



XII Colóquio Internacional "Educação e Contemporaneidade"



20 a 22 de Setembro de 2018 São Cristóvão/SE/Brasil

ISSN: 1982-3657 | PREFIXO DOI 10.29380

Recebido em: **22/07/2018**

Aprovado em: **23/07/2018**

Editor Respo.: **Veleida Anahi - Bernard Charlort**

Método de Avaliação: **Double Blind Review**

Doi: <http://dx.doi.org/10.29380/2018.12.24.03>

CRENÇAS SOBRE DEPRESSÃO: UM ESTUDO EM AMOSTRA DE ADOLESCENTES ESCOLARES DO ESTADO DE SERGIPE; BELIEFS ABOUT DEPRESSION: A STUDY IN A SAMPLE OF SCHOOL ADOLESCENTS FROM THE STATE OF SERGIPE; CREENCIAS SOBRE DEPRESIÓN: UN ESTUDIO EN MUESTRA DE ADOLESCENTES E

EIXO: 24. EDUCAÇÃO E SAÚDE

BRENDA FERNANDA PEREIRA DA SILVA

Resumo

O presente estudo teve como objetivo analisar crenças de adolescentes escolares acerca das origens da depressão. Foi realizado em escolas públicas e privadas de Sergipe, em turmas de 1º a 3º anos do Ensino Médio. Participaram 258 estudantes, com idades entre 13 e 21 anos. Utilizaram-se os instrumentos: Escala de Crenças sobre a Doença Mental – Versão Depressão (ECDM-D), escala de distância social, lista de estereótipos e questionário sociodemográfico. Resultados indicaram que, quanto à distância social, situações que demandam mais contato ou exposição à pessoas deprimidas geraram maior afastamento. Estereótipos negativos foram mais atribuídos aos deprimidos, enquanto estereótipos positivos foram mais atribuídos a pessoas sem depressão. A religiosidade dos adolescentes e a escolaridade dos pais apareceram como possíveis influenciadores quanto às crenças sobre a origem da depressão.

Palavras-chave: Depressão. Adolescentes. Crenças. Sergipe. Psicologia da Saúde.

Abstract

The present study aimed to analyze the beliefs of school adolescents about the origins of depression. It was made in public and private schools in Sergipe, in classes from 1 to 3 years of high school. The participants were 258 students, aged between 13 and 21 years. The instruments were: Beliefs Scale on Mental Illness - Depression Version (ECDM-D), social distance scale, list of stereotypes and sociodemographic questionnaire. Results indicated that, with regard to social distance, situations that might require more contact or exposure to depressed people would generate greater distance. Negative stereotypes were more attributed to depressed individuals, while positive stereotypes were more attributed to people without depression. The religiosity of the adolescents and the schooling of the parents appeared as possible influencers to their beliefs about the origin of the depression.

Keywords: Depression. Adolescents. Beliefs. Sergipe. Health Psychology.

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo analizar creencias de adolescentes escolares acerca de los orígenes de la depresión. Fue realizado en escuelas públicas y privadas de Sergipe, en clases de 1º a 3º años de la Enseñanza Media. Participaron 258 estudiantes, con edades entre 13 y 21 años. Se utilizaron los instrumentos: Escala de Creencias sobre la Enfermedad Mental - Versión Depresión (ECDM-D), escala de distancia social, lista de estereotipos y cuestionario sociodemográfico. Los resultados indicaron que, en cuanto a la distancia social, situaciones que demandan más contacto o exposición a las personas deprimidas generaron mayor alejamiento. Los estereotipos negativos fueron más atribuidos a los deprimidos, mientras que los estereotipos positivos fueron más atribuidos a personas sin depresión. La religiosidad de los adolescentes y la escolaridad de los padres aparecieron como posibles influyentes en cuanto a las creencias sobre el origen de la depresión.

Palabras clave: Depresión. Adolescentes. Creencias. Sergipe. Psicología de la Salud.

1 INTRODUÇÃO

Muito se fala acerca da depressão e, corriqueira e erroneamente, costuma-se resumi-la a uma simples tristeza ou desânimo. No entanto, a depressão é um quadro clínico complexo que acomete o organismo como um todo, comprometendo o físico, o humor e, consequentemente, o pensamento, de forma a alterar o modo como a pessoa vê o mundo e a si mesma (ARGIMON et al., 2013; MORAIS, MASCARENHAS, RIBEIRO, 2010). Os Transtornos Depressivos, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5; APA, 2014), podem ter diversas variações, possuindo como característica comum o humor triste, vazio ou irritável, juntamente com alterações somáticas e cognitivas que afetam a capacidade de funcionamento do sujeito (FRIEDMAN, 2014).

De modo geral, a depressão é um transtorno de humor que abrange fatores cognitivos, comportamentais, fisiológicos, sociais, econômicos, religiosos, entre outros, estando presente em diversos distúrbios e doenças físicas ou emocionais (BERENZON et al., 2013; DAMIÃO et al., 2010). A depressão é caracterizada principalmente pelo humor deprimido, diminuição do interesse ou prazer na maioria das atividades diárias, insônia ou hipersonia, fadiga ou perda de energia, dificuldade para pensar ou se concentrar, além da dificuldade na tomada de decisões e ideação suicida (APA, 2014).

Antigamente, acreditava-se que a depressão acometia apenas adultos. A partir da década de 1970, emergiram estudos apontando a presença do transtorno depressivo maior também em crianças e adolescentes (AVANCI, ASSIS, OLIVEIRA, 2008; DAMIÃO ET AL., 2010). Além disso, considera-se a adolescência como um período vulnerável para a instalação da sintomatologia depressiva, em decorrência das mudanças e transições pelas quais é marcada, afetando os aspectos físicos, sexuais, cognitivos e emocionais, sendo caracterizada como fase da reorganização emocional (DAMIÃO ET AL., 2010; MARULANDA, GIRALDO, VILLEGAS, 2013).

É comum que os adolescentes se deparem com várias situações novas, como as transformações físicas advindas da puberdade e as pressões sociais, que favorecem as constantes mudanças no humor e no comportamento (ARGIMON et al., 2013; RIBEIRO, NASCIMENTO, COUTINHO, 2010). Os sintomas da depressão em adolescentes e adultos são bastante parecidos, no entanto, a irritabilidade é uma característica mais comum nos mais jovens do que nos adultos (APA, 2014; FRIEDMAN, 2014). Ademais, adolescentes deprimidos apresentam características como: cansaço constante, abandono das atividades preferidas, discussões com pais e professores, queda no rendimento escolar, transtornos alimentares (anorexia e bulimia), entre outros (TEODORO, 2009). Entretanto, vale ressaltar que muitas dessas características por serem comuns na adolescência, só podem ser diagnosticadas como patológicas se afetarem significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo.

De acordo com Avanci, Assis e Oliveira (2008), a adolescência é um período particularmente importante para o estudo do transtorno depressivo, visto que sua prevalência é mais elevada nessa fase da vida, chegando a 20%. Além disso, é uma época em que o envolvimento com atividades de risco fortemente relacionadas à depressão são mais frequentes, a exemplo da gravidez e do uso de drogas (RIBEIRO, NASCIMENTO, COUTINHO, 2010). Desse modo, diversas pesquisas têm chamado a atenção para o fato de a depressão em crianças e adolescentes estar mais frequente e acontecer cada vez mais cedo (BAHLS, 2002; CRIVELATTI, DURMAN, HOFSTATTER, 2006; RIBEIRO, NASCIMENTO, COUTINHO, 2010; RIBEIRO, MACUGLIA, DUTRA, 2013). Sobre isso, Resende et al. (2013) apresentam dados que demonstram uma tendência de aumento dos índices dos sintomas à medida que a idade aumenta durante a adolescência, confirmando-se um pico de 54,9% aos 14 -15 anos.

Em diversas pesquisas realizadas, encontraram-se altos índices de depressão nos adolescentes. Argimon et al. (2013) observaram um índice de mais de 50% de casos de depressão mínima a leve em adolescentes de 12 a 17 anos. Sajjadi et al. (2013) relataram uma prevalência de 43,5% de depressão em crianças e adolescentes iranianos. Em pesquisa feita com adolescentes grávidas de 13 a 19 anos no México, foram encontrados índices de depressão que variaram de 2,3% a 32,5%, a depender do período da gestação (LARA et al., 2012). Na Colômbia, em levantamento com adolescentes de 10 a 17 anos, observaram-se índices de sintomas de ansiedade ou depressão em 40,5% da amostra, dos quais 28,3% tinham sintomas sugestivos de ansiedade exclusivamente, 3,3% mostraram sintomas apenas de depressão, enquanto 8,9% dos casos apresentaram sintomas tanto ansiosos quanto depressivos (OSPINA-OSPINA et al., 2011).

No que diz respeito à saúde, o conhecimento acerca da doença é um fator fundamental para definir como a pessoa vai se relacionar com esta e com seu tratamento, tanto na forma como lida com os sintomas, quanto no modo como busca ajuda (LAWRENCE et al., 2006). Isto porque as crenças a

respeito de um objeto influenciam os comportamentos para com este. A forma como as pessoas pensam e veem a depressão e suas causas, isto é, suas crenças sobre este transtorno e sua etiologia podem influenciar no processo de procura de ajuda, no enfrentamento, na adesão aos tratamentos e nas atitudes e comportamentos frente aos portadores desse transtorno (KIRMAYER, YOUNG, ROBBINS, 1994). Diante disso, julga-se importante avaliar a crença das pessoas sobre a depressão, visto que este transtorno é comum, considerado problema de saúde pública (ABELHA, 2014; WHO, 2012).

Dado o exposto, entende-se que estudos como o aqui proposto se fazem necessários, pois visam a compreender a forma como os adolescentes pensam a depressão e seus sintomas, e como agem em relação a estes. Conhecer os fatores que influenciam comportamentos relativos à doença é essencial, tendo em vista que o estigma ligado aos transtornos mentais é uma das principais causas de subdiagnóstico e subtratamento destes transtornos (HIRATA, 2015; PELUSO, BLAY, 2008).

Para avaliar o modo como os adolescentes pensam a depressão e seus sintomas, e como agem em relação a estes, buscar-se-á avaliar as crenças em saúde, modelo que afirma que a disposição para praticar comportamentos de saúde é determinada pela percepção que o sujeito tem da probabilidade de ter uma doença específica, bem como pela percepção da gravidade das consequências de adoecer (RIBEIRO, 2007). Nesse sentido, ao conhecer as crenças dos adolescentes acerca da depressão, pode-se entender como estas explicam o comportamento desses indivíduos frente à busca de ajuda ou ao tratamento da doença, bem como a visão que estes sujeitos têm de pessoas deprimidas, e como agem em relação a elas.

Pode-se dizer que a falta de conhecimento adequado favorece atitudes preconceituosas que são percebidas em relação aos deprimidos (TEODORO, 2009). Muitas vezes, em decorrência dos sintomas, pessoas com depressão são vistas como preguiçosas, acomodadas, como alguém cheio de frescuras ou que não tem o que fazer (TEODORO, 2009). Deste modo, percebe-se que isso pode ser ainda mais relevante quando se considera o público adolescente, em decorrência do grande poder de influência que seus grupos de inserção social exercem sobre ele. Durante a adolescência, período de mudanças radicais da vida, os indivíduos geralmente estão construindo sua identidade e tentando 'se encaixar', de modo que a atribuição de um rótulo negativo, como o da depressão, pode afastá-los do convívio social, gerando prejuízos em seu desenvolvimento relacional (HIRATA, 2015).

No que concerne à mensuração das crenças sobre a doença mental, Maciel et al. (2015) ressaltaram que apesar de existirem escalas acerca da doença mental, elas não abordavam em específico as crenças sobre sua etiologia. Nesse sentido, os autores optaram por desenvolver uma escala que objetivasse avaliar as crenças compartilhadas acerca da natureza da doença mental, apresentando parâmetros satisfatórios de validade e precisão, a Escala de Crenças sobre a Doença Mental (ECDM; MACIEL et al., 2015). A escala é composta por 30 itens, elaborados de modo a representar os seis possíveis conjuntos de crenças sobre a etiologia da doença mental, sendo eles: psicológico, socioeconômico, biológico, uso de drogas, religioso e contingencial (MACIEL et al., 2015).

Diante da proposta do presente estudo, optou-se por adaptar os itens da ECDM, de modo que fossem avaliadas as possíveis causas que os adolescentes atribuem à depressão. O nome foi adaptado para Escala de Crenças sobre a Doença Mental – Versão Depressão (ECDM-D) (SILVA, BRITO, FARO, 2016, não publicado) e alterou-se apenas o objeto em questão no conteúdo dos itens. A exemplo das modificações feitas, o item número 1 foi alterado de “*A doença mental pode ser causada por um traumatismo craniano (queda que machuca a cabeça)*” para “*A depressão pode ser causada por um traumatismo craniano (queda que machuca a cabeça)*”. Aos demais itens, aplicou-se a mesma lógica.

Em suma, considerando o que fora apresentado até então, esta investigação teve como objetivo principal identificar as principais crenças socialmente compartilhadas sobre as causas da depressão, bem como analisar relações entre essas crenças, distância social, estereótipos e o perfil sociodemográfico dos participantes.

2 MÉTODO

2.1 Participantes

Participaram deste estudo 258 adolescentes, sendo 101 (39,1%) do sexo masculino e 157 (60,9%) do sexo feminino. Cento e dezesseis participantes (45,0%) foram provenientes de escolas públicas e 55,0% ($n = 142$) eram de escolas privadas, ambas do interior do Estado de Sergipe. A média de idade foi 16,0 anos (*Desvio Padrão [DP]* = 1,21). O critério de inclusão foi estar cursando do primeiro ao terceiro anos do ensino médio.

2.2 Instrumentos

A *Escala de Crenças sobre a Doença Mental – Versão Depressão* (ECDM-D) foi adaptada da Escala de Crenças sobre a Doença Mental (ECDM; MACIEL et al., 2015) por Silva, Brito e Faro (2016, não publicado). A ECDM-D objetiva mensurar as crenças compartilhadas acerca da natureza da depressão, sendo constituída por 14 itens com alternativas de resposta que variam a partir de uma escala *Likert* de concordância de cinco pontos (1 = Discordo totalmente a 5 = Concordo Totalmente). Esses itens são distribuídos em três fatores de crenças, a saber, psicológicas e socioeconômicas, uso de drogas e religiosas. Em sua adaptação e validação, a escala obteve indicadores considerados satisfatórios de consistência interna, com valores do alfa (α) de Cronbach de 0,68 no escore global, 0,71 no Fator 1, 0,72 no Fator 2 e 0,65 no Fator 3 (SILVA, BRITO, FARO, 2016, não publicado).

A escala sobre distância social é composta por oito itens que englobam situações como conviver/morar; casar-se; namorar; ser amigo; ficar; convidar para dormir em sua casa em um final de semana; convidar para fazer parte de um grupo de trabalho escolar; e permitir que uma pessoa diagnosticada com depressão sentasse ao seu lado em um ônibus, carro ou avião durante uma viagem longa. Ela é respondida através da marcação de uma escala *Likert* que varia de 1 a 5 (1 = certamente sim a 5 = definitivamente não), e visa mensurar a distância que as pessoas impõem aos sujeitos com depressão.

A lista de estereótipos foi formada por dez características que atribuímos às pessoas em geral, sendo quatro positivas (legal, agradável, inteligente e persistente) e seis negativas (irritante, egoísta, fraco, acomodado, mimado e frágil). O indivíduo deve assinalar, numa escala entre 1 e 7, o valor que representa o quanto aquela característica se aproxima de pessoas sem diagnóstico de depressão (1) ou com diagnóstico de depressão (7).

O questionário sociodemográfico foi constituído de informações sobre o sexo (masculino ou feminino), a idade (em anos), a série escolar (1º, 2º ou 3º anos), cor de pele (branca, preta, parda, amarela, indígena, outra), frequência em alguma igreja ou seguimento de alguma religião (não ou sim), escolaridade do pai e da mãe (até o fundamental, médio ou superior), renda média familiar (aproximada), além de questões sobre a presença de depressão, transtornos de ansiedade, esquizofrenia, alcoolismo, uso de maconha, crack, cocaína, anorexia ou bulimia e/ou tentativa de suicídio na família do participante (apenas pessoas mais próximas), em amigos ou colegas, bem como no próprio participante (atualmente ou ao longo de sua vida).

2.3 Procedimentos e aspectos éticos

Os pesquisadores entraram em contato com as escolas, apresentando a pesquisa e solicitando autorização para realizá-la e, após conversa com os diretores, os pesquisadores pediram autorização aos professores para usar um tempo de sua aula para aplicação dos questionários (aproximadamente 30 minutos). Em seguida, apresentou-se o estudo aos alunos, e estes receberam duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Aqueles que concordaram em participar do estudo assinaram os termos e receberam os questionários. Vale ressaltar que o presente estudo constitui-se como parte do Projeto 'Depressão em Aracaju (SE): Um Estudo Populacional' (CAAE: 54236016.0.0000.5546).

2.4 Análises de Dados

Para analisar os dados dessa pesquisa foi utilizado o programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*, versão 20). A priori, obtiveram-se as estatísticas descritivas das variáveis idade (frequência absoluta, frequência percentual, média e desvio padrão), sexo, escola, série, religiosidade, cor de pele e escolaridade do pai e da mãe (porcentagem e moda), para caracterização amostral. Para a correção dos instrumentos foram obtidos média e desvio padrão dos fatores 1 (*Psicológicos e socioeconômicos*), 2 (*Uso de drogas*) e 3 (*Religiosos*) da ECDM-D.

Utilizaram-se testes de correlação de Pearson entre a idade e os fatores da ECDM-D. Para analisar a relação entre os itens da escala e as variáveis sexo, escola, religiosidade, presença de depressão na família e presença de depressão no indivíduo anteriormente, aplicou-se o teste *t* de Student, a fim de comparar as médias. Com o mesmo objetivo, foi utilizado o teste ANOVA para relacionar os itens da escala com as variáveis série, cor de pele e escolaridade do pai e da mãe.

3 RESULTADOS

3.1 Perfil Sociodemográfico

A amostra foi composta por 39,1% de sujeitos do sexo masculino ($n = 101$) e 60,9% do sexo feminino ($n = 157$). A idade variou entre 13 e 21 anos, com média de 16,0 anos ($DP = 1,21$). Dentre o total, 23,6% dos estudantes ($n = 61$) cursavam o primeiro ano do ensino médio, 43% dos estudantes ($n = 111$) cursavam o segundo ano e 33,3% ($n = 86$) cursavam o terceiro ano do ensino médio.

No que diz respeito à cor de pele, 25,2% dos indivíduos eram brancos ($n = 65$), 7% eram pretos ($n = 18$), 54,7% eram pardos ($n = 141$), 7% eram amarelos ($n = 18$), 3,9% eram indígenas ($n = 10$) e 2,3% ($n = 6$) declararam ser de outra etnia. Quanto à religião, 17,1% dos adolescentes ($n = 44$) declararam não frequentar nenhuma igreja ou seguir alguma religião, enquanto 82,9% da amostra ($n = 214$) afirmaram frequentar alguma igreja ou seguir alguma religião. No que concerne à escolaridade do pai, 55,8% dos alunos ($n = 144$) indicaram frequência até o ensino fundamental, 25,6% ($n = 66$) indicaram que os pais frequentaram o ensino médio e 18,6% ($n = 48$) apontaram frequência no ensino superior. Quanto à escolaridade da mãe, 46,9% dos respondentes ($n = 121$) indicaram frequência até o ensino fundamental, 22,1% ($n = 57$) apontaram frequência no ensino médio e 31,0% dos participantes ($n = 80$) declararam frequência materna ao ensino superior.

Além disso, 38,8% da amostra ($n = 100$) informou que na sua família alguém passa ou já passou por depressão. Ademais, 7,8% ($n = 20$ pessoas) disseram já ter passado por depressão ao longo da vida. Quanto às escolas, 55% dos alunos ($n = 142$) frequentavam escolas particulares, enquanto 45% dos respondentes ($n = 116$) frequentavam escolas públicas. A presente amostra foi proveniente das cidades de Estância (21,3%), Itabaiana (33,7%) e Poço Verde (45,0%), todas localizadas no interior do Estado de Sergipe.

3.2 Escala de Distância Social, Lista de Estereótipos e Fatores da ECDM-D

O escore da Escala de Distância Social apresentou média de 18,5 pontos ($DP = 5,70$; $Mín. = 8$; $Máx. = 36$), de modo que quanto maior o valor, mais a pessoa se distanciaria de um indivíduo com depressão. Quanto às situações individuais, as médias ($Mín. = 1$; $Máx. = 5$) observadas foram: conviver/morar ($M = 2,5$; $DP = 1,18$), casar ($M = 3,1$; $DP = 1,07$), namorar ($M = 2,8$; $DP = 1,13$), ser amigo ($M = 1,9$; $DP = 1,09$), ficar ($M = 2,4$; $DP = 1,09$), dormir em casa num fim de semana ($M = 2,3$; $DP = 1,25$), fazer parte de grupo em trabalho escolar ($M = 1,6$; $DP = 1,02$), fazer uma viagem longa ($M = 1,4$; $DP = 0,91$).

No que diz respeito às porcentagens referentes ao distanciamento em cada situação, 56,6% ($n = 146$) dos indivíduos afirmaram que seria um incômodo conviver/morar com uma pessoa com depressão; 39,6% ($n = 102$) afirmou que não casaria com uma pessoa diagnosticada com depressão; 29,9% ($n =$

77) relatou que não namoraria uma pessoa deprimida; 74,4% ($n = 192$) pontuou que seria amigo de alguém deprimido; 54,6% ($n = 141$) afirmou que ficaria com uma pessoa diagnosticada com depressão; 59,3% ($n = 153$) relatou que convidaria para dormir em sua casa em um final de semana uma pessoa deprimida; 84,1% ($n = 217$) convidaria para fazer parte de um grupo de trabalho escolar uma pessoa com depressão e 89,1% ($n = 230$) permitiria que alguém com depressão sentasse ao seu lado em um ônibus, carro ou avião durante uma viagem longa.

As características da Lista de Estereótipos apresentaram valores como: 'legal' ($M = 3,1$; $DP = 1,32$); 'irritante' ($M = 4,1$; $DP = 1,39$); 'agradável' ($M = 3,3$; $DP = 1,41$); 'inteligente' ($M = 3,7$; $DP = 1,44$); 'egoísta' ($M = 3,8$; $DP = 1,47$); 'persistente' ($M = 3,8$; $DP = 1,69$); 'fraco(a)' ($M = 4,6$; $DP = 1,63$); 'acomodado(a)' ($M = 3,9$; $DP = 1,54$); 'mimado(a)' ($M = 3,7$; $DP = 1,53$); 'frágil' ($M = 5,2$; $DP = 1,76$). Quanto maior o valor ($Mín. = 1$; $Máx. = 7$), mais se atribuiu a característica a pessoas diagnosticadas com depressão e, quanto menor, mais este estereótipo estaria associado a alguém sem depressão.

Em relação aos fatores da ECDM-D, o Fator 1, sobre as crenças *Psicológicas e Socioeconômicas*, apresentou média de 23,1 pontos ($DP = 3,78$; $Mín. = 8$; $Máx. = 30$). O Fator 2, que diz respeito às crenças quanto ao *Uso de Drogas*, apresentou média de 13,8 ($DP = 3,02$; $Mín. = 4$; $Máx. = 20$). O Fator 3, referente às crenças *Religiosas*, obteve média 9,3 ($DP = 3,19$; $Mín. = 4$; $Máx. = 20$). Assim, quanto maior o valor apresentado, maior concordância com a respectiva origem acerca da origem da depressão.

3.3 Relações entre fatores da ECDM-D, características sociodemográficas, distância social e lista de estereótipos

As correlações entre os três fatores da ECDM-D e a variável idade dos participantes não foram significativas, dados os valores: Fator 1 x idade ($r = -0,036$; $p = 0,567$); Fator 2 x idade ($r = -0,006$; $p = 0,922$); Fator 3 x idade ($r = 0,101$; $p = 0,107$).

O resultado do teste t de Student mostrou que não houve diferença estatisticamente significativa entre os adolescentes do sexo masculino ($M = 22,9$; $DP = 3,78$) e do sexo feminino ($M = 23,2$; $DP = 3,78$) no que se refere ao Fator 1 da escala de crenças, sobre aspectos psicológicos e socioeconômicos ($t_{(256)} = -0,484$; $p = 0,629$). O Fator 2 da escala de crenças (uso de drogas) também não apresentou valores estatisticamente significativos ($t_{(256)} = -0,488$; $p = 0,626$) ao comparar o sexo masculino ($M = 13,7$; $DP = 3,13$) com o sexo feminino ($M = 13,8$; $DP = 2,96$). Da mesma forma aconteceu com o Fator 3 da escala (crenças religiosas), a comparação entre os sexos masculino ($M = 9,1$; $DP = 3,07$) e feminino ($M = 9,3$; $DP = 3,27$) também não foi estatisticamente significativa ($t_{(256)} = -0,500$; $p = 0,618$).

No que diz respeito ao Fator 1 da ECDM-D e a variável religiosidade do adolescente, o teste t de Student demonstrou valores estatisticamente significativos ($t_{(256)} = 2,797$; $p = 0,006$). Assim, os adolescentes que frequentam alguma igreja ou seguem alguma religião apresentaram menor média ($M = 22,8$; $DP = 3,73$) no Fator 1, que agrupa crenças psicológicas e socioeconômicas acerca da origem da depressão, do que aqueles que não frequentam igrejas ou seguem religião ($M = 24,5$; $DP = 3,69$). Ao comparar a média dos grupos de adolescentes que frequentam igreja/seguem religião ($M = 13,7$; $DP = 3,13$) ou não ($M = 14,0$; $DP = 2,45$), em relação ao Fator 2 da ECDM-D, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($t_{(256)} = 0,493$; $p = 0,623$). Em relação ao Fator 3 da escala de crenças e a variável religiosidade do adolescente, o teste t de Student apontou diferença estatisticamente significativa ($t_{(256)} = -2,799$; $p = 0,006$). Aqueles que possuem e/ou seguem alguma igreja e/ou religião relataram maior média ($M = 9,5$; $DP = 3,17$) no Fator 3 (religioso) da ECDM-D do que os que não possuem e/ou seguem alguma igreja e/ou religião ($M = 8,1$; $DP = 3,04$).

Verificou-se ainda que não houve diferença estatisticamente significativa entre os adolescentes com presença de depressão na família ($M = 23,4$; $DP = 3,46$) e com ausência de depressão entre os familiares ($M = 22,9$; $DP = 3,96$), no que diz respeito ao Fator 1 da escala de crenças, acerca dos

aspectos psicológicos e socioeconômicos ($t_{(256)} = -1,040$; $p = 0,299$). O Fator 2 da escala de crenças, referente ao uso de drogas, também não apresentou valores estatisticamente significativos ($t_{(256)} = -0,220$; $p = 0,826$) ao comparar presença de depressão na família ($M = 13,8$; $DP = 3,25$) à ausência de depressão entre os familiares ($M = 13,7$; $DP = 2,87$). Em relação ao Fator 3 da escala, sobre crenças religiosas, a comparação entre a presença de depressão na família ($M = 9,2$; $DP = 3,24$) e ausência de depressão familiar ($M = 9,3$; $DP = 3,17$) igualmente não foi estatisticamente significativa ($t_{(256)} = 0,169$; $p = 0,866$).

Também não se observou diferença estatisticamente significativa entre o Fator 1 da escala de crenças ($t_{(256)} = -1,528$; $p = 0,128$) comparado à presença ($M = 24,3$; $DP = 3,24$) ou ausência de depressão no indivíduo anteriormente ($M = 23,0$; $DP = 3,80$), bem como entre o Fator 2 ($t_{(256)} = -1,515$; $p = 0,131$), no qual igualmente não foram encontrados valores significativos entre os adolescentes com depressão anteriormente ($M = 14,8$; $DP = 2,28$) e aqueles sem depressão anterior ($M = 13,7$; $DP = 3,06$). Do mesmo modo ocorreu com o Fator 3 da escala de crenças, sobre aspectos religiosos ($t_{(256)} = 1,612$; $p = 0,108$), não havendo também diferença estatisticamente significativa entre os adolescentes anteriormente deprimidos ($M = 8,2$; $DP = 3,36$) e sem transtorno depressivo anterior ($M = 9,3$; $DP = 3,16$).

O resultado da ANOVA indicou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos da variável série (1º ano, 2º ano e 3º ano) apenas em relação ao Fator 1 (crenças psicológicas e socioeconômicas) da escala de crenças [$F_{(2, 255)} = 13,024$; $p < 0,001$]. Nos Fatores 2 [$F_{(2, 255)} = 0,012$; $p = 0,988$] e 3 [$F_{(2, 255)} = 1,520$; $p = 0,221$] não foram observadas diferenças significativas entre os grupos. Quanto ao Fator 1, o teste Post Hoc (Games-Howell) revelou que houve diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre as médias dos grupos do 1º ano com o do 2º ano ($p = 0,002$), e do 1º ano com o do 3º ano ($p < 0,001$). Apenas entre os grupos do 2º e do 3º anos não se observou diferenças significativas entre as médias obtidas por estes ($p = 0,171$).

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos da variável cor de pele (branca, preta, parda, amarela, indígena, outra) em relação aos Fatores 1 ($p = 0,273$), 2 ($p = 0,994$) e 3 ($p = 0,354$) da escala de crenças.

Encontrou-se diferença significativa entre os grupos da variável escolaridade do pai ('até o fundamental', 'médio', 'superior') apenas em relação ao Fator 3 (crenças religiosas) da ECDM-D [$F_{(2, 255)} = 3,151$; $p = 0,044$]. O teste Post Hoc (Tukey) apontou diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) apenas entre as médias dos grupos 'até o fundamental' e 'ensino médio' ($p = 0,047$). Não foram observadas diferenças significativas entre as médias dos grupos 'até o fundamental' e 'superior' ($p = 0,332$) e entre os grupos 'médio' e 'superior' ($p = 0,809$). Os Fatores 1 [$F_{(2, 255)} = 1,858$; $p = 0,158$] e 2 [$F_{(2, 255)} = 1,854$; $p = 0,159$] não apresentaram diferenças significativas entre os grupos dessa variável.

No que diz respeito à variável escolaridade da mãe ('até o fundamental', 'médio', 'superior'), apresentou-se diferença estatisticamente significativa entre grupos nos Fatores 1 [$F_{(2, 255)} = 3,352$; $p = 0,037$] e 2 [$F_{(2, 255)} = 3,012$; $p = 0,051$] da escala de crenças. Não houve diferença significativa no que concerne ao Fator 3 [$F_{(2, 255)} = 2,741$; $p = 0,066$]. O teste Post Hoc (Tukey) apontou diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) apenas entre as médias dos grupos 'até o fundamental' e 'ensino médio' ($p = 0,029$) obtidas no Fator 1 da ECDM-D. Não houve diferença significativa entre as médias dos grupos 'até o fundamental' e 'superior' ($p = 0,424$) e entre os grupos 'médio' e 'superior' ($p = 0,376$) no que diz respeito ao Fator 1. Do mesmo modo, no Fator 2 (crenças acerca do uso de drogas), o teste Post Hoc Games-Howell demonstrou diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) tão-somente entre as médias dos grupos 'até o fundamental' e 'médio' ($p = 0,030$). Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos 'até o

fundamental' e 'superior' ($p = 0,487$) e entre os grupos 'médio' e 'superior' ($p = 0,466$) em relação ao Fator 2.

O Fator 1 da ECDM-D correlacionou-se de forma negativa, fraca e significativa com a escala de Distância Social ($r = -0,165$; $p = 0,008$), indicando que, quanto menos um indivíduo se distancia de um sujeito com depressão, mais ele acredita que as origens da depressão estejam ligadas a fatores psicológicos e socioeconômicos. Os fatores 2 ($r = -0,046$; $p = 0,463$) e 3 ($r = 0,101$; $p = 0,107$) da ECDM-D não apresentaram correlações significativas com a escala de Distância Social.

No que diz respeito à lista de estereótipos, apenas a correlação entre o Fator 1 da ECDM-D e a característica 'frágil' apresentou-se de forma significativa ($r = 0,134$; $p = 0,031$), com valores que sugerem uma correlação positiva e fraca, indicando que, quanto mais as pessoas acreditam que sujeitos com diagnóstico de depressão são frágeis, mais creem também na origem psicológica e socioeconômica da depressão. Ademais, as correlações entre o Fator 1 e 'legal' ($r = 0,121$; $p = 0,052$); 'irritante' ($r = 0,099$; $p = 0,113$); 'agradável' ($r = 0,048$; $p = 0,447$); 'inteligente' ($r = 0,109$; $p = 0,082$); 'egoísta' ($r = 0,004$; $p = 0,948$); 'persistente' ($r = -0,009$; $p = 0,891$); 'fraco' ($r = -0,031$; $p = 0,624$); 'acomodado' ($r = -0,003$; $p = 0,963$); e 'mimado' ($r = 0,043$; $p = 0,495$) não foram significativas.

Em relação à lista de estereótipos e o Fator 2 da ECDM-D, nenhuma característica apresentou valores significativos de correlação: 'legal' ($r = 0,026$; $p = 0,673$); 'irritante' ($r = 0,059$; $p = 0,341$); 'agradável' ($r = 0,021$; $p = 0,742$); 'inteligente' ($r = -0,043$; $p = 0,488$); 'egoísta' ($r = 0,059$; $p = 0,343$); 'persistente' ($r = 0,007$; $p = 0,908$); 'fraco' ($r = -0,018$; $p = 0,772$); 'acomodado' ($r = 0,005$; $p = 0,940$); 'mimado' ($r = 0,030$; $p = 0,630$); e 'frágil' ($r = 0,044$; $p = 0,482$). Ademais, a correlação entre a lista de estereótipos e o Fator 3 da ECDM-D também não apresentou valores significativos: 'legal' ($r = -0,118$; $p = 0,057$); 'irritante' ($r = 0,056$; $p = 0,368$); 'agradável' ($r = 0,073$; $p = 0,245$); 'inteligente' ($r = -0,083$; $p = 0,185$); 'egoísta' ($r = 0,049$; $p = 0,429$); 'persistente' ($r = 0,021$; $p = 0,733$); 'fraco' ($r = 0,086$; $p = 0,169$); 'acomodado' ($r = 0,086$; $p = 0,170$); 'mimado' ($r = 0,086$; $p = 0,169$); e 'frágil' ($r = -0,007$; $p = 0,913$).

4 DISCUSSÃO

O presente estudo buscou analisar relações entre as crenças sobre depressão, distância social, estereótipos e o perfil sociodemográfico dos participantes. Os resultados, de modo geral, indicaram que os adolescentes costumam se distanciar mais socialmente de pessoas acometidas com depressão nas situações em que existe maior contato ou exposição a estas, sendo que, em situações de pouca exposição, tal distanciamento foi observado em menor frequência. Alguns estereótipos negativos foram mais comumente atribuídos aos deprimidos, enquanto os estereótipos positivos foram mais comumente atribuídos a pessoas sem depressão. Ademais, observou-se que a religiosidade dos adolescentes e a escolaridade dos pais poderiam ser fatores influentes no que diz respeito às crenças sobre a origem da depressão.

Sobre a relação entre depressão e a escala de distância social, observou-se que os participantes responderam à escala de forma mediana, indicando que eles se relacionam com indivíduos depressivos de maneira intermediária, nem se afastando completamente, nem se aproximando por completo. A Escala de Distância Social objetivou mensurar a distância que as pessoas impõem aos sujeitos com depressão, assim como o estudo de Ozmen et al. (2004). No entanto, neste último, foram observados altos índices de crenças negativas direcionadas aos sujeitos depressivos, apresentando uma tendência a isolar esses sujeitos da sociedade, bem como crenças que diziam respeito à periculosidade destes. Por exemplo, 28,0% disseram que se sentiriam desconfortáveis tendo vizinhos com depressão, 40,0% disseram que não queriam trabalhar com essas pessoas e 43,0% afirmaram que não alugariam suas casas para um depressivo. Ainda, 65,0% indicaram que não se casariam com esses indivíduos, enquanto 43,0% dos participantes acreditavam na agressividade de pessoas depressivas. Tais resultados indicaram a existência de um distanciamento social direcionado às pessoas acometidas com depressão, bem como crenças negativas acerca

destas.

Já no presente trabalho, observou-se que os respondentes se afastariam mais em situações que demandam mais contato e exposição, como conviver e morar, casar e namorar. No que diz respeito às situações mais temporárias ou com menor exposição ou contato, os resultados apresentaram-se de maneira mais positiva, indicando que 74,4% da amostra gostaria de ser amiga de uma pessoa diagnosticada com depressão; 84,1% convidaria para fazer parte de um grupo de trabalho escolar uma pessoa diagnosticada com depressão; e 89,1% permitiria que uma pessoa deprimida sentasse ao seu lado em um ônibus, carro ou avião durante uma viagem longa. Ademais, os resultados indicaram que quanto menos um indivíduo se distancia de um sujeito com depressão, mais ele acredita que as origens da depressão estejam ligadas a fatores psicológicos e socioeconômicos.

Uma possível explicação para as divergências entre os resultados desses estudos pode ser explicada pela lacuna de doze anos existente entre a realização dos mesmos. Atualmente as pessoas têm maior acesso à informação e conhecimento, fato que pode ajudar a entender em partes essas diferenças observadas. Além disso, outro fator que explanaria a discrepância nos dados seria a diferença de idade entre os respondentes, visto que a pesquisa de Ozmen et al. (2004) utiliza adultos como sujeitos, enquanto a presente pesquisa possuiu uma amostra composta por adolescentes. Nesse sentido, pode-se dizer que os adolescentes ainda estão em fase de desenvolvimento, principalmente no que diz respeito às partes cognitiva e social, bem como a formação de sua identidade, podendo interferir na forma como esses indivíduos pensam e agem.

Numa pesquisa realizada em Portugal (LOUREIRO et al., 2012), que objetivou avaliar o conhecimento e as crenças acerca dos transtornos mentais, bem como seus fatores de risco, causas e conhecimento sobre ajuda profissional disponível, verificou-se que 32,0% da amostra de adolescentes escolares identificou corretamente a depressão, bem como 66,3% tenderiam a buscar ajuda. Apesar de ser um estudo mais recente, a amostra apresentou valores muito baixos para o reconhecimento da depressão, o que indica que existe uma necessidade de promover a identificação correta do problema, de modo a evitar uma lacuna entre a linguagem do senso comum e a dos profissionais, possibilitando a busca adequada de ajuda (LOUREIRO et al., 2012).

No que diz respeito aos estereótipos, observou-se no presente estudo que foram direcionadas a pessoas com depressão características mais negativas, como irritante, fraco(a), acomodado(a) e frágil. Sobre isso, HIRATA (2015) pontua que o estigma e o preconceito são muito frequentes na depressão, e estão associados à baixa autoestima, isolamento social, menor procura e menor aderência ao tratamento. Isto porque o rótulo “doença mental” comumente é associado à loucura, perda da razão, agressividade, entre outros, exercendo um papel negativo (HIRATA, 2015; MACIEL et al., 2011). Hirata (2015) ressalta ainda que o estigma não compromete apenas o tratamento, mas marca também os pacientes, suas famílias, as instituições de tratamento, o uso de medicamentos, o acesso ao trabalho, as atividades escolares e sociais. Além disso, os resultados do presente trabalho apontaram que quanto mais as pessoas acreditam que sujeitos com diagnóstico de depressão são frágeis, mais creem também na origem psicológica e socioeconômica da depressão. Vale ressaltar que características positivas foram mais atribuídas a pessoas sem depressão, dado que reforçaria o quanto se enxerga de maneira negativa os indivíduos deprimidos.

Gomes (2011) relata que o desenvolvimento da medicina psiquiátrica possibilitou, através de observações clínicas que vêm sendo realizadas há mais de um século, estudos que assinalam uma relação entre depressão e religiosidade. Apesar de o envolvimento religioso ser uma variável pouco incluída em estudos sobre depressão, o presente estudo utilizou essa variável e obteve resultados significativos, que indicam que os adolescentes que frequentam alguma igreja ou seguem alguma religião acreditam menos na origem psicológica e socioeconômica da depressão, bem como creem mais que esta origine-se a partir de fatores religiosos. Gomes (2011) ressalta que pesquisas mais recentes têm procurado investigar a relação existente entre depressão e os níveis de envolvimento religioso, e o quanto esse envolvimento pode implicar em como as pessoas lidam com eventos de

vida negativos. Sobretudo, ainda são poucos os estudos nessa área, sendo relevante a realização de novas pesquisas sobre essas variáveis, a fim de explicar melhor o quanto a religiosidade pode influenciar no fenômeno da depressão.

No presente estudo, ficaram definidas como as principais causas da depressão fatores psicológicos e socioeconômicos (problemas financeiros, instabilidade emocional, desemprego, excesso de tristeza, entre outros), uso de drogas e crenças acerca da origem religiosa da depressão (falta de fé em Deus, manifestação de espíritos). Os resultados aqui apresentados corroboram com os achados de outros estudos que têm avaliado como a população geral identifica a depressão e quais são as causas atribuídas a ela, destacando-se causas de natureza psicossocial, como eventos estressantes na vida da pessoa, explicações biológicas e causas de natureza espiritual ou religiosa (BARROS et al., 2006; KIRMAYER, YOUNG, ROBBINS, 1994; PELUSO, BLAY, 2008).

Ademais, outro resultado significativo apresentado na pesquisa foi o de que a escolaridade paterna e materna pode influenciar nas crenças dos adolescentes no que diz respeito às causas da depressão. De acordo com Moraes, Gallani e Meneghin (2006), pode-se pensar que a baixa escolaridade dos pais faz com que os adolescentes não encontrem suporte em casa para falar sobre determinados assuntos, havendo uma lacuna de respostas ou argumentos para fomentar discussões, de modo que os adolescentes não dispõem de condições para estabelecer opiniões e atitudes frente às divergentes situações da vida.

Como limitações da pesquisa, é possível citar o tamanho amostral utilizado, que pode ser considerado pequeno, bem como o tipo da amostra (não probabilística). Para futuros estudos, sugere-se o aprofundamento de algumas variáveis como a influência da religiosidade e da escolaridade dos pais nas crenças sobre a depressão, bem como outros aspectos sociodemográficos relevantes, como a renda, visto que existem poucas pesquisas que focam nestes construtos.

Outro ponto a ser destacado é o fato de que a depressão é um transtorno limitante, que pode afetar o desempenho escolar dos indivíduos acometidos (TEODORO, 2009). Apesar de este não ser um estudo de rastreamento de sintomas, torna-se tão importante quanto, pois, à medida que tenta identificar o conhecimento e as crenças dos adolescentes em relação ao transtorno depressivo, coleta dados importantes para que sejam realizadas intervenções psicoeducativas com este grupo, a fim de desmistificar crenças equivocadas e tabus recorrentes acerca do fenômeno.

Por fim, ressalta-se a importância de conhecer a forma como as pessoas representam ou entendem os transtornos mentais, visto que o modo que elas pensam tende a ser um indicador de como se comportam frente à doença. No que diz respeito às crenças sobre a depressão, torna-se ainda mais relevante avaliar o que pensam os adolescentes, uma vez que este é um grupo vulnerável e que apresenta altos índices da doença. Assim, novas pesquisas nesse campo poderão auxiliar no reconhecimento das crenças dos adolescentes sobre as origens da depressão, possibilitando o planejamento de intervenções com o objetivo de prevenir e mudar o comportamento relativo à saúde (STROEBE; STROEBE, 1995). No mais, o conhecimento adequado acerca da doença, além de beneficiar o tratamento dos possíveis pacientes, também minimiza a criação e propagação de estereótipos, que podem levar ao distanciamento social e consequente isolamento desses sujeitos.

BIBLIOGRAFIA

ABELHA, L. Depressão, uma questão de saúde pública. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 22, n. 3, p. 223. 2014. doi:10.1590/1414-462X201400030001

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA]. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais*: DSM-5. 5a ed. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Porto Alegre: Artmed. 2014.

ARGIMON, I. I. L. et al. Intensidade de sintomas depressivos em adolescentes através da escala de depressão de Beck (BDI-II). *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, v. 33, n. 85, p. 354-372. 2013.

AVANCI, J. Q.; ASSIS, S. G.; OLIVEIRA, R. V. C. Sintomas depressivos na adolescência: Estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 10, p. 2334-2346. 2008. doi:10.1590/S0102-311X2008001000014

BAHLS, S.-C. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, v. 78, n. 5, p. 359-66. 2002. doi:10.1590/S0021-75572002000500004

BARROS, A. P. R. et al. As representações sociais da depressão em adolescentes no contexto do ensino médio. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 23, n. 1, p. 19-28. 2006.

BERENZON, S. et al. Depresión: Estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, v. 55, n. 1, p. 74-80. 2013.

CRIVELATTI, M. M. B.; DURMAN, S.; HOFSTATTER, L. M. Sofrimento psíquico na adolescência. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 15(spe), p. 64-70. 2006. doi:10.1590/S0104-07072006000500007

DAMIÃO, N. F. et al. Representações sociais da depressão no ensino médio – um estudo sobre duas capitais. *Psicologia & Sociedade*, v. 23, n. 1, p. 114-124. 2010.

FRIEDMAN, E. S. Classification, causes, and epidemiology. In FRIEDMAN, E. S.; ANDERSON, I. M. (Orgs.). *Handbook of Depression*: Second Edition. Springer Healthcare: London, UK, 2014. p. 1-12.

GOMES, A. M. A. Um olhar sobre depressão e religião numa perspectiva compreensiva. *Estudos de Religião*, v. 25, n. 40, p. 81-109. 2011. doi: 10.15603/2176-1078/er.v25n40p81-109

HIRATA, E. S. Estigma e depressão. *Revista Brasileira de Medicina (Neuropsiquiatria)*, v. 71, n.1, p. 3-15. 2015.

KIRMAYER, L. J.; YOUNG, A.; ROBBINS, J. M. Symptom attribution in cultural perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, v. 39, n. 10, p. 584-95. 1994.

LARA, M. A. et al. Population study of depressive symptoms and risk factors in pregnant and parenting Mexican adolescents. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 31, n. 2, p. 102-108. 2012.

LAWRENCE, V. et al. Concepts and causation of depression: A cross-cultural Study of the beliefs of older adults. *The Gerontologist*, v. 46, n. 1, p. 23-32. 2006.

LOUREIRO, L. et al. Reconhecimento da depressão e crenças sobre procura de ajuda em jovens portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, v. 7, n. 1, p. 13-17. 2012.

MACIEL, S. C. et al. Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. *Temas em Psicologia*, v. 19, n. 1, p. 193-204. 2011.

MACIEL, S. C. et al. Desenvolvimento e validação da Escala de Crenças sobre a Doença Mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 28, n. 3, p. 463-473. 2015. doi:10.1590/1678-7153.201528305

MARULANDA, F. A. T.; GIRALDO, L. A. L.; VILLEGAS, J. F. R. Características del estado de salud mental de jóvenes en condiciones vulnerables. *Revista Cubana de Salud Pública*, v. 39, n. 3, p. 462-473. 2013.

MORAES, M. W.; GALLANI, M. C. B. J.; MENECHIN, P. Crenças que influenciam adolescentes na doação de órgãos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 40, n. 4, p. 484-92. 2006.

MORAIS, L. M.; MASCARENHAS, S. A. N.; RIBEIRO, J. L. P. Estudo exploratório das escalas de estresse, ansiedade e depressão: Orientação para a saúde psicológica na universidade e seus efeitos sobre o rendimento acadêmico: Um estudo com estudantes do IEAA/UFAM. In *ANAIS DA SEMANA EDUCAÇÃO*, v. 1, n. 1, 2010.

OSPINA-OSPINA, F. C. et al. Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Revista de Salud Pública*, v. 13, n. 6, p. 908-920. 2011. doi:10.1590/S0124-00642011000600004

OZMEN, E. et al. Public attitudes to depression in urban Turkey: The influence of perceptions and causal attributions on social distance towards individuals suffering from depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 39, n. 1, p. 1010–1016. 2004.

PELUSO, E. T. P.; BLAY, S. L. Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 1, p. 41-48. 2008. doi:10.1590/S0034-89102008000100006

RESENDE, C. et al. Depressão nos adolescentes – mito ou realidade *NASCER E CRESCER, Revista de Pediatria do Centro Hospitalar do Porto*, v. 22, n. 3, p. 145-150. 2013.

RIBEIRO, J. L. P. *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto, 2007.

RIBEIRO, K. C. S.; NASCIMENTO, E. S.; COUTINHO, M. P. L. Representação social da depressão em uma instituição de ensino da rede pública. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 30, n. 3, p. 448-463. 2010. doi:10.1590/S1414-98932010000300002

RIBEIRO, M. V.; MACUGLIA, G. C. R.; DUTRA, M. M. Terapia cognitivo-comportamental na depressão infantil: Uma proposta de intervenção. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 9, n. 2, p. 81-92. 2013. doi:10.5935/1808-5687.20130012

SAJJADI, H. et al. A systematic review of the prevalence and risk factors of depression among Iranian adolescents. *Global Journal of Health Science*, v. 5, n. 3, p. 16-27. 2013. doi:10.5539/gjhs.v5n3p16

SILVA, B. F. P.; BRITO, A.; FARO, A. *Evidências de Validade da Escala de Crenças sobre a Doença Mental – Versão Depressão (ECDM-D)*. 2016. Não publicado.

STROEBE, W.; STROEBE, M. S. Determinantes do comportamento de saúde: Uma análise a nível da Psicologia Social. In _____, *Psicologia social e saúde*. Lisboa: Instituto Piaget, 1995. p. 31-70.

TEODORO, W. L. G. *Depressão: Corpo, mente e alma*. Uberlândia: Minas Gerais. 2009. 240 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. *Depression: A global public health concern*. 2012. Disponível em: . Acesso em: 22 de jul. 2018.