porto Alegre (Tabelas 13 e 14).

**.Porto Alegre:** Entre os adultos jovens, o sintoma isolamento (RP=0.4) é mais prevalente nos indivíduos não migrantes.

**.São Paulo:** Entre os adolescentes as queixas de falta de apetite (RP=3.0) e desânimo (RP=2.0), são mais freqüentes nos migrantes. O mesmo ocorre, entre os adultos jovens para o sintoma desânimo (RP=1.6). Os sintomas ideação suicida (RP=0.4) e uso de tranquilizantes (RP=0.7) aparecem com menor freqüência entre os adultos jovens migrantes.

**.Brasília:** Nesta amostra, o sintoma isolamento aparece mais freqüentemente entre os adolescentes não migrantes (RP=0.3). Os sintomas falta de apetite (RP=1.9) e uso de tranquilizantes (RP=2.7), entre os adultos jovens migrantes.



**Tabela 13: Prevalência dos sintomas depressivos, Intervalo de Confiança e Razão de Prevalência estratificados por migração, na faixa etária de 15 a 19 anos, nas três regiões metropolitanas.**

SINTOMAS	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	nM=94	nNM=187	nM=60	nNM=157	nM=178	nNM=223
	P	IC	P	IC	P	IC
M	10.6	( 4.4;16.9)	23.3	(12.6;34.0)	7.9	( 3.9;11.8)
p1 NM	8.6	( 4.5;12.6)	7.6	( 3.5;11.8)	8.1	( 4.5;11.6)
RP	1.2	( 0.6; 2.6)NS	3.0	( 1.5; 6.2)**	1.0	( 0.5; 1.9)NS
M	17.0	( 9.4;24.6)	20.0	( 9.9;30.1)	11.8	( 7.0;16.5)
p7 NM	17.1	(11.7;22.5)	10.2	( 5.4;14.9)	9.9	( 5.9;13.8)
RP	1.0	( 0.6; 1.7)NS	2.0	( 1.0; 3.9)NS	1.2	( 0.7; 2.1)NS
M	5.3	( 0.8; 9.8)	1.7	(-1.6; 4.9)	1.7	(-0.2; 3.6)
p18 NM	5.9	( 2.5; 9.2)	5.1	( 1.6; 8.5)	5.8	( 2.7; 8.9)
RP	0.9	( 0.3; 2.5)NS	0.3	( 0.0; 2.6)NS	0.3	( 0.1;1.0)NS

NS=  $p > 0.05$       \*=  $p < 0.05$       \*\*=  $p < 0.01$       \*\*\*=  $p < 0.001$

nM= migrantes      nNM= não migrantes

Tabela 14: Prevalência dos sintomas depressivos, Intervalo de Confiança e Razão de Prevalência estratificados por migração, na faixa etária de 20 a 24 anos, nas três regiões metropolitanas.

SINTOMAS	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	nM=113	nNM=154	nM=103	nNM=139	nM=244	nNM=157
	P	IC	P	IC	P	IC
M	5.3	( 1.2; 9.4)	16.5	( 9.3;23.7)	13.1	( 8.9;17.3)
p1 NM	7.1	( 3.1;11.2)	12.2	( 6.8;17.7)	7.0	( 3.0;10.1)
RP	0.7	( 0.3; 1.9)NS	1.3	( 0.7; 2.5)NS	1.9	( 1.0; 3.6)NS
M	15.0	( 8.4;21.6)	29.1	(20.3;37.9)	12.7	( 8.5;16.9)
p7 NM	16.2	(10.4;22.1)	18.7	(12.2;25.2)	14.0	( 8.6;19.4)
RP	0.9	( 0.5; 1.6)NS	1.6	( 1.0; 2.5)NS	0.9	( 0.5; 1.5)NS
M	2.7	(-0.3; 5.6)	1.9	(-0.7; 4.6)	7.0	( 4.1;10.6)
p14 NM	1.3	(-0.4; 3.1)	4.3	( 0.9; 7.7)	6.4	( 2.5;10.2)
RP	2.0	( 0.3;12.0)NS	0.4	( 0.1; 2.2)NS	1.1	( 0.5; 2.3)NS
M	2.7	(-0.3; 5.6)	1.0	(-0.9; 2.9)	4.5	( 1.9; 7.1)
p18 NM	6.5	( 2.6;10.4)	5.0	( 1.4; 8.7)	5.7	( 2.4; 8.3)
RP	0.4	( 0.1; 1.4)NS	0.2	( 0.0; 1.5)NS	0.8	( 0.3; 1.8)NS
M	4.4	( 0.6; 8.2)	8.7	( 3.3;14.2)	7.8	( 4.4;11.1)
p23 NM	8.4	( 4.0;12.8)	5.0	( 1.4; 8.7)	3.8	( 0.8; 6.8)
RP	0.5	( 0.2; 1.5)NS	1.7	( 0.7; 4.5)NS	2.0	( 0.8;5.0)NS
M	2.7	(-0.3; 5.6)	4.8	( 0.7; 9.0)	8.6	( 5.1;12.1)
p35 NM	2.6	( 0.1; 5.1)	6.5	( 2.4;10.6)	3.2	( 0.4; 5.9)
RP	1.0	( 0.2; 4.5)NS	0.7	( 0.3; 2.2)NS	2.7	( 1.0; 7.0)NS

NS= p>0.05      \*= p<0.05      \*\*= p<0.01      \*\*\*= p<0.001

nM= migrantes      nNM= não migrantes

### IV.5.3 Escolaridade

Em relação à escolaridade, nota-se uma associação de alguns sintomas com maior grau de instrução em Porto Alegre e com menor grau de instrução em Brasília. Entretanto, para a maioria dos sintomas não se confirma uma associação com o nível de escolaridade (Tabelas 15 e 16).

**.Porto Alegre:** Os sintomas insônia (RP=0.4), desânimo (RP=0.7) e crises de choro (RP=0.3) são significativamente mais frequentes entre os adolescentes com maior grau de instrução. Para os adultos jovens, não há uma associação significativa entre sintomatologia depressiva e escolaridade.

**.São Paulo:** Apenas o sintoma isolamento aparece com menor frequência entre os adolescentes de menor grau de instrução (RP=0.3). Para os adultos jovens, não se observa uma associação entre escolaridade e sintomas depressivos, embora a queixa de irritabilidade apareça com maior frequência entre os indivíduos de menor grau de instrução (RP=2.6).

**.Brasília:** Nesta amostra, apenas o sintoma preocupação com doenças (RP=4.5), aparece com maior frequência entre os adolescentes de menor grau de instrução. Para os adultos jovens, observa-se uma associação entre falta de apetite (RP=2.8), insônia (RP=2.0), desânimo (RP=1.7), uso de tranquilizantes (RP=2.5) e menor grau de instrução.

Tabela 15: Prevalência dos sintomas depressivos, Intervalo de Confiança e Razão de Prevalência estratificados por escolaridade, na faixa etária de 15 a 19 anos, nas três regiões metropolitanas.

SINTOMAS	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	n1G=196	nOT=83	n1G=175	nOT=41	n1G=243	nOT=156
	P	IC	P	IC	P	IC
1G	4.6	( 1.7; 7.5)	8.6	( 4.4;12.7)	5.8	( 2.8; 8.7)
p2 OT	12.0	( 5.0;19.0)	7.3	(-0.6;15.3)	7.0	( 3.0;11.1)
RP	0.4	( 0.2; 0.9)*	1.2	( 0.4; 3.9)NS	0.8	( 0.4; 1.7)NS
1G	15.3	(10.3;20.3)	14.3	( 9.1;19.5)	10.7	( 6.8;14.6)
p7 OT	21.7	(12.8;30.5)	7.3	(-0.6;15.3)	10.9	( 6.0;15.8)
RP	0.7	( 0.4; 1.2)NS	1.9	( 0.6; 6.2)NS	1.0	( 0.5; 1.7)NS
1G	9.2	( 5.1;13.2)	15.4	(10.1;20.8)	7.0	( 3.8;10.2)
p10 OT	12.0	( 5.0;19.0)	14.6	( 3.8;25.4)	7.7	( 3.5;11.9)
RP	0.8	( 0.4; 1.6)NS	1.0	( 0.5; 2.4)NS	0.9	( 0.4; 1.8)NS
1G	3.6	( 1.0; 6.2)	2.8	( 0.4; 5.3)	4.1	( 1.6; 6.6)
p18 OT	10.8	( 4.1;17.5)	9.7	( 0.7;18.8)	3.8	( 0.8; 6.9)
RP	0.3	( 0.1; 0.8)*	0.3	( 0.1; 1.0)NS	1.1	( 0.4; 2.9)NS
1G	3.6	( 1.0; 6.2)	3.4	( 0.7; 6.1)	5.8	( 2.8; 8.7)
p23 OT	4.8	( 0.2; 9.4)	0.0	0.0	1.3	(-0.5; 3.0)
RP	0.7	( 0.2; 2.5)NS	0.0	0.0	4.5	( 1.0;19.5)*

NS=  $p > 0.05$     \* =  $p < 0.05$     \*\* =  $p < 0.01$     \*\*\* =  $p < 0.001$

n1G= Primeiro Grau    nOT= Segundo Grau e Nível Terciário

Tabela 16: Prevalência dos sintomas depressivos, Intervalo de Confiança e Razão de Prevalência estratificados por escolaridade, na faixa etária de 20 a 24 anos, nas três regiões metropolitanas.

SINTOMAS	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	n1G=120	nOT=147	n1G=150	nOT=90	n1G=170	nOT=229
	P	IC	P	IC	P	IC
1G	8.3	( 3.4;13.3)	15.3	( 9.6;21.1)	17.0	(11.4;22.7)
p1 OT	4.8	( 1.3; 8.2)	11.1	( 4.6;17.6)	6.1	( 3.0; 9.2)
RP	1.7	( 0.7; 4.5)NS	1.4	( 0.7; 2.8)NS	2.8	( 1.5;5.1)***
1G	10.0	( 4.6;15.4)	11.3	( 6.3;16.4)	11.2	( 6.4;15.9)
p2 OT	8.8	( 4.2;13.4)	10.0	( 3.8;16.2)	5.8	( 2.7; 8.7)
RP	1.1	( 0.5; 2.4)NS	1.1	( 0.5; 2.4)NS	2.0	( 1.0; 3.9)NS
1G	19.2	(12.1;26.2)	23.3	(16.6;30.1)	17.0	(11.4;22.7)
p7 OT	12.9	( 7.5;18.3)	22.2	(13.6;30.8)	10.0	( 6.1;13.9)
RP	1.5	( 0.8; 2.6)NS	1.0	( 0.6; 1.7)NS	1.7	( 1.0; 2.8)NS
1G	13.3	( 7.2;19.4)	14.7	( 9.0;20.3)	8.2	( 4.1;12.4)
p10 OT	6.8	( 2.7;10.9)	5.5	( 0.8;10.3)	7.9	( 4.4;11.3)
RP	2.0	( 0.9; 4.2)NS	2.6	( 1.0; 6.7)NS	1.0	( 0.5; 2.0)NS
1G	5.8	( 1.6;10.0)	2.3	( 0.1; 5.2)	4.1	( 1.1; 7.1)
p18 OT	4.1	( 0.9; 7.3)	4.4	( 0.2; 8.7)	5.8	( 2.7; 8.7)
RP	1.4	( 0.5; 4.1)NS	0.6	( 0.1; 2.3)NS	0.7	( 0.3; 1.8)NS
1G	2.5	(-0.3; 5.3)	5.3	( 1.7; 8.9)	10.0	( 5.5;14.5)
p35 OT	2.7	( 0.1; 5.3)	6.7	( 1.5;11.8)	3.9	( 1.4; 6.4)
RP	0.8	( 0.2; 3.7)NS	0.8	( 0.3; 2.2)NS	2.5	( 1.2; 5.6)*

NS= p>0.05    \*= p<0.05    \*\*= p<0.01    \*\*\*= p<0.001

n1G= Primeiro Grau    nOT= Segundo Grau e Nível Terciário

#### IV.5.4 Situação Conjugal

Em relação à situação conjugal, indivíduos casados, viúvos ou separados, apresentam as maiores frequências de sintomatologia depressiva nas três amostras (Tabelas 17 e 18).

**.Porto Alegre:** Esta diferença atinge níveis de significância estatística para o sintoma irritabilidade (RP=0.3) entre os adolescentes, e falta de apetite (RP=0.2), irritabilidade (RP=0.4) e uso de tranquilizantes (RP=0.2), entre os adultos jovens.

**.São Paulo:** Os sintomas desânimo (RP=0.3), irritabilidade (RP=0.4), ideação suicida (RP=0.1) e preocupação com doenças (RP=0.1) são significativamente menos frequentes entre os adolescentes solteiros. O mesmo ocorre para os sintomas falta de apetite (RP=0.4), insônia (RP=0.2), desânimo (RP=0.4), ideação suicida (RP=0.1) e preocupação com doenças (RP=0.3), entre os adultos jovens.

**.Brasília:** Nessa amostra, os sintomas crise de choro (RP=0.4) e uso de tranquilizantes (RP=0.3), são significativamente mais frequentes entre os adultos jovens casados viúvos ou separados.

Tabela 17: Prevalência dos sintomas depressivos, Intervalo de Confiança e Razão de Prevalência estratificados por situação conjugal, na faixa etária de 15 a 19 anos, nas três regiões metropolitanas.

SINTOMAS	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	nS=266	nNS=15	nS=188	nNS=19	nS=370	nNS=28
	P	IC	P	IC	P	IC
S	8.6	( 5.3;12.0)	11.7	( 7.1;16.3)	7.0	( 4.4; 9.6)
p1 NS	20.0	(-0.2;40.2)	21.0	( 2.7;39.4)	17.8	( 3.7;32.0)
RP	0.4	( 0.1; 1.3)NS	0.6	( 0.2;1.4)NS	0.4	( 0.2; 0.9)NS
S	6.4	( 3.4; 9.3)	6.9	( 3.3;10.5)	5.9	( 3.5; 8.3)
p2 NS	13.3	(-3.9;30.5)	21.0	( 2.7;39.4)	10.7	(-0.7;22.2)
RP	0.5	( 0.1; 1.9)NS	0.3	( 0.1; 0.9)NS	0.5	( 0.2; 1.7)NS
S	16.9	(12.4;21.4)	11.2	( 6.7;15.7)	10.3	( 7.2;13.4)
p7 NS	20.0	(-0.2;40.2)	36.8	(15.1;58.5)	17.8	( 3.7;32.0)
RP	0.8	( 0.3; 2.4)NS	0.3	( 0.1; 0.6)**	0.6	( 0.2; 1.3)NS
S	9.0	( 5.6;12.5)	13.8	( 8.9;18.8)	7.3	( 4.6; 9.9)
p10 NS	26.7	( 4.3;49.0)	31.6	(10.7;52.5)	7.1	(-2.4;16.7)
RP	0.3	( 0.1; 0.8)NS	0.4	( 0.2; 0.9)NS	1.0	( 0.3; 4.1)NS
S	2.6	( 0.7; 4.5)	2.1	( 0.1; 4.2)	4.0	( 2.0; 6.1)
p14 NS	6.7	(-5.9;19.3)	15.8	(-0.6;32.2)	7.1	(-2.4;16.7)
RP	0.4	( 0.1; 3.0)NS	0.1	( 0.0; 0.6)*	0.6	( 0.1; 2.4)NS
S	3.4	( 1.2; 5.5)	1.1	(-0.4; 2.5)	3.5	( 1.6; 5.4)
p23 NS	13.3	(-3.8;30.5)	15.8	(-0.6;32.2)	10.7	(-0.7;22.2)
RP	0.2	( 0.1; 1.0)NS	0.1	( 0.0; 0.4)**	0.3	( 0.1;1.1)NS

NS= p>0.05      \*= p<0.05      \*\*= p<0.01      \*\*\*= p<0.001

nS= Solteiros      nNS= casados, viúvos e separados

Tabela 18: Prevalência dos sintomas depressivos, Intervalo de Confiança e Razão de Prevalência estratificados por situação conjugal, na faixa etária de 20 a 24 anos, nas três regiões metropolitanas.

SINTOMAS	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	nS=204	nNS=63	nS=167	nNS=75	nS=280	nNS=120
	P	IC	P	IC	P	IC
p1	S	2.9 ( 0.6; 5.3)	10.2 ( 5.6;14.8)	10.7 ( 7.1;14.3)		
	NS	17.5 ( 8.1;26.8)	22.7 (13.2;32.1)	10.8 ( 5.3;16.4)		
	RP	0.2 ( 0.1;0.4)***	0.4 ( 0.2;0.8)*	1.0 ( 0.5; 1.8)NS		
p2	S	7.8 ( 4.1;11.5)	5.4 ( 2.0; 8.8)	6.8 ( 3.8; 9.7)		
	NS	14.3 ( 5.6;22.9)	22.7 (13.2;32.1)	10.8 ( 5.3;16.4)		
	RP	0.5 ( 0.3; 1.2)NS	0.2 ( 0.1;0.5)***	0.6 ( 0.3; 1.2)NS		
p7	S	15.2 (10.3;20.1)	15.6 (10.1;21.1)	11.4 ( 7.7;15.1)		
	NS	17.5 ( 8.1;26.8)	40.0 (28.9;51.1)	16.7 (10.0;23.3)		
	RP	0.9 ( 0.5; 1.6)NS	0.4 ( 0.2;0.6)***	0.7 ( 0.4; 1.1)NS		
p10	S	7.3 ( 3.8;10.9)	9.0 ( 4.6;13.3)	6.8 ( 3.8; 9.7)		
	NS	17.5 ( 8.1;26.8)	17.3 ( 8.8;25.9)	11.4 ( 7.7;15.1)		
	RP	0.4 ( 0.2; 0.9)*	0.5 ( 0.3; 1.0)NS	0.6 ( 0.3; 1.2)NS		
p13	S	2.9 ( 0.6; 5.3)	6.6 ( 2.8;10.3)	4.6 ( 2.2; 7.1)		
	NS	4.7 (-0.5;10.0)	13.3 ( 5.6;21.0)	11.4 ( 7.7;15.1)		
	RP	0.6 ( 0.2; 2.4)NS	0.5 ( 0.2; 1.1)NS	0.4 ( 0.2;0.9)*		
p14	S	1.5 (-0.2; 3.1)	1.2 (-0.4; 2.8)	5.3 ( 2.7; 8.0)		
	NS	3.2 (-1.1; 7.5)	8.0 ( 1.9;14.1)	10.0 ( 4.6;15.4)		
	RP	0.5 ( 0.1; 2.7)NS	0.1 ( 0.0;0.7)***	0.5 ( 0.3; 1.1)NS		
p23	S	5.4 ( 2.3; 8.5)	4.2 ( 1.1; 7.2)	4.6 ( 2.2; 7.1)		
	NS	11.1 ( 3.3;18.9)	12.0 ( 4.6;19.3)	9.2 ( 4.0;14.3)		
	RP	0.5 ( 0.2; 1.2)NS	0.3 ( 0.1; 0.9)*	0.5 ( 0.2;1.1)NS		
p35	S	1.5 (-0.2; 3.1)	6.6 ( 2.8;10.3)	3.9 ( 1.6; 6.2)		
	NS	6.3 ( 0.3;12.4)	4.0 (-0.4; 8.4)	11.7 ( 5.9;17.4)		
	RP	0.2 ( 0.1; 1.0)NS	1.6 ( 0.5; 5.7)NS	0.3 ( 0.2;0.7)**		

NS= p>0.05      \*= p<0.05      \*\*= p<0.01      \*\*\*= p<0.001

nS= Solteiros      nNS= casados, viúvos e separados



#### IV.5.5 Densidade Domiciliar

As três amostras evidenciam uma associação entre menor densidade domiciliar e sintomas depressivos (Tabelas 19 e 20).

**.Porto Alegre:** Essa associação atingiu níveis de significância estatística para o sintoma falta de apetite (RP=4.0) entre os adolescentes, e desânimo (RP=2.3) entre os adultos jovens.

**.São Paulo:** Observa-se que o sintoma preocupação com doenças (RP=6.5) entre os adolescentes, e falta de apetite (RP=2.1), insônia (RP=4.3) e desânimo (RP=2.2) são significativamente mais frequentes entre os adultos jovens que residem em casas com menor densidade domiciliar.

**.Brasília:** Níveis de significância estatística podem ser observados entre menor densidade domiciliar e falta de apetite (RP=2.2) e insônia (RP=2.8) entre os adolescentes, desânimo (RP=1.6) e preocupação com doenças (RP=2.6) entre os adultos jovens.

**Tabela 19: Prevalência dos sintomas depressivos, Intervalo de Confiança e Razão de Prevalência estratificados por densidade domiciliar, na faixa etária de 15 a 19 anos, nas três regiões metropolitanas.**

SINTOMAS	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	n<5=114	n>5=167	n<5=51	n>5=166	n<5=113	n>5=288
	P	IC	P	IC	P	IC
	<5	16.7 ( 9.8;23.5)	11.8 ( 2.9;20.6)	13.3 ( 7.0;19.5)		
p1	>5	4.2 ( 1.1; 7.2)	12.0 ( 7.1;17.0)	5.9 ( 3.2; 8.6)		
	RP	4.0 ( 1.7;9.1)***	1.0 ( 0.4; 2.3)NS	2.2 ( 1.2; 4.3)*		
	<5	8.8 ( 3.6;14.0)	5.9 (-0.6;12.3)	11.5 ( 5.6;17.4)		
p2	>5	5.4 ( 2.0; 8.8)	9.0 ( 4.7;13.4)	4.2 ( 1.8; 6.5)		
	RP	1.6 ( 0.7; 3.9)NS	0.6 ( 0.2; 2.2)NS	2.8 ( 1.3;5.9)*		
	<5	6.1 ( 1.7;10.5)	7.8 ( 0.5;15.2)	6.2 ( 1.7;10.6)		
p23	>5	2.4 ( 0.1; 4.7)	1.2 (-0.4; 2.9)	3.1 ( 1.1; 5.1)		
	RP	2.6 ( 0.8; 8.6)NS	6.5 ( 1.2;34.5)*	2.0 ( 0.7;5.2)NS		

NS= p>0.05      \*= p<0.05      \*\*= p<0.01      \*\*\*= p<0.001

n<5= menos de 5 habitantes    n>5= 5 ou mais habitantes

**Tabela 20: Prevalência dos sintomas depressivos, Intervalo de Confiança e Razão de Prevalência estratificados por densidade domiciliar, na faixa etária de 20 a 24 anos, nas três regiões metropolitanas.**

SINTOMAS	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	n<5=155	n>5=112	n<5=119	n>5=123	n<5=163	n>5=238
	P	IC	P	IC	P	IC
p1	<5	7.1 ( 3.0;11.1)	19.3 (12.2;26.4)	8.6 ( 4.3;12.9)		
	>5	5.3 ( 1.2; 9.5)	8.9 ( 3.9;14.0)	12.2 ( 8.0;16.3)		
	RP	1.3 ( 0.5;3.5)NS	2.1 ( 1.1; 4.2)*	0.7 ( 0.4; 1.3)NS		
p2	<5	12.2 ( 7.1;17.4)	17.6 (10.8;24.5)	10.4 ( 5.7;15.1)		
	>5	5.3 ( 1.2; 9.5)	4.1 ( 0.6; 7.5)	6.3 ( 3.2; 9.4)		
	RP	2.3 ( 0.9; 5.5)NS	4.3 ( 1.7;11.1)**	1.6 ( 0.8;3.2)NS		
p7	<5	20.6 (14.3;27.0)	32.0 (23.5;40.3)	17.2 (11.4;23.0)		
	>5	8.9 ( 3.6;14.2)	14.6 ( 8.4;21.0)	10.5 ( 6.6;14.4)		
	RP	2.3 ( 1.2; 4.5)**	2.2 ( 1.3; 3.6)**	1.6 ( 1.0; 2.7)NS		
p23	<5	5.8 ( 2.1; 9.5)	9.2 ( 4.0;14.4)	9.8 ( 5.2;14.4)		
	>5	8.0 ( 3.0;13.1)	4.1 ( 0.6; 7.5)	3.8 ( 1.3; 6.2)		
	RP	0.7 ( 0.3; 1.8)NS	2.3 ( 0.6; 6.3)NS	2.6 ( 1.2;5.7)*		

NS= p>0.05      \*= p<0.05      \*\*= p<0.01      \*\*\*= p<0.001

n<5= menos de 5 habitantes    n>5= 5 ou mais habitantes

#### IV.5.6 Religião

Em relação à religião, não se observa uma associação nítida com sintomatologia depressiva, particularmente na amostra de Brasília (Tabelas 21 e 22).

.**Porto Alegre:** Os sintomas falta de apetite (RP=0.4) entre os adolescentes e uso de tranquilizantes (RP=0.2) entre os adultos jovens são significativamente menos frequentes nos católicos.

.**São Paulo:** Os sintomas desânimo (RP=0.3) e irritabilidade (RP=0.5) entre os adolescentes e uso de tranquilizantes (RP=0.3) entre os adultos jovens, são significativamente menos frequentes nos católicos.

**Tabela 21: Prevalência dos sintomas depressivos, Intervalo de Confiança e Razão de Prevalência estratificados por religião, na faixa etária de 15 a 19 anos, nas três regiões metropolitanas.**

SINTOMAS	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	nCA=227	nNC=54	nCA=185	nNC=26	nCA=329	nNC=72
	P	IC	P	IC	P	IC
CA	7.5	( 4.1;10.9)	11.9	( 7.2;16.5)	8.5	( 5.5;11.5)
p1 NC	16.7	( 6.7;26.6)	15.4	( 1.5;29.2)	5.5	( 0.3;10.8)
RP	0.4	( 0.2; 0.9)NS	0.8	( 0.3; 2.0)NS	1.5	( 0.5; 4.2)NS
CA	16.7	(11.9;21.6)	10.8	( 6.3;15.3)	10.6	( 7.3;14.0)
p7 NC	18.5	( 8.1;28.9)	30.8	(13.0;48.5)	11.1	( 3.8;18.4)
RP	0.9	( 0.5; 1.7)NS	0.3	( 0.2; 0.7)*	1.0	( 0.5; 2.0)NS
CA	9.7	( 5.8;13.5)	12.4	( 7.7;17.2)	8.2	( 5.2;11.2)
p10 NC	11.1	( 2.7;19.5)	26.9	( 9.9;44.0)	2.8	(-1.0; 6.6)
RP	0.9	( 0.4; 2.0)NS	0.5	( 0.2; 1.0)NS	2.9	( 0.7;12.1)NS

NS= p>0.05      \*= p<0.05      \*\*= p<0.01      \*\*\*= p<0.001

nCA= católicos      nNC= outras religiões

**Tabela 22: Prevalência dos sintomas depressivos, Intervalo de Confiança e Razão de Prevalência estratificados por religião, na faixa etária de 20 a 24 anos, nas três regiões metropolitanas.**

SINTOMAS	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	nCA=214	nNC=52	nCA=211	nNC=29	nCA=310	nNC=90
	P	IC	P	IC	P	IC
CA	1.4 (-0.2; 3.0)		4.7 ( 1.9; 7.6)		6.4 ( 3.7; 9.2)	
p35 NC	7.7 ( 0.4;14.9)		13.8 ( 1.2;26.3)		6.7 ( 1.5;11.8)	
RP	0.2 ( 0.1; 0.8)*		0.3 ( 0.1; 1.0)NS		1.0 ( 0.4; 2.3)NS	

NS=  $p > 0.05$       \*=  $p < 0.05$       \*\*=  $p < 0.01$       \*\*\*=  $p < 0.001$

nCA= católicos    nNC= outras religiões

#### IV.5.7 Inserção Ocupacional

A associação entre alguns sintomas depressivos e inserção ocupacional atingiu níveis de significância estatística em Porto Alegre e São Paulo. O mesmo não pôde ser observado em Brasília (Tabelas 23 e 24).

**.Porto Alegre:** Nessa amostra, apenas o sintoma isolamento (RP=0.1) é significativamente menos frequente, entre os adultos jovens empregados.

**.São Paulo:** O sintoma falta de apetite (RP=2.9) é mais frequente entre os adolescentes empregados, notando-se o

inverso para o sintoma insônia (RP=0.3). Entre os adultos jovens, o sintoma desânimo (RP=0.5) é mais frequente nos indivíduos não inseridos no mercado formal de trabalho.

**Tabela 23: Prevalência dos sintomas depressivos, Intervalo de Confiança e Razão de Prevalência estratificados por inserção ocupacional, na faixa etária de 15 a 19 anos, nas três regiões metropolitanas.**

SINTOMAS	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	nEM=80	nNE=176	nEM=112	nNE=77	nEM=128	nNE=226
	P	IC	P	IC	P	IC
EM	7.5 ( 1.7;13.3)		15.2 ( 8.5;21.8)		7.8 ( 3.2;12.5)	
p1 NE	10.2 ( 5.7;14.7)		5.2 ( 0.2;10.1)		8.8 ( 5.1;12.5)	
RP	0.7 ( 0.3; 1.8)NS		2.9 ( 1.0; 8.3)NS		0.9 ( 0.4; 1.8)NS	
EM	5.0 ( 0.2; 9.8)		5.3 ( 1.2; 9.5)		6.2 ( 2.0;10.4)	
p2 NE	7.9 ( 3.9;11.9)		16.9 ( 8.5;25.2)		5.3 ( 2.4; 8.2)	
RP	0.6 ( 0.2; 1.8)NS		0.3 ( 0.1; 0.8)*		1.2 ( 0.5; 2.8)NS	

NS=  $p > 0.05$       \*=  $p < 0.05$       \*\*=  $p < 0.01$       \*\*\*=  $p < 0.001$

nEM= empregados      nNE= não empregados

**Tabela 24: Prevalência dos sintomas depressivos, Intervalo de Confiança e Razão de Prevalência estratificados por inserção ocupacional, na faixa etária de 20 a 24 anos, nas três regiões metropolitanas.**

SINTOMAS	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	nEM=142	nNE=81	nEM=139	nNE=55	nEM=232	nNE=82
	P	IC	P	IC	P	IC
EM	14.1	( 8.4;19.8)	18.0	(11.6;24.4)	10.3	( 6.4;14.3)
p7 NE	9.9	( 3.4;16.4)	32.7	(20.3;45.1)	13.4	( 6.0;20.8)
RP	1.4	( 0.7; 3.1)NS	0.5	( 0.3; 0.9)*	0.8	( 0.4; 1.5)NS
EM	0.7	(-0.7; 2.1)	2.1	(-0.2; 4.6)	3.9	( 1.4; 6.4)
p18 NE	6.2	( 0.9;11.4)	7.3	( 0.4;14.1)	8.5	( 2.5;14.6)
RP	0.1	( 0.0; 1.0)*	0.3	( 0.1; 1.3)NS	0.4	( 0.2; 1.2)NS
EM	1.4	(-0.5; 3.3)	5.7	( 1.9; 9.6)	3.4	( 1.1; 5.8)
p35 NE	2.5	(-0.9; 5.8)	5.4	(-0.5;11.4)	8.5	( 2.5;14.6)
RP	0.6	( 0.1; 4.0)NS	1.1	( 0.3; 3.8)NS	0.4	( 0.1; 1.1)NS

NS=  $p > 0.05$     \* =  $p < 0.05$     \*\* =  $p < 0.01$     \*\*\* =  $p < 0.001$

nEM= empregados    nNE= não empregados



#### *IV.6 Comparação da presença de sintomas por grupo etário*

Neste item avaliou-se a associação entre sintomatologia depressiva e faixa etária, utilizando-se razões de prevalência (RP), com seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% e p-valor.

Nota-se uma associação entre a faixa etária mais velha e sintomatologia depressiva, nas três amostras. E ainda, que os adultos jovens apresentam um padrão de sintomatologia semelhante aos adolescentes, particularmente, nas amostras de Porto Alegre e São Paulo, e que os sintomas de preocupação com doenças e uso de tranquilizantes apresentam um gradiente de frequência, nas três amostras, com as maiores prevalências observadas entre os indivíduos adultos (Tabelas 25 a 27).

##### **VI.6.1 Porto Alegre**

Quando se comparam os adolescentes e adultos, os sintomas insônia (RP=0.2), desânimo (RP=0.6), irritabilidade (RP=0.6), preocupação com doenças (RP=0.4) e uso de

tranquilizantes (RP=0.1), são significativamente mais frequentes entre os últimos. O mesmo ocorre para os sintomas insônia (RP=0.2), desânimo (RP=0.6), irritabilidade (RP=0.6), crises de choro (RP=0.5), ideação suicida (RP=0.4) e uso de tranquilizantes (RP=0.2), na comparação entre os adultos jovens e os adultos. Entre as duas faixas etárias mais jovens, não parece haver uma diferença significativa na prevalência dos sintomas nessa amostra.

**Tabela 25: comparação entre os três grupos etários quanto à presença de sintomas depressivos na amostra de Porto Alegre.**

FAIXA ETÁRIA	15-19 / 25-49		20-24 / 25-49		15-19 / 20-24	
	RP	IC	RP	IC	RP	IC
p1	1.1	(0.7;1.6) <sup>NS</sup>	0.7	(0.4;1.2) <sup>NS</sup>	1.4	(0.8;2.6) <sup>NS</sup>
p2	0.3	(0.2;0.5) <sup>***</sup>	0.4	(0.3;0.6) <sup>***</sup>	1.1	(0.6;2.0) <sup>NS</sup>
p7	0.6	(0.5;0.8) <sup>***</sup>	0.6	(0.4;0.8) <sup>***</sup>	1.1	(0.7;1.6) <sup>***</sup>
p10	0.6	(0.4;0.9) <sup>*</sup>	0.6	(0.4;0.9) <sup>*</sup>	1.0	(0.6;1.7) <sup>NS</sup>
p13	0.6	(0.3;1.1) <sup>NS</sup>	0.5	(0.2;0.9) <sup>*</sup>	1.4	(0.6;3.2) <sup>NS</sup>
p14	0.6	(0.3;1.2) <sup>NS</sup>	0.4	(0.2;1.0) <sup>*</sup>	1.5	(0.5;4.6) <sup>NS</sup>
p18	1.2	(0.7;2.1) <sup>NS</sup>	1.1	(0.6;1.9) <sup>NS</sup>	1.2	(0.6;2.4) <sup>NS</sup>
p23	0.4	(0.2;0.7) <sup>***</sup>	0.7	(0.4;1.1) <sup>NS</sup>	0.6	(0.3;1.2) <sup>NS</sup>
p35	0.1	(0.0;0.2) <sup>***</sup>	0.2	(0.1;0.4) <sup>***</sup>	0.3	(0.1;1.3) <sup>NS</sup>

NS = p > 0.05    \* = p < 0.05    \*\* = p < 0.01    \*\*\* = p < 0.001

### VI.6.2 São Paulo

Quando se comparam os adolescentes e os adultos dessa amostra, os sintomas insônia (RP=0.4), desânimo (RP=0.7), preocupação com doenças (RP=0.2) e uso de tranquilizantes (RP=0.1), são significativamente mais frequentes entre os últimos. O mesmo ocorre para os sintomas insônia (RP=0.5), irritabilidade (RP=0.6), preocupação com doenças (RP=0.5) e uso de tranquilizantes (RP=0.5), quando a comparação é realizada entre os adultos jovens e adultos. E ainda, para os sintomas desânimo (RP=0.6) e uso de tranquilizantes (RP=0.3), na comparação entre adolescentes e adultos jovens.

**Tabela 26: comparação entre os três grupos etários quanto à presença de sintomas depressivos na amostra de São Paulo.**

FAIXA ETÁRIA	15-19 / 25-49		20-24 / 25-49		15-19 / 20-24	
	RP	IC	RP	IC	RP	IC
p1	1.0	(0.7;1.5) <sup>NS</sup>	1.2	(0.8;1.7) <sup>NS</sup>	0.8	(0.5;1.4) <sup>NS</sup>
p2	0.4	(0.3;0.6) <sup>***</sup>	0.5	(0.4;0.8) <sup>***</sup>	0.8	(0.4;1.4) <sup>NS</sup>
p7	0.5	(0.3;0.7) <sup>***</sup>	0.8	(0.6;1.1) <sup>NS</sup>	0.6	(0.4;0.8) <sup>***</sup>
p10	0.8	(0.6;1.2) <sup>NS</sup>	0.6	(0.4;0.9) <sup>*</sup>	1.3	(0.8;2.1) <sup>NS</sup>
p13	0.7	(0.4;1.2) <sup>NS</sup>	0.9	(0.6;1.5) <sup>NS</sup>	0.7	(0.3;1.3) <sup>NS</sup>
p14	0.6	(0.3;1.3) <sup>NS</sup>	0.6	(0.3;1.3) <sup>NS</sup>	1.0	(0.4;2.6) <sup>NS</sup>
p18	0.8	(0.4;1.6) <sup>NS</sup>	0.6	(0.3;1.4) <sup>NS</sup>	1.2	(0.5;3.2) <sup>NS</sup>
p23	0.2	(0.1;0.5) <sup>***</sup>	0.5	(0.3;0.9) <sup>*</sup>	0.4	(0.2;1.0) <sup>NS</sup>
p35	0.1	(0.0;0.4) <sup>***</sup>	0.5	(0.3;0.8) <sup>***</sup>	0.3	(0.1;0.9) <sup>NS</sup>

NS = p > 0.05    \* = p < 0.05    \*\* = p < 0.01    \*\*\* = p < 0.001

#### IV.6.3 Brasília

Nessa amostra, caracterizada por menores prevalências para a maioria dos sintomas, a associação ocorre de maneira nítida apenas quando se comparam os adolescentes e adultos. Observa-se que os sintomas desânimo (RP=0.7), irritabilidade (RP=0.6), preocupação com doenças (RP=0.3) e uso de

tranquilizantes (RP=0.1) são significativamente mais frequentes entre os adultos. Quando a comparação é realizada entre os adultos jovens e adultos, os sintomas preocupação com doenças (RP=0.4) e uso de tranquilizantes (RP=0.6) são mais frequentes entre os últimos. Entre os adolescentes e adultos jovens, o sintoma uso de tranquilizantes (RP=0.2) é mais frequente entre os últimos.

**Tabela 27: comparação entre os três grupos etários quanto à presença de sintomas depressivos na amostra de Brasília.**

FAIXA ETÁRIA	15-19 / 25-49		20-24 / 25-49		15-19 / 20-24	
	RP	IC	RP	IC	RP	IC
p1	0.9	(0.6;1.3) <sup>NS</sup>	1.2	(0.8;1.7) <sup>NS</sup>	0.7	(0.5;1.1) <sup>NS</sup>
p2	0.7	(0.5;1.1) <sup>NS</sup>	0.9	(0.6;1.3) <sup>NS</sup>	0.8	(0.5;1.3) <sup>NS</sup>
p7	0.7	(0.5;0.9)*	0.8	(0.6;1.1) <sup>NS</sup>	0.8	(0.5;1.2) <sup>NS</sup>
p10	0.6	(0.4;0.9)*	0.7	(0.5;1.0) <sup>NS</sup>	0.9	(0.6;1.5) <sup>NS</sup>
p13	0.9	(0.5;1.4) <sup>NS</sup>	1.2	(0.8;1.8) <sup>NS</sup>	0.7	(0.4;1.3) <sup>NS</sup>
p14	0.9	(0.5;1.6) <sup>NS</sup>	1.5	(0.9;2.3) <sup>NS</sup>	0.6	(0.3;1.1) <sup>NS</sup>
p18	1.1	(0.6;2.0) <sup>NS</sup>	1.4	(0.8;2.4) <sup>NS</sup>	0.8	(0.4;1.5) <sup>NS</sup>
p23	0.3	(0.2;0.4)***	0.4	(0.3;0.6)***	0.6	(0.3;1.2) <sup>NS</sup>
p35	0.1	(0.1;0.3)***	0.6	(0.4;0.9)**	0.2	(0.1;0.5)***

NS = p > 0.05    \* = p < 0.05    \*\* = p < 0.01    \*\*\* = p < 0.001

## V. COMENTÁRIOS

### *V.1 Limitações do método*

Lembramos ao leitor que, na presente dissertação, utilizamos parte dos dados coletados na primeira fase do "Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica em Áreas Metropolitanas". O QMPA, instrumento utilizado nessa fase, é eficaz na detecção de casos suspeitos de apresentarem um transtorno mental, não possibilita entretanto, a realização de diagnósticos específicos. Ao utilizarmos os dados de nove das quarenta e cinco perguntas que compõem o QMPA, torna-se possível apenas a descrição da frequência de cada um desses sintomas.

Os dados referentes à segunda fase do estudo, onde realizou-se a confirmação diagnóstica através do Inventário de Sintomas do DSM-III (APA, 1980), não puderam ser utilizados, devido ao limitado número de adolescentes e adultos jovens na subamostra diagnosticada como portadora de distúrbios depressivos.

A coleta dos dados não ocorreu de maneira simultânea nas três regiões do estudo, o que impossibilitou a globalização dos mesmos, capaz de melhorar o poder estatístico da análise.

Observou-se ainda, uma diferença nas frequências dos sintomas pesquisados em cada uma das regiões metropolitanas. Além disso, o fato dos dados terem sido coletados através de informante-chave para a maioria dos adolescentes e adultos jovens, pode ter levado a uma subestimação dos mesmos.

Deve-se levar em conta ainda, que a análise estratificada conduzida no presente estudo, foi prejudicada pelo número reduzido de indivíduos em algumas categorias, particularmente para as variáveis situação conjugal, religião e inserção ocupacional. Ao optarmos por não realizar a análise multivariada, através de modelos de regressão múltipla, não podemos excluir a presença de efeito "confounding" entre as variáveis. Entretanto, nossa inexperiência nesse modelo matemático poderia torná-lo apenas aparentemente eficiente e prejudicar a observação mais detalhada dos dados. ROTHMAN (1986) observa que, "somente uma larga experiência com modelos multivariados começará a reproduzir a intimidade com os dados que é facilmente alcançada com a análise estratificada". Inferências para a população geral não devem ser feitas.

Ressaltamos também, as dificuldades encontradas ao se compararem os dados oriundos de diferentes estudos, com metodologias distintas e resultados "aparentemente" discordantes. Além disso, devemos lembrar que a instabilidade emocional é uma característica da adolescência que pode dificultar a operacionalização de um diagnóstico formal de transtorno afetivo.



Por último gostaríamos de lembrar, que esse estudo não foi conduzido especificamente para o conhecimento de sintomas depressivos na população jovem. Em consequência, dados importantes, tais como, problemas de rendimento e evasão escolar, abusos de drogas e tentativas de suicídio, não foram obtidos.

## *V.2 Frequência de sintomas depressivos*

Entre os adolescentes, os sintomas que aparecem com maior frequência são: desânimo (11 a 17%), irritabilidade (7 a 15%), inapetência (8 a 12%) e insônia (6 a 8%). Ideação suicida apresenta uma baixa frequência, sendo significativa apenas em Brasília (4.2%); isolamento apresenta frequências variando de 4 a 6%; uso de tranquilizantes tem frequência variando de 1 a 2%, sem atingir níveis de significância estatística. Nota-se ainda, que a maioria dos sintomas depressivos são mais frequentes na amostra de São Paulo em relação às outras duas cidades.

Para os adultos jovens observam-se resultados similares, sendo os sintomas mais frequentes: desânimo (13 a 23%), irritabilidade (8 a 12%), inapetência (6 a 14%), insônia (8 a 11%) e preocupação com doenças (6 a 7%). Ideação suicida, também apresenta baixas frequências nas três cidades, sendo significativa em São Paulo (3.3%) e Brasília (6.7%). Os demais sintomas aparecem com as seguintes frequências: crise de choro (3 a 9%), isolamento (3 a 5%) e uso de tranquilizantes (3 a 6%). Aqui também, a maioria dos sintomas são mais frequentes em

São Paulo; percebe-se ainda, que as frequências encontradas são maiores entre os adultos jovens que entre os adolescentes.

A maioria dos sintomas depressivos pesquisados apresentam frequências menores que as descritas na literatura estrangeira. Entretanto, deve-se levar em conta que o estudo não foi conduzido para a população adolescente, além de apresentar um delineamento de corte-transversal. Estudos epidemiológicos conduzidos na população adolescente no nosso meio são escassos. Encontramos apenas um estudo que apesar de não ter sido realizado para a avaliação de quadros depressivos, utilizou-se de um instrumento para medir a frequência de sintomas depressivos entre os adolescentes (ANDRADE, 1991).

Nota-se, que os sintomas neurovegetativos são os que apresentam maiores frequências tanto entre os jovens, quanto entre os adultos, sugerindo que os quadros depressivos apresentariam sintomatologia semelhante nestas duas faixas etárias. Esse fato também foi observado por KASHANI, ROSENBERG & REID (1989b).

Ideação suicida e uso de tranquilizantes são descritos, na literatura estrangeira, com frequências bem superiores às observadas nesse estudo. Entretanto, como já alertamos anteriormente, tal resultado poderia ser consequência das informações terem sido prestadas através de um informante-chave, na maioria das vezes, um dos pais. É descrito que os pais identificam menos o comportamento depressivo em seus filhos, que eles próprios, particularmente a ideação suicida

(CASSORLA & KNOBEL, 1985; KASHANI, GODDARD & REID, 1989a). Devemos lembrar ainda, que o próprio comportamento introspectivo desses jovens prejudica a detecção precoce de sintomas depressivos entre os mesmos. Acreditamos ter ocorrido uma subestimação da frequência desses sintomas.

Sabemos ser a nossa sociedade marcada por diferentes valores culturais e intensas desigualdades sócioeconômicas. Tais particularidades poderiam sugerir que em distintas regiões do país, encontrássemos fatores predisponentes atuando de maneira diversa na saúde mental dos indivíduos. Nota-se que as diferentes frequências dos sintomas depressivos encontradas em cada uma das regiões metropolitanas se relacionam com as características sóciodemográficas, tais como, nível de escolaridade e inserção ocupacional, dos adolescentes. Observamos, em São Paulo, onde foram encontradas as maiores prevalências para a maioria dos sintomas pesquisados, uma menor permanência nos estudos e uma inserção precoce no mercado formal de trabalho; em Brasília foram encontrados os maiores percentuais de ideação suicida entre os jovens.

### ***V.3 Variáveis sócio-demográficas***

Observa-se, entre os adolescentes, um número reduzido de indivíduos que completam o primeiro grau, com percentuais variando de 19 a 29%; entre os adultos jovens esses percentuais são um pouco mais elevados, variando de 37 a 57%. Esses percentuais são mais elevados em Brasília e menores em São Paulo. Os sintomas insônia e isolamento estão associados com maior grau de instrução nos adolescentes de Porto Alegre. Em Brasília, os sintomas preocupação com doenças entre os adolescentes e inapetência e uso de tranquilizantes entre os adultos jovens estão associados com menor grau de instrução. Para os demais sintomas e para a amostra de São Paulo, não se percebe uma associação com o nível de escolaridade.

Em relação ao gênero, nota-se uma forte associação entre sintomatologia depressiva e gênero feminino, nas três cidades, particularmente no grupo etário de 20 a 24 anos. Percebe-se ainda, uma associação inversa entre sintomas depressivos e os indivíduos solteiros. Os jovens que residem em casas com até quatro pessoas apresentam mais frequentemente as queixas de insônia, inapetência, desânimo e preocupação com doenças.

Não se confirma haver uma associação entre migração, religião e inserção ocupacional com sintomatologia depressiva. Ressaltamos, no entanto, que os problemas metodológicos observados na estratificação dos dados, em especial, o pequeno número de indivíduos em algumas categorias, faz-se presente entre essas variáveis.

A relação entre as variáveis sóciodemográficas dessa amostra e sintomatologia depressiva é diferente da descrita na literatura. SWANSON et al. (1992), sugerem que, entre os adolescentes migrantes e os que apresentavam dificuldades ou evasão escolar, as ocorrências de sintomas depressivos, ideação suicida e uso de drogas eram bastante elevadas. ESCRIVÁ (1992), encontrou maiores prevalências de sintomatologia depressiva entre os adolescentes com problemas de desadaptação escolar, do gênero feminino e que pertenciam a famílias numerosas. Outros estudos conduzidos na população adulta, demonstram que os indivíduos solteiros e os que não pertencem a religiões dominantes estão mais propensos a desenvolverem sintomatologia depressiva (LEWINSOHN et al., 1991; REY, 1992; MEADOR et al., 1992).

Apesar das dificuldades apresentadas no delineamento e na metodologia do presente estudo alguns aspectos devem ser levados em conta, tais como, a presença de associação entre alguns sintomas depressivos e os indivíduos casados, viúvos ou separados, do gênero feminino e com maior grau de instrução. Pode-se sugerir que, no contexto de intensas desigualdades

sociais observadas no nosso país, a união conjugal entre os jovens e a permanência nos estudos, funcionariam como eventos estressantes de vida, principalmente para as mulheres, capazes de propiciar o aparecimento de distúrbios depressivos. A associação entre menor densidade domiciliar e sintomatologia depressiva, poderia sugerir que os jovens que residem em casas com até quatro pessoas estariam mais propensos a manifestarem sentimentos depressivos, talvez pelo fato de se perceberem mais sozinhos, embora isso não possa ser comprovado na presente investigação.

#### *V.4 Comparação entre os grupos etários*

Quando se realiza a comparação entre as três faixas etárias para a presença de sintomatologia depressiva, percebe-se que esses são mais frequentes entre os adultos. Outros achados são, que os adultos jovens apresentam um padrão de sintomatologia semelhante aos adolescentes, particularmente, nas amostras de Porto Alegre e São Paulo, e a presença de um gradiente de frequência para os sintomas preocupação com doenças e uso de tranquilizantes, com um aumento de até dez vezes entre os adultos.

Outros estudos epidemiológicos demonstram que os sintomas depressivos são mais frequentes entre os adolescentes que entre os adultos (JOSHI & SCOTT, 1988; HORWATH et al., 1992). Lembramos entretanto, que as informações foram obtidas através do informante-chave, na maioria das vezes um adulto. Pensamos ainda que a atuação dos eventos estressantes de vida, tais como, desemprego, falta de moradia e miséria, ocorrem mais intensamente na população adulta, contribuindo para o surgimento de sintomas depressivos.

O fato dos adultos jovens apresentarem um padrão de



sintomatologia depressiva semelhante aos adolescentes sugere que as dificuldades do processo de maturidade podem se manter durante o início da vida adulta. Devemos levar em conta ainda, os próprios aspectos culturais da nossa sociedade reforçando os laços de dependência e retardando o processo de individualização do adolescente.

O elevado uso de tranquilizantes pelos adultos pode estar associado a um maior acesso desses medicamentos pelos mesmos, muitas vezes prescritos pelos próprios médicos, na tentativa de reduzir sentimentos de ansiedade e depressão. Pensamos que a frequência desse uso entre os adolescentes e adultos jovens está subestimada na presente investigação.

## VI. CONCLUSÃO

Durante o período em que estivemos envolvidos na realização desse estudo, diversos foram os momentos de reflexões e dúvidas quanto ao que seríamos capazes de contribuir para um melhor esclarecimento dos problemas de depressão entre os jovens, no nosso meio. Finalizando-o, percebemos a importância de se conhecer a intensidade desse problema no nosso país, marcado por diferentes valores culturais e desigualdades sócioeconômicas. Lembramos que os jovens representam 19% da nossa população e que até o momento, negligenciamos os problemas de saúde que possam afligi-los.

As dificuldades inerentes ao presente estudo, particularmente o desconhecimento de quais seriam as manifestações mais importantes nos quadros depressivos dos nossos jovens se fizeram presentes. No entanto, algumas conclusões podem ser retiradas a partir dos dados, tomando por base os objetivos propostos:

1. Os sintomas inapetência, insônia, irritabilidade e desânimo apresentaram elevadas frequências tanto entre os adolescentes quanto entre os adultos jovens. As baixas frequências encontradas para a ideação suicida e uso de tranquilizantes nesse grupo etário, se devem provavelmente a

uma subestimação.

2. Sintomatologia depressiva esteve associada com gênero feminino, indivíduos solteiros e residentes em casas com até quatro pessoas, de maneira nítida. A associação com escolaridade variou desde uma associação com maior grau de instrução em Porto Alegre, até uma associação entre alguns sintomas e menor grau de instrução em Brasília. Não se observou uma associação entre religião, migração e inserção ocupacional e sintomatologia depressiva.

3. Os adultos apresentaram sempre maiores frequências dos sintomas pesquisados que os adolescentes e adultos jovens. Percebe-se ainda, a presença de um gradiente de frequência para os sintomas preocupação com doenças e uso de tranquilizantes com as maiores frequências observadas entre os adultos, bem como um padrão de sintomatologia semelhante para os adolescentes e adultos jovens, particularmente, em São Paulo e Porto Alegre.

4. Tanto as frequências dos sintomas quanto as características sóciodemográficas variaram em cada uma das regiões metropolitanas sugerindo uma atuação das características sócio culturais, que são distintas nessas três regiões.

Sintomatologia depressiva, seja por sua elevada frequência, ou por sua interação com outros distúrbios psiquiátricos torna-se, a nosso ver, um significativo problema de saúde entre os adolescentes e adultos jovens. Programas

educacionais que visem a detecção precoce desse problema, juntamente com uma atuação nos fatores estressantes que emergem nesses indivíduos são importantes no sentido de prevenir a cronificação dos distúrbios depressivos e suas consequências na deterioração social desses jovens. É preciso ainda, compreender o significado desses sintomas na nossa população, assim como entender os possíveis fatores de risco e proteção associados à sua incidência, duração e desfecho clínico.

Por tudo isso, a condução de estudos específicos, que visem a detecção dos distúrbios depressivos entre os jovens, no nosso meio, faz-se necessária. A construção ou validação de instrumentos apropriados para esta faixa etária são importantes para que se obtenham estudos com rigor metodológico. Deve-se pensar ainda na realização de estudos retrospectivos conduzidos em duas etapas para a confirmação diagnóstica, e estudos prospectivos que acompanhem esses indivíduos desde a adolescência até a idade adulta para se avaliar como esses problemas alterariam o seu funcionamento social e cognitivo.

Para nós, a realização desse trabalho possibilitou uma reflexão e um sentido de responsabilidade diante do papel dos profissionais de saúde mental nesse período da vida humana, marcado por transformações que culminam na estruturação do indivíduo adulto.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A. & KNOBEL, M. *Adolescência*. 5.ed. Porto Alegre, Artes Médicas. 1988. 246p.
- AKISKAL, H.S. & WELLER, E.B. Mood Disorders and Suicide in Children and Adolescents. In: KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. *Comprehensive Textbook of Psychiatry/V*. Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, USA. 1989.
- ALMEIDA-FILHO, N. & SANTANA, V.S. Espaço Social Urbano e Doença Mental: um estudo de área ecológica. *Cadernos de Saúde Pública-RJ*, 2(3):334-348, 1986.
- ALMEIDA-FILHO, N. et al. Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica em Áreas Urbanas Brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *ABP-APAL* 14(3):93-104, 1992a.
- ALMEIDA-FILHO, N. & ROUQUAYROL, M.Z. *Introdução à Epidemiologia Moderna*. 2. ed. Belo Horizonte. COOPMED APCE ABRASCO. 1992b.
- ALMEIDA-FILHO, N. et al. Fatores de Risco para Transtornos Depressivos em Regiões Metropolitanas do Brasil: resultados da análise de regressão logística em um estudo caso-controle. 1993, (mimeo).
- ANDRADE, T.D. *O jovem diante da "Síndrome da Adolescência Normal" e da "Opção Profissional"*. Campinas, 1991. [Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas].
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 3d (DSM-III)*. Washington, D 1980.

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 3rd (DSM-III-R)*. Washington, DC. 1987.
- ANDREOLI, S.B. *Estrutura Fatorial do QMPA Aplicado em Amostras Populacionais de três cidades brasileiras*. São Paulo, 1992. [Tese de Mestrado - Escola Paulista de Medicina].
- BASTOS, A.C.S. & ALMEIDA-FILHO, N. Variables econômico-sociales, ambiente familiar e salud mental infantil, en área urbana de Salvador (Bahia), Brasil. *Acta Psiquiatr. Psicol. Amer. Lat.*, 36(3-4):147-154;1990.
- BATTISTONI, M.M.M. & KNOBEL, M. Enfoque psicossocial da adolescência (Uma contribuição à psiquiatria social). *ABP-APAL* 14(4):151-158;1992.
- BEN-AMOS, B. Depression and conduct disorders in children and adolescents: A review of the literature. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 56(2):188-208;1992.
- BOTEGA, N.J. *No Hospital Geral: lidando com o psíquico, encaminhando ao psiquiatra*. Campinas, 1989. [Tese de Doutorado - Faculdade de Ciência Médicas da Universidade Estadual de Campinas]
- BOYLE, M.H. et al. Ontario Child Health Study: I-Methodology. *Arch. Gen. Psychiatry*, 44:826-831;1987.
- BOYLE, M.H. et al. Predicting Substance Use in Late Adolescence: Results from the Ontario Child Health Study Follow-up. *Am. J. Psychiatry*, 149:761-767;1992.



- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. *Princípios de Epidemiologia para Profissionais de Saúde Mental*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1989. 67p. (Estudos e Projetos,6).
- BURNS,B.J. Mental Health Service Use by Adolescents in the 1970 and 1980s. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 30(1):144-150;1991.
- BURKE,K.C. et al. Comparing Age of Onset of Major Depression and Other Psychiatric Disorders by Birth Cohorts in Five US Community Populations. *Arch. Gen. Psychiatry*, 48:789-795;1991.
- CAETANO,R. Admissões de primeiro ingresso a los servicio psiquiatricos in Brasil, 1960-1974. *Bol. of Sanit. Panam*, 92(2):103-107;1982.
- CARLINI-COTRIM,B. Dados sobre o consumo de drogas por adolescentes no Brasil. *ABP.APAL*, 9(3):99-102;1987.
- CASSORLA,R.M.S. Jovens que tentam suicídio: características demográficas e sociais. *J. bras. Psiq.* 33(1)3-12;1984a.
- CASSORLA,R.M.S. Jovens que tentam suicídio: antecedentes mórbidos e de condutas autodestrutivas. *J. bras. Psiq.* 33(2)93-98;1984b.

- CASSORLA, R.M.S. & KNOBEL, M. Depression and Suicide in Adolescence In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *The health of adolescents and youths in the Americas*. Washington, D.C., PAHO, 1985. (Scientific Publication, 489).
- CASSORLA, R.M.S. Comportamentos suicidas na infância e adolescência. *J. bras. Psiq.* 36(3):137-144;1987.
- CHAMBERS, W.J. et al. The Assessment of Affective Disorders in Children and Adolescents by Semistructured Interview. *Arch. Gen. Psychiatry*, 42:696-702;1985.
- CHOQUET, M. & MENKE, H. Suicidal thoughts during early adolescence: prevalence, associated troubles and help-seeking behavior. *Acta Psychiatr. Scand.* 81:170-177; 1989.
- COLE, D.A. Psychopathology of Adolescents Suicide: hopelessness, Coping Beliefs, and Depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 98(3):248-255;1989.
- COUTINHO, E.S.F. Epidemiologia e Psiquiatria. *J. Br. Psiq.* 36(2):69-76;1987.
- COUTINHO, E.S.F. O "social" como fator etiológico na Epidemiologia Psiquiátrica. 1993, (mimeo).
- DAHL, R.E. et al. Regulation of Sleep and Growth Hormone in Adolescent Depression. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. 31(4):615-621;1992.

- D'ANGELO, L.J. Morbidity and Mortality in Adolescence and Young Adults in the United States of America. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *The health of adolescents and youths in the Americas*. Washington, D.C., PAHO, 1985. (Scientific Publication, 489).
- DEAN, A.G. et al. EPI-INFO version 5: A Word Processing, Database and Statistic System for Epidemiology on Microcomputers. USD, Incorporated, Stone Mountain, Georgia, 1990.
- DEYKIN, E.Y.; LEVY, J.C.; WELLS, V. Adolescent Depression, Alcohol and Drug Abuse. *Am. J. Public Health*. 76:178-182; 1986.
- DOHRENWEND, B.P. & DOHRENWEND, B.S. Perspectives on the Past and Future of Psychiatric Epidemiology. *Am. J. Public Health*, 72:1271-1279; 1982.
- EATON, W.W. et al. Psychopathology and Attrition in the Epidemiologic Catchment Area Survey. *Am. J. Epidemiol.* 135:1051-1059; 1992.
- ECO, U. *Como se faz uma tese*. São Paulo, Perspectiva, 1989. 170p. (Coleção Estudos, 85).
- EHRENBERG, M.F.; COX, D.N.; KOOPMAN, R.F. The Prevalence of Depression in High School Students. *Adolescence*. 25(100):905-912; 1990.
- ESCRIVÁ, V.M. *La Depression en Población Adolescente Valenciana: Un Estudio de Seguimiento desde la Infancia a la Adolescencia*. Valencia, España, IVESP, 1992.

- FERRAROTTI,N.G. Health and Areas of Health Education in Adolescence. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *The health of adolescents and youths in the Americas*. Washington,D.C., PAHO, 1985. (Scientific Publication, 489).
- FLEMING,J.A. & OFFORD,D.R. Epidemiology of Chidhood Depressive Disorders: A Critical Review. *J. Am. Acad. Chid. Adolesc. Psychiatry*. 29(4):571-580;1990.
- GARRISON,C.Z. et al. Epidemiology of Depressive Symptons in Young Adolescents. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. 28(3):343-351;1989.
- GARRISON,C.Z. et al. A Longitudinal Study of Depressive Symptomatology in Young Adolescents. *J. Am. Acad. Chid. Adolesc. Psychiatry*. 29(4):581-585;1990.
- GARRISON,C.Z. et al. Major Depressive Disorder and Dysthymia in Young Adolescents. *Am. J. Epidemiol*. 135:792-802;1992.
- GELLER,B. et al. Preliminary Data on DSM-III Associated Feature of Major Depressive Disorders in Chidren and Adolescents. *Am. J. Psychiatry*. 142:643-644;1985.
- GELLER,B. Longitudinal Studies of Depressive Disorders in Children. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. 32(1):7;1993. [Editorial]
- GJERDE,P.F. & BLOCK,J.H. Depressive Symptons and Personality During Late Adolescence: Gender Differences in the Externalization-Internalization of Sympton Expression. *Journal of Abnormal Psychology*. 97(4):475-486;1988.

- HERANI, M.L.G. *Normas para apresentação de dissertações e teses*.  
São Paulo, BIREME, 1990. 46p.
- HORWATH, E. et al. Depressive Symptoms as Relative and  
Attributable Risk Factors for First-Onset Major  
Depression. *Arch. Gen. Psychiatry*. 49:817-823;1992.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - *Anuário  
Estatístico do Brasil*. Rio de Janeiro, IBGE, 1991. v.51.
- JOSHI, N.P. & SCOTT, M. Drug Use, Depression and Adolescents. *The  
Pediatric Clinics of North America*. 35(6):1349-1364;1988.
- KASHANI, J.H. Psychiatric Disorders in a Community Sample of  
Adolescents. *Am. J. Psychiatry*. 144:584-589;1987a.
- KASHANI, J.H. et al. Depression, Depressive Symptoms, and  
Depressed Mood Among a Community Sample of Adolescents.  
*Am. J. Psychiatry*. 144:931-934;1987b.
- KASHANI, J.H.; GODDARD, P.; REID, J.C. Correlates of Suicidal  
Ideation in a Community Sample of Children and Adolescents.  
*J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. 28(6):912-  
917;1989a.
- KASHANI, J.H.; ROSENBERG, T.K.; REID, J.C. Developmental  
Perspectives in Child and Adolescent Depressive Symptoms  
in a Community Sample. *Am. J. Psychiatry*. 146:871-  
875;1989b.
- KENDLER, K.S. et al. Childhood Parental Loss and Adult  
Psychopathology in Women. *Arch. Gen. Psychiatry*. 49:109-  
116;1992a.

- KENDLER, K.S. et al. A Population-Based Twin Study of Major Depression in Women. The impact of Varying Definitions of Illness. *Arch. Gen. Psychiatry*. 49:257-266;1992b.
- KLEINBAUM, D.G.; KUPPER, L.; MORGENSTERN, H. *Epidemiologic Research: Principles and Quantitative Methods*. Lifetime Learning Publications. Belmont, California, USA. 1982.
- KNOBEL, M. Pesquisas em Adolescência: Cultura e Sociedade; Normalidade e Psicopatologia. In: \_\_\_\_\_ - *Temas de Psicologia Psicanalítica*. Campinas, NEP, 1991.
- KOTILA, L. & LÖNNQVIST, J. Suicide and violent death among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand*. 79:453-459;1989.
- KOVACS, M. et al. Suicidal Behaviors and Childhood-Onset Depressive Disorders: A Longitudinal Investigation. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. 32(1):8-20;1993.
- LEWINSOHN, P.M. et al. Comorbidity of Unipolar Depression: I. Major Depression with Dysthymia. *Journal of Abnormal Psychology*. 100(2):205-213;1991.
- LIBERATOS, P.; LINK, B.G.; KELSEY, J.L. The Measurement of Social Class in Epidemiology. *Epidemiologic Reviews*. 10:87-121;1988.
- MARI, J.J. et al. The Epidemiology of Psychotropic Use in the City of São Paulo. *Psychological Medicine*. 23:467-474;1993.

- MARTTUNEN, M.J. et al. Mental Disorders in Adolescent Suicide. DSM-III-R Axes I and II Diagnoses in Suicide Among 13 to 19 Year Olds in Finland. *Arch. Gen. Psychiatry*. 48:834-839;1991.
- McGEE, R. et al. DSM-III Disorders in a large Sample of Adolescents. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. 29(4):611-619;1990.
- McGLASHAN, T.H. Comparison of Adolescent-and-Adult-Onset Unipolar Depression. *Am. J. Psychiatry*. 146:1208-111;1989.
- MEADOR, K.G. et al. Religions Affiliation and Major Depression. *Hospital Community Psychiatry*. 43(2): 1204-1208;1992.
- MEZZICH, J.E. & ALMEIDA-FILHO, N. Epidemiology and Diagnostic Systems in Psychiatry. 1993. [In press]
- MORRISON, D.N.; McGEE, R.; STANTON, W.R. Sleep Problems in Adolescence. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. 31(1):94-99;1992.
- MYERS, J.K. et al. Six-Month Prevalence of Psychiatric Disorders in three Communities. *Arch. Gen. Psychiatry*, 41:959-967;1984.
- NICHOLI, A.M. The Adolescent. In: \_\_\_\_\_ - *The New Harvard Guide to Psychiatry*. 1989.
- NOSHPITZ, J.D. Psychosocial Development of the Adolescent. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *The health of adolescents and youths in the Americas*. Washington, D.C., PAHO, 1985. (Scientific Publication, 489).

- NUNES, S.O.V.; DARIO, J.; PAULUCCI, I. Avaliação familiar de distúrbios mentais em depressões infanto-juvenis. *J. Br. Psiq.* 41(8):411-415;1992.
- NURCOMBE, B. et al. Is Major Depressive Disorder in Adolescence a Distinct Diagnostic Entity? *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 28(3):333-342;1989.
- OFFORD, D.R. et al. Ontario Child Health Study: II. Six-Month Prevalence of Disorder and Rates of Service Utilization. *Arch. Gen. Psychiatry.* 44:832-836;1987.
- OJEDA, E.N.S. et al. Adolescence and Youth: Demographic and Epidemiological Aspects. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *The health of adolescents and youths in the Americas.* Washington, D.C., PAHO, 1985. (Scientific Publication, 489).
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.* Artes Médicas, Porto Alegre, 1993.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Transtornos depressivos em diferentes culturas.* Washington, D.C., OPS, 1983. 156p. (Publicación Científica, 458).
- OSTROV, E.; OFFER, D.; HOWARD, K.I. Gender Differences in Adolescent Symptomatology: A Normative Study. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 28(3):394-398;1989.



- PATE, J.E. et al. Cross Cultural Patterns in Eating Disorders: A Review. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 31(5):802-809;1992.
- PEDERSEN, W. & LAVIK, N.J. Adolescents and Benzodiazepines: Prescribed Use, Self-medication and Intoxication. *Acta Psychiatr. Scand.* 84:94-98;1991.
- PIAGET, J. Os estágios do desenvolvimento intelectual da criança e do adolescente. In: \_\_\_\_\_. *Problemas da Psicologia Genética.* São Paulo, Abril Cultural, 1975. (Os Pensadores, 51).
- PUIG-ANTICH, J. et al. The Psychosocial Functioning and Family Environment of Depressed Adolescents. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 32(2):244-253;1993.
- RAE-GRANT, N. et al. Risk, Protective Factors, and the Prevalence of Behavioral and Emotional Disorders in Children and Adolescents. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 28(2):262-268;1989.
- RAO, V. et al. Childhood Depression and Risk of Suicide: A Preliminary Report of a Longitudinal Study. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 32(1):21-27;1993.
- REGIER, D.A. et al. The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. *Arch. Gen. Psychiatry.* 41:934-941;1984.
- REY, J.M. The Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study: Implications for Australia. *Med. J. Aust.* 156:200-203;1992.

- ROHDE, P.; LEWINSOHN, P.M.; SEELEY, J.R. Comorbidity of Unipolar Depression: II. Comorbidity With Other Mental Disorders in Adolescents and Adults. *Journal of Abnormal Psychology*. 100(2):214-222;1991.
- ROTHMAN, K. *Modern Epidemiology*. Boston, Little, Brown & Co. 1986.
- RYAN, N.D. et al. The Clinical Picture of Major Depression in Children and Adolescents. *Arch. Gen. Psychiatry*. 44:854-861;1987.
- RYAN, N.D. et al. A Secular Increase in Child and Adolescent Onset Affective Disorder. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. 31(4):600-605;1992.
- SANTANA, V.S. *Estudo epidemiológico das doenças mentais em um bairro de Salvador (Nordeste de Amaralina)*. Salvador, 1978. [Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina - UFBA].
- SANTANA, V.S. Estudo epidemiológico das doenças mentais em um bairro de Salvador. *Série de Estudos em Saúde* (Secretaria de Saúde da Bahia). 1982, 3:122p.
- SANTANA, V.S.; ALMEIDA-FILHO, N.; MARI, J.J. Revisão dos estudos epidemiológicos em saúde mental no Brasil - 2ª parte. *J. Bras. Psiq.*, 37(6):291-295, 1988.

- SILBER,T.J. Adolescent Medicine: The Development of a New Discipline. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *The health of adolescents and youths in the Americas*. Washington,D.C., PAHO, 1985. (Scientific Publication, 489).
- SILVA,J.F. O sistema de saúde e a assistência psiquiátrica no Brasil. *J. Bras. Psiq.* 39(3):135-146;1990.
- SIMON,G.E. & VONKORFF,M. Reevaluation of Secular Trends in Depression Rates. *Am. J. Epidemiol.* 135:1411-1422;1992.
- SMITH,C. & STEINER,H. Psychopathology in Anorexia Nervosa and Depression. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 31(5):841-843;1992.
- STROBER,M.;MCCRACKEN,J.;HANNA,G. Affective Disorders. In: GEORGE,L.K.;HERSEN,M. *Recent Developments in Adolescent Psychiatry*. Ed. Wiley. New York. 1989.
- SULLIVAN,K.M. & FOSTER,D.A. DEPID: A Program for Stratified and Standardized Analysis. Version 2.12. 1988.
- SWANSON,J.W. et al. A Binational School Survey of Depressive Symptoms, Drug Use and Suicidal Ideation. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.* 31(4):669-678;1992.
- VELASCO,A.M. Puberty, Adolescence, and Culture. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *The health of adolescents and youths in the Americas*. Washington,D.C., PAHO, 1985.(Scientific Publication, 489).

- VERAS,R.P. & GERALDES,P.C. Reflexões críticas sobre a proposta de prevenção em saúde mental no Brasil. *J. Br. Psiq.* 39(4):157-165;1990.
- WEISS,B. & WEISZ,J.R. Factor Structure of Self-Reported Depression: Clinic-Referred Children Versus Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology.* 97(4): 492-495;1988.
- WELLER,R.A.;WELLER,E.B.;HERJANIC,B. Adult Psychiatric Disorders Psychiatrically Ill Young Adolescents. *Am. J. Psychiatry.* 140:1585-1588;1983.
- YUNES,J. & PRIMO,E. Characteristics of Mortality among Brazilian Adolescents. In: PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *The health of adolescents and youths in the Americas.* Washington,D.C., PAHO, 1985.(Scientific Publication, 489).

# ANEXOS

## ANEXO 1: Questionário para dados sóciodemográficos

MINISTÉRIO DA SAÚDE / DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA ESTUDO MULTICÊNTRICO DE MORBIDADE PSQUIÁTRICA EM ÁREAS URBANAS BRASILEIRAS		FICHA DE FAMÍLIA																			
<b>I-IDENTIFICAÇÃO / LOCALIZAÇÃO</b>																					
SETOR CENSITÁRIO	BAIRRO	DISTRITO																			
END	REF																				
NOME DO ENTREVISTADO	APELLIDO	ÁREA DA RESIDÊNCIA																			
		Nº COMODOS <span style="margin-left: 50px;"></span> PESO <span style="margin-left: 50px;"></span>																			
<b>II-COMPOSIÇÃO FAMILIAR / DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS</b>																					
Nº	NOME	Parent	Sexo	Etnia	Idade	Nível de Compleção	RELIGIÃO				CONDIÇÃO MIGRATORIA					Cobertura Previd	Inserção	Ocupação	Renda		
							Filiação	Sac	Prat	Outra Filiação	Local	Naturalidade	Coef	Cl	U					Período	C

PARENTESCO	SEXO	ESCOLARIDADE	SITUAÇÃO CONJUGAL	PRÁTICA RELIGIOSA	COBERTURA PREVIDENCIÁRIA	INSERÇÃO
1 - Chefe / Esposo 2 - Chefe / Esposa 3 - Filho 4 - Outro parente 5 - Agregado 6 - Empregado doméstico	7 - Outro / NSA 8 - Não sabe 9 - Perdido 1 - Masc 2 - Fem	00 - Analfabeta 01 a 12 - Séries concluídas 13 - Superior incompleto 14 - Superior completo 77 - Outro / NSA 88 - Não sabe 99 - Perdido	1 - Casado ou Convivente 2 - Solteiro 3 - Viúvo 4 - Separado / Desquitado / Divorciado 7 - Outro / NSA 8 - Não sabe 9 - Perdido	1 - Praticante 2 - Não praticante 7 - Outro / NSA 8 - Não sabe 9 - Perdido	1 - INPS 2 - Outra Institucional 3 - Particular 4 - Sem cobertura 7 - Outro / NSA 8 - Não sabe 9 - Perdido	1 - Desmembrado 2 - Bico de leite 3 - Autônomo 4 - Empregado 5 - Nenhum trabalho 6 - Empregador 7 - Dono de casa 8 - Aposentado 77 - Outro / NSA 88 - Não sabe 99 - Perdido

**ANEXO 2: Questionário de Morbidade Psiquiátrica do**

**Adulto - versão IV**

QMPA	INFORMANTE	REFERIDO
*1. Sofre de falta de apetite?		
*2. Tem dificuldades para dormir?		
3. Se queixa de zumbidos no ouvido, agonia na cabeça?		
4. Sente dores ou pontadas frequentes na cabeça?		
5. Sente fraqueza nas pernas, dores nos nervos?		
6. Fica agressivo, explode com facilidade?		
*7. Fica períodos triste, com desânimo?		
8. Sente bolo na garganta, queimação ou empachamento no estômago?		
9. Sente tremores ou frieza nas mãos?		
*10. Tem com frequência crises de irritação?		
11. Tem dificuldades de aprender, lembrar ou entender as coisas?		
12. Consome bebidas alcoólicas?		
*13. Às vezes fica parado, chorando muito?		
*14. Já pensou em dar fim na vida?		
15. Já esteve descontrolado, fora de si, como se fosse doente da cabeça?		
16. Não consegue trabalhar por nervosismo ou doença mental?		
17. Já ficou sem falar ou enxergar?		
*18. Fica fechado no quarto sem querer ver ninguém?		
19. Se embriaga pelo menos uma vez por semana?		
20. Bebe diariamente?		
21. Se queixa de palpitação ou aperto no coração?		
22. Sofre de nervosismo ou está sempre intranquilo?		
*23. Se preocupa muito com doença? Se queixa sempre?		
24. Já sofreu um ataque depois de um susto ou contrariedade?		
25. Tem medo excessivo de certas coisas, ou alguns bichos, ou de lugares fechados ou escuros?		

QMPA	INFORMANTE	REFERIDO
26. Após fechar as portas verifica várias vezes se estão bem fechadas?		
27. Se queixa de ouvir vozes ou vê coisas que os outros não vêem?		
28. Fala coisas sem sentidos, bobagens?		
29. Fala ou ri sozinho?		
30. Se acha perseguido, que estão querendo lhe fazer mal?		
31. Sente que está sendo controlado por telepatia, por rádio ou espírito?		
32. Às vezes fica muito tempo numa posição estranha?		
33. Fica períodos exageradamente alegre sem saber porque?		
34. Fica andando muito, cantando ou falando sem parar?		
*35. Já utilizou ou usa atualmente remédios para dormir ou acalmar os nervos?		
36. Não consegue frequentar a escola?		
37. Sofre de acesso de loucura?		
38. Sofre de retardamento mental?		
39. Tem mania de limpeza ou arrumação? Exageradamente?		
40. Recebe tratamento para nervosismo ou doença mental?		
41. Sofre de ataques, caindo no chão, se batendo?		
42. É dado ao uso de drogas?		
43. Bebe exageradamente?		
AS QUESTÕES ABAIXO REFEREM-SE À FAMILIA		
44. Não sabe se vestir, urina ou defeca nas roupas?		
45. Não fala, não caminha, não reconhece as pessoas?		

\* estas questões foram utilizadas na presente investigação para a avaliação de sintomatologia depressiva.



**ANEXO 3: Tabelas com os dados sóciodemográficos**

Tabela 1: distribuição dos grupos etários por gênero nos indivíduos da amostra de Porto Alegre.

IDADE GÊNERO	15 - 19		20 - 24		25 - 49		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
MASCULINO	135	48.0	137	51.3	522	44.9	794	46.
FEMININO	146	52.0	130	48.7	641	55.1	917	53.
TOTAL	281	16.4	267	15.6	1163	68.0	1711	

Tabela 2: distribuição dos grupos etários por gênero nos indivíduos da amostra de São Paulo

IDADE GÊNERO	15 - 19		20 - 24		25 - 49		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
MASCULINO	112	51.6	130	53.7	423	48.7	665	50.
FEMININO	105	48.4	112	46.3	445	51.3	662	49.
TOTAL	217	16.4	242	18.2	868	65.4	1327	

Tabela 3: distribuição dos grupos etários por gênero nos indivíduos da amostra de Brasília

IDADE GÊNERO	15 - 19		20 - 24		25 - 49		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
MASCULINO	193	48.1	182	45.4	534	45.6	909	46.
FEMININO	208	51.9	219	54.6	637	54.4	1064	53.
TOTAL	401	20.3	401	20.3	1171	59.4	1973	

Tabela 4: distribuição dos grupos etários por escolaridade na amostra de Porto Alegre.

IDADE ESCOLARID.	n	15 - 19		n	20 - 24		n	25 - 49	
		%	%ac		%	%ac		%	%ac
SUPERIOR C	1	0.4	0.4	16	6.0	6.0	269	23.2	23.2
SUPERIOR I	16	5.7	6.1	66	24.7	30.7	122	10.5	33.7
2. GRAU C	1	0.4	6.5	4	1.5	32.2	95	8.2	41.9
2. GRAU I	65	23.3	29.8	61	22.8	55.0	172	14.8	56.7
1. GRAU C	32	11.5	41.3	17	6.4	61.4	65	5.6	62.3
1. GRAU I	156	55.9	97.2	97	36.3	97.7	406	35.0	97.3
ANALFABETO	8	2.9	100.1	6	2.2	99.9	30	2.6	99.9
TOTAL	279	16.4		267	15.7		1159	68.0	

\* C = COMPLETO

I = INCOMPLETO

Tabela 5: distribuição dos grupos etários por escolaridade na amostra de São Paulo

IDADE ESCOLARID.	n	15 - 19		n	20 - 24		n	25 - 49	
		%	%ac		%	%ac		%	%ac
SUPERIOR C	0	0	0	11	4.6	4.6	69	8.0	8.0
SUPERIOR I	6	2.8	2.8	23	9.6	14.2	50	5.8	13.8
2. GRAU C	9	4.2	7.0	33	13.8	28.0	97	11.3	25.1
2. GRAU I	26	12.0	19.0	23	9.6	37.6	29	3.4	28.5
1. GRAU C	16	7.4	26.4	8	3.3	40.9	18	2.1	30.6
1. GRAU I	158	73.1	99.5	132	55.0	95.8	556	64.8	95.5
ANALFABETO	1	0.5	100.0	10	4.2	100.0	39	4.5	100.0
TOTAL	216	16.4		240	18.3		858	65.3	

\* C = COMPLETO

I = INCOMPLETO

Tabela 6: distribuição dos grupos etários por escolaridade nos indivíduos da amostra de Brasília

IDADE ESCOLARID.	15 - 19			20 - 24			25 - 49		
	n	%	%ac	n	%	%ac	n	%	%ac
SUPERIOR C	0	0	0	27	6.8	6.8	220	18.9	18.9
SUPERIOR I	17	4.3	4.3	62	15.5	22.3	49	4.2	23.1
2. GRAU C	40	10.0	14.3	77	19.3	41.5	210	18.1	41.2
2. GRAU I	99	24.8	39.1	63	15.8	57.3	118	10.1	51.3
1. GRAU C	57	14.3	53.4	46	11.5	68.9	115	9.9	61.2
1. GRAU I	179	44.9	98.3	117	29.3	98.2	372	32.0	93.2
ANALFABETO	7	1.7	100.0	7	1.7	99.9	79	6.7	99.9
TOTAL	399	20.3		399	20.3		1163	59.4	

\* C = COMPLETO I = INCOMPLETO

Tabela 7: distribuição dos grupos etários por situação conjugal nos indivíduos da amostra de Porto Alegre

IDADE CONJUGAL	S.	15 - 19		20 - 24		25 - 49	
		n	%	n	%	n	%
SOLTEIRO		266	94.7	204	76.4	275	23.6
CASADO		14	5.0	58	21.7	792	68.1
VIÚVO		0	0	1	0.4	19	1.6
SEPARADO		1	0.4	4	1.5	77	6.6
TOTAL		281	16.4	267	15.6	1163	68.0

Tabela 8: distribuição dos grupos etários por situação conjugal nos indivíduos da amostra de São Paulo

IDADE CONJUGAL	S.	15 - 19		20 - 24		25 - 49	
		n	%	n	%	n	%
SOLTEIRO		188	90.8	167	69.0	202	23.4
CASADO		18	8.7	69	28.5	605	69.9
VIÚVO		0	0	2	0.8	13	1.5
SEPARADO		1	0.5	4	1.7	45	5.2
TOTAL		207	15.8	242	18.4	865	65.8

Tabela 9: distribuição dos grupos etários por situação conjugal nos indivíduos da amostra de Brasília.

IDADE CONJUGAL	s.	15 - 19		20 - 24		25 - 49	
		n	%	n	%	n	%
SOLTEIRO		370	93.0	280	70.0	257	22.0
CASADO		25	6.3	113	28.3	825	70.8
VIÚVO		1	0.3	1	0.3	20	1.7
SEPARADO		2	0.5	6	1.5	64	5.5
TOTAL		398	20.3	400	20.4	1166	59.4

Tabela 10: distribuição dos grupos etários por religião nos indivíduos da amostra de Porto Alegre.

IDADE RELIGIÃO	15 - 19		20 - 24		25 - 49	
	n	%	n	%	n	%
CATÓLICA	227	80.8	214	80.5	925	79.5
PROTESTANTE*	24	8.5	22	8.3	96	8.3
R.MEDIÚNICAS	15	5.3	12	4.5	84	7.3
SEM RELIGIÃO	12	4.3	18	6.8	43	3.7
OUTRAS	3	1.1	0	0	15	1.3
TOTAL	281	16.4	266	15.6	1163	68.0

\* inclui outros crentes.

Tabela 11: distribuição dos grupos etários por religião nos indivíduos da amostra de São Paulo.

IDADE RELIGIÃO	15 - 19		20 - 24		25 - 49	
	n	%	n	%	n	%
CATÓLICA	185	87.7	211	87.9	696	81.1
PROTESTANTE*	16	7.6	15	6.3	99	11.5
R.MEDIÚNICAS	3	1.4	6	2.5	34	4.0
SEM RELIGIÃO	5	2.4	3	1.3	18	2.1
OUTRAS	2	0.9	5	2.1	11	1.3
TOTAL	211	16.1	240	18.3	858	65.5

\*inclue outros crentes.

Tabela 12: distribuição dos grupos etários por religião nos indivíduos da amostra de Brasília.

IDADE RELIGIÃO	15 - 19		20 - 24		25 - 49	
	n	%	n	%	n	%
CATÓLICA	329	82.0	310	77.5	939	80.4
PROTESTANTE*	42	10.5	55	13.8	138	11.8
R.MEDIÚNICAS	13	3.2	17	4.3	35	3.0
SEM RELIGIÃO	-		-		-	
OUTRAS	17	4.2	18	4.5	56	4.8
TOTAL	401	20.3	400	20.3	1168	59.4

\*inclue outros crentes.

Tabela 13: distribuição dos indivíduos por grupo etário e densidade domiciliar na amostra de Porto Alegre.

IDADE D.DOMICILIAR	15 - 19		20 - 24		25 - 49	
	n	%	n	%	n	%
1 PESSOA	0	0	6	2.2	43	3.7
2-4 PESSOAS	114	40.6	149	55.8	685	58.9
5-7 PESSOAS	127	45.2	81	30.3	357	30.7
>=8 PESSOAS	40	14.2	31	11.6	78	6.7
TOTAL	281	16.4	267	15.6	1163	68.0

Tabela 14: distribuição dos indivíduos por grupo etário e densidade domiciliar na amostra de São Paulo.

IDADE D.DOMICILIAR	15 - 19		20 - 24		25 - 49	
	n	%	n	%	n	%
1 PESSOA	0	0	2	0.8	10	1.2
2-4 PESSOAS	51	23.5	117	48.3	448	51.6
5-7 PESSOAS	130	59.9	92	38.0	333	38.4
>=8 PESSOAS	36	16.6	31	12.8	77	8.9
TOTAL	217	16.4	242	18.2	868	65.4

Tabela 15: distribuição dos indivíduos por grupo etário e densidade domiciliar na amostra de Brasília.

IDADE D. DOMICILIAR	15 - 19		20 - 24		25 - 49	
	n	%	n	%	n	%
1 PESSOA	2	0.5	0	0	11	0.9
2-4 PESSOAS	111	27.7	163	40.6	462	39.5
5-7 PESSOAS	221	55.1	172	42.9	570	48.7
>=8 PESSOAS	67	16.7	66	16.5	128	10.9
TOTAL	401	20.3	401	20.3	1171	59.4

Tabela 16: distribuição dos indivíduos por grupo etário e fator de migração na amostra de Porto Alegre.

IDADE MIGRAÇÃO	15 - 19		20 - 24		25 - 49	
	n	%	n	%	n	%
MIGRANTE	94	33.4	113	42.4	725	62.4
N.MIGRANTE	187	66.5	154	57.7	438	37.7
TOTAL	281	16.4	267	15.6	1163	68.0

Tabela 17: distribuição dos indivíduos por grupo etário e fator de migração na amostra de São Paulo.

IDADE MIGRAÇÃO	15 - 19		20 - 24		25 - 49	
	n	%	n	%	n	%
MIGRANTE	94	33.4	113	42.4	725	62.4
N.MIGRANTE	187	66.5	154	57.7	438	37.7
TOTAL	281	16.4	267	15.6	1163	68.0

Tabela 18: distribuição dos indivíduos por grupo etário e fator de migração na amostra de Brasília.

IDADE MIGRAÇÃO	15 - 19		20 - 24		25 - 49	
	n	%	n	%	n	%
MIGRANTE	178	44.4	244	60.8	1101	94.0
N.MIGRANTE	223	55.6	157	39.2	70	6.0
TOTAL	401	20.3	401	20.3	1171	59.4

Tabela 19: distribuição dos indivíduos por grupo etário e inserção ocupacional na amostra de Porto Alegre.

IDADE I. OCUPACIONAL	15 - 19		20 - 24		25 - 49	
	n	%	n	%	n	%
DESEMPREGADO	23	8.2	21	7.9	39	3.4
BISCATEIRO	5	1.8	6	2.2	5	0.4
AUTÔNOMO	4	1.4	19	7.1	224	19.3
EMPREGADO	80	28.5	142	53.2	609	52.4
N. TRABALHOU	148	52.7	54	20.2	18	1.5
EMPREGADOR	0	0	1	0.4	63	5.4
D. DE CASA	7	2.5	12	4.5	172	14.8
APOSENTADO	1	0.4	0	0	22	1.9
OUTROS	13	4.6	12	4.5	11	0.9
TOTAL	281	16.4	267	15.6	1163	68.0

Tabela 20: distribuição dos indivíduos por grupo etário e inserção ocupacional na amostra de São Paulo.

IDADE I. OCUPACIONAL	15 - 19		20 - 24		25 - 49	
	n	%	n	%	n	%
DESEMPREGADO	30	13.8	42	17.6	69	8.0
BISCATEIRO	3	1.4	5	2.1	28	3.2
AUTÔNOMO	9	4.1	20	8.4	146	16.9
EMPREGADO	112	51.6	139	58.2	413	47.7
N. TRABALHOU	44	20.3	8	3.3	9	1.0
EMPREGADOR	0	0	4	1.7	27	3.1
D. DE CASA	9	4.1	17	7.1	159	18.4
APOSENTADO	0	0	0	0	10	1.2
OUTROS	10	4.6	4	1.7	5	0.6
TOTAL	217	16.4	239	18.1	866	65.5

Tabela 21: distribuição dos indivíduos por grupo etário e inserção ocupacional na amostra de Brasília.

IDADE I. OCUPACIONAL	15 - 19		20 - 24		25 - 49	
	n	%	n	%	n	%
DESEMPREGADO	18	4.5	22	5.5	39	3.3
BISCATEIRO	2	0.5	3	0.8	24	2.1
AUTÔNOMO	9	2.2	21	5.3	95	8.1
EMPREGADO	128	31.9	232	58.0	721	61.6
N. TRABALHOU	206	51.4	57	14.3	16	1.4
EMPREGADOR	2	0.5	6	1.5	27	2.3
D. DE CASA	16	4.0	49	12.3	217	18.5
APOSENTADO	0	0	1	0.3	19	1.6
OUTROS	20	5.0	9	2.3	12	1.0
TOTAL	401	20.3	400	20.3	1170	59.4



ANEXO 4: Tabelas estratificadas pelas variáveis

sóciodemográficas e sintomatologia depressiva.

Tabela 22: Prevalência dos sintomas depressivos, Intervalo de Confiança e Razão de Prevalência estratificados por gênero, na faixa etária de 15 a 19 anos, nas três regiões metropolitanas.

SINTOMAS	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	nF=146 P	nM=135 IC	nF=105 P	nM=112 IC	nF=208 P	nM=193 IC
p1	F	11.0 ( 5.9;16.0)	15.2 ( 8.4;22.1)	9.1 ( 5.2;13.0)		
	M	7.4 ( 3.0;11.8)	8.9 ( 3.6;14.2)	6.7 ( 3.2;10.3)		
	RP	1.5 ( 0.7; 3.1)NS	1.7 ( 0.8; 3.6)NS	1.4 ( 0.7;2.7)NS		
p2	F	9.6 ( 4.8;14.4)	11.4 ( 5.3;17.5)	8.2 ( 4.4;11.9)		
	M	3.7 ( 0.5; 6.9)	5.3 ( 1.2; 9.5)	4.1 ( 1.3; 6.9)		
	RP	2.6 ( 1.0; 7.0)NS	2.1 ( 0.8; 5.5)NS	2.0 ( 0.9; 4.5)NS		
p7	F	21.2 (14.6;27.9)	13.3 ( 6.8;19.8)	13.0 ( 8.4;17.5)		
	M	12.6 ( 7.0;18.2)	12.5 ( 6.4;18.6)	8.3 ( 4.4;12.2)		
	RP	1.7 ( 1.0; 2.9)NS	1.1 ( 0.5;2.1)NS	1.6 ( 0.9;2.8)NS		
p10	F	13.7 ( 8.1;19.3)	20.0 (12.3;27.6)	6.7 ( 3.3;10.1)		
	M	5.9 ( 1.9; 9.9)	10.7 ( 5.0;16.4)	7.8 ( 4.0;11.5)		
	RP	2.3 ( 1.0; 5.1)*	1.9 (1.0; 3.6)NS	0.9 ( 0.4;1.7)NS		
p13	F	8.2 ( 3.8;12.7)	11.4 ( 5.3;17.5)	6.7 ( 3.3;10.1)		
	M	0.7 (-0.7; 2.2)	0.9 (-0.8; 2.6)	3.1 ( 0.7; 5.5)		
	RP	11.1 ( 1.5;84.2)**	12.8 ( 1.7;96.7)**	2.2 ( 0.8; 5.5)NS		
p14	F	4.8 ( 1.3; 8.7)	5.7 ( 1.3;10.1)	4.3 ( 1.6; 7.1)		
	M	0.7 (-0.7; 2.2)	0.9 (-0.8; 2.6)	4.1 ( 1.3; 6.9)		
	RP	6.5 ( 0.8;51.9)NS	6.4 ( 0.8;52.3)NS	1.0 ( 0.4;2.6)NS		
p18	F	7.5 ( 3.2;11.8)	4.8 ( 0.7; 8.8)	5.3 ( 2.2; 8.3)		
	M	3.7 ( 0.5; 6.9)	3.6 ( 0.1; 7.0)	2.6 ( 0.3; 4.8)		
	RP	2.0 ( 0.7; 5.7)NS	1.3 ( 0.4; 4.8)NS	2.0 ( 0.7;5.8)NS		
p23	F	6.8 ( 2.7;10.9)	3.8 ( 0.1; 7.5)	3.8 ( 1.2; 6.5)		
	M	0.7 (-0.7; 2.2)	1.8 (-0.7; 4.3)	4.1 ( 1.3; 6.9)		
	RP	9.2 ( 1.2;71.3)*	2.1 ( 0.4;11.4)NS	0.9 ( 0.4;2.4)NS		
p35	F	0.7 (-0.6; 2.0)	2.8 (-0.3; 6.0)	1.4 (-0.2; 3.1)		
	M	0.7 (-0.7; 2.2)	0.9 (-0.8; 2.6)	1.5 (-0.2; 3.3)		
	RP	1.0 ( 0.1;14.7)NS	3.2 ( 0.3;30.3)NS	0.9 ( 0.2;4.5)NS		

NS= p>0.05      \*= p<0.05      \*\*= p<0.01      \*\*\*= p<0.001  
F= sexo feminino    M= sexo masculino

Tabela 23: Prevalência dos sintomas depressivos, Intervalo de Confiança e Razão de Prevalência estratificados por fator de migração, na faixa etária de 15 a 19 anos, nas três regiões metropolitanas.

SINTOMAS	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	nM=94 P	nNM=187 IC	nM=60 P	nNM=157 IC	nM=178 P	nNM=223 IC
p1	M	10.6 ( 4.4;16.9)	23.3 (12.6;34.0)		7.9 ( 3.9;11.8)	
	NM	8.6 ( 4.5;12.6)	7.6 ( 3.5;11.8)		8.1 ( 4.5;11.6)	
	RP	1.2 ( 0.6; 2.6)NS	3.0 ( 1.5; 6.2)**		1.0 ( 0.5; 1.9)NS	
p2	M	6.4 ( 1.4;11.3)	13.3 ( 4.7;21.9)		7.9 ( 3.9;11.8)	
	NM	7.0 ( 3.3;10.6)	6.4 ( 2.5;10.2)		4.9 ( 2.1; 7.8)	
	RP	0.9 ( 0.4; 2.3)NS	2.1 ( 0.9; 5.0)NS		1.6 ( 0.7; 3.4)NS	
p7	M	17.0 ( 9.4;24.6)	20.0 ( 9.9;30.1)		11.8 ( 7.0;16.5)	
	NM	17.1 (11.7;22.5)	10.2 ( 5.4;14.9)		9.9 ( 5.9;13.8)	
	RP	1.0 ( 0.6; 1.7)NS	2.0 ( 1.0; 3.9)NS		1.2 ( 0.7; 2.1)NS	
p10	M	9.6 ( 3.6;15.5)	16.7 ( 7.2;26.1)		6.7 ( 3.0;10.4)	
	NM	10.2 ( 5.8;14.5)	14.6 ( 9.1;20.2)		7.6 ( 4.1;11.1)	
	RP	0.9 ( 0.4; 2.0)NS	1.1 ( 0.6; 2.2)NS		0.9 ( 0.4; 1.8)NS	
p13	M	6.4 ( 1.4;11.3)	10.0 ( 2.4;17.6)		6.2 ( 2.6; 9.7)	
	NM	3.7 ( 1.0; 6.5)	4.4 ( 1.2; 7.7)		4.0 ( 1.4; 6.6)	
	RP	1.7 ( 0.6; 4.9)NS	2.2 ( 0.8; 6.4)NS		1.5 ( 0.6;3.6)NS	
p14	M	1.1 (-1.0; 3.1)	5.0 (-0.5;10.5)		4.5 ( 1.4; 7.5)	
	NM	3.7 ( 1.0; 6.5)	2.5 ( 0.1; 5.0)		4.0 ( 1.4; 6.6)	
	RP	0.3 ( 0.0; 2.3)NS	2.0 ( 0.4; 8.5)NS		1.1 ( 0.4; 2.8)NS	
p18	M	5.3 ( 0.8; 9.8)	1.7 (-1.6; 4.9)		1.7 (-0.2; 3.6)	
	NM	5.9 ( 2.5; 9.2)	5.1 ( 1.6; 8.5)		5.8 ( 2.7; 8.9)	
	RP	0.9 ( 0.3; 2.5)NS	0.3 ( 0.0; 2.6)NS		0.3 ( 0.1; 1.0)NS	
p23	M	5.3 ( 0.8; 9.8)	5.0 (-0.5;10.5)		4.5 ( 1.4; 7.5)	
	NM	3.2 ( 0.7; 5.7)	1.9 (-0.2; 4.0)		3.6 ( 1.1; 6.0)	
	RP	1.7 ( 0.5; 5.3)NS	2.6 ( 0.5;12.6)NS		1.2 ( 0.5;3.3)NS	
p35	M	0.0 0.0	3.3 (-1.2; 7.9)		2.2 ( 0.1; 4.4)	
	NM	1.1 (-0.4; 2.5)	1.3 (-0.5; 3.0)		0.9 (-0.3; 2.1)	
	RP	0.0 0.0	2.6 ( 0.4;18.2)NS		2.5 ( 0.5;13.5)NS	

NS= p>0.05      \*= p<0.05      \*\*= p<0.01      \*\*\*= p<0.001  
M= migrantes      NM= não migrantes

Tabela 24: Prevalência dos sintomas depressivos, Intervalo de Confiança e Razão de Prevalência estratificados por escolaridade, na faixa etária de 15 a 19 anos, nas três regiões metropolitanas.

SINTOMAS	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	n1G=196 P	nOT=83 IC	n1G=175 P	nOT=41 IC	n1G=243 P	nOT=156 IC
p1	1G	9.7 ( 5.5;13.8)	13.7 ( 8.6;18.8)		8.6 ( 5.1;12.2)	
	OT	8.4 ( 2.4;14.4)	4.9 (-1.7;11.5)		7.0 ( 3.0;11.1)	
	RP	1.1 ( 0.5; 2.6)NS	2.8 ( 0.7;11.4)NS		1.2 ( 0.6; 2.5)NS	
p2	1G	4.6 ( 1.7; 7.5)	8.6 ( 4.4;12.7)		5.8 ( 2.8; 8.7)	
	OT	12.0 ( 5.0;19.0)	7.3 (-0.6;15.3)		7.0 ( 3.0;11.1)	
	RP	0.4 ( 0.2; 0.9)*	1.2 ( 0.4; 3.9)NS		0.8 ( 0.4; 1.7)NS	
p7	1G	15.3 (10.3;20.3)	14.3 ( 9.1;19.5)		10.7 ( 6.8;14.6)	
	OT	21.7 (12.8;30.5)	7.3 (-0.6;15.3)		10.9 ( 6.0;15.8)	
	RP	0.7 ( 0.4; 1.2)NS	1.9 ( 0.6; 6.2)NS		1.0 ( 0.5; 1.7)NS	
p10	1G	9.2 ( 5.1;13.2)	15.4 (10.1;20.8)		7.0 ( 3.8;10.2)	
	OT	12.0 ( 5.0;19.0)	14.6 ( 3.8;25.4)		7.7 ( 3.5;11.9)	
	RP	0.8 ( 0.4; 1.6)NS	1.0 ( 0.5; 2.4)NS		0.9 ( 0.4; 1.8)NS	
p13	1G	5.1 ( 2.0; 8.2)	6.3 ( 2.7; 9.9)		4.9 ( 2.2; 7.7)	
	OT	3.6 (-0.4; 7.6)	4.9 (-1.7;11.5)		5.1 ( 1.7; 8.6)	
	RP	1.4 ( 0.4; 5.0)NS	1.3 ( 0.3; 5.6)NS		1.0 ( 0.4;2.3)NS	
p14	1G	2.5 ( 0.3; 4.7)	4.0 ( 1.1; 6.9)		5.3 ( 2.5; 8.2)	
	OT	3.6 (-0.4; 7.6)	0.0 0.0		2.6 ( 0.1; 5.0)	
	RP	0.7 ( 0.2; 2.9)NS	0.0 0.0		2.1 ( 0.7;6.3)NS	
p18	1G	3.6 ( 1.0; 6.2)	2.8 ( 0.4; 5.3)		4.1 ( 1.6; 6.6)	
	OT	10.8 ( 4.1;17.5)	9.7 ( 0.7;18.8)		3.8 ( 0.8; 6.9)	
	RP	0.3 ( 0.1; 0.8)*	0.3 ( 0.1; 1.0)NS		1.1 ( 0.4; 2.9)NS	
p23	1G	3.6 ( 1.0; 6.2)	3.4 ( 0.7; 6.1)		5.8 ( 2.8; 8.7)	
	OT	4.8 ( 0.2; 9.4)	0.0 0.0		1.3 (-0.5; 3.0)	
	RP	0.7 ( 0.2; 2.5)NS	0.0 0.0		4.5 ( 1.0;19.5)*	
p35	1G	1.0 (-0.4; 2.4)	2.3 ( 0.1; 4.5)		2.0 ( 0.3; 3.8)	
	OT	0.0 0.0	0.0 0.0		0.6 (-0.6; 1.9)	
	RP	0.0 0.0	0.0 0.0		3.2 ( 0.4;27.2)NS	

NS=  $p > 0.05$     \* =  $p < 0.05$     \*\* =  $p < 0.01$     \*\*\* =  $p < 0.001$   
1G= Primeiro Grau    OT= Segundo Grau e Nível Terciário

Tabela 25: Prevalência dos sintomas depressivos, Intervalo de Confiança e Razão de Prevalência estratificados por situação conjugal, na faixa etária de 15 a 19 anos, nas três regiões metropolitanas.

SINTOMAS	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	nS=266 P	nNS=15 IC	nS=188 P	nNS=19 IC	nS=370 P	nNS=28 IC
p1	S	8.6 ( 5.3;12.0)	11.7 ( 7.1;16.3)	7.0 ( 4.4; 9.6)		
	NS	20.0 (-0.2;40.2)	21.0 ( 2.7;39.4)	17.8 ( 3.7;32.0)		
	RP	0.4 ( 0.1; 1.3)NS	0.6 ( 0.2;1.4)NS	0.4 ( 0.2; 0.9)NS		
p2	S	6.4 ( 3.4; 9.3)	6.9 ( 3.3;10.5)	5.9 ( 3.5; 8.3)		
	NS	13.3 (-3.9;30.5)	21.0 ( 2.7;39.4)	10.7 (-0.7;22.2)		
	RP	0.5 ( 0.1; 1.9)NS	0.3 ( 0.1; 0.9)NS	0.5 ( 0.2; 1.7)NS		
p7	S	16.9 (12.4;21.4)	11.2 ( 6.7;15.7)	10.3 ( 7.2;13.4)		
	NS	20.0 (-0.2;40.2)	36.8 (15.1;58.5)	17.8 ( 3.7;32.0)		
	RP	0.8 ( 0.3; 2.4)NS	0.3 ( 0.1; 0.6)**	0.6 ( 0.2; 1.3)NS		
p10	S	9.0 ( 5.6;12.5)	13.8 ( 8.9;18.8)	7.3 ( 4.6; 9.9)		
	NS	26.7 ( 4.3;49.0)	31.6 (10.7;52.5)	7.1 (-2.4;16.7)		
	RP	0.3 ( 0.1; 0.8)NS	0.4 ( 0.2; 0.9)NS	1.0 ( 0.3; 4.1)NS		
p13	S	4.1 ( 1.7; 6.5)	5.3 ( 2.1; 8.5)	4.6 ( 2.5; 6.7)		
	NS	13.3 (-3.8;30.5)	15.8 (-0.6;32.2)	10.7 (-0.7;22.2)		
	RP	0.3 ( 0.1; 1.3)NS	0.3 ( 0.1; 1.2)NS	0.4 ( 0.1;1.3)NS		
p14	S	2.6 ( 0.7; 4.5)	2.1 ( 0.1; 4.2)	4.0 ( 2.0; 6.1)		
	NS	6.7 (-5.9;19.3)	15.8 (-0.6;32.2)	7.1 (-2.4;16.7)		
	RP	0.4 ( 0.1; 3.0)NS	0.1 ( 0.0; 0.6)*	0.6 ( 0.1; 2.4)NS		
p18	S	6.0 ( 3.1; 8.9)	3.7 ( 1.0; 6.4)	4.3 ( 2.2; 6.4)		
	NS	0.0 0.0	5.3 (-4.8;15.3)	0.0 0.0		
	RP	0.0 0.0	0.7 ( 0.1; 5.4)NS	0.0 0.0		
p23	S	3.4 ( 1.2; 5.5)	1.1 (-0.4; 2.5)	3.5 ( 1.6; 5.4)		
	NS	13.3 (-3.8;30.5)	15.8 (-0.6;32.2)	10.7 (-0.7;22.2)		
	RP	0.2 ( 0.1; 1.0)NS	0.1 ( 0.0; 0.4)**	0.3 ( 0.1;1.1)NS		
p35	S	0.8 (-0.3; 1.8)	2.1 ( 0.1; 4.2)	1.3 ( 0.2; 2.5)		
	NS	0.0 0.0	0.0 0.0	3.6 (-3.3;10.4)		
	RP	0.0 0.0	0.0 0.0	0.4 ( 0.0;3.1)NS		

NS= p>0.05      \*= p<0.05      \*\*= p<0.01      \*\*\*= p<0.001  
S= Solteiros      NS= casados, viúvos e separados

Tabela 26: Prevalência dos sintomas depressivos, Intervalo de Confiança e Razão de Prevalência estratificados por densidade domiciliar, na faixa etária de 15 a 19 anos, nas três regiões metropolitanas.

SINTOMAS	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	n<5=114 P	n>5=167 IC	n<5=51 P	n>5=166 IC	n<5=113 P	n>5=288 IC
p1	<5	16.7 ( 9.8;23.5)	11.8 ( 2.9;20.6)	13.3 ( 7.0;19.5)		
	>5	4.2 ( 1.1; 7.2)	12.0 ( 7.1;17.0)	5.9 ( 3.2; 8.6)		
	RP	4.0 ( 1.7;9.1)***	1.0 ( 0.4; 2.3)NS	2.2 ( 1.2; 4.3)*		
p2	<5	8.8 ( 3.6;14.0)	5.9 (-0.6;12.3)	11.5 ( 5.6;17.4)		
	>5	5.4 ( 2.0; 8.8)	9.0 ( 4.7;13.4)	4.2 ( 1.8; 6.5)		
	RP	1.6 ( 0.7; 3.9)NS	0.6 ( 0.2; 2.2)NS	2.8 ( 1.3;5.9)*		
p7	<5	18.4 (11.3;25.5)	13.7 ( 4.3;23.2)	13.3 ( 7.0;19.5)		
	>5	16.2 (10.6;21.7)	12.6 ( 7.6;17.7)	9.7 ( 6.3;13.1)		
	RP	1.1 ( 0.7; 1.9)NS	1.1 ( 0.5; 2.4)NS	1.4 ( 0.8; 2.5)NS		
p10	<5	13.1 ( 6.9;19.4)	13.7 ( 4.3;23.2)	10.6 ( 4.9;16.3)		
	>5	7.8 ( 3.7;11.8)	15.7 (10.1;21.2)	5.9 ( 3.2; 8.6)		
	RP	1.7 ( 0.8; 3.4)NS	0.9 ( 0.4; 1.9)NS	1.8 ( 0.9; 3.6)NS		
p13	<5	6.1 ( 1.7;10.5)	7.8 ( 0.5;15.2)	7.1 ( 2.3;11.8)		
	>5	3.6 ( 0.8; 6.4)	5.4 ( 2.0; 8.9)	4.2 ( 1.8; 6.5)		
	RP	1.7 ( 0.6; 4.9)NS	1.4 ( 0.5; 4.5)NS	1.7 ( 0.7;4.0)NS		
p14	<5	4.4 ( 0.6; 8.1)	3.9 (-1.4; 9.2)	6.2 ( 1.7;10.6)		
	>5	1.8 (-0.2; 3.8)	3.0 ( 0.4; 5.6)	3.5 ( 1.3; 5.6)		
	RP	2.4 ( 0.6;10.0)NS	1.3 ( 0.3; 6.5)NS	1.8 ( 0.7; 4.6)NS		
p18	<5	6.1 ( 1.7;10.5)	5.9 (-0.6;12.3)	2.6 (-0.3; 5.6)		
	>5	5.4 ( 2.0; 8.8)	3.6 ( 0.8; 6.4)	4.5 ( 2.1; 6.9)		
	RP	1.1 ( 0.4; 3.0)NS	1.6 ( 0.4; 6.3)NS	0.6 ( 0.2; 2.0)NS		
p23	<5	6.1 ( 1.7;10.5)	7.8 ( 0.5;15.2)	6.2 ( 1.7;10.6)		
	>5	2.4 ( 0.1; 4.7)	1.2 (-0.4; 2.9)	3.1 ( 1.1; 5.1)		
	RP	2.6 ( 0.8; 8.6)NS	6.5 ( 1.2;34.5)*	2.0 ( 0.7;5.2)NS		
p35	<5	1.7 (-0.6; 4.2)	2.0 (-1.8; 5.8)	1.8 (-0.7; 4.2)		
	>5	0.0 0.0	1.8 (-0.2; 3.8)	1.4 ( 0.0; 2.7)		
	RP	0.0 0.0	1.1 ( 0.1;10.2)NS	1.3 ( 0.2; 6.9)NS		

NS= p>0.05      \*= p<0.05      \*\*= p<0.01      \*\*\*= p<0.001  
 <5= menos de 5 habitantes      >5= 5 ou mais habitantes

Tabela 27: Prevalência dos sintomas depressivos, Intervalo de Confiança e Razão de Prevalência estratificados por religião, na faixa etária de 15 a 19 anos, nas três regiões metropolitanas.

SINTOMAS		PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
		nCA=227	nNC=54	nCA=185	nNC=26	nCA=329	nNC=72
		P	IC	P	IC	P	IC
p1	CA	7.5	( 4.1;10.9)	11.9	( 7.2;16.5)	8.5	( 5.5;11.5)
	NC	16.7	( 6.7;26.6)	15.4	( 1.5;29.2)	5.5	( 0.3;10.8)
	RP	0.4	( 0.2; 0.9)NS	0.8	( 0.3; 2.0)NS	1.5	( 0.5; 4.2)NS
p2	CA	7.5	( 4.1;10.9)	8.1	( 4.2;12.0)	6.7	( 4.0; 9.4)
	NC	3.7	(-1.3; 8.7)	11.5	(-0.7;23.8)	4.2	(-0.4; 8.8)
	RP	2.0	( 0.5; 8.5)NS	0.7	( 0.2; 2.3)NS	1.6	( 0.5; 5.2)NS
p7	CA	16.7	(11.9;21.6)	10.8	( 6.3;15.3)	10.6	( 7.3;14.0)
	NC	18.5	( 8.1;28.9)	30.8	(13.0;48.5)	11.1	( 3.8;18.4)
	RP	0.9	( 0.5; 1.7)NS	0.3	( 0.2; 0.7)*	1.0	( 0.5; 2.0)NS
p10	CA	9.7	( 5.8;13.5)	12.4	( 7.7;17.2)	8.2	( 5.2;11.2)
	NC	11.1	( 2.7;19.5)	26.9	( 9.9;44.0)	2.8	(-1.0; 6.6)
	RP	0.9	( 0.4; 2.0)NS	0.5	( 0.2; 1.0)NS	2.9	( 0.7;12.1)NS
p13	CA	5.3	( 2.4; 8.2)	6.5	( 2.9;10.0)	6.1	( 3.5; 8.7)
	NC	1.8	(-1.7; 5.4)	3.8	(-3.5;11.2)	0.0	0.0
	RP	2.8	( 0.4;21.5)NS	1.7	( 0.2;12.5)NS	0.0	0.0
p14	CA	2.2	( 0.3; 4.1)	3.8	( 1.0; 6.5)	4.2	( 2.1; 6.4)
	NC	5.5	(-0.5;11.7)	0.0	0.0	4.2	(-0.4; 8.8)
	RP	0.4	( 0.1; 1.6)NS	0.0	0.0	1.0	( 0.3; 3.5)NS
p18	CA	6.2	( 3.0; 9.3)	4.3	( 1.4; 7.2)	4.0	( 1.8; 6.0)
	NC	3.7	(-1.3; 8.7)	3.8	(-3.5;11.2)	4.2	(-0.4; 8.8)
	RP	1.7	( 0.4; 7.1)NS	1.1	( 0.1; 8.6)NS	0.9	( 0.3; 3.2)NS
p23	CA	3.1	( 0.8; 5.3)	2.7	( 0.4; 5.0)	4.5	( 2.3; 6.8)
	NC	7.4	( 0.4;14.4)	3.8	(-3.5;11.2)	1.4	(-1.3; 4.1)
	RP	0.4	( 0.1; 1.4)NS	0.7	( 0.1; 5.8)NS	3.3	( 0.4;24.4)NS
p35	CA	0.9	(-0.3; 2.1)	1.1	(-0.4; 2.6)	1.8	( 0.4; 3.3)
	NC	0.0	0.0	7.7	(-2.5;17.9)	0.0	0.0
	RP	0.0	0.0	0.1	( 0.0; 1.0)NS	0.0	0.0

NS=  $p > 0.05$     \* =  $p < 0.05$     \*\* =  $p < 0.01$     \*\*\* =  $p < 0.001$   
CA= católicos    NC= outras religiões

Tabela 28: Prevalência dos sintomas depressivos, Intervalo de Confiança e Razão de Prevalência estratificados por inserção ocupacional, na faixa etária de 15 a 19 anos, nas três regiões metropolitanas.

SINTOMAS	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	nEM=80 P	nNE=176 IC	nEM=112 P	nNE=77 IC	nEM=128 P	nNE=226 IC
p1	EM	7.5 ( 1.7;13.3)	15.2 ( 8.5;21.8)	7.8 ( 3.2;12.5)		
	NE	10.2 ( 5.7;14.7)	5.2 ( 0.2;10.1)	8.8 ( 5.1;12.5)		
	RP	0.7 ( 0.3; 1.8)NS	2.9 ( 1.0; 8.3)NS	0.9 ( 0.4; 1.8)NS		
p2	EM	5.0 ( 0.2; 9.8)	5.3 ( 1.2; 9.5)	6.2 ( 2.0;10.4)		
	NE	7.9 ( 3.9;11.9)	16.9 ( 8.5;25.2)	5.3 ( 2.4; 8.2)		
	RP	0.6 ( 0.2; 1.8)NS	0.3 ( 0.1; 0.8)*	1.2 ( 0.5; 2.8)NS		
p7	EM	16.2 ( 8.2;24.3)	12.5 ( 6.4;18.6)	9.4 ( 4.3;14.4)		
	NE	18.2 (12.5;23.9)	11.7 ( 4.5;18.9)	10.6 ( 6.6;14.6)		
	RP	0.9 ( 0.5; 1.6)NS	1.1 ( 0.5; 2.3)NS	0.9 ( 0.5; 1.7)NS		
p10	EM	5.0 ( 0.2;9.8)	14.3 ( 7.8;20.8)	3.9 ( 0.5; 7.3)		
	NE	12.8 ( 7.6;18.0)	14.3 ( 6.5;22.1)	8.0 ( 4.4;11.5)		
	RP	0.4 ( 0.2;1.2)NS	1.0 ( 0.5; 2.0)NS	0.5 ( 0.2; 1.3)NS		
p13	EM	3.7 (-0.4; 7.9)	4.5 ( 0.6; 8.3)	4.7 ( 1.0; 8.3)		
	NE	4.5 ( 1.5; 7.6)	5.2 ( 0.2;10.1)	5.3 ( 2.4; 8.2)		
	RP	0.8 ( 0.2; 3.0)NS	0.9 ( 0.2;3.1)NS	0.9 ( 0.3;2.3)NS		
p14	EM	0.0 0.0	3.6 ( 0.1; 7.0)	4.7 ( 1.0; 8.3)		
	NE	3.4 ( 0.7; 6.1)	2.6 (-0.9; 6.1)	4.0 ( 1.4; 6.5)		
	RP	0.0 0.0	1.4 ( 0.3; 7.3)NS	1.2 ( 0.4;3.2)NS		
p18	EM	3.7 (-0.4; 7.9)	1.8 (-0.7; 4.2)	3.1 ( 0.1; 6.1)		
	NE	7.4 ( 3.5;11.2)	6.5 ( 1.0;12.0)	5.3 ( 2.4; 8.2)		
	RP	0.5 ( 0.1; 1.7)NS	0.3 ( 0.0; 1.4)NS	0.6 ( 0.2; 1.8)NS		
p23	EM	0.0 0.0	1.8 (-0.7; 4.2)	5.5 ( 1.5; 9.4)		
	NE	3.8 ( 1.1; 6.9)	1.3 (-1.2; 3.8)	3.1 ( 0.8; 5.3)		
	RP	0.0 0.0	1.4 ( 0.1;14.9)NS	1.8 ( 0.6;4.9)NS		
p35	EM	1.2 (-1.2; 3.7)	1.8 (-0.7; 4.2)	3.1 ( 0.1; 6.1)		
	NE	0.6 (-0.5; 1.7)	2.6 (-0.9; 6.1)	0.9 (-0.3; 2.1)		
	RP	2.2 ( 0.1;34.7)	0.7 ( 0.1; 4.8)NS	3.5 ( 0.7;19.0)NS		

NS=  $p > 0.05$       \* =  $p < 0.05$       \*\* =  $p < 0.01$       \*\*\* =  $p < 0.001$

EM= empregados      NE= não empregados

Tabela 29: Prevalência dos sintomas depressivos, Intervalo de Confiança e Razão de Prevalência estratificados por gênero, na faixa etária de 20 a 24 anos, nas três regiões metropolitanas.

SINTOMAS		PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
		nF=130 P	nM=137 IC	nF=112 P	nM=130 IC	nF=219 P	nM=182 IC
p1	F	10.0	( 4.8;15.1)	23.2	(15.4;31.0)	13.7	( 9.1;18.2)
	M	2.9	( 0.1; 5.7)	6.1	( 2.0;10.3)	7.1	( 3.4;11.0)
	RP	3.4	( 1.1;10.2)*	3.8	( 1.8;8.0)***	1.9	( 1.0;3.6)NS
p2	F	10.8	( 5.4;16.1)	17.0	(10.0;23.9)	8.7	( 4.9;12.4)
	M	8.0	( 3.5;12.6)	5.4	( 1.5; 9.3)	7.1	( 3.4;11.0)
	RP	1.3	( 0.6; 2.8)NS	3.1	( 1.4; 7.2)**	1.2	( 0.6; 2.4)NS
p7	F	24.6	(17.2;32.0)	34.8	(26.0;43.6)	18.3	(13.1;23.4)
	M	7.3	( 2.9;11.6)	13.1	( 7.3;18.9)	7.1	( 3.4;11.0)
	RP	3.4	( 1.7;6.6)***	2.7	( 1.6;4.4)***	2.6	( 1.4;4.6)**
p10	F	16.2	( 9.8;22.5)	16.1	( 9.3;22.9)	10.0	( 6.1;14.0)
	M	3.6	( 0.5; 6.8)	7.7	( 3.1;12.3)	5.5	( 2.2; 8.8)
	RP	4.4	(1.7;11.4)***	2.1	(1.0; 4.3)NS	1.8	( 0.9;3.8)NS
p13	F	5.4	( 1.5; 9.7)	15.2	( 8.5;21.8)	10.9	( 6.8;15.1)
	M	1.5	(-0.5; 3.5)	3.1	( 0.1; 6.0)	1.6	(-0.2; 3.5)
	RP	3.7	( 0.8;17.4)NS	4.9	( 1.7;14.2)**	6.6	(2.0;21.7)***
p14	F	3.1	( 0.1; 6.0)	5.3	( 1.2; 9.5)	8.2	( 4.6;11.8)
	M	0.7	(-0.7; 2.1)	1.5	(-0.6; 3.6)	4.9	( 1.8; 8.1)
	RP	4.2	( 0.5;37.2)NS	3.5	( 0.7;16.9)NS	1.7	( 0.8; 3.6)NS
p18	F	6.1	( 2.0;10.3)	6.2	( 1.8;10.7)	6.4	( 3.1; 9.6)
	M	3.6	( 0.5; 6.8)	0.8	(-0.7; 2.3)	3.3	( 0.7; 5.9)
	RP	1.7	( 0.6; 5.0)NS	8.1	( 1.0;65.0)*	1.9	( 0.8;4.9)NS
p23	F	10.8	( 5.4;16.1)	9.8	( 4.3;15.3)	9.1	( 5.3;12.9)
	M	2.9	( 0.1; 5.7)	3.8	( 0.5; 7.1)	2.7	( 0.4; 5.1)
	RP	3.7	( 1.2;10.9)*	2.5	( 0.9;7.1)NS	3.3	( 1.3;8.7)*
p35	F	4.6	( 1.0; 8.2)	7.1	( 2.4;11.9)	8.2	( 4.6;11.8)
	M	0.7	(-0.7; 2.1)	4.6	( 1.0; 8.2)	9.9	( 5.5;14.2)
	RP	6.3	( 0.8;51.8)NS	1.5	( 0.5;4.3)NS	0.8	( 0.4;1.5)NS

NS= p>0.05      \*= p<0.05      \*\*= p<0.01      \*\*\*= p<0.001  
nF= sexo feminino    nM= sexo masculino



Tabela 30: Prevalência dos sintomas depressivos, Intervalo de Confiança e Razão de Prevalência estratificados por fator de migração, na faixa etária de 20 a 24 anos, nas três regiões metropolitanas.

SINTOMAS	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	nM=113 P	nNM=154 IC	nM=103 P	nNM=139 IC	nM=244 P	nNM=157 IC
p1	M	5.3 ( 1.2; 9.4)	16.5 ( 9.3;23.7)	13.1 ( 8.9;17.3)		
	NM	7.1 ( 3.1;11.2)	12.2 ( 6.8;17.7)	7.0 ( 3.0;10.1)		
	RP	0.7 ( 0.3; 1.9)NS	1.3 ( 0.7; 2.5)NS	1.9 ( 1.0; 3.6)NS		
p2	M	9.7 ( 4.3;15.2)	14.6 ( 7.7;21.4)	9.4 ( 5.8;13.1)		
	NM	9.1 ( 4.5;13.6)	7.9 ( 3.4;12.4)	5.7 ( 2.1; 9.4)		
	RP	1.1 ( 0.5; 2.3)NS	1.8 ( 0.9; 3.8)NS	1.6 ( 0.8; 3.5)NS		
p7	M	15.0 ( 8.4;21.6)	29.1 (20.3;37.9)	12.7 ( 8.5;16.9)		
	NM	16.2 (10.4;22.1)	18.7 (12.2;25.2)	14.0 ( 8.6;19.4)		
	RP	0.9 ( 0.5; 1.6)NS	1.6 ( 1.0; 2.5)NS	0.9 ( 0.5; 1.5)NS		
p10	M	9.7 ( 4.3;15.2)	11.6 ( 5.4;17.8)	8.2 ( 4.7;11.6)		
	NM	9.7 ( 5.1;14.4)	11.5 ( 6.2;16.8)	7.6 ( 3.5;11.8)		
	RP	1.0 ( 0.5; 2.1)NS	1.0 ( 0.5; 2.0)NS	1.1 ( 0.5; 2.1)NS		
p13	M	2.7 (-0.3; 5.6)	11.6 ( 5.4;17.8)	7.4 ( 4.1;10.6)		
	NM	3.9 ( 0.8; 6.9)	6.5 ( 2.4;10.6)	5.7 ( 2.1; 9.4)		
	RP	0.7 ( 0.2; 2.7)NS	1.8 ( 0.8; 4.1)NS	1.3 ( 0.6; 2.8)NS		
p14	M	2.7 (-0.3; 5.6)	1.9 (-0.7; 4.6)	7.0 ( 4.1;10.6)		
	NM	1.3 (-0.4; 3.1)	4.3 ( 0.9; 7.7)	6.4 ( 2.5;10.2)		
	RP	2.0 ( 0.3;12.0)NS	0.4 ( 0.1; 2.2)NS	1.1 ( 0.5; 2.3)NS		
p18	M	2.7 (-0.3; 5.6)	1.0 (-0.9; 2.9)	4.5 ( 1.9; 7.1)		
	NM	6.5 ( 2.6;10.4)	5.0 ( 1.4; 8.7)	5.7 ( 2.4; 8.3)		
	RP	0.4 ( 0.1; 1.4)NS	0.2 ( 0.0; 1.5)NS	0.8 ( 0.3; 1.8)NS		
p23	M	4.4 ( 0.6; 8.2)	8.7 ( 3.3;14.2)	7.8 ( 4.4;11.1)		
	NM	8.4 ( 4.0;12.8)	5.0 ( 1.4; 8.7)	3.8 ( 0.8; 6.8)		
	RP	0.5 ( 0.2; 1.5)NS	1.7 ( 0.7; 4.5)NS	2.0 ( 0.8;5.0)NS		
p35	M	2.7 (-0.3; 5.6)	4.8 ( 0.7; 9.0)	8.6 ( 5.1;12.1)		
	NM	2.6 ( 0.1; 5.1)	6.5 ( 2.4;10.6)	3.2 ( 0.4; 5.9)		
	RP	1.0 ( 0.2; 4.5)NS	0.7 ( 0.3; 2.2)NS	2.7 ( 1.0; 7.0)NS		

NS= p>0.05      \*= p<0.05      \*\*= p<0.01      \*\*\*= p<0.001  
nM= migrantes      nNM= não migrantes

Tabela 31: Prevalência dos sintomas depressivos, Intervalo de Confiança e Razão de Prevalência estratificados por escolaridade, na faixa etária de 20 a 24 anos, nas três regiões metropolitanas.

SINTOMAS	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	nIG=120 P	nOT=147 IC	nIG=150 P	nOT=90 IC	nIG=170 P	nOT=229 IC
p1	1G	8.3 ( 3.4;13.3)	15.3 ( 9.6;21.1)	17.0 (11.4;22.7)		
	OT	4.8 ( 1.3; 8.2)	11.1 ( 4.6;17.6)	6.1 ( 3.0; 9.2)		
	RP	1.7 ( 0.7; 4.5)NS	1.4 ( 0.7; 2.8)NS	2.8 ( 1.5;5.1)***		
p2	1G	10.0 ( 4.6;15.4)	11.3 ( 6.3;16.4)	11.2 ( 6.4;15.9)		
	OT	8.8 ( 4.2;13.4)	10.0 ( 3.8;16.2)	5.8 ( 2.7; 8.7)		
	RP	1.1 ( 0.5; 2.4)NS	1.1 ( 0.5; 2.4)NS	2.0 ( 1.0; 3.9)NS		
p7	1G	19.2 (12.1;26.2)	23.3 (16.6;30.1)	17.0 (11.4;22.7)		
	OT	12.9 ( 7.5;18.3)	22.2 (13.6;30.8)	10.0 ( 6.1;13.9)		
	RP	1.5 ( 0.8; 2.6)NS	1.0 ( 0.6; 1.7)NS	1.7 ( 1.0; 2.8)NS		
p10	1G	13.3 ( 7.2;19.4)	14.7 ( 9.0;20.3)	8.2 ( 4.1;12.4)		
	OT	6.8 ( 2.7;10.9)	5.5 ( 0.8;10.3)	7.9 ( 4.4;11.3)		
	RP	2.0 ( 0.9; 4.2)NS	2.6 ( 1.0; 6.7)NS	1.0 ( 0.5; 2.0)NS		
p13	1G	5.8 ( 1.6;10.0)	8.7 ( 4.2;13.2)	7.6 ( 3.6;11.6)		
	OT	1.4 (-0.5; 3.2)	8.9 ( 3.0;14.8)	6.1 ( 3.0; 9.2)		
	RP	4.3 ( 0.9;20.3)NS	1.0 ( 0.4; 2.3)NS	1.2 ( 0.6; 2.6)NS		
p14	1G	3.3 ( 0.1; 6.5)	3.3 ( 0.5; 6.2)	8.8 ( 4.6;13.1)		
	OT	0.7 (-0.6; 2.0)	3.3 (-0.4; 7.0)	5.2 ( 2.3; 8.1)		
	RP	4.9 ( 0.5;43.3)NS	1.0 ( 0.2; 4.1)NS	1.7 ( 0.8; 3.5)NS		
p18	1G	5.8 ( 1.6;10.0)	2.3 ( 0.1; 5.2)	4.1 ( 1.1; 7.1)		
	OT	4.1 ( 0.9; 7.3)	4.4 ( 0.2; 8.7)	5.8 ( 2.7; 8.7)		
	RP	1.4 ( 0.5; 4.1)NS	0.6 ( 0.1; 2.3)NS	0.7 ( 0.3; 1.8)NS		
p23	1G	7.5 ( 2.8;12.2)	7.3 ( 3.2;11.8)	8.2 ( 4.1;12.4)		
	OT	6.1 ( 2.2;10.0)	5.5 ( 0.8;10.3)	4.8 ( 2.0; 7.6)		
	RP	1.1 ( 0.5; 2.8)NS	1.3 ( 0.5; 3.7)NS	1.7 ( 0.8; 3.7)NS		
p35	1G	2.5 (-0.3; 5.3)	5.3 ( 1.7; 8.9)	10.0 ( 5.5;14.5)		
	OT	2.7 ( 0.1; 5.3)	6.7 ( 1.5;11.8)	3.9 ( 1.4; 6.4)		
	RP	0.8 ( 0.2; 3.7)NS	0.8 ( 0.3; 2.2)NS	2.5 ( 1.2; 5.6)*		

NS= p>0.05      \*= p<0.05      \*\*= p<0.01      \*\*\*= p<0.001  
nIG= Primeiro Grau    nOT= Segundo Grau e Nível Terciário

Tabela 32: Prevalência dos sintomas depressivos, Intervalo de Confiança e Razão de Prevalência estratificados por situação conjugal, na faixa etária de 20 a 24 anos, nas três regiões metropolitanas.

SINTOMAS	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	nS=204 P	nNS=63 IC	nS=167 P	nNS=75 IC	nS=280 P	nNS=120 IC
p1	S	2.9 ( 0.6; 5.3)	10.2 ( 5.6;14.8)	10.7 ( 7.1;14.3)		
	NS	17.5 ( 8.1;26.8)	22.7 (13.2;32.1)	10.8 ( 5.3;16.4)		
	RP	0.2 ( 0.1;0.4)***	0.4 ( 0.2;0.8)*	1.0 ( 0.5; 1.8)NS		
p2	S	7.8 ( 4.1;11.5)	5.4 ( 2.0; 8.8)	6.8 ( 3.8; 9.7)		
	NS	14.3 ( 5.6;22.9)	22.7 (13.2;32.1)	10.8 ( 5.3;16.4)		
	RP	0.5 ( 0.3; 1.2)NS	0.2 ( 0.1;0.5)***	0.6 ( 0.3; 1.2)NS		
p7	S	15.2 (10.3;20.1)	15.6 (10.1;21.1)	11.4 ( 7.7;15.1)		
	NS	17.5 ( 8.1;26.8)	40.0 (28.9;51.1)	16.7 (10.0;23.3)		
	RP	0.9 ( 0.5; 1.6)NS	0.4 ( 0.2;0.6)***	0.7 ( 0.4; 1.1)NS		
p10	S	7.3 ( 3.8;10.9)	9.0 ( 4.6;13.3)	6.8 ( 3.8; 9.7)		
	NS	17.5 ( 8.1;26.8)	17.3 ( 8.8;25.9)	11.4 ( 7.7;15.1)		
	RP	0.4 ( 0.2; 0.9)*	0.5 ( 0.3; 1.0)NS	0.6 ( 0.3; 1.2)NS		
p13	S	2.9 ( 0.6; 5.3)	6.6 ( 2.8;10.3)	4.6 ( 2.2; 7.1)		
	NS	4.7 (-0.5;10.0)	13.3 ( 5.6;21.0)	11.4 ( 7.7;15.1)		
	RP	0.6 ( 0.2; 2.4)NS	0.5 ( 0.2; 1.1)NS	0.4 ( 0.2;0.9)*		
p14	S	1.5 (-0.2; 3.1)	1.2 (-0.4; 2.8)	5.3 ( 2.7; 8.0)		
	NS	3.2 (-1.1; 7.5)	8.0 ( 1.9;14.1)	10.0 ( 4.6;15.4)		
	RP	0.5 ( 0.1; 2.7)NS	0.1 ( 0.0;0.7)***	0.5 ( 0.3; 1.1)NS		
p18	S	5.4 ( 2.3; 8.5)	4.2 ( 1.1; 7.2)	5.3 ( 2.7; 8.0)		
	NS	3.2 (-1.1; 7.5)	1.3 (-1.3; 3.9)	3.3 ( 0.1; 6.5)		
	RP	1.7 ( 0.4; 7.5)NS	3.1 ( 0.4; 2.5)NS	1.6 ( 0.5; 4.7)NS		
p23	S	5.4 ( 2.3; 8.5)	4.2 ( 1.1; 7.2)	4.6 ( 2.2; 7.1)		
	NS	11.1 ( 3.3;18.9)	12.0 ( 4.6;19.3)	9.2 ( 4.0;14.3)		
	RP	0.5 ( 0.2; 1.2)NS	0.3 ( 0.1; 0.9)*	0.5 ( 0.2;1.1)NS		
p35	S	1.5 (-0.2; 3.1)	6.6 ( 2.8;10.3)	3.9 ( 1.6; 6.2)		
	NS	6.3 ( 0.3;12.4)	4.0 (-0.4; 8.4)	11.7 ( 5.9;17.4)		
	RP	0.2 ( 0.1; 1.0)NS	1.6 ( 0.5; 5.7)NS	0.3 ( 0.2;0.7)**		

NS= p>0.05      \*= p<0.05      \*\*= p<0.01      \*\*\*= p<0.001  
nS= Solteiros      nNS= casados, viúvos e separados

Tabela 33: Prevalência dos sintomas depressivos, Intervalo de Confiança e Razão de Prevalência estratificados por densidade domiciliar, na faixa etária de 20 a 24 anos, nas três regiões metropolitanas.

SINTOMAS	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASÍLIA	
	n<5=155 P	n>5=112 IC	n<5=119 P	n>5=123 IC	n<5=163 P	n>5=238 IC
p1	<5	7.1 ( 3.0;11.1)	19.3 (12.2;26.4)		8.6 ( 4.3;12.9)	
	>5	5.3 ( 1.2; 9.5)	8.9 ( 3.9;14.0)		12.2 ( 8.0;16.3)	
	RP	1.3 ( 0.5;3.5)NS	2.1 ( 1.1; 4.2)*		0.7 ( 0.4; 1.3)NS	
p2	<5	12.2 ( 7.1;17.4)	17.6 (10.8;24.5)		10.4 ( 5.7;15.1)	
	>5	5.3 ( 1.2; 9.5)	4.1 ( 0.6; 7.5)		6.3 ( 3.2; 9.4)	
	RP	2.3 ( 0.9; 5.5)NS	4.3 ( 1.7;11.1)**		1.6 ( 0.8;3.2)NS	
p7	<5	20.6 (14.3;27.0)	32.0 (23.5;40.3)		17.2 (11.4;23.0)	
	>5	8.9 ( 3.6;14.2)	14.6 ( 8.4;21.0)		10.5 ( 6.6;14.4)	
	RP	2.3 ( 1.2; 4.5)**	2.2 ( 1.3; 3.6)**		1.6 ( 1.0; 2.7)NS	
p10	<5	12.2 ( 7.1;17.4)	15.1 ( 8.7;21.6)		9.8 ( 5.2;14.4)	
	>5	6.2 ( 1.8;10.7)	8.1 ( 3.3;13.0)		10.9 ( 7.0;14.9)	
	RP	2.0 ( 0.8;4.5)NS	1.9 ( 0.9; 3.9)NS		0.9 ( 0.5; 1.6)NS	
p13	<5	5.2 ( 1.7; 8.6)	10.1 ( 4.7;15.5)		7.4 ( 3.3;11.4)	
	>5	0.9 (-0.8; 2.6)	7.3 ( 2.7;11.9)		6.3 ( 3.2; 9.4)	
	RP	5.8 ( 0.7;45.6)NS	1.4 ( 0.6; 3.1)NS		1.2 ( 0.6;2.4)NS	
p14	<5	1.9 (-0.2; 4.1)	5.9 ( 1.6;10.1)		6.7 ( 2.9;10.6)	
	>5	1.8 (-0.6; 4.2)	0.8 (-0.8; 2.4)		6.7 ( 3.5; 9.9)	
	RP	1.1 ( 0.2; 6.4)NS	7.2 ( 0.9;57.9)NS		1.0 ( 0.5; 2.1)NS	
p18	<5	6.4 ( 2.6;10.3)	4.2 ( 0.6; 7.8)		7.4 ( 3.3;11.4)	
	>5	2.7 (-0.3; 5.7)	2.4 (-0.3; 5.2)		3.4 ( 1.1; 5.6)	
	RP	2.4 ( 0.7; 8.5)NS	1.7 ( 0.4; 7.0)NS		2.2 ( 0.9; 5.2)NS	
p23	<5	5.8 ( 2.1; 9.5)	9.2 ( 4.0;14.4)		9.8 ( 5.2;14.4)	
	>5	8.0 ( 3.0;13.1)	4.1 ( 0.6; 7.5)		3.8 ( 1.3; 6.2)	
	RP	0.7 ( 0.3; 1.8)NS	2.3 ( 0.6; 6.3)NS		2.6 ( 1.2;5.7)*	
p35	<5	2.6 ( 0.1; 5.1)	5.9 ( 1.6;10.1)		9.2 ( 4.8;13.6)	
	>5	2.7 (-0.3; 5.7)	5.7 ( 1.6; 9.8)		4.6 ( 1.9; 7.3)	
	RP	1.0 ( 0.2; 4.2)NS	1.0 ( 0.4; 2.9)NS		2.0 ( 0.9;4.2)NS	

NS= p>0.05      \*= p<0.05      \*\*= p<0.01      \*\*\*= p<0.001  
n<5= menos de 5 habitantes    n>5= 5 ou mais habitantes

Tabela 34: Prevalência dos sintomas depressivos, Intervalo de Confiança e Razão de Prevalência estratificados por religião, na faixa etária de 20 a 24 anos, nas três regiões metropolitanas.

SINTOMAS	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	nCA=214 P	nNC=52 IC	nCA=211 P	nNC=29 IC	nCA=310 P	nNC=90 IC
p1	CA	6.5 ( 3.2; 9.8)	12.8 ( 8.3;17.3)		11.6 ( 8.0;15.2)	
	NC	5.8 (-0.6;12.1)	24.1 ( 8.6;39.7)		7.8 ( 2.2;13.3)	
	RP	1.1 ( 0.3; 3.8)NS	0.5 ( 0.2; 1.1)NS		1.5 ( 0.7; 3.2)NS	
p2	CA	8.4 ( 4.7;12.1)	10.9 ( 6.7;15.1)		7.7 ( 4.8;10.7)	
	NC	13.5 ( 4.2;22.7)	10.3 (-0.7;21.4)		8.9 ( 3.0;14.8)	
	RP	0.6 ( 0.3; 1.4)NS	1.0 ( 0.3; 3.3)NS		0.9 ( 0.4; 1.9)NS	
p7	CA	15.4 (10.6;20.2)	22.3 (16.7;27.9)		12.9 ( 9.2;16.6)	
	NC	17.3 ( 7.0;27.6)	27.6 (11.3;43.8)		14.4 ( 7.2;21.7)	
	RP	0.9 ( 0.5; 1.7)NS	0.8 ( 0.4; 1.5)NS		0.9 ( 0.5; 1.6)NS	
p10	CA	9.8 ( 5.8;13.8)	11.4 ( 7.1;15.6)		7.4 ( 4.5;10.3)	
	NC	9.6 ( 1.6;17.6)	10.3 (-0.7;21.4)		10.0 ( 3.8;16.2)	
	RP	1.0 ( 0.4; 2.6)NS	1.1 ( 0.3; 3.4)NS		0.7 ( 0.4; 1.5)NS	
p13	CA	2.8 ( 0.6; 5.0)	9.9 ( 5.9;14.0)		6.1 ( 3.4; 8.8)	
	NC	5.8 (-0.6;12.1)	0.0 0.0		8.9 ( 3.0;14.8)	
	RP	0.5 ( 0.1; 1.9)NS	0.0 0.0		0.7 ( 0.3; 1.5)NS	
p14	CA	2.3 ( 0.3; 4.4)	3.8 ( 1.2; 6.4)		5.8 ( 3.2; 8.4)	
	NC	0.0 0.0	0.0 0.0		8.9 ( 3.0;14.8)	
	RP	0.0 0.0	0.0 0.0		0.6 ( 0.3; 1.4)NS	
p18	CA	5.1 ( 2.2; 8.1)	3.3 ( 0.9; 5.7)		4.8 ( 2.4; 7.2)	
	NC	3.8 (-1.4; 9.1)	3.4 (-3.2;10.1)		5.5 ( 0.8;10.3)	
	RP	1.3 ( 0.3; 5.8)NS	1.0 ( 0.1; 7.5)NS		0.9 ( 0.3; 2.3)NS	
p23	CA	6.5 ( 3.2; 9.8)	7.1 ( 3.6;10.6)		5.8 ( 3.2; 8.4)	
	NC	7.7 ( 0.4;14.9)	3.4 (-3.2;10.1)		7.7 ( 2.2;13.3)	
	RP	0.8 ( 0.3; 2.5)NS	2.1 ( 0.3;15.0)NS		0.7 ( 0.3; 1.7)NS	
p35	CA	1.4 (-0.2; 3.0)	4.7 ( 1.9; 7.6)		6.4 ( 3.7; 9.2)	
	NC	7.7 ( 0.4;14.9)	13.8 ( 1.2;26.3)		6.7 ( 1.5;11.8)	
	RP	0.2 ( 0.1; 0.8)*	0.3 ( 0.1; 1.0)NS		1.0 ( 0.4; 2.3)NS	

NS=  $p > 0.05$       \* =  $p < 0.05$       \*\* =  $p < 0.01$       \*\*\* =  $p < 0.001$   
nCA= católicos      nNC= outras religiões

Tabela 35: Prevalência dos sintomas depressivos, Intervalo de Confiança e Razão de Prevalência estratificados por inserção ocupacional, na faixa etária de 20 a 24 anos, nas três regiões metropolitanas.

SINTOMAS	PORTO ALEGRE		SÃO PAULO		BRASILIA	
	nEM=142 P	nNE=81 IC	nEM=139 P	nNE=55 IC	nEM=232 P	nNE=82 IC
p1	EM	4.9 ( 1.4; 8.5)	10.1 ( 5.1;15.1)	9.5 ( 5.7;13.2)		
	NE	4.9 ( 0.2; 9.6)	18.2 ( 8.0;28.4)	7.3 ( 1.7;12.9)		
	RP	1.0 ( 0.3; 3.3)NS	0.5 ( 0.3; 1.2)NS	1.3 ( 0.5; 3.1)NS		
p2	EM	6.3 ( 2.3;10.3)	7.2 ( 2.9;11.8)	7.7 ( 4.3;11.2)		
	NE	8.6 ( 2.5;14.8)	12.7 ( 3.9;21.5)	8.5 ( 2.5;14.6)		
	RP	0.7 ( 0.3; 1.9)NS	0.6 (0.2; 1.4)NS	0.9 ( 0.4; 2.1)NS		
p7	EM	14.1 ( 8.4;19.8)	18.0 (11.6;24.4)	10.3 ( 6.4;14.3)		
	NE	9.9 ( 3.4;16.4)	32.7 (20.3;45.1)	13.4 ( 6.0;20.8)		
	RP	1.4 ( 0.7; 3.1)NS	0.5 ( 0.3; 0.9)*	0.8 ( 0.4; 1.5)NS		
p10	EM	8.4 ( 3.9;13.0)	8.6 ( 4.0;13.3)	6.0 ( 3.0; 9.0)		
	NE	4.9 ( 0.2; 9.6)	9.1 ( 1.5;16.7)	6.1 ( 0.9;11.3)		
	RP	1.7 ( 0.6; 5.1)NS	0.9 ( 0.3; 2.6)NS	1.0 ( 0.4; 2.7)NS		
p13	EM	2.1 (-0.2; 4.5)	6.5 ( 2.4;10.6)	3.9 ( 1.4; 6.4)		
	NE	2.5 (-0.9; 5.8)	14.5 ( 5.2;23.9)	6.1 ( 0.9;11.3)		
	RP	0.9 ( 0.1; 5.0)NS	0.4 ( 0.2; 1.1)NS	0.6 ( 0.2; 1.8)NS		
p14	EM	1.4 (-0.5; 3.3)	1.4 (-0.5; 3.4)	5.2 ( 2.3; 8.0)		
	NE	1.2 (-1.2; 3.6)	5.4 (-0.5;11.4)	6.1 ( 0.9;11.3)		
	RP	1.1 ( 0.1;12.4)NS	0.3 ( 0.1; 1.3)NS	0.8 ( 0.3; 2.3)NS		
p18	EM	0.7 (-0.7; 2.1)	2.1 (-0.2; 4.6)	3.9 ( 1.4; 6.4)		
	NE	6.2 ( 0.9;11.4)	7.3 ( 0.4;14.1)	8.5 ( 2.5;14.6)		
	RP	0.1 ( 0.0; 1.0)*	0.3 ( 0.1; 1.3)NS	0.4 ( 0.2; 1.2)NS		
p23	EM	3.5 ( 4.9; 6.5)	5.0 ( 1.4; 8.7)	5.2 ( 2.3; 8.0)		
	NE	7.4 ( 1.7;13.1)	12.7 ( 3.9;21.5)	2.4 (-0.9; 5.8)		
	RP	0.5 ( 0.1; 1.5)NS	0.4 ( 0.1; 1.1)NS	2.1 ( 0.5; 9.3)NS		
p35	EM	1.4 (-0.5; 3.3)	5.7 ( 1.9; 9.6)	3.4 ( 1.1; 5.8)		
	NE	2.5 (-0.9; 5.8)	5.4 (-0.5;11.4)	8.5 ( 2.5;14.6)		
	RP	0.6 ( 0.1; 4.0)NS	1.1 ( 0.3; 3.8)NS	0.4 ( 0.1; 1.1)NS		

NS= p>0.05      \*= p<0.05      \*\*= p<0.01      \*\*\*= p<0.001  
nEM= empregados      nNE= não empregados