

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**SINTOMAS DEPRESSIVOS EM ADOLESCENTES USUÁRIOS E NÃO
USUÁRIOS DE MACONHA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

TÂNIA MORAES RAMOS ANDRADE

Mestranda

Prof.^a Dr.^a Irani Iracema de Lima Argimon

Orientadora

Porto Alegre, Março de 2006.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**SINTOMAS DEPRESSIVOS EM ADOLESCENTES USUÁRIOS E NÃO
USUÁRIOS DE MACONHA**

TÂNIA MORAES RAMOS ANDRADE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Prof.^a Dr.^a Irani Iracema de Lima Argimon

Orientadora

Porto Alegre, Março de 2006.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Tânia Moraes Ramos Andrade

**SINTOMAS DEPRESSIVOS EM ADOLESCENTES USUÁRIOS E NÃO
USUÁRIOS DE MACONHA**

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Irani Iracema de Lima Argimon

PRESIDENTE

Prof.^a Dr.^a Margareth da Silva Oliveira

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

PROF. DR. SÉRGIO DE PAULA RAMOS

Unidade de Dependência Química – Hospital Mãe de Deus

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A553s Andrade, Tânia Moraes Ramos
Sintomas depressivos em usuários e não usuários de maconha
/ Tânia Moraes Ramos Andrade. — Porto Alegre, 2006.
104 f.

Diss. (Mestrado) – Faculdade de Psicologia. Programa de
Pós-Graduação em Psicologia. Mestrado em Psicologia Clínica.
PUCRS, 2006.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Irani de Lima Argimon

1. Adolescentes - Uso de Drogas. 2. Depressão. 3. Maconha.
4. Tóxicos - Adolescentes. 5. Drogas. I. Título.

CDD 155.5

Bibliotecário Responsável

Ednei de Freitas Silveira
CRB 10/1262

*Ao meu amado filho Matheus,
pela sua alegria e compreensão, que
tanto me impulsionaram na conquista
deste objetivo.*

*Ao meu marido e grande amor,
Daniel, que me incentiva nos meus
desafios profissionais e pessoais.*

*Aos meus pais, César e Lourdes,
meu irmão Gustavo e Nery, minha avó,
pelo carinho e apoio.*

*A Deus pela oportunidade de
aprender e trabalhar.*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof. Dra. Irani Iracema de Lima Argimon, modelo de dedicação e profissionalismo, meus agradecimentos pelo o carinho e compreensão dedicados durante o tempo que passamos juntas.

Aos integrantes do grupo de pesquisa Avaliação e Intervenção Psicológica no Ciclo Vital da PUCRS pelo trabalho em equipe desenvolvido de forma profissional e harmônica tornando as horas que passamos juntos muito agradáveis. Em especial à bolsista de iniciação científica, Patrícia Scheeren pela contribuição dada a minha pesquisa interessando-se e ajudando com muita disponibilidade.

Às colegas Eluisa Schmidt grande incentivadora e exemplo de dedicação, a Claudia Buarque pelo seu ensinamento como Terapeuta Familiar em dependência química e amizade.

Aos colegas de Mestrado em Psicologia Clínica pelo ambiente alegre de amizade e incentivador nesta etapa.

Ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUCRS, às secretárias e aos professores da área Clínica, especialmente à Dra. Blanca Werlang, Dra. Marisa Campio Muller e Dra. Maria Lúcia Tiellet Nunes pelos ensinamentos científicos e carinho.

Aos Professores da Comissão Examinadora Dr. Sergio de Paula Ramos, profissional que tanto contribui com o estudo e aperfeiçoamento de profissionais que trabalham com dependência química e também da comunidade

portoalegrense criando programas de prevenção para adolescentes e auxiliando no tratamento de dependentes químicos e Dra. Margareth Oliveira, profissional desta instituição que vem contribuindo com o desenvolvimento da pesquisa científica em dependência química e do aperfeiçoamento de profissionais em Psicoterapia Cognitiva Comportamental. Agradeço a estes profissionais por terem aceitado o convite contribuindo ainda mais para o meu aprendizado.

Aos profissionais das escolas e adolescentes que gentilmente contribuíram ao desenvolvimento desta pesquisa.

A minha grande amiga, psiquiatra Maria da Graça de Castro pela dedicação e disponibilidade em auxiliar na aprendizagem da dependência química, pelo incentivo no ingresso e durante todo o mestrado.

À Dra. Renata Brasil Araújo, pela amizade e conhecimento que tanto contribuíram para esta pesquisa.

À Dra. Lúcia Duarte pelo modelo de profissional e por ter acompanhado e incentivado minha carreira desde minha formação como psicóloga.

Agradeço, com carinho especial, minha amada família, pais, irmão e querida avó, por estarem sempre ao meu lado incentivando meu crescimento profissional, pela formação humana e cristã e pelos princípios transmitidos.

Ao meu marido e meu filho que com muita compreensão e amor estiveram ao meu lado apoiando-me nesta caminhada.

Á Deus pela oportunidade de aprender e ajudar aos que procuram meu trabalho.

SUMÁRIO

Dedicatória	5
Agradecimentos	6
Sumário	8
Lista de abreviaturas	9
Lista de ilustrações	10
Resumo	11
I – Apresentação	13
II- Projeto de Dissertação	16
III – Parecer do Comitê de Ética da PUCRS	53
IV – Artigo Teórico- Sintomas Depressivos e Uso de Cannabis em adolescentes	55
V – Artigo Empírico– Sintomas Depressivos e Uso na Vida de Substâncias Psicoativas em Adolescentes	74
VI- Considerações Finais	99
VII – Anexo A –Normas de publicação da Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul	101
VIII – Anexo B - Normas de publicação do Jornal de Pediatria	108

LISTA DE ABREVIATURAS

DHHS	<i>Department of Health Human Service</i>
NIMH	<i>National Institute of Mental Health</i>
SNC	Sistema Nervoso Central
CES-D	<i>Center for Epidemiological Studies for Depression</i>
NIDA	<i>National Institute on Drug Abuse</i>
BDI	Inventário de Depressão de Beck
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
NHSDA	<i>National Household Survey on Drug Abuse</i>

LISTA DE ILUSTRAÇÕES**Artigo Teórico**

Tabela1- Tipo de estudo, classificação de dependência ou uso de <i>cannabis</i> e de sintomas depressivos ou Depressão Maior em adolescentes	73
---	----

Artigo Empírico

Tabela 1 - Distribuição da classificação dos sintomas depressivos de acordo com o gênero	94
Tabela 2 - Uso na vida de substâncias psicoativas entre os gêneros (n=703)	95
Tabela 3 - Comparação das médias dos sintomas depressivos e uso na vida de substâncias psicoativas apresentadas pelos adolescentes	96
Tabela 4 - Uso na vida de substâncias psicoativas entre os adolescentes das escolas privada e pública (n=706)	97
Tabela 5 - Variáveis preditoras dos sintomas depressivos em adolescentes	98

RESUMO

A adolescência é uma fase marcada por mudanças físicas e psicológicas, sendo um momento propício ao surgimento de transtornos psicológicos.

O interesse pelo estudo da depressão na adolescência é recente e tem chamado a atenção de alguns pesquisadores devido a sua elevada prevalência e os riscos com o uso de substâncias psicoativas.

Com o objetivo de estudar a temática: associação entre sintomas depressivos e uso na vida de cannabis, foi elaborada esta dissertação que está composta por dois artigos, sendo um de revisão teórica e outro empírico. No artigo teórico foi realizada, através de revisão sistemática, a análise dos artigos indexados localizados nos sistemas *Medline*, *PsycInfo*, *ProQuest*, *Web of Science* e *Lilacs*, entre 2000 e 2005, usando os descritores: *depressive symptoms*, *adolescence*, *teenager*, *cannabis*. Foram revisados 80 *abstracts*, tendo sido selecionados 36 artigos completos, sendo incluídos os 9 artigos que tratavam de sintomas depressivos ou depressão e o uso ou dependência de *cannabis* em adolescentes. A maioria dos estudos afirma existir uma associação entre sintomas depressivos e o uso de *cannabis* na adolescência, cabe salientar que esta associação é mais freqüente no uso precoce e regular de *cannabis*. Tendo em vista estes achados tornam-se importante a investigação destas variáveis na prática clínica quando se atende esta clientela.

O segundo artigo, empírico, responde ao projeto que deu origem a esta dissertação, que objetivou verificar a associação entre os sintomas depressivos e uso na vida de substâncias psicoativas em adolescentes. Trata-se de um estudo

de delineamento transversal, com amostra por conveniência. Participaram 706 adolescentes entre 15 a 22 anos de idade, de uma escola pública e uma escola privada de Porto Alegre-RS. Os instrumentos utilizados foram, uma Ficha de Dados Sociodemográficos que investiga também hábitos do adolescente, desempenho escolar e uso de substâncias psicoativas e o Inventário de Depressão de Beck (BDI). Os resultados indicaram a existência de 28% de sintomas depressivos na amostra. As meninas tiveram escores mais altos que os meninos. Os adolescentes que fizeram uso na vida de álcool, tabaco e cocaína apresentaram mais sintomas depressivos, havendo uma associação entre sintomas depressivos e o uso destas substâncias psicoativas.

Palavras-chave: sintomas depressivos, depressão, adolescência, cannabis, substâncias psicoativas

Área conforme classificação do CNPq:

Área de Conhecimento: Ciências Humanas

7.07.00.00-1 - Psicologia

Subárea conforme classificação do CNPq:

7.07.07.00-6 - Psicologia do Desenvolvimento Humano

7.07.10.00-7 - Tratamento e Prevenção Psicológica

I APRESENTAÇÃO

O presente trabalho é uma exigência para a conclusão do Curso de Mestrado em Psicologia Clínica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma dissertação de mestrado, inserida no Grupo de Pesquisa Avaliação e Intervenção Psicológica no Ciclo Vital, coordenado pela Professora Dra. Irani Iracema de Lima Argimon.

Nessa dissertação foram elaborados dois artigos sobre a associação entre sintomas depressivos ou depressão e uso, abuso ou dependência de cannabis, sendo um de revisão teórica, intitulado “Sintomas Depressivos e Uso de Cannabis em Adolescentes: Revisão Teórica” que será submetido à publicação na Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul e outro artigo empírico intitulado “Sintomas Depressivos e Uso na Vida de Substâncias Psicoativas em Adolescentes” que será encaminhado ao Jornal de Pediatria, os dois estudos foram oriundos do Projeto de Pesquisa intitulado “Sintomas Depressivos em Adolescentes Usuários e não Usuários de Maconha”.

A adolescência é uma fase do ciclo vital caracterizada por mudanças físicas e psicológicas, sendo esta etapa da vida, a fase de início de vários transtornos psiquiátricos, entre os quais os relacionados ao uso de substâncias psicoativas e os de humor. Avaliar o uso de substâncias psicoativas, bem como os sintomas depressivos é tarefa importante para os profissionais da saúde que trabalham com adolescentes, para possibilitar o tratamento precoce e minimizar os custos sociais, pessoais, familiares e acadêmicos ou ocupacionais associados.

Considerando os aspectos mencionados buscou-se investigar nesta dissertação a prevalência de sintomas depressivos e a associação entre o uso na vida de cannabis. No transcorrer da pesquisa, no entanto, devido aos achados quanto ao uso na vida das outras substâncias pesquisadas (cocaína, álcool, tabaco, solventes e outras) ampliou-se o objetivo, avaliando, também, a associação destas com os sintomas depressivos em adolescentes de uma escola privada e uma pública de Porto Alegre - RS.

Neste estudo foram utilizados termos tais como “uso na vida” que de acordo com a classificação da OMS, citada por Galduróz (2005) é quando a pessoa fez uso de qualquer droga psicotrópica pelo menos uma vez na vida, enquanto os conceitos de Dependência de substância e Abuso estão conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV (2000). A substância cannabis é reconhecida por várias denominações em nosso país, neste estudo optou-se por manter o nome em latim.

Os artigos serão apresentados de acordo com as normas exigidas pelas revistas às quais serão submetidos, portanto seguem as orientações do *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*. É importante ressaltar que o Projeto de Pesquisa foi elaborado de acordo com as normas da *American Psychological Association*.

A presente Dissertação é composta pelo Projeto de Pesquisa e sua respectiva aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, pelos Artigos Teórico e Empírico bem como pelas Considerações Finais e, em anexo, as normas de publicação da Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul e do Jornal de Pediatria.

As considerações finais constantes da presente dissertação têm por objetivo integrar, de forma reduzida, os vários resultados e questionamentos decorrentes de toda elaboração deste trabalho, levantando alguns pontos considerados relevantes para o delineamento de novas pesquisas relacionadas a esta temática.

Espera-se que, com esta nota de apresentação, o leitor sinta-se estimulado a percorrer esta dissertação.

REFERÊNCIAS

American Psychological Association (2000). Manual de Publicação da American Psychological Association (4 ed.) Porto Alegre: Artmed

Carlini, E., Galduróz, J., Noto, A, Nappo S. (2002). I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Droga Psicotrópicas no Brasil- 2001. Centro Brasileiro de informações sobre drogas psicotrópicas. CEBRID. Departamento de Psicobiologia. Escola paulista de Medicina. São Paulo.

Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. Disponível em <http://www.icmje.org/> em 4/2/2006.

II PROJETO DISSERTAÇÃO DE Mestrado

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Tânia Moraes Ramos Andrade

Sintomas Depressivos em Adolescentes Usuários e
Não Usuários de Maconha

Projeto de pesquisa para a dissertação apresentado ao curso de Mestrado da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Dra. Irani Iracema de Lima Argimon

Orientadora

Porto Alegre, novembro de 2004.

SUMÁRIO

1 Introdução	19
Objetivo	29
2 Método	29
Delineamento	29
Hipóteses	29
Participantes	30
Crítérios de Inclusão	30
Instrumentos	30
Procedimentos de coleta de dados	31
Proposta de análise de dados	32
3 Procedimentos Éticos	33
4 Cronograma de Trabalho	35
5 Orçamento Estimado	36
6 Referências Bibliográficas	37
Anexos	42
Anexo 1- Ficha de dados Sócio-demográficos e Informações sobre o Uso de substâncias Psicoativas	43
Anexo 2- Inventário de Depressão de Beck	48
Anexo 3- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	50

1. INTRODUÇÃO

A adolescência para Papalia e Olds (2000), situa-se aproximadamente na idade dos 12 anos até o início dos 20 anos de idade. Este período é marcado pela puberdade onde ocorre o processo de maturidade sexual, ou capacitação reprodutiva, indo até o ingresso na vida adulta. O início da adolescência é tido como o período mais intenso de todo o ciclo vital, oferecendo oportunidades de crescimento na competência, autonomia e intimidade. Alguns jovens por não saber em como lidar com estas mudanças no desenvolvimento físico e emocional, expõem-se a riscos e podem enfrentar grandes problemas tais como: gravidez precoce, altas taxas de mortalidade por acidente, homicídio e suicídio; consumo pesado de bebidas; abuso de drogas; atividade sexual intensa; participação em gangues e uso de armas de fogo. Ballone (2004) destaca que o adolescente possui tendência natural para comunicar-se através da ação, em detrimento da palavra. Por isso, na busca de uma solução para seus conflitos, os jovens podem recorrer às drogas, álcool ou a sexualidade precoce ou promíscua, tudo isto na tentativa de aliviar a angústia ou reencontrar a harmonia perdida.

Em função da transição e do desenvolvimento biológico, social, cultural e existencial, a adolescência, para Bessa (2004), é marcada por fortes transformações orgânicas e emocional sendo um período propício para o surgimento de transtornos psiquiátricos.

No relatório sobre Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (ONU-2001) os transtornos mentais e comportamentais são comuns durante a infância e

a adolescência. O relatório do *Department of Health e Human Service* (DHHS, 2001) descreve que o EUA está passando por uma crise na saúde mental dos lactentes, crianças e adolescentes, sendo que um em cada dez jovens sofre de doença mental suficientemente grave; menos de um em cada cinco jovens recebem tratamentos necessários, havendo probabilidade da situação ser ainda menos satisfatória em grandes regiões em desenvolvimento do mundo.

Bahls (2002) refere que o Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (NIMH) reconheceu a existência de depressão em crianças e adolescentes a partir de 1975, sendo ainda usados os mesmos critérios diagnósticos para crianças, adolescentes e adultos. Para Carlson e Abbott (1999) alguns adolescentes apresentam características distintas dos adultos, chamadas de equivalentes depressivos ou depressão mascarada, entre os quais se encontram alterações de conduta, dificuldades escolares, adição a drogas e queixas somáticas.

Papalia e Olds (2000) referem que antes da puberdade as taxas de depressão são as mesmas para meninos e meninas, porém, após a idade de 15 anos, as mulheres são cerca de duas vezes mais propensas à depressão do que os homens, possivelmente porque as meninas têm modos menos assertivos de lidar com os desafios e as mudanças.

Um estudo realizado por Salle (1999), com 503 adolescentes, com idades entre 15 e 17 anos, do Ensino Médio da cidade de Porto Alegre-RS, verificou a prevalência de 32% de sintomas depressivos, sendo que 5 % desta comunidade apresentaram transtorno depressivo maior. Em outro estudo realizado por Bahls (2002a) com 463 adolescentes de escola pública, reforça a existência de 20,3% de sintomas depressivos em adolescentes, tendo predomínio do gênero

feminino de 72,3% sobre o masculino de 27,7% e um provável pico de aparecimento no período dos 12 aos 15 anos de idade. Em de vista disto, o autor aponta para a necessidade dos profissionais de saúde diagnosticar sintomas depressivos na população, pois em algum momento de suas vidas 15 a 20% dos indivíduos apresentarão depressão, merecendo prioridade no seu diagnóstico e tratamento. A depressão ocorre em todas as faixas etárias, aumentando o índice entre jovens e idosos. O resultado da prevalência-ano para depressão em adolescentes é de 3,3% a 12,4%.

Sabe-se que a depressão está entre os transtornos psiquiátricos mais comuns na adolescência, sendo comum à ocorrência simultânea de dois ou mais transtornos mentais no mesmo indivíduo. Os adolescentes deprimidos tendem a ter comorbidade incluindo transtornos de ansiedade e abuso de substâncias psicoativas (Sukiennik & Salle, 2002, Bessa, 2004, Friedberg & MacClube, 2004).

Kessler (2003) ressalta o alto índice de comorbidade psiquiátrica entre os adolescentes dependentes químicos, sendo que 76% apresentaram outro diagnóstico, isto é, somente em 21% dos pacientes verificou-se a ocorrência de um transtorno mental isolado. Na faixa etária dos 15 aos 44 anos os transtornos depressivos foram a segunda maior causa de ônus econômico-social nos EUA. Até 2020, se persistirem as tendências atuais da transição demográfica e epidemiológica, a carga da depressão subirá a 5,7% da carga total de doenças. Curry (2003) salienta que a depressão ocorre em aproximadamente 20% dos adolescentes abusadores de substâncias e o uso de substância ocorre em aproximadamente 25% dos adolescentes deprimidos. Considera ainda, o suicídio na adolescência uma forte relação com o uso de substância psicoativa.

Bicca, Pereira e Gambarini (2002) conceituam substância psicoativa como toda e qualquer substância que o indivíduo utiliza, independentemente da via de administração que, por ação no sistema nervoso central (SNC), altera o humor, a consciência, a senso-percepção, a cognição e a função cerebral. As drogas incluídas vão desde as lícitas (álcool, cigarro, medicações) até as ilícitas (maconha, cocaína e outras), o álcool é considerado ilícito para menores de 18 anos, todas estas substâncias são capazes de produzir alterações de humor e dificuldades de aprendizagem.

Bahls (2002b) revisando a respeito de adolescentes depressivos aponta que nem sempre eles estão tristes, 80% dos jovens deprimidos apresentam humor irritado, explosões de raiva, perda de energia, apatia e desinteresse importantes, retardo psicomotor, sentimentos de desesperança e culpa, perturbações do sono principalmente hipersonia, alterações do apetite e peso, isolamento, dificuldade de concentração, baixo desempenho escolar, baixa auto-estima, idéias e tentativas de suicídio, graves problemas de conduta e uso abusivo de álcool e drogas.

Field, Diego e Sanders (2001) da Universidade de Miami realizaram um estudo com 79 estudantes do ensino médio aplicando dois instrumentos o *Center for Epidemiological Studies for Depression* (CES-D) e um questionário que informava sobre o relacionamento dos pais com os adolescentes, relacionamento entre os pares, sentimentos positivos e negativos de si, pensamentos suicidas, estilo de vida, desempenho acadêmico, atividade física e uso de drogas. Os resultados mostraram que 29 dos adolescentes pesquisados apresentaram depressão, tendo pobre relacionamento com seus pais e pares, poucos amigos, menos popularidades, experimentavam menos sentimentos de felicidade e mais

pensamentos suicidas, gastavam pouco tempo fazendo os temas de casa, apresentavam baixo rendimento escolar, praticavam pouco exercício físico e usavam maconha e cocaína.

Em outro estudo conduzido por Blore, Schulze e Lessing (2004) com 1.298 adolescentes da África do Sul foi verificada a incidência de adolescentes com sintomas depressivos e uso de substância psicoativa, apontando que os adolescentes tornam-se progressivamente infelizes na idade dos 13 aos 17 anos, sendo as meninas mais depressivas do que os meninos. A pesquisa também revelou que adolescentes com sintomas depressivos iniciam mais cedo o uso de substâncias psicoativas bem como a frequência do uso. Os fatores de risco da depressão e o uso de substância psicoativa incluem conflitos no relacionamentos com os pais, experiências de eventos estressantes, insatisfação com a avaliação escolar e amigos usuários de substância psicoativa.

Para Pulcherio e Bicca (2003) o início do uso da maconha se dá na fase de transição entre a infância e a adolescência, dos 10 aos 13 anos de idade. O uso continuado pode levar à dependência, muitas vezes funcionando como medicação no intuito de melhorar a interação social ou aliviar os sintomas de um outro transtorno associado ao uso da substância. Os transtornos comórbidos mais comuns são: depressão maior, ansiedade, fobia social e específica, transtorno de déficit de atenção com hiperatividade e retardo mental.

A maconha e o haxixe são as drogas ilícitas mais prevalentes entre adultos e adolescentes nos EUA e outros países (Babor, Roebuck & Donaldson, 2002).

O Relatório Mundial sobre Drogas (ONU-2004) assegura que 185 milhões de pessoas consomem drogas ilícitas em todo o mundo, o que representa 4,7% da

população acima de 15 anos de idade (ou 3% da população global), sendo a cannabis (maconha e haxixe) a droga mais popular, com 146 milhões de consumidores (3,7% da população mundial acima de 15 anos ou 2,3% da população global). O *National Institute on Drug Abuse* (NIDA, 2002), mostra a evolução da incidência de novos usuários ao longo das décadas: em 1979, mais de 60% dos maiores de 12 anos haviam usado maconha pelo menos uma vez na vida; este número caiu para 33% em 1992 e voltou a subir para 50% em 1997; em 1999 mais de dois milhões de americanos já fizeram uso de maconha, dois terços destes entre 12 e 17 anos. O número de novos usuários de maconha ao ano é o dobro de novos usuários de todas as outras drogas ilícitas juntas. Aproximadamente 1% da população americana com 12 anos ou mais preencheu critérios para diagnóstico de dependência de cannabis no último ano, destes 24% faziam uso diário, 48% uso semanal e 26% menos de uma vez por semana (NHSDA,1998).

De 1991 até 1997, o número de pessoas presas com resultado positivo para cannabis cresceu de 25 para 57%, a maioria nascida após 1970. Dos adolescentes testados neste estudo 50% foram positivos para drogas e destes, 94% positivos para cannabis (Babor, 2002).

Em estudo longitudinal conduzido por Poikolainen e Lonqvist (2001) na Finlândia, com 649 adolescentes na faixa de 15 a 19 anos, sendo estes testados novamente após cinco anos, verificou-se que a maconha é a primeira droga ilícita a ser usada. Do total da amostra 21,4% reportaram usar maconha por algum tempo. Dos 139 usuários, 89,2% tinham usado a maconha uma vez ou algumas vezes (cinco vezes) neste período. A iniciação da maconha estava relacionada

com o gênero masculino, privação da mãe (falta de controle e cuidado, além de pouco vínculo familiar), falta de interesse (humor depressivo), idade precoce da primeira relação sexual e baixo rendimento escolar.

Em estudo brasileiro conduzido por Carlini (2002), do primeiro I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil incluindo a população geral entre 12 a 65 anos, envolvendo 107 municípios brasileiros com mais de duzentos mil habitantes, compondo amostras representativas das cinco regiões do país, foi evidenciado prevalência de uso na vida de álcool com 68,7%, de tabaco com 41,1%, de maconha com 6,9% (ocupando o primeiro lugar no uso na vida de drogas ilícitas), cocaína com 2,3% e solventes com 5,8%. Neste mesmo estudo, a região sul foi à campeã de maior prevalência, tanto do uso na vida de maconha com 8,4%, como de dependência com 1,6%. A região sul neste levantamento integra os estados de Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. No Brasil, a maconha foi experimentada por 264 mil adolescentes de 12 a 17 anos e por 912 mil jovens com idades de 18 a 24 anos, isto é, 21,9%. Cabe salientar que em relação ao uso de qualquer droga (exceto álcool e tabaco) verificou-se que dos entrevistados 19,4% já usaram algum tipo de droga durante a vida.

Confirmando estes dados pesquisadores como Saibro e Ramos (2002) conduziram um estudo com 1.586 estudantes de 14 escolas públicas e privadas do Ensino Médio e Fundamental de Porto Alegre, com idade entre 12 e 18 anos, encontrando prevalência de uso na vida de álcool de 83,7%, tabaco 39%, inalantes 20,4%, maconha 21,1% e cocaína 3,5%. Noto (2004) comparando os quatro levantamentos brasileiros entre estudantes do Ensino Médio e Fundamental da rede pública de dez capitais, entrevistados em 1997 e nos anos

anteriores (1987, 1989, 1993) identificou que o número de estudantes que relataram já ter experimentado maconha ao menos uma vez, praticamente triplicou, passando de 2,8% em 1987 para 7,6% em 1997. O índice brasileiro de uso de maconha entre estudantes é abaixo do índice dos Estados Unidos, onde em 1997 o número daqueles que já havia experimentado a droga pelo menos uma vez variou entre 22,62% e 49,6% de acordo com a faixa estudada.

O Projeto Juventude (2004), estruturado em parceria entre o Instituto Cidadania, o Sebrae e o Instituto Hospitalidade realizou uma pesquisa para traçar o Perfil da Juventude Brasileira, no período de novembro a dezembro de 2003, onde foram entrevistados 3.501 jovens de 15 a 24 anos, residentes no território brasileiro, distribuídos em 198 municípios e 25 estados da União. Tiveram como resultado os seguintes itens: em relação ao consumo de maconha, 10% da amostra já experimentaram; em relação à idade em que fumaram maconha pela primeira vez, constatou-se que 29% dos adolescentes iniciaram o uso entre 17 e 18 anos, 21% entre 15 e 16 anos, 16% aos 14 anos, 14% entre 11 a 13anos e 12% aos 19 anos ou mais.

Ribeiro e Marques (2002) ressaltam que a dependência de maconha está entre as dependências de drogas ilícitas mais comuns, um em cada dez daqueles que usaram maconha na vida se tornam dependentes tendo um período de 4 a 5 anos de consumo pesado, sendo este risco mais comparável ao de dependência de álcool (15%) do que de outras drogas (tabaco é de 32% e opióides é de 23%).

Segundo o *National Institute on Drug Abuse* (NIDA), a presença de comorbidade psiquiátrica complica a evolução do consumo de substância psicoativa. Algumas vezes, os transtornos psiquiátricos tendem a melhorar ou

desaparecer após um período curto de abstinência, mas pode ser necessário tratá-lo com medicação. Quanto maior o grau de dependência a maconha e/ou cocaína, maior a chance do indivíduo desenvolver algum problema psiquiátrico. Tanto a depressão como os problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas estão entre os problemas mais freqüentes encontrados entre os adolescentes (Curry, Wells, Lockman, Craighead & Nagy, 2003).

Entre os usuários de maconha, a Depressão Maior está entre os transtornos comórbidos mais freqüentes, sendo que muitos dos usuários procuram tratamento primeiramente por problemas relacionados às substâncias. Os usuários de maconha tiveram aproximadamente três vezes mais chance de responder favoravelmente à ideação suicida, auto-injúria, ao sentimento de solidão, à infelicidade e baixa auto-estima (Pulcherio & Bicca, 2002).

Em vista disso, outros estudos também reforçam a idéia de que entre os adolescentes com transtorno psiquiátrico, 89% têm outro distúrbio psiquiátrico, sendo que o uso freqüente de substância psicoativa principalmente no início da adolescência, é fator de preexistência de outro transtorno, bem como os torna pior. A abstinência para os adolescentes vulneráveis é fator de proteção, pois normalmente o uso não permanecerá apenas na experimentação evoluindo para o uso nocivo ou para a dependência (Poikolainen & Lönnqvist, 2001, Bessa, 2004, Friedberg & McClure, 2004).

Deste modo o tratamento isolado da dependência química não é adequado, pois em estudo conduzido por Riggs, Backer, Mikulich, Young e Crowley (1995) o diagnóstico da depressão esteve junto com a dependência e também com a freqüência de uso regular de substâncias, não sendo a depressão diretamente

resultada da intoxicação, pois foi observado em um período de abstinência de quatro semanas.

Em relação ao tratamento da dependência química, a presença de comorbidade psiquiátrica afeta substancialmente sua adesão. Adolescentes que experimentaram depressão seguida do uso de maconha estiveram mais motivados a suspender o uso do que os adolescentes que experimentaram alívio dos sintomas depressivos com a maconha. A presença de sintomas depressivos pode ser considerada um fator de risco para a recaída no uso da maconha. (Howard, 1992, Riggs, 2002 & Bessa 2004).

Shelder e Block (1990) confirmam estes achados em relação à comorbidade em estudo longitudinal onde acompanhou por quinze anos crianças de 3 anos até os 18 anos de idade afirmando que o uso freqüente de drogas principalmente na adolescência não só aponta para a preexistência de transtornos bem como os torna piores, assim que para os adolescentes vulneráveis que já apresentam problemas, a abstinência é fator de proteção, pois o uso de substância psicoativa provavelmente não permanecerá na experimentação, mas evoluirá para o uso nocivo ou para a dependência.

Scivoletto e Andrade (1999) mostram que os adolescentes que se envolvem em riscos tendem a ter mais dificuldade de pensar no futuro, fazendo com que a possibilidade de usar substância psicoativa e ter problemas em relação a estas substâncias adquira menor importância que o imediato prazer da substância.

Considerando os estudos com adolescentes, a depressão está entre os transtornos psiquiátricos de maior prevalência nesta fase bem como a alta taxa de

comorbidade de transtorno de ansiedade e uso de substância psicoativa. Acredita-se que a identificação destes diagnósticos possa melhorar o quadro da saúde destes adolescentes permitindo uma melhor qualidade de vida e intervenções terapêuticas mais eficazes para auxiliar no tratamento e na prevenção da dependência química. Tendo em vista a relevância do tema, o presente estudo tem como objetivo verificar a associação entre os sintomas depressivos e o uso na vida de maconha, em adolescentes, bem como a prevalência de uso na vida de cocaína, álcool, tabaco, solvente e outras substâncias psicoativas neste grupo.

2. MÉTODO

Delineamento

O enfoque metodológico a ser utilizado será do tipo quantitativo, transversal e descritivo.

Hipótese

H₁: Existe associação entre sintomas depressivos e o uso na vida de maconha em adolescentes.

H₀: Não existe associação entre sintomas depressivos e uso na vida de maconha em adolescentes.

H₂: Existe associação entre sintomas depressivos e o uso na vida de substâncias psicoativas em adolescentes.

H₀: Não existe associação entre sintomas depressivos e uso na vida de substâncias psicoativas em adolescentes.

Participantes

Este estudo será constituído por 196 adolescentes, com idades entre 16 a 22 anos, de ambos os sexos, pertencentes de escolas de Ensino Médio da cidade de Porto Alegre-RS. A escolha da escola bem como dos adolescentes será por conveniência.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado utilizando a análise dos dados da média do BDI segundo os dados de Cunha (2001) dos adolescentes de grupos clínicos e não clínicos, sendo este equivalente a, $n = 86$. Levando em consideração o percentual de usuários de maconha na vida de acordo com pesquisa de Saibro e Ramos (2003) de Porto Alegre, Carlini (2002) e Projeto Juventude (2004), e dados do NIDA e NHSDA foi possível calcular estimando um número de 196 participantes, com 95% de confiança e 7,5% de erro.

Critérios de inclusão

Adolescentes com idades entre 15 a 22 anos, de ambos os sexos, com escolaridade mínima de 5^a série do ensino fundamental. Não serão excluídos do estudo adolescentes que fizerem uso de bebida alcoólica e tabaco.

Instrumentos

Serão utilizados os seguintes instrumentos a Ficha de Dados Sócio-demográficos e Informações Sobre o Uso ou Não de Substância Psicoativa e o Inventário de Depressão de Beck (BDI) que serão descritos a seguir:

A Ficha de Dados Sócio-demográficos e Informações Sobre o Uso ou Não de Substância Psicoativa (anexo 1) consiste de itens de informações sobre o

adolescente incluindo idade, escolaridade, ocupação, espiritualidade, estado de humor, rendimento escolar, relacionamento com os pais, relacionamento com o grupo de pares, atividade física, atividade desenvolvida no tempo livre, história de uso de substância psicoativa, substância psicoativa usada, uso ou não de medicação psiquiátrica, eventos estressantes no último ano e rendimento escolar.

O Inventário de Depressão de Beck (anexo 2) é um instrumento universalmente conhecido e tem sido a escala mais utilizada para triagens de sintomas depressivos. Foi traduzido e validado para uso no Brasil por Cunha (2001), sendo uma escala de auto-relato que avalia componentes cognitivos, afetivos, comportamentais e somáticos da depressão. Contém 21 itens com quatro alternativas cada e escores que variam de zero a três. Os pontos de corte da versão brasileira são: mínimo= 0-11, leve= 12-19, moderado= 20-35, grave= 36-63.

Procedimentos de coleta de dados

A pesquisadora irá contatar com a direção das escolas de Porto Alegre envolvidas no estudo esclarecendo os objetivos e informações sobre o mesmo. Após o consentimento das escolas e liberação dos alunos para participarem da pesquisa, será entregue para assinatura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os adolescentes (anexo 3) e seus responsáveis, em reunião a ser realizada na escola com explicação detalhada da pesquisa e seus objetivos. Uma das cópias ficará com o adolescente e seu responsável e outra com a pesquisadora. A partir do consentimento a pesquisadora agendará data, hora e local com os professores responsáveis pelas turmas para aplicação coletiva dos

instrumentos desta pesquisa. A aplicação coletiva será em sala de aula e iniciará com um *rapport* em que será explicado de forma objetiva a pesquisa e os instrumentos. Será ressaltado o anonimato entre os participantes da pesquisa bem como entre a pesquisadora e escola, sendo que a escola terá retorno do resultado final após o término da pesquisa e não dos dados de cada participante. Após estes esclarecimentos iniciaremos a aplicação dos instrumentos, com o preenchimento dados da Ficha Sócio-demográfica e Informações do Uso ou Não de Substância Psicoativa (anexo 1) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI), (anexo 2). Para o preenchimento da Ficha e do BDI será feito primeiramente um estudo piloto no qual se verificará o tempo de preenchimento destes dois instrumentos. Calcula-se que esta aplicação durará em torno de 30 minutos. Após o término da aplicação a pesquisadora ficará a disposição dos alunos para esclarecimentos e possíveis dúvidas a respeito da pesquisa ou para orientação a respeito dos sintomas depressivos e prevenção do uso de substâncias psicoativas.

Proposta de Análise de Dados

Os dados da Ficha Sócio-demográfica e Informações do Uso ou Não de Substância Psicoativa serão analisados de forma descritiva (média, desvio padrão e percentual) e relacionados com a pontuação Inventário de Depressão de Beck. Será realizada estatística inferencial através do Teste Exato de Fisher, Teste *t* de *Student* para amostras independentes e regressão logística. Para estas análises quantitativas serão utilizados procedimentos estatísticos, via programa *Statistical Package for Social Science (SPSS) for windows*, versão 11.0.

3. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Cada participante será informado dos procedimentos desta pesquisa, bem como serão esclarecidos, os objetivos deste estudo. Na entrega dos Termos de Consentimento Livre Esclarecido, um para o adolescente e outro para seu responsável (anexo 3), será explicado que se trata de uma dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica desenvolvida na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, que objetiva verificar a relação entre sintomas depressivos em adolescentes usuários de maconha. Após este procedimento o participante e seu responsável deverão promover a leitura dos termos, concordar e assinar os mesmos em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra com o adolescente e seu responsável.

Os dados serão coletados após a etapa de autorização por parte dos pesquisados. A escola, os adolescentes e seus responsáveis terão retorno dos resultados da pesquisa durante uma palestra que será desenvolvida ressaltando as características do desenvolvimento da adolescência, qualidade de vida do adolescente, fatores protetores e de risco para uma adolescência saudável, depressão na adolescência e uso de substâncias psicoativas, além de indicações de locais para atendimento a adolescentes que identificarem sintomas depressivos e uso de substâncias psicoativas.

A guarda do material será de responsabilidade da Orientadora da pesquisa na PUCRS por um período de cinco anos, após este período os materiais serão destruídos.

Este projeto será previamente submetido ao Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

5. ORÇAMENTO DO PROJETO

TÍTULO DA PESQUISA: SINTOMAS DEPRESSIVOS EM ADOLESCENTES
USUÁRIOS E NÃO USUÁRIOS DE MACONHA

Itens a serem financiados		Valor	Valor	Fonte
Especificações	Quantidade	Unitário	Total	Viabilizadora
		R\$	R\$	(Ver ao pé da folha)
Material de consumo				
Canetas	10	0,65	6,50	4
Lápis	10	0,10	1,00	4
Apontador	01	0,20	0,20	4
	02	0,10	0,20	4
Borracha	200	1,10	220,00	4
Protocolo de BDI	10	1,00	10,00	4
Disquete 3 ½ HD	04	20,00	80,00	4
Cartucho para impressora	500	0,029	14,50	4
Folhas de ofício	700	0,11	77,00	4
Fotocópias			409,40	
Total				
Material Permanente				
Computador Pentium	01	*	*	5
Impressora HP 692	01	*	*	5
Estabilizador	01	*	*	5
Artigos Comut	10	30,00	300,00	4
Total				
Total Geral				
			709,40	

Todas as despesas serão financiadas pela pesquisadora

6. REFERÊNCIAS

- American Psychological Association (2001). Manual de Publicação. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Babor, M.D., Roebuck, C., & Donaldson, J. (2002). Changing the focus: the case for recognizing and treating cannabis use disorders. Society for study of Addiction to alcohol and other drugs. Addiction 97, (1), 4-15.
- Bahls, S (2002/a). Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of public school in Curitiba, Brazil. Revista Brasileira de Psiquiatria 24, (2) 63-67
- Bahls, S. (2002/b). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. Jornal de Pediatria do Rio de Janeiro 78 (5).
- Ballone, G. (2004). Depressão na adolescência. In: Psiquweb psiquiatria geral [http:// sites.uol.com.br/ballone/infantil/adolesc2.html](http://sites.uol.com.br/ballone/infantil/adolesc2.html).
- Bessa, M. (2004). Quando o uso de drogas ocorre junto com outros transtornos psiquiátricos. In: Ilana Pinsky & Marco Antonio Bessa. Adolescência e drogas. São Paulo: Editora Contexto.
- Bicca, C., Pereira, M., Gambarini M. (2002). Conceitos, diagnóstico e classificação. In: Carla Pulcherio, Carla Bicca, Fernando Silva. Álcool, outras drogas informação, o que cada profissional precisa saber. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Blore, L., Schulze, S. & Lessing A. (2004). The relationship between adolescent depressive symptomology and substance abuse. Curations, 27 (1), 12-22.

Carlini, E., Galduróz, J., Noto, A., Nappo S. (2002). I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. CEBRID. Departamento de Psicobiologia. Escola Paulista de Medicina. São Paulo.

Carlson, G. & Abbott M. (1999). Transtorno do Humor e Suicídio. In: H. Kaplan & B. Sadock (Eds.), Tratado de Psiquiatria 3. 6ª ed., (pp. 2569-2581). Porto Alegre: Artmed.

Cunha, J. A. (2001). Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Curry, J., Wells, K., Lochman, J. Craighead, E. & Nagy, P. (2003). Cognitive-behavioral intervention for depressed, substance-abusing adolescents: development and pilot testing. Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 42 (6), 656- 665.

Department of health e human services (DHHS). Disponível: www.dhhs.state.nh.us/-42k acessado em: junho 2004.

Friedberg, R. & McClure, J. (2004). A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed.

Fields T., Diego M. & Sanders, C. (2001) Adolescent depression and risk factors. Adolescent, 36 (143), 491-498.

Howard, M. (1992). Adolescent substance abuse: a social learning theory perspective. In: Gary Lawson & Ann Lawson (Eds.). Adolescent substance abuse: etiology, treatment, and prevention. Gaithersburg: Aspen Publication.

Kessler, F., Diemem, L., Seganfredo, A., Brandão, I., Saibro, P. Scheidt, B., Grillo R. & Ramos, S. (2003). Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul 25 (1).

Organização das Nações Unidas no Brasil. ONU (2001). Relatório de saúde mental. Disponível: www.psiqweb.med./acad/oms. acessado em :junho2004

Organização das Nações Unidas no Brasil. ONU (2004). Relatório mundial sobre drogas. Disponível: www.onu-brasil.org.br/view

National Household Survey on Drug Abuse. (NHSDA). Estimative of substance use. Disponível: www.oas.samhsa.gov

National Institute on Drug Abuse (NIDA). Research report series. Marijuana abuse. Publication number 02-3859. reports/marijuana. October 2002. Disponível: www.drugabuse.gov/research

Noto (2004). O índice de consumo de psicotrópicos entre adolescentes no Brasil. In: Pinsky & Bessa. Adolescência e drogas. (pp. 45-53). São Paulo:Editora Contexto.

Papalia, D. & Olds S. (2000). Desenvolvimento Humano. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Poikkolainen, K, Tuulio-Henriksson, Marttunen, M., Anttila & Lönnqvist J. (2001). Correlates of initiation to cannabis use: a 5-year follow-up of 15-19-year-old adolescents. Drug and alcohol dependence, 62, 175-180.

Projeto Juventude (2004). O perfil da juventude brasileira. [on-line]. Disponível: www.projetojuventude.org.br/novo/.

Pulcherio, G., & Bicca, C. (2002). Avaliação dos transtornos comórbidos. In: G. Pulcherio, C. Bicca & F. Silva (Eds.), Álcool e outras drogas, informação: o que todo o profissional precisa saber. (pp 79 – 90). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ribeiro M.& Marques A. (2003). Maconha, abuso e dependência. In: Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstica e tratamento. 2ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/ Associação Médica Brasileira.

Riggs, P., Backer, S., Mikulich, S., Young, S. & Crowley, T. (1995). Depression in substance-dependent delinquents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34 (6), 764-771.

Riggs, P. & Davies, R. (2002). A clinical approach to integrating treatment for adolescent depression and substance abuse. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41 (10), 1253-1255.

Saibro P & Ramos S. Consumo de substâncias psicoativas em estudantes de ensino médio e fundamental de escola pública e privada de Porto Alegre. In: XV Congresso da Associação Brasileira de Estudos sobre Álcool e Drogas; setembro 2003; São Paulo; p. 32.

Salle, E. (1999). Estudo da sintomatologia depressiva em adolescentes de 15 a 17 anos de II grau de POA, através das escalas auto-aplicáveis Beck Depression Inventory (BDI), Carrol Rating Scale (CRS), Center for Epidemiological Studies for Depression (CES-D). Dissertação de mestrado e doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Scivolletto, S & Andrade, A. (1999). A cocaína e o adolescente. In: Marcos Leite & Arthur de Andrade. Cocaína e crack dos fundamentos ao tratamento. (pp.137-153). Porto Alegre: Artmed.

Shelder, J. & Block. (1990). Adolescent drug use and psychological health: a longitudinal inquiry. American psychologist 45, 612-630.

Sukiennik, P. & Salle, E. (2002). Depressão In: R. P. Souza & M. C. Costa (Eds.). Adolescência – aspectos clínicos e psicossociais. (pp.340-349). Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

Anexo 1

**FICHA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E INFORMAÇÕES SOBRE O USO
DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

FICHA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

ENTREVISTADOR:
PROTOCOLO:

LOCAL:

A. Idade	
B. Sexo	1 <input type="checkbox"/> Masc. 2 <input type="checkbox"/> Fem.
C. Escolaridade	1 <input type="checkbox"/> Fund. Compl. 2 <input type="checkbox"/> Fund. Incompl. 3 <input type="checkbox"/> Médio Compl. 4 <input type="checkbox"/> Médio Incompl. 5 <input type="checkbox"/> Superior Incompl.
D. Repetência	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não Série que repetiu _____
E. Com quem você mora?	1 <input type="checkbox"/> Pais 2 <input type="checkbox"/> Um dos pais 3 <input type="checkbox"/> Familiares 4 <input type="checkbox"/> Só 5 <input type="checkbox"/> Outros _____
F. O que costuma fazer no seu tempo livre?	1 <input type="checkbox"/> TV 2 <input type="checkbox"/> Internet 3 <input type="checkbox"/> Amigos 4 <input type="checkbox"/> Cinema 5 <input type="checkbox"/> Teatro 6 <input type="checkbox"/> Esporte 7 <input type="checkbox"/> Outros _____
G. Pratica esporte?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
H. Com que frequência pratica esporte?	1 <input type="checkbox"/> Menos 1x/sem. 2 <input type="checkbox"/> 1x/sem. 3 <input type="checkbox"/> 2x/sem. 4 <input type="checkbox"/> 3x/sem 5 <input type="checkbox"/> Mais <input type="checkbox"/> Não pratica
I. Rendimento Escolar	1 <input type="checkbox"/> M. Bom 2 <input type="checkbox"/> Bom 3 <input type="checkbox"/> Médio 4 <input type="checkbox"/> Ruim
J. Estuda em casa	1 <input type="checkbox"/> 1x/sem. 2 <input type="checkbox"/> 2x/sem. 3 <input type="checkbox"/> 3x/sem 4 <input type="checkbox"/> Sempre 5 <input type="checkbox"/> Nunca 6 <input type="checkbox"/> Só nas provas
K. Acredita em Deus?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
L. Faz parte de grupo	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não

religioso?	
K. Relacionamento com o pai	1 <input type="checkbox"/> M. Bom 2 <input type="checkbox"/> Bom 3 <input type="checkbox"/> Médio 4 <input type="checkbox"/> Ruim 5 <input type="checkbox"/> Pai falecido 6 <input type="checkbox"/> Sem contato
M. Relacionamento com a mãe	1 <input type="checkbox"/> M. Bom 2 <input type="checkbox"/> Bom 3 <input type="checkbox"/> Médio 4 <input type="checkbox"/> Ruim 5 <input type="checkbox"/> Mãe falecida 6 <input type="checkbox"/> Sem contato
N. Eventos estressantes no último ano	1 <input type="checkbox"/> Morte do pai ou da mãe 2 <input type="checkbox"/> Separação dos pais 3 <input type="checkbox"/> Mudança de cidade 4 <input type="checkbox"/> Mudança de escola 5 <input type="checkbox"/> Doença grave pessoal ou familiar 6 <input type="checkbox"/> Acidente de carro 7 <input type="checkbox"/> Nenhum
O. Estado de humor na maior parte do tempo	1 <input type="checkbox"/> Alegre 2 <input type="checkbox"/> Triste 3 <input type="checkbox"/> Irritado 4 <input type="checkbox"/> Ansioso 5 <input type="checkbox"/> Deprimido
P. Você já fez tratamento psiquiátrico?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
Q. Você usa medicação psiquiátrica?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não Qual: _____
R. Você já fez uso de:	1 <input type="checkbox"/> Álcool 2 <input type="checkbox"/> Cigarro 3 <input type="checkbox"/> Maconha 4 <input type="checkbox"/> Cocaína 5 <input type="checkbox"/> Solvente 6 <input type="checkbox"/> Outros 7 <input type="checkbox"/> Nenhum
S. Você acha que maconha é uma droga?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
T. Você acha que maconha pode prejudicar sua saúde?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
U. Você acha que maconha pode prejudicar seu desempenho escolar?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
V. Você já teve algum problema de saúde ou acidente que atribuiu ao uso da	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não

maconha?	
X. Seus amigos mais próximos usam maconha?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
Y. Alguém de sua família já apresentou problemas com o uso da maconha?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não Quem? _____
W. Você já teve problema com a polícia ou justiça? Qual?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não Qual: _____
X. História de uso de substância:	
Idade de início do uso de álcool	_____ <input type="checkbox"/> Nunca usou
Idade de início do uso de cigarro	_____ <input type="checkbox"/> Nunca usou
Idade de início do uso de maconha	_____ <input type="checkbox"/> Nunca usou
Idade de início do uso de outras drogas	_____ <input type="checkbox"/> Nunca usou
Quando usou álcool pela última vez?	1 <input type="checkbox"/> Na última semana 2 <input type="checkbox"/> No último mês 3 <input type="checkbox"/> Mais de um mês 4 <input type="checkbox"/> Mais de um ano 5 <input type="checkbox"/> Nunca usou
Frequência no último ano de uso de álcool	1 <input type="checkbox"/> Todos os dias 2 <input type="checkbox"/> 5-6 dias por semana 3 <input type="checkbox"/> 3-4 dias por semana 4 <input type="checkbox"/> 1-2 dias por semana 5 <input type="checkbox"/> 3-4 dias no mês 6 <input type="checkbox"/> 1-2 dias no mês 7 <input type="checkbox"/> menos de uma vez por mês 8 <input type="checkbox"/> Nunca usou
Frequência no último mês de uso de álcool	1 <input type="checkbox"/> Todos os dias 2 <input type="checkbox"/> 20 dias 3 <input type="checkbox"/> 10 dias 4 <input type="checkbox"/> 5 dias 5 <input type="checkbox"/> 2 dias 6 <input type="checkbox"/> 1 dia 7 <input type="checkbox"/> Nunca usou
Alguém já aconselhou a diminuir ou parar o uso de álcool?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Nunca usou
Quando usou cigarro pela última vez?	1 <input type="checkbox"/> Na última semana 2 <input type="checkbox"/> No último mês 3 <input type="checkbox"/> Mais de um mês 4 <input type="checkbox"/> Mais de um ano 5 <input type="checkbox"/> Nunca usou
Frequência no último ano de	1 <input type="checkbox"/> Todos os dias 2 <input type="checkbox"/> 5-6 dias por semana

uso de cigarro	3 <input type="checkbox"/> 3-4 dias por semana 4 <input type="checkbox"/> 1-2 dias por semana 5 <input type="checkbox"/> 3-4 dias no mês 6 <input type="checkbox"/> 1-2 dias no mês 7 <input type="checkbox"/> menos de uma vez por mês 8 <input type="checkbox"/> Nunca usou
Frequência no último mês de uso de cigarro	1 <input type="checkbox"/> Todos os dias 2 <input type="checkbox"/> 20 dias 3 <input type="checkbox"/> 10 dias 4 <input type="checkbox"/> 5 dias 5 <input type="checkbox"/> 2 dias 6 <input type="checkbox"/> 1 dia 7 <input type="checkbox"/> Nunca usou
Alguém já aconselhou a diminuir ou parar o uso de cigarro?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Nunca usou
Quando utilizou maconha pela última vez?	1 <input type="checkbox"/> Na última semana 2 <input type="checkbox"/> No último mês 3 <input type="checkbox"/> Mais de um mês 4 <input type="checkbox"/> Mais de um ano 5 <input type="checkbox"/> Nunca usou
Frequência no último ano de uso de maconha	1 <input type="checkbox"/> Todos os dias 2 <input type="checkbox"/> 5-6 dias por semana 3 <input type="checkbox"/> 3-4 dias por semana 4 <input type="checkbox"/> 1-2 dias por semana 5 <input type="checkbox"/> 3-4 dias no mês 6 <input type="checkbox"/> 1-2 dias no mês 7 <input type="checkbox"/> menos de uma vez por mês 8 <input type="checkbox"/> Nunca usou
Frequência no último mês de uso de maconha	1 <input type="checkbox"/> Todos os dias 2 <input type="checkbox"/> 20 dias 3 <input type="checkbox"/> 10 dias 4 <input type="checkbox"/> 5 dias 5 <input type="checkbox"/> 2 dias 6 <input type="checkbox"/> 1 dia 7 <input type="checkbox"/> Nunca usou
Alguém já aconselhou a diminuir ou parar o uso de maconha?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Nunca usou
Quando utilizou outras drogas pela última vez?	1 <input type="checkbox"/> Na última semana 2 <input type="checkbox"/> No último mês 3 <input type="checkbox"/> Mais de um mês 4 <input type="checkbox"/> Mais de um ano 5 <input type="checkbox"/> Nunca usou
Frequência no último ano de uso de outras drogas	1 <input type="checkbox"/> Todos os dias 2 <input type="checkbox"/> 5-6 dias por semana 3 <input type="checkbox"/> 3-4 dias por semana 4 <input type="checkbox"/> 1-2 dias por semana 5 <input type="checkbox"/> 3-4 dias no mês 6 <input type="checkbox"/> 1-2 dias no mês 7 <input type="checkbox"/> menos de uma vez por mês 8 <input type="checkbox"/> Nunca usou
Frequência no último mês de uso de outras drogas	1 <input type="checkbox"/> Todos os dias 2 <input type="checkbox"/> 20 dias 3 <input type="checkbox"/> 10 dias 4 <input type="checkbox"/> 5 dias 5 <input type="checkbox"/> 2 dias 6 <input type="checkbox"/> 1 dia 7 <input type="checkbox"/> Nunca usou
Alguém já aconselhou a diminuir ou parar o uso de outras drogas?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Nunca usou

Anexo 2

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____
Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.**

<p>1 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p>5 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.</p> <p>7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enojado de mim. 3 Eu me odeio.</p>	<p>8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p>9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p>11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p>12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adto as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>
---	---

Subtotal da Página 1 **CONTINUAÇÃO NO VERSO**

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."
BDI é um logotipo da Psychological Corporation.

<p>14 0 Não acho de qualquer modo pareço pior do que antes. 1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo. 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo. 3 Acredito que pareço feio.</p> <p>15 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes. 1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa. 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa. 3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p>16 0 Consigo dormir tão bem como o habitual. 1 Não durmo tão bem como costumava. 2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir. 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p>17 0 Não fico mais cansado do que o habitual. 1 Fico cansado mais facilmente do que costumava. 2 Fico cansado em fazer qualquer coisa. 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p>18 0 O meu apetite não está pior do que o habitual. 1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser. 2 Meu apetite é muito pior agora. 3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	<p>19 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente. 1 Perdi mais do que 2 quilos e meio. 2 Perdi mais do que 5 quilos. 3 Perdi mais do que 7 quilos. Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p> <p>20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual. 1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação. 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa. 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p>21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo. 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava. 2 Estou muito menos interessado por sexo agora. 3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
--	---

Subtotal da Página 2

Subtotal da Página 1

Score Total.

Anexo 3

TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos solicitando sua autorização para que você possa participar da presente pesquisa, que tem como principal objetivo, identificar a presença de sintomas depressivos em adolescentes usuários e não usuários de maconha. Tal estudo prevê a participação de adolescentes com idade entre 16 e 22 anos do sexo masculino e feminino. Para tanto é necessário que você responda às questões de dois instrumentos de avaliação; a Ficha de Dados Sócio-demográfico e o Inventário de Depressão de Beck. A Ficha de Dados Sócio-demográfica, solicita informações referentes há idade, sexo, escolaridade, estado de humor, hábitos, diversão e história de uso de maconha. O Inventário de Depressão de Beck é uma escala de auto-relato para triagens de sintomas depressivos. Esta atividade levará aproximadamente 30 minutos, sob a coordenação da psicóloga responsável pelo estudo. Os dados obtidos através destes instrumentos serão mantidos em sigilo e colocados anonimamente à disposição da pesquisadora responsável pelo estudo. O maior desconforto para você será o tempo de que deverá dispor para responder aos instrumentos. O benefício será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de um estudo científico. De qualquer forma, apesar das informações acima, caso venham a existir quaisquer danos à sua saúde emocional, causados diretamente pela pesquisa, você terá direito a acompanhamento especializado e à indenização, conforme prevê a lei.

Eu, _____ (nome do participante) fui informado dos objetivos especificados acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual estarei envolvido(a), do desconforto previsto, tanto quanto do benefício esperado. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento através do telefone (51) 33203633 sub-ramal 221 da professora Dra. Irani de Lima Argimon, orientadora desta presente pesquisa e (51) 33214121 mestranda Tânia Moraes Ramos Andrade. O telefone do Comitê de Ética em Pesquisa PUCRS é 33203345. Sei que novas informações obtidas durante o estudo me serão fornecidas e que terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa em face dessas informações. Fui certificado de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial.

Consinto em participar desta pesquisa e declaro ter recebido cópia do presente termo de consentimento livre e esclarecido.

Nome do Participante: _____

Ass. Participante

Data

Mestranda Tânia Moraes Ramos Andrade Prof. Orientadora Irani de Lima Argimon
Matrícula: 04191075-3 Matrícula 030554
Fone (51) 33214221 Fone (51) 33203633 R: 22

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO / RESPONSÁVEL

Eu, _____, abaixo assinado, autorizo meu filho(a) _____, a participar da coletas de dados da pesquisa intitulada “Sintomas Depressivos em Adolescentes Usuários e não Usuários de Maconha”, esta se trata de dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica desenvolvida na Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul, que objetiva verificar as cor- relações entre sintomas depressivos e uso ou não de maconha entre adolescente de 16 a 22 anos. Fui devidamente informado de que meu filho(a) precisará comparecer ao encontro previamente agendado pela pesquisadora, onde preencherá dois instrumentos para a coleta dos dados. Sendo estes a Ficha de Dados Sócio-demográfica e o Inventário de Depressão de Beck (BDI). A duração para o preenchimento destes dois instrumentos durará em torno de 30 minutos e se realizará em sala de aula na escola do adolescente. Estes dados serão mantidos em sigilo, preservando-se a identidade do seu filho. O maior desconforto será o tempo que seu filho terá que se dispor para o preenchimento destes dois instrumentos mencionados acima. O benefício para ao adolescente será a contribuição pessoal para o desenvolvimento de estudos científicos.

Foi-me assegurado:

- o anonimato e a confidencialidade das informações fornecidas pelo adolescente.
- resposta a quaisquer perguntas que eu ou meu filho possam ter a qualquer momento do preenchimento dos dados coletados.
- todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento, através dos telefones (51) 33203500 ramal 221, coordenado pela Prof. Dra. Irani de Lima Argimon e (51) 33214121 mestrande Tânia Moraes Ramos Andrade da PUCRS
- poderei solicitar o desligamento de meu filho(a) a qualquer momento.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Nome do responsável: _____

Assinatura do responsável _____

Nome do adolescente _____

Assinatura do adolescente _____

Mestranda Tânia Ramos Andrade

Matrícula 04191075-3

Fone: (51) 33214221

Prof. Dra. Orientadora Irani Lima Argimon

Matrícula 030554 Fone: (51) 33203633 R:221

III PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA PUCRS



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - PUCRS



Ofício nº 276/05-CEP

Porto Alegre, 01 de abril de 2005.

Senhor(a) Pesquisador(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa intitulado: "Sintomas depressivos em adolescentes usuários e não usuários de maconha".

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Délio José Kipper
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)
Mest Tânia Maria Moraes Andrade
N/Universidade

IV ARTIGO TEÓRICO

SINTOMAS DEPRESSIVOS E O USO DE CANNABIS EM ADOLESCENTES: REVISÃO TEÓRICA

Veículo de Publicação: Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul

Indexado por: ABEC– Associação Brasileira de Editores Científicos; BIOSIS
Publisher of Biological Abstracts and Zoological Record; LILACS – Index Medicus
Latino-Americano; PsycINFO– American Psychological Association

Tânia Moraes Ramos Andrade

Irani Iracema de Lima Argimon

Sintomas Depressivos em Adolescentes Usuários de Cannabis: Revisão

Teórica

RESUMO

Introdução: A depressão está entre os transtornos psiquiátricos mais comuns na adolescência. Os quadros depressivos costumam apresentar elevadas taxas de comorbidades psiquiátricas sendo freqüente o abuso de substâncias psicoativas. Este artigo pretende investigar a associação dos sintomas depressivos e o uso da cannabis nesta faixa etária. **Método:** Foi realizado, através de revisão sistemática, a análise dos artigos indexados localizados nos sistemas *Medline*, *PsycInfo*, *ProQuest*, *Web of Science* e *Lilacs*, entre 2000 e 2005, usando os descritores: *depressive symptoms*, *depression*, *adolescence*, *teenager* e *cannabis*. **Resultados:** Foram revisados 36 artigos completos, resultando no estudo 9 artigos, os quais tratavam de sintomas depressivos ou depressão e o uso ou dependência de *cannabis* em adolescentes. A maioria dos estudos confirma existir uma associação entre sintomas depressivos e o uso de cannabis na adolescência, cabe salientar que esta associação é mais freqüente no uso precoce e regular de *cannabis*. **Conclusão:** Os sintomas depressivos estão associados ao uso de cannabis na adolescência, sendo importante que estas variáveis possam ser investigadas na prática clínica como também em programas de prevenção que aborde de forma simultânea estes transtornos na adolescência.

Palavras-chave: sintomas depressivos, adolescência e *cannabis*

Depressive Symptoms in Adolescent Users of Cannabis: a Theoretical Review

ABSTRACT

Introduction: Depression is amongst the most common psychiatric disorders during adolescence. Depressive cases usually present high taxes of psychiatric comorbidities, and it is frequent the abuse of psychoactive substances. This study intends to investigate the association of depressive symptoms and the use of cannabis during adolescence. **Method:** By means of a systematic review, studies found at *PsycInfo*, *ProQuest*, *Web of Science* and *Lilacs* databases have been analysed between 2000 and 2005 using the following keywords: *depressive symptoms*, *depression*, *adolescence*, *teenager* and *cannabis*. **Results:** Thirty-six complete studies were reviewed, being 9 of them included here. They discuss depressive symptoms or depression and the use of *cannabis* or addiction to it in adolescents. Most of the studies confirm the existence of an association between depressive symptoms and the use of *cannabis* during adolescence, it is important to point out that this association is more frequent in the early and continuous use of *cannabis*. **Conclusion:** Depressive symptoms are related to the use of *cannabis* during adolescence, therefore it is important that these variables can be investigated in clinical practice, as well as in prevention programs that simultaneously focus on these disorders during adolescence.

Keywords: depressive symptoms, *depression* adolescence, *cannabis*

Síntomas depresivos en adolescentes usuarios de cannabis: revisión teórica

RESÚMEN

Introducción: La depresión está entre los trastornos psiquiátricos más comunes en la adolescencia. Los cuadros depresivos acostumbran presentar elevadas tasas de comorbidad psiquiátricas siendo frecuentes el abuso de sustancias psicoactivas. Este artículo busca investigar la asociación de los síntomas depresivos y el uso de cannabis en la adolescencia. **Método:** Ha sido realizado, a través de revisión sistemática, el análisis de los artículos indexados localizados en los sistemas *Medline, PsycInfo, ProQuest, Web of Science y Lilacs*, entre 2000 y 2005, utilizando los descriptores: *depressive symptoms, depression, adolescence, teenager y cannabis*. **Resultados:** Han sido revisados 36 artículos completos, siendo que nueve de ellos trataban de síntomas depresivos o depresión y el uso o dependencia de cannabis en adolescentes. La mayoría de los estudios confirma existir una asociación entre síntomas depresivos y el uso de cannabis en la adolescencia, cabe destacar que esta asociación es más frecuente en el uso precoz y regular de cannabis. **Conclusión:** Los síntomas están relacionados al uso de cañabais en la adolescencia, siendo importante que estas variables puedan ser investigadas en la práctica clínica como también en programas de prevención que aborden de forma simultánea estos trastornos en este período de vida.

Palabras-llave: síntomas depresivos, *depresión*, adolescencia y *cannabis*

INTRODUÇÃO

A adolescência é definida, como uma fase do desenvolvimento caracterizada por intensas transformações tanto físicas quanto psicológicas. Embora ocorram mudanças fisiológicas em todas as fases do ciclo vital, a rapidez das transformações durante o período da adolescência é maior que nos anos que a precedem. Esta fase do desenvolvimento permanece por quase uma década, aproximadamente dos 12 ou 13 anos até o início dos 20 anos, não havendo definição clara para seu ponto de início ou fim¹.

Bessa² refere que a adolescência é marcada por transformações tanto orgânicas como emocionais, sendo um período propício ao surgimento de transtornos psiquiátricos.

Entre os transtornos psiquiátricos mais comuns na adolescência, a depressão é considerada debilitante e recorrente, envolvendo um alto grau de morbidade e mortalidade, representando um sério problema de saúde pública. É bastante recente o interesse científico pela depressão na adolescência. De 15 a 25% das pessoas podem apresentar uma crise depressiva pelo menos uma vez na vida, sendo o primeiro episódio depressivo ocorrido, mais freqüentemente, antes dos dezoito anos de idade³.

No Brasil, Salle⁴ verificou, em estudo com 503 estudantes de 15 a 17 anos do Ensino Médio de Porto Alegre, a prevalência de 32% de sintomas depressivos, sendo que 5% da amostra apresentaram Depressão Maior. Gorenstein et al.⁵ identificaram em uma amostra de 1.555 adolescentes de 13 a 17 anos, 7% de depressão, considerada pelos autores quando os indivíduos tinham escore acima

de 20 pontos no Inventário Beck de Depressão⁶, sendo que as meninas apresentaram mais sintomas depressivos do que os meninos. Os autores também encontraram um aumento dos escores de sintomas depressivos nos adolescentes com mais idade.

Outro problema que afeta os adolescentes com quadros depressivos, é a elevada taxa de comorbidade, isto é a ocorrência de duas entidades diagnósticas em um mesmo indivíduo⁷ sendo freqüente o abuso e a dependência de substâncias psicoativas^{2,3,8,9}. Pesquisadores como Saibro e Ramos¹⁰ investigaram a prevalência de consumo de substâncias psicoativas de uso lícito e ilícito em 1.606 adolescentes, estudantes do ensino médio de 14 escolas públicas e privadas. A *cannabis* apresentou prevalência de uso na vida de 21%, equivalente para ambos os sexos, sendo sua ocorrência mais freqüente (72,5%), entre as idades de 14 e 16 anos.

Segundo o V Levantamento Nacional Sobre Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras¹¹, Porto Alegre foi a capital que mais apresentou uso na vida, de *cannabis* 10,9%.

O uso de *cannabis* pelos adolescentes, principalmente o uso regular e pesado, tem sido associado com a depressão por muitos pesquisadores^{12,13,14,15,16}. Assim o objetivo deste artigo é realizar uma revisão sistemática a respeito da associação entre sintomas depressivos/depressão com o uso/abuso ou dependência de *cannabis*.

MÉTODO

O método utilizado foi a busca sistemática através das bases de dados computadorizadas *Medline, PsycInfo, ProQuest e Web of Science* no período compreendido entre 2000 e 2005, com os seguintes descritores: *depression, depressive, adolescence, teenager e cannabis*.

Foram incluídos artigos empíricos em língua inglesa das bases referidas, com amostras de adolescentes, não importando o delineamento dos mesmos. As referências dos estudos identificados também foram utilizadas. Os estudos selecionados deveriam abordar a associação entre sintomas depressivos ou depressão e uso, abuso ou dependência de cannabis. Foram excluídos os artigos em outras línguas que não o Inglês, revisões da literatura e pesquisas cujo objetivo fosse focar: prevalência, fatores de risco e tratamento.

Nesta busca, foram identificadas 80 referências, cujos resumos foram checados em busca de artigos potencialmente elegíveis, resultando em 32 artigos completos que foram avaliados de acordo com os critérios estabelecidos, e destes 9 artigos que investigaram a associação de sintomas depressivos ou Depressão e uso, abuso ou dependência de cannabis.

RESULTADOS

Os 9 artigos obtidos através da revisão sistemática apresentaram dados em relação à base populacional, número de participantes, delineamento e classificação quanto ao uso, abuso ou dependência de cannabis e sintomas depressivos ou Depressão Maior que se encontram resumidos na Tabela 1.

INSERIR TABELA 1

Poulin et al.¹⁷ investigaram adolescentes escolares canadenses e verificaram que há diferença na prevalência de sintomas depressivos de acordo com o gênero. Nas meninas a prevalência de sintomas depressivos foi de 8,6% enquanto nos meninos foi de 2,6% e, no que diz respeito ao uso da cannabis (diário ou semanal), no último mês, foi encontrado que este, independentemente da sua quantidade era indicador de sintomas depressivos em ambos os sexos.

Yates et al.¹⁸ investigaram sintomas depressivos em adolescentes que foram atendidos em ambulatório de clínica geral com idades de 13 a 16 anos. Estes autores constataram que maior grau de sintomas depressivos estava associado com alguns fatores de risco tais como: gênero (feminino), sintomas psiquiátricos parentais, sintomas físicos, prejuízos psicossociais, ter um amigo usuário de drogas, ter oferta de drogas por um amigo ou estranho no início do uso, usar cannabis e uso diário de tabaco. A conclusão dos autores foi que o uso de cannabis estava associado com o grau de sintomas depressivos, porém não deixa claro se este uso refere-se ao uso na vida ou uso atual, bem como sua frequência.

Em estudo com 212 adolescentes com idades entre 15 e 22 anos, Chabrol et al.¹⁹ constataram que 54% dos adolescentes que usaram cannabis nos últimos 6 meses, entre estes, 45% eram meninas, com média de idade de 18,9 anos e 67% eram meninos, com média de idade de 18,6 anos. Os meninos iniciaram o uso, em média, com 14 anos e as meninas, em média, com 16 anos. A duração do uso de cannabis foi maior nos meninos (média de 3,9 anos) do que nas meninas (média de 3 anos). Entre os que referiram uso de cannabis, 64% dos meninos e 34% das meninas, preenchiam critérios de Dependência para esta classe de

substância. Não foi encontrada, neste estudo, associação entre sintomas depressivos ou de ansiedade com a motivação para o uso de cannabis.

Pesquisadores como Boys et al.²⁰ investigaram adolescentes com 13 à 15 anos de idade, encontrando associação entre tabagismo, uso regular (definido pelos autores como mais de uma vez por mês) de álcool e de cannabis com um aumento de 4 à 5 vezes na incidência de Transtorno Depressivo.

Libby et al.²¹ comparou uma amostra de adolescentes com diagnóstico de Depressão Maior com um grupo de adolescentes que apresentava transtorno por uso de substâncias psicoativas (isoladamente ou em comorbidade com a depressão) encontrando uma maior prevalência de dependência da cannabis nos adolescentes diagnosticados com Depressão Maior antes do uso da substância. Entre os que apresentaram Depressão primária, a dependência de cannabis foi o transtorno por uso de substância mais prevalente entre os meninos, enquanto a dependência de tabaco foi o de maior prevalência nas meninas.

Brook et al.²² concluíram que existe uma forte associação entre a frequência do uso de *cannabis* em adolescentes e Depressão Maior antes dos 20 anos de idade e que o uso precoce de substâncias psicoativas está associado à presença de transtornos psiquiátricos.

Pesquisando associação entre depressão, uso de cannabis e comportamento suicida em adolescentes, com idades variando entre 14 e 21 anos, Fergusson et al.¹⁴, concluíram que existe uma associação entre o uso semanal de cannabis e depressão, ideação suicida e tentativa de suicídio. Os adolescentes de 14 à 15 anos de idade que usaram cannabis semanalmente,

apresentaram maiores taxas de ideação suicida do que os não usuários e do que os adolescentes usuários de 20 à 21 anos.

Blore et al.²³ realizaram pesquisa com adolescentes de 13 à 17 anos. Em relação à prevalência de sintomas depressivos, as meninas apresentaram um índice mais elevado de sintomas depressivos do que os meninos. Os autores obtiveram resultados que mostraram uma correlação positiva entre sintomas depressivos e a precocidade e freqüência do uso de substâncias psicoativas, entre elas a cannabis, no último mês, não sendo encontrada diferença entre o uso de substâncias psicoativas e o gênero. Os fatores de risco identificados para depressão e uso de substâncias psicoativas incluem: conflito no relacionamento com os pais, experiência de eventos estressantes, insatisfação com as notas escolares e ter amigos que são usuários de substâncias psicoativas. Os sentimentos de agressão, raiva, incapacidade e culpa, foram observados por metade da amostra, enquanto que ideação suicida foi referida por 75% dos adolescentes.

Em estudo de seguimento de 7 anos, Patton et al.²⁴, investigaram 1.601 adolescentes, de 14 à 15 anos e concluíram que 60% dos adolescentes já haviam usado cannabis até idade de 20 anos. Destes adolescentes, 7% usaram cannabis diariamente. Os adolescentes que faziam uso semanal ou mais freqüente de cannabis tinham duas vezes mais risco de apresentarem, posteriormente, diagnósticos de depressão e ansiedade. Por outro lado, o diagnóstico de depressão e ansiedade, não foi indício de uso diário ou semanal de maconha, questionando a hipótese de que adolescentes depressivos utilizam cannabis como automedicação.

DISCUSSÃO

É importante salientar que mesmo sendo bastante difundido a alta prevalência de sintomas depressivos na adolescência é encontrado um número reduzido de estudos^{14,17,18,19,20,21,22,23,24}, que avaliaram sintomas depressivos/depressão e uso/abuso ou dependência de cannabis em adolescentes.

O predomínio dos estudos desta revisão foi de publicações dos anos de 2004 e 2005, de estudos com delineamento de coorte, de base populacional e estudos que apresentaram investigação de diagnóstico de Dependência de cannabis e de Depressão Maior.

Destaca-se, analisando os resultados obtidos, a alta prevalência dos sintomas depressivos e uso de cannabis em adolescentes^{17,18,19}, o que demonstra a importância do estudo destas questões quando se planeja implementar programas que visem a prevenção primária, secundária e terciária direcionados a esta clientela.

Os sintomas depressivos são mais frequentes e intensos no sexo feminino, conforme os achados de vários pesquisadores^{17,18}, o que aponta a necessidade de que haja um respeito às especificidades de cada sexo ao serem delineadas abordagens terapêuticas para adolescentes.

Nota-se que nem todos os estudos pesquisaram dependentes ou abusadores de cannabis, atendo-se ao uso desta substância^{18,23}, assim como nem todos diagnosticaram Depressão, investigando apenas os sintomas depressivos^{17,18,19,23}. O uso de cannabis, nestes estudos, pode significar desde um uso na vida

(experimental) até uma Síndrome de Dependência, com toda sua complexidade e custos associados, tanto pessoais quanto sociais, familiares e ocupacionais. Da mesma forma, os sintomas depressivos podem ser analisados em um continuum que vai desde sintomas de intensidade leve até um quadro clínico de Depressão Maior. É importante que estas variáveis sejam bem definidas nos estudos para possibilitar uma análise consistente de seus resultados. Este cuidado pode ser observado nos estudos analisados^{14,20,21,22}, os quais se preocuparam em delimitar os critérios diagnósticos e os instrumentos utilizados para tal, havendo uma única exceção Yates et al.¹⁸ na qual não fica claro se o uso de substâncias psicoativas refere-se a uso na vida ou uso atual, o que em termos de pesquisa e da clínica, faz uma enorme diferença.

Alguns pesquisadores^{17,18} verificaram uma maior prevalência de sintomas depressivos em adolescentes que fazem uso de cannabis bem como que os adolescentes dependentes de cannabis eram mais propensos apresentarem depressão^{20,21,22,24}. Verificaram também uma associação entre uso de cannabis e Depressão Maior^{14,20,22,24}. Uma questão a ser debatida é a relação temporal entre a dependência de cannabis (ou seu uso) e a Depressão Maior (ou sintomas depressivos). Foi encontrado, em estudo conduzido por Libby et al.²¹, que os participantes com história prévia de Depressão Maior apresentaram mais dependência de *cannabis* do que aquele sem esta história, o que aponta para a presença de uma comorbidade psiquiátrica. Deve-se ressaltar, no entanto, que tanto a intoxicação, quanto os sintomas de abstinência ou um transtorno induzido pelo uso da *cannabis* devem ser considerados quando se abordam sintomas depressivos em usuários desta substância psicoativa²⁵.

A precocidade do uso de *cannabis*, esteve associada tanto aos sintomas depressivos^{17,23,20}, quanto à Depressão Maior^{22,24}, o que sugere a importância da detecção precoce deste uso no intuito de prevenir o desenvolvimento destes quadros clínicos. O uso regular de *cannabis*, bem como sua precocidade também estiveram associados à ideação e tentativas de suicídio¹⁴, o que pode ser utilizado como um argumento contra aqueles que consideram inócuo o uso da *cannabis*, difundindo esta idéia nos meios de comunicação.

A associação entre Depressão/sintomas depressivos e uso/abuso ou dependência de *cannabis* leva a questionar o quanto o tratamento da Depressão Maior pode ter um impacto na redução do uso da *cannabis*^{19,24}. Não é por acaso que o tratamento sinérgico da dependência e da depressão é a abordagem preconizada⁷, quando se tratam destes transtornos, devendo o profissional que atende este tipo de paciente acompanhar atentamente as características específicas de cada quadro.

CONCLUSÕES

As publicações indexadas nesses últimos anos evidenciaram que os estudos têm avançado na investigação de diferentes aspectos que podem interferir no desenvolvimento normal do adolescente. A depressão na adolescência gera enormes dificuldades tanto emocionais, quanto sociais e intelectuais. O sofrimento causado pela depressão faz com que o jovem muitas vezes procure saídas rápidas como o uso de substâncias psicoativas ou até mesmo o suicídio. Da mesma forma, verifica-se que o uso de substâncias

psicoativas, entre elas a cannabis, também vem acompanhada de uma série de dificuldades e sintomas podendo ser destacados os sintomas depressivos.

Nos diversos estudos, ficou evidente a existência da associação entre sintomas depressivos/Depressão e uso/abuso ou dependência de cannabis em adolescentes.

Este conhecimento pode contribuir na implementação de programas voltados para os adolescentes, visando à prevenção em seus três níveis, quais sejam: primário, secundário e terciário sendo importante que os profissionais que trabalham com adolescentes tenham claro a possibilidade da existência de comorbidade entre Depressão e Dependência de cannabis.

As áreas da pesquisa e da clínica devem assim, ser analisadas de forma integrada para um delineamento de estratégias terapêuticas mais efetivas no atendimento mais integrado do adolescente.

REFERÊNCIAS

1. Papalia DE, Olds SW. Desenvolvimento Humano. 7ed. Porto Alegre: Artmed; 2000. p. 310-11.
2. Bessa, M. Quando o uso de drogas ocorre junto com outros transtornos psiquiátricos. In: Pinsky I, Bessa MA, editores. Adolescência e drogas. São Paulo: Editora Contexto; 2004. p. 124-150.
3. Bahls SC, Bahls FR. Depressão na adolescência: características clínicas. *Interação em Psicologia*.2002;6(1):49-57.
4. Salle E. Estudo de sintomatologia depressiva em adolescentes de 15 a 17 anos de II grau de Porto Alegre, através das escalas auto-aplicáveis Beck depression inventory (BDI) Carrol Rating Scale (CRS), Center for Epidemiological Studies for depression (CES-D). [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1999.
5. Gorenstein C, Andrade L, Zanolio E, Artes R. Expression of depressive symptoms in a nonclinical brazilian adolescent sample. *Can J Psychiatry*. 2005; 50:129-136.
6. Steer RA, Beck A. Beck depression inventory (BDI). In: Sederer L.I. & Dickey B. *Outcomes assessment in clinical practice*. Baltimore: Williams & Wilkins.1996. p.100-104.
7. Laranjeira R, Zaleski M, Ratto L. Comorbidades psiquiátricas: uma visão global. In: *Comorbidades: transtornos mentais x transtornos por uso de substancias de uso*. ABEAD; 2004,São Paulo; 2004. p.5-9.

8. Sukiennik, P e Salle, E. Depressão. In: Souza R, Costa M, editores. Adolescência aspectos clínicos e psicossociais. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 340-349.
9. Friedberg R e McClure J. A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 146-172.
10. Saibro P, Ramos S. Consumo de substâncias psicoativas em estudantes de ensino médio e fundamental de escola pública e privada de Porto Alegre. In: XV Congresso da Associação Brasileira de Estudos sobre Álcool e Drogas; setembro 2003; São Paulo. p. 32.
11. Galduróz J, Noto A, Fonseca A, Carlini E. V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras 2004. São Paulo: UNIFESP, 2005. p. 151-153.
12. Degenhart L, Hall W, Lynskey M. Exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction*, 2003; 1493-1504
13. Raphael B, Wooding S, Stevens G, Connor J.J *Psychiatr Pract*. 2005; 11(3):161-76.
14. Fergusson D, Howood J, Swain-Campell N. Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescent and young adulthood. *Addiction*. 2002; 97: 1123-1135.
15. Rey JM, Martin A, Krabman P. Is the party over? Cannabis and juvenile psychiatric disorder: The past 10 years. *J Am Child Adolesc Psychiatry*. 2004; 43 (10):1194-1205.

16. Saluja G, Iachan R, Scheidt P, Overpeck M, Sun W, Giedd J. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004;158: 760-765.
17. Poulin C, Hand D, Boudreau B, Santor D. Gender differences in the association between substance use and elevated depressive symptoms in a general adolescent population. *Addiction.* 2005;100(4):525-35.
18. Yates P, Kramer T, Garralda E. Depressive symptoms amongst adolescent primary care attenders. Levels and associations. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004; 39 (7):588-594.
19. Chabrol H, Ducongé E, Casas C, Roura C, Carey K. Relations between *cannabis* use and anxious, depressive and borderline symptomatology. *Addict Behav.* 2005;30(4): 829-40.
20. Boys A, Farrell M, Taylor C, Marsden J, Goodman R, Brugha T, Bebbington P, Jenkins R, Meltzer H. Psychiatric morbidity and substance use in young people aged 13-15 years: results from the Child and Adolescent Survey of Mental Health. *Br J Psychiatry.* 2003;182: 509-17.
21. Libby AM, Orton HD, Stover SK, Riggs PD. What came first, major depression or substance use disorder? Clinical characteristics and substance use comparing teens in a treatment cohort. *Addict Behav.* 2005; 30:1649-1662.
22. Brook DW, Brook JS, Zhang C, Cohen, P, Whiteman, M. Drug use and risk of major depressive disorders, alcohol dependence, and substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2002; 59:1039-1044.
23. Blore LG, Schulze S., Lessing AC. The relationship between adolescent depressive symptomatology and substance abuse. *Curationis.* 2004; 27(1):12-22.

24. Patton GC, Coffey C, Degenhart L, Lynskey M, Hall W. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ*. 2002; 325(7374):1195-98.
25. Organização Mundial de Saúde. Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre; Artes Médicas;1993

Tabela 1 – Tipo de estudo, classificação de dependência ou uso de *cannabis* e de sintomas depressivos ou Depressão Maior em adolescentes.

Autor	Tipo de estudo	n	Base	Cannabis	Depressão
Blore et al.,2004 ²³	TV	1.298	BP	UC	SD
Boys et al.,2003 ²⁰	TV	2.624	BP	UC	DP
Brook et al.,2002 ²²	CO	975	BP	DC	DP
Chabrol et al.,2005 ¹⁹	TV	212	BP	DC	DP
Libby et al., 2005 ²¹	CO	126	BA	DC	DP
Patton et al., 2002 ²⁴	CO	1.601	BP	DC	DP
Poulin et al., 2005 ¹⁷	TV	12.771	BP	DC	DP
Yates et al., 2004 ¹⁸	TV	413	BA	DC	DP
Fergusson et al., 2002 ¹⁴	CO	1265	BP	UC	DP

BP - base populacional; BA - base ambulatorial; CO - coorte; TV - transversal;

UC - uso de *cannabis*; AC - abuso de *cannabis*; DC - dependência de *cannabis*

SD - sintomas depressivos; DP - depressão

V ARTIGO EMPÍRICO

SINTOMAS DEPRESSIVOS E O USO NA VIDA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM ADOLESCENTES

Veículo de Publicação: Jornal de Pediatria

Indexado por: Index Medicus/MEDLINE, SciELO, LILACS, EMBASE/Excerpta Medica, Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) Data Bases, Medical Research Index e University MicrofilmsInternational.

Tânia Moraes Ramos Andrade

Irani Iracema de Lima Argimon

SINTOMAS DEPRESSIVOS E USO NA VIDA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM ADOLESCENTES

RESUMO

Introdução: A depressão está entre os transtornos psiquiátricos mais comuns da adolescência, tendo sido observado que estes adolescentes costumam ter comorbidade psiquiátrica entre as mais frequentes está o abuso de substâncias psicoativas **Objetivo:** Investigar a associação entre sintomas depressivos e o uso na vida de substâncias psicoativas em adolescentes, estudantes do Ensino Médio de escola privada e pública de Porto Alegre-RS. **Método:** Trata-se de um estudo com delineamento transversal, com amostra por conveniência, de 706 adolescentes escolares. Os instrumentos utilizados foram: uma Ficha com dados sócio-demográficos, informações sobre o uso de substâncias psicoativas e o Inventário de Depressão de Beck (BDI). **Resultados:** 28% dos participantes da pesquisa apresentaram sintomas depressivos, destes 18,4% apresentaram sintomas depressivos leves, 9,1% moderados e 0,3% destes graves. Os adolescentes que fizeram uso na vida de álcool, tabaco, cocaína ou outras substâncias, apresentaram mais sintomas depressivos do que os que não utilizaram estas substâncias ($t=2,248$ $p=0,025$). **Conclusão:** Observa-se que a prevalência de sintomas depressivos nesta amostra é alta e similar a outros estudos com adolescentes. O conhecimento da presença de sintomas depressivos e a associação com o uso de substâncias psicoativas em adolescentes pode contribuir na implantação de programas voltados para esta clientela, visando à prevenção, em seus três níveis, primário, secundário e terciário.

Palavras-chave: adolescência; sintomas depressivos; substâncias psicoativas

DEPRESSIVE SYMPTOMS AND THE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN ADOLESCENTS

ABSTRACT

Introduction: Depression is amongst the most common psychiatric disorders during adolescence. It has been observed that these adolescents usually have psychiatric comorbidities, and among the most frequent ones, there is the abuse of psychoactive substances. **Objective:** Investigating the association between depressive symptoms and the use of psychoactive substances in adolescents, that is, private and public High School students in Porto Alegre-RS. **Method:** It is a cross-sectional study, using sample by convenience, of 706 school adolescents. The instruments used were a social and demographic information sheet and the use of psychoactive substances, and Beck's Depression Inventory (BDI). **Results:** 28% of the participants presented depressive symptoms, 18,4% of them presented light depressive symptoms, 9,1% moderate and 0,3% severe. The adolescents who used alcohol, tobacco, cocaine or other substances, presented more depressive symptoms than the ones who did not use them ($t=2,248$ $p=0,025$). **Conclusion:** It has been observed that the prevalence of depressive symptoms in this sample is high and similar to the ones found in other studies on adolescents. The knowledge of the presence of depressive symptoms and the association with the use of psychoactive substances may contribute for the implementation of programs focused on this group, in order to prevent such symptoms, along its three levels, primary, secondary and tertiary.

Keywords: adolescence; depressive symptoms; psychoactive substances

SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y USO EN LA VIDA DE SUSTANCIAS PSICOATIVAS EN ADOLESCENTES

RESÚMEN

Introducción: La depresión está entre los trastornos psiquiátricos más comunes de la adolescencia, teniendo sido observado que estos adolescentes costumbran tener comorbidade psiquiátrica entre las más frecuentes está el abuso de substâncias psicoactivas **Objetivo:** Este artículo busca investigar la asociación entre síntomas depresivos y el uso en la vida de sustancias psicoactivas en adolescentes, estudiantes del Enseño Medio de la escuela privada y pública de Porto Alegre-RS. **Método:** Ha sido realizado, através de un estudio con delineamiento transversal, con muestra por conveniencia, de 706 adolescentes escolares. Los instrumentos utilizados fueram una Fija con datos socio-demográficos y informaciones cerca, uso de sustancias psicoactivas y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). **Resultados:** 28% de los participantes de la pesquisa presentaron síntomas depresivos, destes 18,4% presentaron síntomas depresivos leves, 9,1% moderados y 0,3% destes graves. Los adolescentes que fizieron uso en la vida de alcohol, tabaco, cocaína o otras sustancias, presentaron más síntomas depresivos do que los que no utilizaron estas sustancias ($t=2,248$ $p=0,025$). **Conclusión:** Se observa que la prevalencia de síntomas depresivos nesta muestra es alta y similar a otros estudios con adolescentes. Lo conocimiento de la presencia de síntomas depresivos y la asociación con el uso de sustancias psicoactivas adolescentes puede contribuir en la implementación de programas voltados para esta clientela, visando la prevención en sus tres niveles, primario, secundario y terceario.

Palabras-clave: adolescencia; síntomas depresivos; sustancias psicoactivas.

INTRODUÇÃO

A adolescência pode ser caracterizada como uma fase em que se desenvolve um conjunto de mudanças evolutivas na maturação física e biológica, ajustamento psicológico e social do indivíduo. Embora ocorram mudanças fisiológicas em todas as idades do ciclo vital, a rapidez das transformações ocorridas durante o período da adolescência é maior que nos anos que a precedem ou seguem¹. Na adolescência se tudo transcorrer bem, o jovem atingirá a vida na plenitude de todos os seus potenciais, dispondo de um substrato orgânico, afetivo, emocional e cognitivo para se desenvolver. Porém, se neste processo falharem fatores intrínsecos (biológicos, genéticos e emocionais) e extrínsecos (família, escola, amigos e a comunidade) a transformação poderá ser interrompida em diferentes níveis e graus de complexidade². A adolescência para Bessa³ é um momento propício ao surgimento de transtornos psiquiátricos. Segundo Harrington⁴ os jovens tendem a sentir emoções com profundidade e as oscilações de humor são comuns nesse estágio da vida, podendo ser difícil distinguir reações emocionais intensas de transtornos depressivos. É natural que os adolescentes possuam momentos de tristeza, mas não é todos que irão apresentar quadros depressivos, sendo problemático estabelecer os limites do transtorno depressivo em adolescentes.

O *National Institute Mental Health* (NIMH)⁵ reconheceu oficialmente a depressão maior na adolescência, somente em 1975, sendo que antes era encarada como uma fase normal e típica e acreditando-se que ela fosse inexistente.

Segundo a Organização Mundial de Saúde⁶, é esperado que a primeira crise de depressão não muito intensa pode ocorrer entre os 15 e 19 anos, sobretudo nas meninas e identifica que 25% dos adultos com Depressão Maior apresentaram o primeiro episódio da doença antes dos 18 de idade.

Os jovens que apresentam depressão têm mais características irritáveis do que de tristeza, o curso da depressão costuma ser insidioso e apresenta comorbidade com outros transtornos psiquiátricos, sendo comum que adolescentes com quadros depressivos tenham um outro transtorno

mental como transtorno de conduta, transtorno por uso de substâncias psicoativa, ansiedade e déficit de atenção^{3,4,7,8,9,10}.

Pesquisadores brasileiros têm investigado a prevalência de sintomas depressivos em adolescentes, como Salle¹¹ em estudo com 503 estudantes de 15 a 17 anos de idade, verificou sintomas depressivos em 32% dos adolescentes, onde 5% preenchiam critérios para Depressão Maior. Em outro estudo conduzido por Bahls¹² com 463 estudantes do Ensino Fundamental e Médio com idades variando entre 10 e 17 anos, verificou a presença de sintomas depressivos em 20,3%, destes adolescentes 72,3% eram meninas e 27,7%, eram meninos. No fator idade não houve diferença estatisticamente significativa, entretanto, encontrou-se tendência de aumento dos índices de sintomas depressivos à medida que a idade aumentava durante a adolescência, dos 10 aos 15 anos e uma redução, não significativa estatisticamente, nas duas faixas etárias de maior idade dos 16 aos 17 anos.

Saluja et al.¹³ investigando a prevalência de sintomas depressivos em 9.863 estudantes (meninos = 4.712; meninas = 5.151) com idade média de 11, 13 e 15 anos; constataram 10% dos meninos e 25% das meninas, totalizando 18% da amostra, apresentaram sintomas depressivos. Os resultados desta pesquisa indicam que a prevalência dos sintomas depressivos aumentou com a idade para ambos os sexos, que as meninas apresentaram mais sintomas depressivos que os meninos e existe uma associação significativa entre sintomas depressivos e o uso de substâncias psicoativas nos adolescentes avaliados.

A expressão “uso na vida” de substâncias psicoativas, é um conceito que segundo Galduróz et al.¹⁹ é utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para definir o uso de qualquer droga psicotrópica pelo menos uma vez na vida.

Em relação ao uso na vida de substâncias psicoativas, sabe-se que, nos últimos anos, a incidência do consumo tem aumentado na adolescência^{13,14,15,16,17,18} e, em vista disto, pesquisadores brasileiros têm se ocupado deste tema^{19,20,21,22,23}.

Segundo o V Levantamento Nacional Sobre Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras¹⁹, 65,2% dos adolescentes fizeram uso na vida de álcool (masculino = 64,5; feminino = 66,3%), 24,9% fizeram uso na vida de tabaco (masculino = 25,2% feminino = 24,7%), 5,9% do total dos adolescentes pesquisados fizeram uso na vida de maconha (masculino = 7,9%; feminino = 4,1%) e 2,0% apresentaram uso na vida de cocaína (masculino = 2,8%; feminino = 4,1%). Os pesquisadores observaram também uma maior defasagem escolar entre os estudantes que já tinham feito uso na vida de drogas comparando-se aos que não fizeram uso na vida de drogas. As drogas mais utilizadas pelos estudantes, excetuando-se álcool e tabaco pela ordem foram: solventes, maconha, ansiolíticos, anfetamínicos e anticolinérgicos. O total estimado de estudantes brasileiros da rede estadual de ensino que fizeram uso na vida de drogas, foi de 22,6%. Porto Alegre em comparação a outras capitais foi identificada como a capital onde os adolescentes mais fizeram uso na vida, de maconha com 10,9%. Em relação às outras substâncias psicoativas os resultados de Porto Alegre foram, álcool com 69%, tabaco 33,5%, solvente 12,3% e cocaína com 2,3%.

Saibro e Ramos²³ avaliando 1.586 estudantes, de 14 escolas públicas e escolas privadas do Ensino Médio e Fundamental de Porto Alegre, com idades de 10 a 18 anos, investigaram a prevalência de uso na vida de substâncias psicoativas, sua distribuição por idade, sexo e idade de início de uso. Encontrando as seguintes taxas de uso na vida de álcool de 83,7%, tabaco de 39%, maconha de 21,1%, inalantes 20,4% e cocaína de 3,5%. As meninas apresentaram maior uso na vida de, anfetaminas com 11,3% e tabaco com 44,5%, do que os meninos. Os meninos apresentaram um maior uso na vida de cocaína com 5%. O uso de maconha e inalantes foi equivalente entre os sexos.

Lafay et al.²⁴ investigando 1.521 estudantes com idade entre 18 a 24 anos identificaram que 30% dos adolescentes estudados apresentavam sintomas depressivos e 6% destes preenchiam critérios diagnóstico de Depressão Maior. Os adolescentes que apresentavam sintomas depressivos também faziam o uso de substâncias psicoativas.

A incidência de adolescentes com sintomas depressivos e uso de substâncias psicoativas foi investigada por Blore et al.²⁵ em pesquisa com 1.298 adolescentes apontando que as meninas apresentaram mais sintomas depressivos do que os meninos. Os sintomas depressivos foram significativamente correlacionados tanto com a frequência do uso de substâncias psicoativas quanto com a precocidade deste uso. Os fatores de risco para depressão e abuso de substância psicoativa, neste estudo, incluíram dificuldade de relacionamento entre os pais, presença de eventos estressantes, insatisfação com o rendimento escolar e uso de substâncias psicoativas pelos amigos.

Pela relevância do tema, o objetivo deste estudo foi verificar em adolescentes de escola pública e privada a prevalência de sintomas depressivos, a prevalência do uso na vida de substâncias psicoativas e a presença ou não de sintomas depressivos e o uso na vida substâncias psicoativas.

MÉTODO

Foi realizado um estudo de delineamento transversal com uma amostra por conveniência, composta por 706 adolescentes, provenientes de duas escolas: uma escola pública (n=353) e uma escola privada (n=353), ambas situadas em Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

As séries escolhidas para participação no estudo foram o segundo e terceiro ano do Ensino Médio, sendo esta escolha determinada pela faixa etária de interesse do estudo, entre 15 e 22 anos. Foram pesquisados todos os adolescentes que pertenciam a estas séries, que aceitaram participar da pesquisa, devolvendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos adolescentes e seus responsáveis.

INSTRUMENTOS

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

1) Ficha com sócio-demográficos: com informações a respeito dos hábitos, história familiar, desempenho escolar e uso de substâncias psicoativas dos adolescentes. Para a coleta das

informações do uso de substâncias psicoativas foram utilizadas algumas questões do I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2001²⁶, as quais foram inseridas nesta ficha.

2) Inventário Beck de Depressão (**BDI**)²⁷ é um instrumento utilizado para medir a intensidade dos sintomas depressivos, traduzido e validado no Brasil por Cunha²⁸, sendo uma escala auto-aplicável que avalia componentes cognitivos, afetivos, comportamentais e somáticos da depressão. Os pontos de corte da versão brasileira são: mínimo= 0-11, leve= 12-19, moderado= 20-35, grave= 36-63. A pontuação mínima é considerada como sem sintomas depressivos.

PROCEDIMENTOS

Esta pesquisa foi, primeiramente, submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da PUCRS. Os participantes, assim como seus responsáveis legais foram informados dos procedimentos e dos objetivos deste estudo. Os dados foram coletados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo aluno e seu responsável, em duas vias, uma ficando com o participante.

A coleta dos dados foi realizada por uma equipe treinada coordenada pela pesquisadora, nas salas de aula das escolas participantes. Foi realizada uma aplicação coletiva, iniciando pelo preenchimento da Ficha de dados sócio-demográficos e o uso de substâncias psicoativas, seguido da aplicação do Inventário de Depressão de Beck.

ANÁLISE DOS DADOS

O banco de dados foi estruturado no *Statistical Package for Social Sciences* –SPSS versão 11.5. A análise exploratória dos dados constou de testes estatísticos Descritivos e de Frequências. Na análise inferencial foram utilizados o Teste Qui-Quadrado, Teste Exato de Fisher, Teste t de *Student* para Amostras Independentes e o Coeficiente de Correlação Linear de Pearson. A

Regressão Linear Múltipla com o método *stepwise* foi empregada, para identificar os fatores preditores dos sintomas depressivos. O nível de significância utilizado como parâmetro foi o de 5%.

RESULTADOS

O estudo contou com um total de 706 adolescentes sendo que 369 (52,3%) eram do sexo masculino e 334 (47,3%) do sexo feminino, com idades variando entre 15 e 22 anos ($M=16,42$ anos; $SD=0,89$) e estavam cursando o Ensino Médio.

Do total dos participantes, 405 (57,4%) adolescentes residiam com ambos os pais, 184 (26,1%) moravam com um dos pais, 68 (9,6%) residiam com outros familiares, 9 (1,3%) moravam sozinhos e 39 (5,5%) moravam com outras pessoas.

Sintomas depressivos e fatores associados

Conforme a intensidade dos sintomas depressivos identificados: 504 (71,4%) dos adolescentes não apresentavam sintomas depressivos, 130 (18,4%) apresentavam sintomas depressivos de categoria leve, 64 (9,1%) moderados e 2 (0,3%) tinham sintomas depressivos graves.

A média dos escores do BDI foi de 8,86 pontos ($SD=7,46$), o que é considerado como grau mínimo. Considerando-se somente as categorias, leve, moderada e grave do BDI (28% da amostra) a média foi de 18,44 pontos ($SD= 6,45$).

O Teste t de *Student* para amostras independentes apontou diferença significativa nos escores dos sintomas depressivos conforme o gênero ($t=-7,759$; $p<0,001$). Os meninos apresentaram médias menores de sintomas depressivos ($M= 6,87$; $SD= 6,374$) do que as meninas ($M=11,10$; $SD=7,969$). Cabe ressaltar que a proximidade de valores entre a média e o desvio-padrão demonstra que houve uma grande variação intragrupos da presente amostra. A distribuição das categorias do BDI entre os gêneros encontra-se demonstrada na Tabela 1.

INSERIR TABELA 1

Foi encontrada uma correlação positiva de muito baixa intensidade entre idade e sintomas depressivos, de acordo com o Coeficiente de Correlação Linear de Pearson ($r= 0,087$; $p= 0,021$).

Não houve diferença significativa na intensidade dos sintomas depressivos entre os adolescentes que moravam com seus pais, com um dos pais, que residiam com outras pessoas ou sozinhos, conforme o Teste de Qui-Quadrado ($\chi^2= 10,634$; $p=0,561$).

Também não foi observada diferença significativa nos sintomas depressivos entre os adolescentes de escola pública ($M= 8,44$; $SD= 7,42$) da escola privada ($M= 9,28$; $SD= 7,49$), conforme o Teste t de *Student* para amostras independentes ($t=1,496$; $p=0,135$).

Segundo o Teste t de *Student* para amostras independentes, entre os adolescentes pesquisados, ter história de reprovação escolar (17,8% da amostra; $t=2,030$; $p=0,043$), ter alguém na família com problemas com o uso de substâncias psicoativas (27,1% ; $t= 2,059$; $p=0,040$), e ter amigos próximos com história de uso de maconha (29,6% $t= 2,430$; $p= 0,015$) estiveram associados ao aumento dos sintomas depressivos.

A prática de esportes ($n= 589$; 83,4%) pelos adolescentes; estava inversamente associada com os sintomas depressivos ($t= -5,491$; $p<0,001$). Os adolescentes que praticavam esportes tiveram uma média de pontos referentes aos sintomas depressivos ($M=8,19$ pontos; $SD=6,95$) menor que aqueles que não praticavam ($M= 12,29$; $SD=8,93$).

Substâncias Psicoativas

O total de adolescentes que fizeram uso na vida de álcool, tabaco, maconha, solvente, cocaína e outras substâncias psicoativas foi de 82,2% (580) e dos adolescentes que não usaram nenhuma destas substâncias psicoativas na vida foi de 17,8% (126).

A idade média de início do uso de álcool foi 13,88 anos ($SD=1,51$; 6 - 18), de tabaco 14,18 anos ($SD=1,68$; 8 - 18), de maconha 15,02 anos ($SD=1,06$; 11 - 17) e de outras drogas 15,07 anos ($SD=1,26$; 11 -17).

Segundo o Teste de Qui-Quadrado, não foi encontrado diferença significativa entre o uso na vida de substâncias psicoativas entre os gêneros, com exceção do uso na vida de tabaco, sendo que as meninas utilizaram mais tabaco que os meninos. Os dados referentes ao uso na vida de substâncias psicoativas entre os gêneros, encontram-se demonstrados na Tabela 2.

INSERIR TABELA 2

Entre os adolescentes que usaram uma destas substâncias: álcool, tabaco, maconha, solvente, cocaína e outras substâncias psicoativas uma vez na vida, a média de pontos do BDI foi de 9,16 pontos (SD= 7,40) e a média dos que não usaram substâncias psicoativas foi de 7,50 pontos (SD=7,61). De acordo com o Teste t de *Student* para amostras independentes pode-se verificar que houve diferença significativa nas médias dos sintomas depressivos de acordo com o uso na vida de substâncias psicoativas ($t= 2,248$; $p= 0,025$).

As substâncias psicoativas mais utilizada pelos adolescentes foi o álcool (81,7%), seguido do tabaco (28,2 %), maconha (20,7%), outras substâncias (6,9 %), solvente (5,8%) e cocaína (1,8 %).

Foi encontrada associação entre sintomas depressivos e uso na vida das seguintes substâncias psicoativas: álcool ($t= 2,27$; $p=0,024$), tabaco ($t= 3,38$; $p=0,01$) e cocaína ($t= 2,59$; $p=0,01$), sendo que a comparação das médias dos sintomas depressivos de acordo com o uso na vida de cada uma das substâncias psicoativas está demonstrada na Tabela 3.

INSERIR TABELA 3

De acordo com o Teste Exato de Fisher, os alunos da escola privada usaram mais álcool do que os alunos da escola pública ($\chi^2= 11,619$; $p<0,001$), o mesmo ocorrendo com o uso de maconha ($\chi^2= 15,388$; $p<0,001$), solventes ($\chi^2= 16,261$; $p<0,001$) e outras substâncias ($\chi^2= 13,784$; $p<0,001$). Não foram encontradas diferenças quanto ao uso de tabaco ($\chi^2= 0,603$; $p=0,452$) e cocaína ($\chi^2= 0,697$; $p=0,577$) entre as escolas. A comparação do uso de substâncias psicoativas entre os alunos das escolas pública e privada pode ser observada na Tabela 4.

INSERIR TABELA 4

Para avaliar as variáveis preditoras dos sintomas depressivos nesta amostra foi realizada a Regressão Linear Múltipla, método *stepwise* (Tabela 5). As variáveis utilizadas foram as seguintes: idade, repetência escolar, gênero, uso de álcool, tabaco, cocaína, solvente, maconha e outras substâncias. Os modelos de regressão apontam à contribuição independente de gênero, repetência escolar, uso de cocaína, uso de tabaco, uso de outras substâncias. O coeficiente de determinação global obtido (R²) foi de 0,114, isto é, 11,4% de variância dos sintomas depressivos, o que pode ser justificado pelas variáveis gênero, repetência escolar, uso de cocaína, tabaco, outras substâncias.

INSERIR TABELA 5

DISCUSSÃO

O presente estudo mostra que a prevalência de sintomas depressivos entre adolescentes do Ensino Médio de escola pública e privada foi de 28% com uma média de 18,44 pontos, que está no limiar superior da categoria leve de avaliação da intensidade dos sintomas depressivos. Este dado corrobora os achados de alguns pesquisadores como: Bahls¹² que verificou a presença de sintomas depressivos em 20,3% de sua amostra, Field²⁹ que observou 29% de sintomas depressivos, Salle¹¹ que apontou 32% de sintomas depressivos e Saluja et al.¹³ que encontrou 18% de sintomas depressivos em adolescentes.

Outro achado foi quanto à presença de sintomas depressivos e a diferença de gênero, em que as meninas apresentaram maiores médias de sintomas depressivos do que os meninos. A diferença de gênero é encontrada em diversos estudos, apresentando sempre mais sintomas depressivos nas meninas do que nos meninos^{12,13,14,17,25,30,31}.

Um dado importante foi a associação significativa encontrada em sintomas depressivos e a idade sendo que, quanto maior for a idade do adolescente, maior a presença de sintomas depressivos, o que também está de acordo com os resultados descritos por outros autores^{13,25,30}.

Não foi encontrada diferença significativa de sintomas depressivos entre adolescentes que moram com os pais, que moram com um dos pais, que moram com familiares, só ou com outras

pessoas e sintomas depressivos. Assim como quando comparada à escola de ensino público com a de ensino privado.

Deve-se destacar que houve uma relação estatisticamente significativa entre adolescentes com história de reprovação escolar e a presença de sintomas depressivos.

Os adolescentes que referiram ter alguém na família com problemas com o uso de substância psicoativa ou que tinham amigos com história de uso de substâncias psicoativas apresentavam mais sintomas depressivos, dados semelhantes foram encontrados por Blore et al.²⁵ e Bond et al.³¹.

Um aspecto importante é que os adolescentes que relataram praticar esportes apresentaram menos sintomas depressivos do que os que não praticavam esportes, como referem o estudo de Field et al.²⁹ que adolescentes depressivos gastam menos tempo se exercitando.

Em relação ao uso geral de substâncias psicoativas descritas neste estudo (álcool, tabaco, maconha, solventes, cocaína e outras), a prevalência de uso na vida pelos adolescentes, foi de 82,15% evidenciando um índice significativo de uso de substâncias psicoativas neste grupo de adolescentes, resultado semelhante ao encontrado por Galduróz et al.¹⁹, que verificaram ser alta a prevalência do uso na vida de drogas entre os estudantes do Ensino Fundamental e Médio, visto que há uma maior exposição ao uso destas substâncias nesta faixa etária.

A idade média do início do uso do álcool e do tabaco nos adolescentes investigados foi menor do que a idade do início do uso de maconha e outras drogas, confirmado por outros estudos que verificaram um aumento linear na idade da experimentação do álcool, tabaco, maconha, ansiolítico, anfetaminas e cocaína^{19,23,32,33}.

Quanto ao uso na vida de substâncias psicoativas e diferença de gênero, as meninas usaram mais tabaco que os meninos. A mesma diferença foi encontrada em estudos de pesquisa, referente à cidade de Porto Alegre^{19,23}.

No que se refere ao uso na vida de substâncias psicoativas e associação com sintomas depressivos, os resultados encontrados apontam para uma maior média de sintomas depressivos

entre os adolescentes que usaram álcool, tabaco, cocaína quando comparados aos que não usaram estas substâncias. Estes achados são semelhantes aos encontrados por alguns pesquisadores que verificaram que os adolescentes que apresentavam sintomas depressivos faziam, com mais frequência, uso de cocaína e maconha²⁹, tabaco³⁴ e uso de substâncias psicoativas^{13,16,31}.

Cabe salientar o número expressivo de pesquisas encontradas durante a revisão da literatura, avaliando sintomas depressivos/depressão e uso/abuso e dependência de substâncias psicoativas, como o estudo de Fergusson et al.¹⁷ que pesquisou a associação de Depressão Maior e a dependência de nicotina e os estudos que investigaram Depressão Maior e a associação com maconha em adolescentes^{15,18,35,36,37}.

Em relação ao uso de substâncias psicoativas entre os alunos de escola pública e privada observou-se que os adolescentes de escola privada usaram mais álcool, maconha, solvente e outras substâncias do que os adolescentes de escola pública. Quanto ao uso do tabaco não foi encontrada diferença entre as escolas.

De acordo com a Regressão Linear Múltipla observou-se que as variáveis preditoras dos sintomas depressivos nesta amostra foi o gênero, a repetência escolar, uso de cocaína, uso de tabaco e o uso de outras substâncias.

CONCLUSÃO

Até meados da década de 70 acreditava-se que a adolescência não era afetada pela depressão e os sintomas depressivos eram pouco observados tanto pelos educadores, familiares e até mesmo pelos profissionais da área da saúde. Atualmente os estudos demonstram a vulnerabilidade do adolescente frente à possibilidade de apresentar sintomas ou quadros depressivos. Os achados encontrados neste estudo em relação à prevalência de sintomas depressivos nos adolescentes, bem como a ocorrência dos mesmos nos diferentes gêneros, onde aparecem mais nas meninas do que nos meninos, são similares aos das pesquisas já realizadas com adolescentes brasileiros bem como os das pesquisas internacionais. Os escores de sintomas depressivos verificados tanto neste estudo

quanto em outros, demonstram a necessidade da detecção precoce destes sintomas em adolescentes com vistas a reduzir o impacto dos fatores de risco para o uso de substâncias psicoativas e garantir o tratamento precoce dos transtornos depressivos nesta população.

Além da prevalência de sintomas depressivos, procurou-se também investigar o consumo na vida de substâncias psicoativas entre os adolescentes, sendo que os resultados apresentaram taxas semelhantes a achados de outros estudos brasileiros. O aumento do consumo de substâncias pelos adolescentes e a associação com os sintomas depressivos serve de alerta na prevenção de transtornos depressivos. O diagnóstico precoce da depressão bem como do uso de substâncias psicoativas beneficia o não desenvolvimento de quadros depressivos graves que pode comprometer a evolução destes adolescentes para a vida adulta. Portanto, este pode ser um alerta a profissionais da área da saúde que trabalham com adolescentes, não descaracterizando sinais e/ou sintoma quando apresentados pelos mesmos, em razão de que podem evoluir drasticamente se não trabalhados no momento oportuno.

REFERÊNCIAS

1. Papalia DE, Olds SW. Desenvolvimento físico e cognitivo na adolescência. In: Papalia DE, Olds SW. *Desenvolvimento Humano*. 7ed. Porto Alegre: Artmed; 2000. p.310-312.
2. Pinsky I, Bessa M. Apresentação. In: Pinsky I, Bessa M. *Adolescência e drogas*. São Paulo: Contexto; 2004. p.11-12.
3. Bessa, M. Quando o uso de drogas ocorre junto com outros transtornos psiquiátricos. In: Pinsky I, Bessa M, editores. *Adolescência e drogas*. São Paulo: Editora Contexto; 2004. p.124-129.
4. Harrington H. Transtornos depressivos em crianças e adolescentes: uma revisão. In: M. Maj, N. Sartorius, editores. *Transtornos depressivos*. 2 ed. Artmed: Porto Alegre; 2005. p.191-215
5. Bhatara, VS. Early detection of adolescent mood disorders. *South Dakota Journal Medicine*, 45(3):75-78 apud Bahls SC, Bahls FR. *Depressão na adolescência: características clínicas. Interação em Psicologia*. 2002;6(1):49-57.
6. Bahls SC, Bahls FR. *Depressão na adolescência: características clínicas. Interação em Psicologia*. 2002;6(1):49-57.
7. Lewinsohn PM. Transtorno depressivos na infância na adolescência: Avanços recentes. In: Maj M, Sartorius N, editores. *Transtornos depressivos*. 2.ed. Artmed: Porto Alegre; 2005. p.219-220.
8. Sukiennik P, Segal J, Salle E, Piltcher R, Teruchkin B, Preussler, C. Implicações da depressão e do risco de suicídio na escola durante a adolescência. *Adolesc Latinoam*. 2000;2(1):36-44.
9. Sukiennik P, Salle E. *Depressão*. In: Souza RP, Costa MC, editores. *Adolescência- aspectos clínicos e psicossociais*. Porto Alegre: Artmed; 2002. p 340-49.
10. Faraone SV. *Depressão em jovens: Tendência de diagnóstico*. In: Maj M, Sartorius N, editores. *Transtornos depressivos*. Porto Alegre: Artmed, p.217-220.
11. Salle E. *Estudo de sintomatologia depressiva em adolescentes de 15 a 17 anos de II grau de Porto Alegre, através das escalas auto-aplicáveis Beck depression inventory (BDI) Carrol Rating*

Scale (CRS), Center for Epidemiological Studies for depression (CES-D). [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1999.

12. Bahls, S. Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of public school in Curitiba, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2002;24(2):63-67.

13. Saluja G, Iachan R, Scheidt P, Overpeck M, Sun W, Giedd J. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Méd*. 2004;158:760-765.

14. Poulin C, Hand D, Boudreau B, Santor D. Gender differences in the association between substance use and elevate depressive symptoms in a general adolescent population. *Addiction*. 2005;100(4):525-35.

15. Rey JM, Martin A, Krabman P. Is the party over? Cannabis and juvenile psychiatric disorder: The past 10 years. *J Am Child Adolesc Psychiatry*.2004;43 (10):1194-1205.

16. Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campell N. Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescent and young adulthood. *Addiction*.2002;97:1123-1135.

17. Fergusson DM, Goodwin RD, Horwood LJ. Major depression and cigarette smoking: results of a 21-year longitudinal study. *Psychological Medicine*.2003;33:1357-1367.

18. Degenhart L, Hall W, Lynskey M. Exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction*.2003;98(11):1493-1504.

19. Galduróz JC, Noto AR, Fonseca AM & Carlini EA. V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras 2004. Centro Brasileiro de informações sobre drogas psicotrópicas. CEBRID. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina Departamento de Psicobiologia. São Paulo; 2005.

20. Muza MG, Bettiol H, Muccillo G, Barbieri M. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP(Brasil). I- Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. *Rev. Saúde Pública*.1997;31(1):21-9.

21. Baús J, Kupek E, Pires M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Rev Saúde Pública*.2002;36(1):40-6.
22. Sanceverino SL, Abreu JCA. Aspectos epidemiológicos do uso de drogas entre estudantes do ensino médio no Município de Palhoça 2003. *Ciência e Saúde Coletiva*.2004;9(4):1047-1056.
23. Saibro P, Ramos S. Consumo de substâncias psicoativas em estudantes de ensino médio e fundamental de escola pública e privada de Porto Alegre. In: XV Congresso da Associação Brasileira de Estudos sobre Álcool e Drogas; setembro 2003 ; São Paulo.p. 32.
24. Lafay N, Manzanera C, Papet N, Marcelli D, Senon J (2003). Depression states during post-adolescence. Results of study in 1.521 students of Poitiers University. *Annales medico psychologyques*. 2003;161(2):147-151.
25. Blore L, Schulze S, Lessing A. The relationship between adolescent depressive symptomology and substance abuse. *Curations*. 2004;27(1):12-22.
26. Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR & Nappo AS. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo 107 maiores cidades do país- 2001.Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. CEBRID. Departamento de Psicobiologia. Escola Paulista de medicina.São Paulo; 2002.p.351-352.
27. Steer RA, Beck A. Beck depression inventory (BDI). In: Sederer L.I. & Dickey B. Outcomes assessment in clinical practice. Baltimore: Williams & Wilkins.1993. p.100-104.
28. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo. Casa do psicólogo, 2001.
29. Field T, Diego M, Sanders C. Adolescent depression and risk factors. *Adolescence*. 2001;36(143):491-498.
30. Gorenstein C, Andrade L, Zanolio E, Artes R. Expression of depressive symptoms in a nonclinical Brazilian adolescent sample. *Can J of Psychiatry*. 2005; 50:129-136.

31. Bond L, Toumbourou JW, Thomas L, Catalano RF, Patton G. Individual, family, school, and community risk and protective factors for depressive symptoms in adolescents: a comparison of risk profiles for substance use and depressive symptoms. *Prevention Science*, 2005;6(2):73-88.
32. Tavares B, Béria J, Lima M. (2001). Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Revista de Saúde Pública*.2001;35 (2):150-158.
33. Micheli D, Formigoni M. Drug use by Brazilian students: Associations with family, psychosocial, health, demographic and behavioral characteristics. *Addiction*. 2004;99(5):570-578.
34. Escobedo LG, Reddy M.; Giovino GA. (1998). The relationship between depressive symptoms and cigarette smoking in US adolescents. *Addiction*.1998; 93(3):433-40.
35. Degenhardt L, Hall, W.; Lynskey M. The relationship between cannabis use, depression and anxiety among Australian adults: findings from the National Survey of Mental Health and well-being. *Soc Psychiatr Epidemiol*.2001;36:219-227.
36. Chabrol H, Ducongé E, Casas C, Roura C, Carey K. Relations between cannabis use and anxious, depressive and borderline symptomatology. *Addict Behav*.2005;30(4):829-40.
37. Libby AM, Orton HD, Stover SK, Riggs PD. What came first, major depression or substance use disorder? Clinical characteristics and substance use comparing teens in a treatment cohort. *Addict Behav*.2005;30:1649-1662.

Tabela 1 – Distribuição da classificação dos sintomas depressivos de acordo com o gênero

Sintomas depressivos / Gênero	Meninas	Meninos
	%	%
Mínimo	198 (28,4)	303 (43,5)
Leve	88 (12,6)	42 (6)
Moderado	42 (6,0)	22 (3,2)
Grave	2 (0,3)	0 (0)
N (%)		

Tabela 2 - Uso na vida de substâncias psicoativas conforme o gênero (n=703)

Substância	n (%)	Meninas n(%)	Meninos n(%)	p
Álcool				
Sim	574 (81,6)	276 (39,3)	298 (42,4)	0,559
Não	129 (18,3)	58 (8,3)	71 (10,1)	
Tabaco				
Sim	198 (28,2)	112 (16,0)	86 (12,3)	0,003
Não	504 (71,8)	221 (31,5)	283 (40,3)	
Maconha				
Sim	145 (20,7)	78 (11,1)	67 (9,5)	0,093
Não	557 (79,3)	255 (36,3)	302 (43,0)	
Solvente				
Sim	41(5,8)	20 (2,8)	21 (3,0)	0,873
Não	661 (94,2)	313 (44,6)	348 (49,6)	
Cocaína				
Sim	13(1,9)	5 (0,7)	8 (1,1)	0,584
Não	689 (98,1)	328 (46,7)	361 (51,4)	
Outras				
Sim	49 (7,0)	26 (3,7)	23 (3,3)	0,460
Não	653 (93,0)	307 (43,7)	346 (49,3)	

Tabela 3 – Comparação das médias dos sintomas depressivos e do uso na vida de substâncias psicoativas apresentadas pelos adolescentes

Substância	n	Médias	Desvios-Padrão	t	P
Álcool					
Sim	573	9,16	7,41	2,27	0,024
Não	127	7,50	7,56		
Tabaco					
Sim	196	10,38	7,59	3,38	0,01
Não	503	8,27	7,34		
Cocaína					
Sim	13	14,15	11,57	2,59	0,010
Não	686	8,76	7,34		
Solvente					
Sim	41	9,66	7,27	0,70	0,482
Não	658	8,81	7,48		
Maconha					
Sim	143	9,22	7,55	0,64	0,525
Não	556	8,77	7,45		
Outras					
Sim	48	7,73	7,55	-1,09	0,276
Não	651	8,95	7,50		

Tabela 4 – Uso na vida de substâncias psicoativas entre os adolescentes das escolas privada e pública (n=706)

	Escola pública (n=353)	Escola privada	p
	n (%)	(n=353)	
		n(%)	
Álcool			
Sim	271 (38,4)	306 (43,3)	0,000
Não	82 (11,6)	47 (6,7)	
Tabaco			
Sim	95 (13,5)	104 (14,8)	0,452
Não	258 (36,6)	249 (35,2)	
Cocaína			
Sim	8 (1,1)	5 (0,7)	0,577
Não	345 (48,9)	348 (49,2)	
Maconha			
Sim	52 (7,4)	94 (13,3)	0,000
Não	301 (42,7)	259 (36,6)	
Solvente			
Sim	8 (1,1)	33 (4,7)	0,000
Não	345 (48,9)	320 (45,3)	
Outras			
Sim	12 (1,7)	37 (5,2)	0,000
Não	341 (48,4)	316 (44,7)	

Tabela 5 – Variáveis preditoras dos sintomas depressivos em adolescentes

	R²	preditores	Coeficiente β	p	T
Sintomas depressivo	0,114	Gênero	0,290	0,000	7,958
		Repetência escolar	- 0,091	0,013	- 2,490
		Uso de cocaína	- 0,096	0,010	- 2,566
		Uso de tabaco	-0,092	0,015	-2,447
		Uso de outras substâncias	- 0,090	0,020	- 2,341

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão e o uso de substâncias psicoativas na adolescência foram os temas que nortearam este estudo, no qual a alta prevalência de sintomas depressivos, além do elevado consumo de substâncias pelos adolescentes nos alertou para a necessidade de buscarmos o enfrentamento deste problema de forma científica, no intuito de auxiliar os profissionais, os adolescentes e suas famílias.

A depressão é um dos transtornos que pode incapacitar o paciente tornando o seu dia a dia sem objetivo e sem planejamento de futuro. Pensar que o adolescente deprimido atravessa estas dificuldades além de outras específicas da depressão é conscientizar-se do drama que este percorre. A depressão pode deixar marcas no adolescente e até chegar a problemas graves como a dependência química, como a tentativa de suicídio ou até mesmo o suicídio.

Sabe-se que uma das características da adolescência é sua energia, disposição, alegria e seu sonho quanto ao futuro, todas estas possibilidades de vida podem ficar prejudicadas devido a depressão, doença incapacitante e recorrente, complicando o desenvolvimento emocional e social destes adolescentes.

A detecção precoce dos sintomas depressivos é um dos pontos importantes para diminuir os riscos, principalmente os relativos ao uso de substâncias psicoativas. Há que se considerar quando se aborda tanto os transtornos depressivos quanto os transtornos por uso de substâncias em

adolescentes a prevalência desta comorbidade com o intuito de contemplar as especificidades de cada um no delineamento de estratégias terapêuticas e preventivas.

Investigar a depressão em adolescentes exige que o foco de estudos futuros privilegie a busca do aprofundamento do conhecimento relativo ao comportamento destes, com vistas à promoção da elevação dos níveis de qualidade de vida dos futuros adultos e suas famílias.

Uma das limitações deste estudo está vinculada à amostra de adolescentes escolares estudada, pois os resultados não podem ser transpostos para população geral cuja realidade em muitos casos difere profundamente da população de escolares.

Cabe salientar que este estudo, investigou o uso na vida de substâncias psicoativas, pois se sabe que a primeira experiência com substâncias normalmente ocorre na adolescência e que a maioria dos jovens o faz como experimentadores, não chegando a utilizar na vida adulta e muito menos desenvolver problemas associados diretamente ao consumo de substância, ficando como sugestão para próximo estudo a investigação de outras formas de uso de substâncias psicoativas e depressão na adolescência.

ANEXO A

NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA DE PSIQUIATRIA DO RIO GRANDE DO
SUL



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Instruções aos autores](#)
- [Envio do material](#)
- [Revisão por pareceristas](#)
- [Preparação de manuscritos](#)

ISSN 0101-8108 versão
impressa
ISSN 1806-9398 versão online

Instruções aos autores

A *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* é uma publicação quadrimestral da Sociedade de Psiquiatria do Rio Grande do Sul (SPRS) e tem por finalidade publicar trabalhos de todas as áreas da psiquiatria, como epidemiologia, psiquiatria clínica, neurociências, psicoterapias, psicanálise e problemas de saúde mental relevantes, além de áreas afins.

Estas normas foram desenvolvidas com base nos *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication* - URM, documento produzido e atualizado pelo *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE). O texto integral do documento, em inglês, está

disponível on-line no endereço <http://www.icmje.org/>.

Os seguintes tipos de contribuição podem ser enviados para apreciação: editoriais, artigos originais, artigos de revisão, artigos de atualização, comunicações breves, relatos de casos, cartas e resenhas. Os materiais devem ser submetidos em português.

Os artigos submetidos à *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* são aceitos com base no pressuposto de que o material não foi publicado anteriormente no todo ou em parte e não está sendo submetido simultaneamente para publicação em outras revistas.

Uma vez publicado na Revista, os direitos autorais sobre o artigo passam automaticamente à *Revista*, e a reprodução do texto no todo ou em parte passa a requerer autorização por escrito dos Editores. Os conceitos e declarações contidos nos trabalhos são de total responsabilidade dos autores.

Envio do material

Duas cópias do artigo em papel, um disquete ou CD ou e-mail com a versão eletrônica do artigo (identificado com o programa de edição de texto utilizado e o nome do arquivo) e uma carta de apresentação devem ser enviados para:

Editores da *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*
Av. Ipiranga, 5311/202

CEP 90610-001
Porto Alegre, RS - Brasil
E-mail: revista@sprs.org.br

Os materiais encaminhados aos editores não serão devolvidos.

Um autor deverá ser identificado como responsável pela correspondência, e deve ser fornecido endereço completo (com CEP), fone, fax e e-mail de contato.

Eventuais conflitos de interesse (profissionais, financeiros e benefícios diretos e indiretos) que possam influenciar os resultados da pesquisa devem ser mencionados na carta. Além disso, os autores devem garantir que obtiveram consentimento das pessoas envolvidas nas amostras do trabalho e que o trabalho foi aprovado pelo comitê de ética da instituição à qual os autores estão vinculados.

Revisão por pareceristas

Os artigos submetidos são revisados por pareceristas anônimos, e os pareceres resultantes são encaminhados aos autores. A decisão final sobre a aceitação do artigo fica a cargo do Conselho Editorial da *Revista*.

Preparação do manuscrito

Os artigos devem ser digitados em um processador de texto para PC (Word ou similar) em folha A4, fonte Arial 12 e espaço duplo (incluindo tabelas e referências), com margens de 3 cm em todos os lados (a impressão deve usar apenas um lado do papel). Todas as páginas devem ser numeradas.

As seguintes informações devem constar na primeira página: a) título do artigo, que deve ser conciso e completo, com a respectiva versão em inglês; b) nomes dos autores na forma como deverão ser publicados; c) titulação acadêmica e afiliação(ões); d) nome do departamento e/ou instituição onde o trabalho foi realizado; e) indicação do autor responsável pela correspondência e dados completos para contato; f) nome da agência de fomento que concedeu auxílio, se houver; g) se foi baseado em tese acadêmica, título da tese, ano e instituição onde foi apresentada; h) se foi apresentado em reunião científica, nome do evento, local e data de realização.

O limite de número de palavras é de 6.000 para artigos originais, 7.000 para artigos de revisão, 2.000 para comunicações breves, 1.500 para relatos de caso e resenhas e 500 para cartas. Casos especiais poderão ser considerados pelo Conselho Editorial. Além desses números para o texto propriamente dito, artigos originais e de revisão podem ter, no máximo, seis tabelas ou figuras, e comunicações breves e cartas, uma tabela ou

figura.

Abreviações devem ser indicadas por extenso no texto na primeira utilização. Após, somente a sigla deverá ser utilizada.

Medicamentos devem ser mencionados por seu nome genérico (fluoxetina, metilfenidato, etc.), em detrimento de seu nome comercial.

Resumo e descritores

O resumo deve ter no máximo 250 palavras, e tanto o resumo quando os descritores devem ser apresentados em português, inglês e espanhol. Devem ser identificados os objetivos, procedimentos e conclusões do trabalho. Após o resumo/abstract/resumen, devem ser indicados 3 a 10 descritores, selecionados a partir do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde, <http://decs.bvs.br>).

Tabelas e figuras

As tabelas devem ser numeradas em ordem consecutiva e cada uma deve constar em uma folha separada, com um título conciso. Tabelas não devem duplicar informações já contidas no texto.

Ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, etc.) também devem ser numeradas em ordem consecutiva e devem ser enviadas em arquivos separados (.tif, preferencialmente), em alta resolução. Cada ilustração deve ter legenda própria.

Tabelas e figuras retiradas de trabalhos já publicados devem ser acompanhadas de autorização por escrito do detentor do direito autoral.

Referências

Referências devem ser listadas no final do artigo conforme a ordem de citação no texto, de acordo com as normas do ICMJE disponíveis em

http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

No texto, as referências devem ser identificadas por números sobrescritos. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores, tanto no sentido de garantir que todos os trabalhos citados no texto constam na lista e vice-versa quanto no sentido de respeitar os modelos apresentados a seguir. Artigos com problemas de formatação na lista de referências serão devolvidos para correção.

Artigos de periódicos

Listar os primeiros seis autores, seguidos de "et al."

Artigos que foram aceitos para publicação mas que ainda se encontram no prelo deverão apresentar a expressão "In press" após o nome da revista.

Cassano GB, Rucci P, Frank E, Fagiolini A, Dell'Osso L, Shear MK, et al. The mood spectrum in unipolar and bipolar disorder: arguments for a unitary approach. *Am J Psychiatry*. 2004;161(7):1264-9.

Livros e outras monografias citadas no todo

Winnicott DW. *Playing and reality*. London: Tavistock Publications; 1971.

Capítulo de livro

Cloninger CR, Svrakic DM. Personality disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, eds. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. 7.ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 1723-64.

Teses

Zavaschi MLS. *Associação entre depressão na vida adulta e trauma psicológico na infância [dissertação]*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.

Conferências

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, eds. *MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics*; 1992 Sep 6-10; Beneva, Switzerland. Amsterdam: North- Holland; 1992. p. 1561-5.

Artigo de periódico em formato eletrônico

Kellner C, Husain M, Rummans T, Petrides G. Continuation electroconvulsive therapy vs medication to prevent relapses in patients with major depressive disorder. Available from:

<http://clinicaltrials.gov/ct/gui/show/NCT00000375?order=2>

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

© 2004 *Sociedade de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*

Av. Ipiranga, 5311/202
90610-001 Porto Alegre RS Brasil
Tel.: +55 51 3336-4846
Fax.: +55 51 3339-6277



sprs@sprs.org.br

ANEXO B

NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO JORNAL DE PEDIATRIA



Informações Gerais

O Jornal de Pediatria é a publicação científica da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), com circulação regular desde 1934. Atualmente, sua versão impressa atinge quase 20.000 leitores e instituições no Brasil e na América Latina. Todo o conteúdo do Jornal de Pediatria está disponível em português e inglês no site <http://www.jpmed.com.br>, que é de livre acesso. O Jornal de Pediatria é indexado pelo Index Medicus/MEDLINE (www.pubmed.gov), SciELO (www.scielo.org), LILACS (www.bireme.br/abd/P/lilacs.htm), EMBASE/Excerpta Medica (www.embase.com/), Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) Data Bases (www.siicsalud.com/), Medical Research Index (www.purplehealth.com/medical-research-index.htm) e University Microfilms International.

O Jornal de Pediatria publica resultados de investigação clínica em pediatria e, excepcionalmente, de investigação científica básica.

O Jornal de Pediatria aceita a submissão de artigos em português, espanhol e inglês. Na versão impressa da revista, os artigos são publicados na língua em que foram submetidos, exceto os artigos de revisão, que serão sempre obrigatoriamente publicados em português. No site, todos os artigos são

publicados em português e inglês (inclusive os artigos submetidos em espanhol e publicados nessa língua na revista em papel) e incluem uma versão em arquivo PDF na língua original.

Processo de Revisão (Peer review)

Todo o conteúdo publicado pelo Jornal de Pediatria passa por processo de revisão por especialistas (peer review). Cada artigo submetido para apreciação é encaminhado aos editores, que fazem uma revisão inicial quanto aos padrões mínimos de exigência do Jornal de Pediatria e ao atendimento de todas as normas requeridas para envio dos originais. A seguir, remetem o artigo a dois revisores especialistas na área pertinente, selecionados de um cadastro de revisores. Os revisores são sempre de instituições diferentes da instituição de origem do artigo. Os revisores são cegos quanto à identidade dos autores e local de origem do trabalho. Todo o processo de revisão é realizado por e-mail, em formulários especiais. Após receber ambos os pareceres, o Conselho Editorial os avalia e decide pela aceitação do artigo sem modificações, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Conforme a necessidade, um determinado artigo pode retornar várias vezes aos autores para esclarecimentos ou novas versões aprimoradas e, a qualquer momento, pode ter sua recusa determinada, mas cada versão é sempre analisada pelo Conselho Editorial, que detém o poder da decisão final.

Tipos de Artigos Publicados

O Jornal de Pediatria aceita a submissão espontânea de artigos originais, relatos de casos, artigos especiais e cartas ao editor. Editoriais e comentários, que geralmente referem-se a artigos selecionados, são encomendados a autoridades em áreas específicas. O Conselho Editorial também analisa propostas de publicação de comentários submetidos espontaneamente.

Artigos originais incluem estudos controlados e randomizados, estudos de testes diagnósticos e de triagem e outros estudos descritivos e de intervenção, bem como pesquisa básica com animais de laboratório. O texto deve ter entre 2.000 e 3.000 palavras, excluindo tabelas e referências; o número de referências não deve exceder 30.

Relatos de casos tratam de pacientes ou situações singulares, doenças raras ou nunca descritas, assim como formas inovadoras de diagnóstico ou tratamento. O texto é composto por uma introdução breve que situa o leitor quanto à importância do assunto e apresenta os objetivos da apresentação do(s) caso(s); por um relato resumido do caso; e por comentários que discutem aspectos relevantes e comparam o relato com outros casos descritos na literatura. O número de palavras deve ser inferior a 2.000, excluindo referências e tabelas. O número máximo de referências é 15. Recomenda-se não incluir mais de duas figuras.

Cartas ao editor devem comentar, discutir ou criticar artigos publicados no Jornal de Pediatria. O tamanho máximo é de 1.000 palavras, incluindo no máximo seis referências bibliográficas. Sempre que possível, uma resposta dos autores será publicada junto com a carta.

Artigos de revisão - avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a temas de importância clínica, com ênfase em fatores como causas e prevenção de doenças, seu diagnóstico, tratamento e prognóstico - são em geral escritos, mediante convite, por profissionais de reconhecida experiência em assuntos de interesse especial para os leitores. Metanálises se incluem nesta categoria. Autores não convidados podem também submeter previamente ao Conselho Editorial uma proposta de artigo de revisão, com um roteiro. Se aprovado, o autor pode desenvolver o roteiro e submetê-lo para publicação. Artigos de revisão devem limitar-se a 6.000 palavras, excluindo referências e tabelas. As referências bibliográficas deverão ser atuais e em número mínimo de 30.

Artigos especiais são textos não classificáveis nas categorias acima, que o Conselho Editorial julgue de especial relevância para a saúde da criança. Sua revisão admite critérios próprios, não havendo limite de tamanho ou exigências prévias quanto à bibliografia..

Instruções para envio de material para publicação

O Jornal de Pediatria dá preferência à submissão de manuscritos por correio eletrônico (e-mail). Caso sejam submetidas figuras ou fotografias cuja resolução não permita uma impressão adequada, a secretaria editorial poderá solicitar o envio dos originais ou cópias com alta qualidade de impressão.

Recomenda-se que os autores guardem uma versão do material enviado. Em ambas as situações de submissão (e-mail ou correio comum), os materiais enviados não serão devolvidos aos autores.

Instruções para envio de material por e-mail:

1. Enviar para: jped@sbp.com.br

2. Assunto: Escrever o título abreviado do artigo

3. Corpo da mensagem: Deve conter o título do artigo e o nome do autor responsável pelos contatos pré-publicação, seguidos de uma declaração em que os autores asseguram que:

- a)** o artigo é original;
 - b)** nunca foi publicado e, caso venha a ser aceito pelo Jornal de Pediatria, não será publicado em outra revista;
 - c)** não foi enviado a outra revista e não o será enquanto sua publicação estiver sendo considerada pelo Jornal de Pediatria;
 - d)** todos os autores participaram da concepção do trabalho, da análise e interpretação dos dados e de sua redação ou revisão crítica;
 - e)** todos os autores leram e aprovaram a versão final;
 - f)** não foram omitidas informações sobre quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias ou pessoas que possam ter interesse no material abordado no artigo;
 - g)** todas as pessoas que fizeram contribuições substanciais para o artigo, mas não preencheram os critérios de autoria, são citados nos agradecimentos, para o que forneceram autorização por escrito;
 - h)** reconhecem que a Sociedade Brasileira de Pediatria passa a ter os direitos autorais, caso o artigo venha a ser publicado.
- (Obs.: Caso o artigo seja aceito para publicação, será solicitado o envio desta declaração com a assinatura de todos os autores.)

4. Arquivos anexados: Anexar dois arquivos separados, contendo respectivamente: (a) página de rosto, resumo em português e inglês (ou espanhol e inglês), palavras-chave, keywords, texto e referências bibliográficas, (b) tabelas, figuras e gráficos. Esses arquivos devem permitir a leitura pelos programas do Microsoft Office® (Word, Excel e Access).

Instruções para envio de material por correio comum:

1. Enviar para:

Jornal de Pediatria
Av. Carlos Gomes, 328 - conj. 304
Porto Alegre, RS
CEP 90480-000
Brasil

2. Incluir uma carta de submissão, assinada por todos os autores, assegurando que:

- a)** o artigo é original;
- b)** o artigo nunca foi publicado e, caso venha a ser aceito pelo Jornal de Pediatria, não será publicado em outra revista;
- c)** não foi enviado a outra revista e não o será enquanto sua publicação estiver sendo considerada pelo Jornal de Pediatria;
- d)** todos os autores participaram da concepção do trabalho, da análise e interpretação dos dados e de sua redação ou revisão crítica;
- e)** todos os autores leram e aprovaram a versão final;
- f)** não foram omitidas informações sobre quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias ou pessoas que possam ter interesse no material abordado no artigo;
- g)** todas as pessoas que fizeram contribuições substanciais para o artigo, mas não preencheram os critérios de autoria, são citados nos agradecimentos, para o que forneceram autorização por escrito;
- h)** reconhecem que a Sociedade Brasileira de Pediatria passa a ter os direitos autorais, caso o artigo venha a ser publicado.

3. O Jornal de Pediatria não se responsabiliza pelo eventual extravio de originais; os autores devem guardar cópia de seus trabalhos enquanto sua publicação estiver sendo considerada pelo Jornal de

Pediatria.

4. O original deve ser enviado em apenas uma cópia impressa em folha de papel branco, tamanho A4 (210 297 mm), com margens de 25 mm em ambos os lados, espaço duplo em todas as seções; fonte Times New Roman, tamanho 11; páginas numeradas no canto superior direito, a começar pela página de rosto. Não usar recursos de formatação, tais como cabeçalhos e rodapés. Utilizar preferencialmente Microsoft Word®; caso seja usado um programa diferente, empregar o formato ASCII.

5. Enviar uma cópia do original em disquete ou CD (não usar discos "zip"), que contenha apenas arquivos relacionados ao artigo.

Diretrizes para a Preparação do Original

Orientações gerais:

O original - incluindo tabelas, ilustrações e referências bibliográficas - deve estar em conformidade com os "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas", publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas1-4 (ver a última atualização, de outubro de 2001, disponível em http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp).

Cada seção deve ser iniciada em nova página, na seguinte ordem: página de rosto, resumo em português, resumo em inglês, texto, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas (cada tabela completa, com título e notas de rodapé, em página separada), gráficos (cada gráfico completo, com título e notas de rodapé em página separada) e legendas das figuras.

A seguir, as principais orientações sobre cada seção:

Página de rosto:

A página de rosto deve conter todas as seguintes informações:

- a)** título do artigo, conciso e informativo, evitando termos supérfluos e abreviaturas; evitar também a indicação do local e da cidade onde o estudo foi realizado, exceto quando isso for essencial para a compreensão das conclusões;
- b)** versão exata do título para o idioma inglês;
- c)** título abreviado (para constar na capa e topo das páginas), com máximo de 50 caracteres, contando os espaços;
- d)** nome de cada um dos autores (o primeiro nome e o último sobrenome devem obrigatoriamente ser informados por extenso; todos os demais nomes aparecem como iniciais);
- e)** titulação mais importante de cada autor;
- f)** endereço eletrônico de cada autor;
- g)** informar se cada um dos autores possui currículo cadastrado na plataforma Lattes do CNPq;
- h)** a contribuição específica de cada autor para o estudo;
- i)** declaração de conflito de interesse (escrever "nada a declarar" ou a revelação clara de quaisquer interesses econômicos ou de outra natureza, que poderiam causar constrangimento se conhecidos depois da publicação do artigo);
- j)** definição de instituição ou serviço oficial ao qual o trabalho está vinculado para fins de registro no banco de dados do Index Medicus/MEDLINE;
- k)** nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência;
- l)** nome, endereço, telefone, fax e endereço eletrônico do autor responsável pelos contatos pré-publicação;
- m)** fonte financiadora ou fornecedora de equipamento e materiais, quando for o caso;
- n)** contagem total das palavras do texto, excluindo o resumo, agradecimentos, referências bibliográficas, tabelas e legendas das figuras.
- o)** contagem total das palavras do resumo e do abstract.
- p)** número de tabelas e figuras.

Resumo:

O resumo deve ser submetido em duas línguas: inglês e português para artigos submetidos em inglês ou português; e inglês e espanhol para artigos submetidos em espanhol. O resumo deve ter no máximo 250 palavras ou 1.400 caracteres, evitando o uso de abreviaturas. Todas as informações que aparecem no resumo devem aparecer também no artigo. O resumo deve ser estruturado (3),

conforme descrito a seguir:

Resumo de artigo original:

Objetivo: Informar por que o estudo foi iniciado e quais foram as hipóteses iniciais, se houve alguma. Definir precisamente qual foi o objetivo principal e informar somente os objetivos secundários mais relevantes.

Métodos: Informar sobre o delineamento do estudo (definir, se pertinente, se o estudo é randomizado, cego, prospectivo, etc.), o contexto ou local (definir, se pertinente, o nível de atendimento, se primário, secundário ou terciário, clínica privada, institucional, etc.), os pacientes ou participantes (definir critérios de seleção, número de casos no início e fim do estudo, etc.), as intervenções (descrever as características essenciais, incluindo métodos e duração) e os critérios de mensuração do desfecho.

Resultados: Informar os principais dados, intervalos de confiança e significância estatística.

Conclusões: Apresentar apenas aquelas apoiadas pelos dados do estudo e que contemplem os objetivos, bem como sua aplicação prática, dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares.

Resumo de artigo de revisão:

Objetivo: Informar por que a revisão da literatura foi feita, indicando se ela enfatiza algum fator em especial, como causa, prevenção, diagnóstico, tratamento ou prognóstico.

Fontes dos dados: Descrever as fontes da pesquisa, definindo as bases de dados e os anos pesquisados. Informar sucintamente os critérios de seleção de artigos e os métodos de extração e avaliação da qualidade das informações.

Síntese dos dados: Informar os principais resultados da pesquisa, sejam quantitativos ou qualitativos.

Conclusões: Apresentar as conclusões e suas aplicações clínicas, limitando generalizações aos domínios da revisão.

Resumo de relato de caso:

Objetivo: Informar por que o caso merece ser publicado, com ênfase nas questões de raridade, ineditismo ou novas formas de diagnóstico e tratamento.

Descrição: Apresentar sinteticamente as informações básicas do caso, com ênfase nas mesmas questões de ineditismo e inovação.

Comentários: Conclusões sobre a importância do relato para a comunidade pediátrica e as perspectivas de aplicação prática das abordagens inovadoras.

Abaixo do resumo, fornecer de três a seis descritores, que são palavras-chave ou expressões-chave que auxiliarão a inclusão adequada do resumo nos bancos de dados bibliográficos. Empregar descritores integrantes da lista de "Descritores em Ciências da Saúde" (4), elaborada pela BIREME e disponível nas bibliotecas médicas ou na Internet (<http://decs.bvs.br>). Se não houver descritores adequados na referida lista, usar termos novos. A lista de Descritores em Ciências da Saúde mostra também os termos correspondentes em inglês. Alternativamente, os autores podem utilizar a lista de "Medical Subject Headings", publicada pela U.S. National Library of Medicine, do National Institute of Health, e disponível em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>.

Abreviaturas

Devem ser evitadas, pois prejudicam a leitura confortável do texto. Quando usadas, devem ser definidas ao serem mencionadas pela primeira vez. Jamais devem aparecer no título e nos resumos.

Texto:

O texto dos artigos originais deve conter as seguintes seções, cada uma com seu respectivo subtítulo:

- a) Introdução:** sucinta, citando apenas referências estritamente pertinentes para mostrar a importância do tema e justificar o trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser claramente descritos.
- b) Métodos:** descrever a população estudada, a amostra e os critérios de seleção; definir claramente as variáveis e detalhar a análise estatística; incluir referências padronizadas sobre os métodos estatísticos e informação de eventuais programas de computação. Procedimentos, produtos e equipamentos utilizados devem ser descritos com detalhes suficientes para permitir a reprodução do estudo. É obrigatória a inclusão de declaração de que todos os procedimentos tenham sido aprovados pelo comitê de ética em pesquisa da instituição a que se vinculam os autores ou, na falta deste, por um outro comitê de ética em pesquisa indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde (5).
- c) Resultados:** devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em seqüência lógica. As informações contidas em tabelas ou figuras não devem ser repetidas no texto. Usar gráficos em vez de tabelas com um número muito grande de dados.
- d) Discussão:** deve interpretar os resultados e compará-los com os dados já descritos na literatura, enfatizando os aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as implicações dos achados e suas limitações, bem como a necessidade de pesquisas adicionais. As conclusões devem ser apresentadas no final da discussão, levando em consideração os objetivos do trabalho. Relacionar as conclusões aos objetivos iniciais do estudo, evitando assertivas não apoiadas pelos achados e dando ênfase igual a achados positivos e negativos que tenham méritos científicos similares. Incluir recomendações, quando pertinentes.

O texto de artigos de revisão não obedece a um esquema rígido de seções. Sugere-se uma introdução breve, em que os autores explicam qual a importância da revisão para a prática pediátrica, à luz da literatura médica. Não é necessário descrever os métodos de seleção e extração dos dados, passando logo para a sua síntese, que, entretanto, deve apresentar todas as informações pertinentes em detalhe. A seção de conclusões deve correlacionar as idéias principais da revisão com as possíveis aplicações clínicas, limitando generalizações aos domínios da revisão.

O texto de relatos de caso deve conter as seguintes seções, cada uma com seu respectivo subtítulo:

- a) **Introdução:** apresenta de modo sucinto o que se sabe a respeito da doença em questão e quais são as práticas de abordagem diagnóstica e terapêutica, por meio de uma breve, porém atual, revisão da literatura.
- b) **Descrição do(s) caso(s):** o caso é apresentado com detalhes suficientes para o leitor compreender toda a evolução e seus fatores condicionantes. Quando o artigo tratar do relato de mais de um caso, sugere-se agrupar as informações em uma tabela, por uma questão de clareza e aproveitamento do espaço. Evitar incluir mais de duas figuras.
- c) **Discussão:** apresenta correlações do(s) caso(s) com outros descritos e a importância do relato para a comunidade pediátrica, bem como as perspectivas de aplicação prática das abordagens inovadoras.

Agradecimentos:

Devem ser breves e objetivos, somente a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. Integrantes da lista de agradecimento devem dar sua autorização por escrito para a divulgação de seus nomes, uma vez que os leitores podem supor seu endosso às conclusões do estudo.

Referências bibliográficas:

As referências bibliográficas devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto, no qual devem ser identificadas pelos algarismos arábicos respectivos entre parênteses. Devem ser formatadas no estilo Vancouver, de acordo com os exemplos listados a seguir:

1. Artigo padrão

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002;347:284-7.

Se houver mais de 6 autores, cite os seis primeiros nomes seguidos de "et al".

2. Livro

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

3. Capítulo de livro

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editores. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

4. Teses e dissertações

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertação]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

5. Trabalho apresentado em congresso ou similar (publicado)

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editores. *Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming*; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

6. Artigo de revista eletrônica

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. *Am J Nurs* [revista eletrônica]. 2002 Jun [citado 12 de agosto de 2002];102(6):[aproximadamente 3 p.]. Disponível em: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>.

7. Materiais da Internet

7.1 Artigo publicado na Internet

Wantland DJ, Portillo CJ, Holzemer WL, Slaughter R, McGhee EM. The Effectiveness of Web-Based vs. Non-Web-Based Interventions: A Meta-Analysis of Behavioral Change Outcomes. *Journal of Medical Internet Research* 2004;6(4):e40. <URL: <http://www.jmir.org/2004/4/e40/>>. Acessado: 29/11/2004.

7.2 Site

Cancer-Pain.org [site na Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [atualizado 16 de maio de 2002; citado 9 de julho de 2002]. Disponível em: <http://www.cancer-pain.org/>.

7.3 Banco de dados na Internet

Who's Certified [banco de dados na Internet]. Evanston (IL): The American Board of Medical Specialists. c2000 - [citado 8 de março de 2001]. Disponível em: <http://www.abms.org/newsearch.asp>.

Obs.: uma lista completa de exemplos de citações bibliográficas pode ser encontrada na Internet, em <http://www.icmje.org/> ou http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp.

Artigos aceitos para publicação, mas ainda não publicados, podem ser citados desde que indicando a revista e que estão "no prelo".

Observações não publicadas e comunicações pessoais não podem ser citadas como referências; se for imprescindível a inclusão de informações dessa natureza no artigo, elas devem ser seguidas pela observação "observação não publicada" ou "comunicação pessoal" entre parênteses no corpo do artigo.

Os títulos dos periódicos devem ser abreviados conforme as abreviaturas do Index Medicus; uma lista extensa de periódicos, com suas respectivas abreviaturas, pode ser obtida através da publicação da NLM "List of Serials Indexed for Online Users", disponível no endereço

<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lsiou.html>

Para informações mais detalhadas, consulte os "Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas". Este documento está disponível em <http://www.icmje.org/> ou http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp.

Tabelas:

Cada tabela deve ser apresentada em folha separada, numerada na ordem de aparecimento no texto, e com um título sucinto, porém explicativo. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé e não no título, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência:

*,†,‡,§,||,**,††,‡‡. A formatação das tabelas deve utilizar apenas comandos de tabulação ("tab") e nova linha ("enter"). Não usar funções de criação de tabelas, não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, não usar espaços para separar colunas (usar comando de tabulação/"tab"), não usar comandos de justificação, não usar tabulações decimais ou centralizadas. Não usar espaço em qualquer lado do símbolo±.

Figuras (fotografias, desenhos, gráficos):

Todas as figuras devem ser numeradas na ordem de aparecimento no texto. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, assim como devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos. Fotos não devem permitir a identificação do paciente; tarjas cobrindo os olhos podem não constituir proteção adequada. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatória a inclusão de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo. As ilustrações são aceitas em cores para publicação no site. Contudo, todas as figuras serão vertidas para o preto-e-branco na versão impressa. Caso os autores julguem essencial que uma determinada imagem seja colorida mesmo na versão impressa, solicita-se um contato especial com os editores. Imagens geradas em computador, como gráficos, devem ser anexadas sob a forma de arquivos nos formatos .jpg, .gif ou .tif, com resolução mínima de 300 dpi, para possibilitar uma impressão nítida; na versão eletrônica, a resolução será ajustada para 72 dpi. Gráficos devem ser apresentados somente em duas dimensões, em qualquer circunstância. Desenhos, fotografias ou quaisquer ilustrações que tenham sido digitalizadas por escaneamento podem não apresentar grau de resolução adequado para a versão impressa da revista; assim, é preferível que sejam enviadas em versão impressa original (qualidade profissional, a nanquim ou impressora com resolução gráfica superior a 300 dpi). Nesses casos, no verso de cada figura deve ser colada uma etiqueta com o seu número, o nome do primeiro autor e uma seta indicando o lado para cima.

Legendas das figuras:

Devem ser apresentadas em página própria, devidamente identificadas com os respectivos números

(nas versões impressas, em espaço duplo).

Referências:

1. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Updated October 2004. Disponível: <http://www.icmje.org/>. Acessado: 27/11/2004.
2. Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos uniformes para originais submetidos a revistas biomédicas. Atualização de outubro de 2004. Disponível: http://www.jped.com.br/port/normas/normas_07.asp. Acessado: 27/11/2004.
3. Haynes RB, Mulrow CD, Huth EJ, Altman DJ, Gardner MJ. More informative abstracts revisited. *Ann Intern Med.* 1990;113:69-76.
4. BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. DeCS - Descritores em ciências da saúde. Disponível: <http://decs.bvs.br>. Acessado: 27/11/2004.
5. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no. 196 de 10/10/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. DOU 1996 Out 16; no. 201, seção 1:21082-21085.

Lista de Checagem

Recomenda-se que os autores utilizem a lista abaixo para certificarem-se de que todo o material requerido está sendo enviado. Não é necessário anexar a lista.

- Carta de submissão assinada por todos os autores (ou declaração no corpo da mensagem do e-mail)
- Original em 1 cópia impressa (dispensado, em caso de envio por e-mail)
- Cópia do original em disquete (dispensada, em caso de envio por e-mail)
- Página de rosto com todas as informações solicitadas (integrante do primeiro arquivo anexado, em caso de e-mail)
- Resumo em português e inglês (ou espanhol e inglês), com descritores (integrante do primeiro arquivo anexado, em caso de e-mail)
- Texto contendo introdução, métodos, resultados e discussão (integrante do primeiro arquivo anexado, em caso de e-mail)
- Referências bibliográficas no estilo Vancouver, numeradas por ordem de aparecimento (integrante do primeiro arquivo anexado, em caso de e-mail)
- Tabelas numeradas por ordem de aparecimento (integrante do segundo arquivo anexado, em caso de e-mail)
- Gráficos numerados por ordem de aparecimento (integrante do segundo arquivo anexado, em caso de e-mail)
- Figuras (original e 2 cópias) identificadas (no caso de envio por correio)
- Legendas das figuras (integrante do segundo arquivo anexado, em caso de e-mail)
- Inclusão da informação sobre aprovação do trabalho por comitê de ética (no corpo do texto, na seção de Métodos)

Fechar