

RAQUEL ZACHARIAS
IZABELLA BIGHETTI BRITO
FABIO MOLINA FERNANDES SILVA
MÔNICA CRISTINA SILVA VIEIRA
ALINE APARECIDA BURIOLA
GILMARA PEIXOTO RISTER

AVALIAÇÃO DA RESILIÊNCIA EM ESCOLARES DO ENSINO MÉDIO E SUA RELAÇÃO COM A PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DÉPRESSIVOS E ANSIOSOS

RESILIENCE EVALUATION IN HIGH SCHOOL STUDENTS AND ITS RELATIONSHIP WITH THE PREVALENCE OF DEPRESSIVE AND ANXIETY SYMPTOMS

Resumo

Introdução: A resiliência é um processo interativo, em que as características individuais e as relações interpessoais são determinantes para o enfrentamento dos eventos adversos. Adolescentes resilientes, além de menos vulneráveis a riscos, são mais bem-sucedidos às adaptações em situações de estresse. Em contrapartida, indivíduos pouco resilientes apresentam enfrentamento prejudicado face às adversidades, podendo gerar sintomas ansiosos e depressivos.

Objetivo: Investigar a relação entre a resiliência e a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em estudantes do ensino médio.

Método: Realizou-se um estudo transversal, com amostra composta de 80 matriculados no ensino médio de uma escola pública da cidade de Presidente Prudente (SP). Os instrumentos utilizados foram: Inventário de Depressão Infantil; Escala de Ansiedade de Hamilton; Escala de Resiliência de Wagnild & Young; e questionário sociodemográfico elaborado pelos autores.

Resultados: A baixa resiliência foi 2,02 vezes mais prevalente em adolescentes com sintomatologia depressiva; no entanto, a prevalência de baixa resiliência foi 2,54 vezes maior em pessoas com renda familiar mais baixa. Estar namorando reduziu em 45% a prevalência de baixa resiliência e demonstrou ser um fator de proteção para promoção de resiliência. A razão de prevalência de baixa resiliência foi 50% maior em

adolescentes com forte grau de ansiedade, porém não houve diferença estatística significativa.

Conclusões: Com base nas constatações deste estudo, adolescentes com baixa resiliência apresentaram mais indicativos de sintomas depressivos. A resiliência mostrou-se como fator protetor para sintomas de depressão, assim como maior renda familiar e estar namorando demonstraram serem bons preditivos para o desenvolvimento de indivíduos resilientes.

Palavras-chave: Resiliência, adolescência, saúde mental.

Abstract

Introduction: Resilience is an interactive process in which individual characteristics and interpersonal relationships are crucial to help individuals cope with negative experiences. Resilient adolescents, in addition to being less vulnerable to risks, are more successful in adapting to stressful situations. Conversely, individuals who are not very resilient present impaired coping when facing adversity, which can generate anxiety and depressive symptoms.

Objective: To investigate the relationship between resilience and the prevalence of depressive and anxiety symptoms in high school students.

Methods: A cross-sectional study was carried out with a sample of 80 high school students enrolled in a public school in the city of Presidente Prudente, state of

São Paulo. The following instruments were used: Child Depression Inventory; Hamilton Anxiety Scale; Wagnild and Young Resilience Scale; and a sociodemographic questionnaire prepared by the authors.

Results: Low resilience was 2.02 times more prevalent in adolescents with depressive symptoms, however the prevalence of low resilience was 2.54 times higher in people with a lower family income. Dating reduced the prevalence of low resilience by 45% and proved to be a protective factor in promoting resilience. The prevalence of low resilience was 50% higher in adolescents with a high degree of anxiety, however no statistically significant difference was observed.

Conclusion: Based on the findings of this study, adolescents with low resilience showed ore signs of depressive symptoms. Resilience was shown to be a protective factor for depressive symptoms. Similarly, higher family income and dating were shown to be good predictors of the development of resilient individuals.

Keywords: Resilience, adolescence, mental health.

INTRODUÇÃO

A adolescência, segundo a Organização Mundial de Saúde¹ (OMS), é o período estabelecido como a fase entre a infância e a vida adulta, especificamente entre os 10 e os 19 anos completos, demarcada por transformações biopsicossociais, que levam o indivíduo ao aumento das responsabilidades sociais, à consecução de diferentes padrões comportamentais, além do progresso da sua autoestima, desenvolvimento de autonomia e aquisição de competências².

No processo de construção de uma identidade, o adolescente enfrenta momentos de maior fragilidade que são naturais nessa fase do desenvolvimento, etapa marcada pela necessidade de aceitação pelos pares e normas sociais, onde surge uma testagem das suas capacidades face a um problema. Nessa fase do desenvolvimento, são frequentes comportamentos de risco que predispõem ao adoecimento mental; no entanto, indivíduos mais resilientes têm vantagens quando confrontados com desafios e responsabilidades³.

A resiliência é um processo interativo em que as características individuais e as relações interpessoais são determinantes para o enfrentamento dos eventos adversos; o impacto desses eventos é influenciado de

acordo com a resposta individual, e essa característica pode criar respostas positivas ou minimizar respostas negativas. Não necessariamente a resiliência é transversal a todas as adversidades; ela pode existir em face de um evento e de outro não, contudo é passível de ser aprendida e melhorada⁴.

Um dos precursores sobre a resiliência, o psiquiatra infantil do Instituto de Psiquiatria da Universidade de Londres Michael Rutter afirma que “essa qualidade se caracteriza por um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam à pessoa ter uma vida saudável num meio adverso”. No entanto, para o autor, os indivíduos não mantêm, ao longo da vida, a mesma capacidade e forma de enfrentamento das dificuldades⁵. A literatura realça também o fato de a resiliência ser influenciada por fatores genéticos, ambientais e fisiológicos⁶.

Adolescentes resilientes, além de serem menos vulneráveis a riscos, são mais bem-sucedidos nas adaptações em situações de estresse e adversidades, desenvolvem mais competências quando comparados aos adolescentes de maneira geral³. Em contrapartida, indivíduos pouco resilientes apresentam maior exposição ao estresse e enfrentamento prejudicado face às adversidades, podendo gerar sintomatologia ansiosa e depressiva⁷. Quando surgem na infância ou adolescência, esses sintomas frequentemente apresentam-se de maneira recorrente e duradoura⁸.

Entre os adoecimentos psíquicos com maior prevalência entre os jovens, pode-se citar a depressão e a ansiedade, que estão entre os maiores colaboradores para a abundância global de doenças e entre as principais causas de prejuízos na qualidade de vida dos adolescentes. Nos casos mais graves, a depressão pode levar ao suicídio, e entre jovens de 15 a 29 anos, representa a segunda principal causa de morte no mundo. Essas disfunções estão associadas a uma cascata de sequelas negativas em longo prazo⁹.

A 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) caracteriza o transtorno depressivo como uma desregulação do humor normal. Os acometidos devem apresentar uma mudança em relação ao funcionamento anterior, com humor deprimido ou perda de interesse ou prazer, acompanhado de alterações no apetite ou peso, insônia

RAQUEL ZACHARIAS
IZABELLA BIGHETTI BRITO
FABIO MOLINA FERNANDES SILVA
MÔNICA CRISTINA SILVA VIEIRA
ALINE APARECIDA BURIOLA
GILMARA PEIXOTO RISTER

ARTIGO

ou hipersonia, agitação ou diminuição da atividade psicomotora, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou de culpa, dificuldade de concentração e decisão, ideias recorrentes de morte ou suicídio, totalizando cinco ou mais sintomas presentes em todos os dias durante pelo menos 2 semanas¹⁰.

Em todo o mundo, a depressão acomete 20% dos adolescentes, enquanto 7,5% das mulheres e 5,5% dos homens serão vítimas da doença em algum momento da vida. A doença ocorre entre crianças e adolescentes com idade menor que 15 anos, em um nível inferior entre a faixa etária dos adultos, mas com formas de apresentação indiretas, como queda do rendimento escolar, mudanças bruscas de humor, irritabilidade, falta de energia, tristeza e perda de interesse pelas atividades cotidianas¹.

A classificação por graus dos transtornos depressivos pode ser de acordo com os sinais e sintomas apresentados, intensidade e/ou o seu grau de comprometimento, como leve, moderado e grave. As condições clínicas menos graves de depressão podem ser mais comuns e são caracterizadas com base nas pontuações mais baixas em escalas de depressão padronizadas, com uma menor duração dos sintomas ou satisfazer os critérios mínimos para a depressão¹¹.

A ansiedade está estabelecida como parte das vivências emocionais inerentes à existência humana desde os seus primórdios, tendo a função específica de modular todo o funcionamento do cérebro para a percepção antecipada de perigo, aumentando a chance de sucesso em situações de risco¹². Durante a vida, o ser humano enfrenta o desafio de sobreviver, evoluir e adaptar-se. O adolescente, ainda bastante indefeso, vai se organizando e ampliando a percepção sobre suas fragilidades e ameaças desconhecidas, havendo a necessidade de se adaptar. Quando não é desproporcionalmente intensa, a ansiedade pode melhorar o desempenho global, promover soluções criativas e estimular a cooperação. Entretanto, essa emoção torna-se patológica quando é manifestada de forma exagerada a situação real ameaçadora que a desencadeia¹³.

A ansiedade patológica caracteriza-se por uma resposta inadequada a uma percepção ou a um estímulo em razão da sua intensidade ou duração. É

possível distingui-la da ansiedade normal por meio de quatro critérios: ocorre sem causa aparente ou de maneira desproporcional, os sintomas são persistentes e recorrentes, está relacionada a um alto nível de sofrimento e prejuízo global do funcionamento¹³.

As síndromes ansiosas representam os transtornos mentais mais frequentes. A prevalência ao longo da vida é de até 17 a 30%, sendo uma queixa bastante comum nos serviços de saúde¹⁴. De acordo com uma revisão sistemática e metanálise de Werner-Seidler et al.¹⁵, na adolescência os transtornos de ansiedade também são muito comuns, variando sua prevalência entre 15 e 20%. O início precoce desses sintomas está associado a um pior prognóstico ao longo da vida e tendem a ser crônicos e recorrentes em 10 a 50% dos casos.

A resiliência vem sendo estudada e tem se mostrado um fator de proteção em indivíduos que passam por obstáculos e situações estressantes na vida¹⁶. Em contrapartida, os estudos de Hildebrand et al.¹⁷ e Carvalho et al.⁷ identificaram que indivíduos com baixa resiliência apresentam maior prevalência de sintomatologia depressiva e ansiosa. Dentro dessa perspectiva, o presente estudo foi destinado a investigar a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em estudantes do ensino médio de uma escola pública e sua relação com a resiliência.

MÉTODOS

Amostra e delineamento

Realizou-se um estudo quantitativo, de carácter transversal, para avaliação da resiliência em adolescentes e sua relação com sintomas depressivos e ansiosos. A amostra compõe-se por 80 adolescentes matriculados no ensino médio da Escola Estadual Professora Maria Luiza Bastos de Presidente Prudente (SP) no ano letivo de 2019. Foram excluídos os alunos acima de 18 anos, os que não aceitaram participar da pesquisa e aqueles que não responderam corretamente os questionários, tornando a resposta ambígua ou incompreensível.

Instrumentos

Para coleta de dados, utilizaram-se os seguintes instrumentos:

1. O Inventário de Depressão Infantil, que é uma tradução para o português da Children's

Depression Inventory (CDI), validada por Coutinho et al.¹⁸. O CDI, originalmente criado por Kovacs em 1992¹⁹ nos EUA, foi inicialmente adaptado para a população brasileira em 1995 por Gouveia et al.²⁰. Trata-se de uma escala de autoavaliação, originalmente constituída por 27 itens e desenvolvida para identificar sintomas afetivos, cognitivos e comportamentais da depressão em indivíduos de 7 a 17 anos. Em sua aplicação, o adolescente deve indicar uma entre três alternativas de respostas para cada item cujos escores são: 0 pontos para a alternativa (a) (ausência de sintoma), 1 ponto para a alternativa (b) (presença de sintoma) ou 2 pontos para a alternativa (c) (sintoma grave). O escore total é obtido pela soma dos escores de cada item, podendo variar de 0 a 54, sendo adotado o corte em 17 pontos para significância de sintomatologia depressiva²¹.

2. A Escala de Ansiedade de Hamilton²², que deve ser aplicada por um entrevistador habilitado e compreende 14 itens distribuídos em dois grupos de sete itens, sendo o primeiro grupo relacionado a sintomas de humor ansioso e o segundo relacionado a sintomas físicos de ansiedade. O escore total é obtido pela soma dos valores (graus) atribuídos em todos os 14 itens da escala, cujo resultado varia de 0 a 56. Os graus de ansiedade segundo a Escala de Ansiedade de Hamilton são classificados em: nenhum = 0; leve = 1; médio = 2; forte = 3; máximo = 4. Esse escore deve ser classificado de acordo com os intervalos: 0 (zero) caracteriza ausência de ansiedade; 1 a 17 pontos caracterizam ansiedade leve; 18 a 24 pontos caracterizam ansiedade moderada; 25 a 56 pontos caracterizam ansiedade severa ou intensa²³.
3. A Escala de Resiliência criada por Wagnild & Young em 1993²⁴, versão adaptada para o português por Pesce et al.²⁵ Trata-se de um instrumento de autorrelato, composto por 25 itens avaliados por escalas do tipo Likert de 7 pontos (sendo o valor 1 correspondente a “discordo totalmente”, o valor 4 a “não concordo nem discordo” e o valor 7 a “concordo totalmente”), podendo variar

entre 25 e 175. Um resultado abaixo dos 121 é considerado indicativo de baixa resiliência; um resultado entre 121 e 145 é considerado como resiliência moderada; e acima dos 145 é considerado resiliência elevada. A avaliação é feita em três dimensões: competência pessoal e aceitação de si e da vida, independência e determinação, autoconfiança e capacidade de adaptação.

4. Um questionário sociodemográfico desenvolvido pelos pesquisadores contendo as seguintes variáveis independentes: identificação, ano do ensino médio, *status* de relacionamento, renda familiar, número de filhos, se trabalha ou não, estrutura familiar, se realiza tratamento com psiquiatria ou psicologia, se faz uso de medicação psiquiátrica ou não e religião.

Aceitaram participar da pesquisa 85 adolescentes. Porém, cinco (5,9%) foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão referentes à idade.

Análise estatística

A variável desfecho foi dicotomizada em resiliência baixa (até 120 pontos) e resiliência moderada/elevada (acima de 120 pontos).

A associação entre as características sociodemográficas e a resiliência foi analisada pelo teste qui-quadrado e o teste de Fisher, conforme apropriado. Foi ainda aplicado na análise o modelo de regressão de Poisson para identificar as variáveis que melhor explicam a variável desfecho. Para tanto, procedeu-se à análise univariada entre o desfecho resiliência e as demais variáveis independentes, utilizando-se o teste de qui-quadrado de Wald. Variáveis que apresentaram nível de significância maior ou igual a 25% na análise univariada foram incluídas no modelo final²⁶; as demais, abaixo desse ponto de corte, foram descartadas. A análise estimou a razão de prevalência bruta e ajustada e o intervalo de confiança de 95%.

Todas as análises foram realizadas usando Stata versão 11.2 (Stata Corporation, College Station, Texas, EUA). O ajuste do modelo final foi realizado pelo procedimento *stepwise*, no qual a adição sucessiva de variáveis é realizada com a identificação de variáveis

RAQUEL ZACHARIAS
IZABELLA BIGHETTI BRITO
FABIO MOLINA FERNANDES SILVA
MÔNICA CRISTINA SILVA VIEIRA
ALINE APARECIDA BURIOLA
GILMARA PEIXOTO RISTER

que melhor explicaram a variável desfecho²⁶. O ajuste final do modelo foi realizado usando o critério de informação de Akaike (AIC), tendo sido adotado o nível de significância de 5%.

Após a análise dos dados, foi realizada uma devolutiva para os escolares na forma de palestra com orientações sobre sintomas depressivos e ansiosos e condições relacionadas. Em momento posterior à palestra, os alunos foram atendidos individualmente com a devolutiva dos resultados encontrados pela pesquisa e receberam orientações sobre os sinais de risco das doenças e onde procurar ajuda. Foi distribuída aos adolescentes uma comunicação escrita (carta) contendo orientações aos pais e responsáveis.

Aspectos éticos

O estudo foi realizado mediante cadastro na Coordenadoria de Pesquisa, Desenvolvimento e Inovação (CPDI) da Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), sob o nº 5494. Obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em 06/08/2019 com o parecer nº 3.488.333. Obteve protocolo da Plataforma Brasil CAAE nº 14287119.0.0000.5515. A pesquisa cumpre todas as normas éticas vigentes na Resolução nº 466/2012. Para tanto, foram aplicados aos participantes da pesquisa um Termo de Assentimento (TA) e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Entre os 80 adolescentes participantes do estudo, a média de idade foi de 15,83 ± 0,84 anos. Destes, 61,25% (n = 49) eram do sexo feminino e 38,75% (n = 31) do sexo masculino. Com relação ao *status* de relacionamento dos participantes, 77,5% (n = 62) estão solteiros e 22,55 (n = 18) estão namorando. No que se refere à renda familiar dos indivíduos, 1,25% (n = 1) recebe até 500 reais mensais e 26,2,5% (n = 21) até 2.000 reais por mês.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas relacionadas com o grau de resiliência apresentada pelos voluntários. Destaca-se que as variáveis idade, sexo, número de filhos, trabalhar ou não, estrutura familiar, se realiza tratamento com psiquiatria ou psicologia, se faz uso de medicação psiquiátrica ou

não e religião não apresentaram significância estatística. A Tabela 2 apresenta os escores médios de resiliência, sintomas ansiosos e sintomas depressivos.

Quanto à prevalência de resiliência, metade apresentou indicativo de baixa resiliência (n = 40) (50%); oito (10%) apresentaram indicativos de resiliência moderada, e 32 (40%) demonstraram indicativos de alta resiliência. A prevalência de sintomatologia depressiva foi de 42,5% (n = 34), enquanto a ansiedade leve foi identificada em 37,5% dos adolescentes entrevistados, a moderada em 25,0% e a severa em 37,5%.

Dos adolescentes que apresentaram baixa resiliência, 73,5% (n = 25) demonstraram presença de sintomas depressivos, e 32,6% (n = 15) deles, ausência de sintomas depressivos. Entre os que apresentaram resiliência moderada, em 20,6% (n = 7) identificou-se sintomas depressivos, e nos demais, 57,8% (n = 27), ausência de sintomas. Em contrapartida, observou-se presença de sintomas depressivos em 5,9% (n = 2) e ausência de sintomas em 8,7% (n = 4) dos alunos que apresentaram resiliência elevada (Figura 1).

Observa-se, no Figura 2, a classificação de sintomas ansiosos em ansiedade leve, moderada e severa, correlacionando-se com resiliência baixa, moderada e elevada. Entre os adolescentes que apresentaram ansiedade leve, houve a prevalência de 40% (n = 12) de resiliência baixa; 56,7% (n = 17) de resiliência moderada; e 3,3% (n = 1) de resiliência elevada. Ao analisar aqueles com ansiedade moderada, há um aumento na prevalência de resiliência baixa, 50% (n = 10); diminuição da resiliência moderada, 40% (n = 8); e aumento da resiliência elevada, 10% (n = 2). Inversamente proporcional aos sintomas de ansiedade leves, os adolescentes que apresentaram ansiedade severa apresentaram 60% (n = 18) de resiliência baixa; 30% (n = 9) de resiliência moderada; e 10% (n = 3) de resiliência elevada. Dessa forma, há uma relação inversa entre as variáveis; quanto mais severa a ansiedade, maior a probabilidade de o paciente apresentar baixa resiliência.

Verificou-se que a razão de prevalência (RP) de baixa resiliência foi 25% maior em adolescentes com grau médio de ansiedade (RP = 1,25; IC95% = 0,67-2,33) e 50% maior em adolescentes com forte grau de ansiedade (RP = 1,5; IC95% = 0,88-2,55). Entretanto,

¹ Médica residente, Residência Médica em Psiquiatria, Hospital Regional de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), Presidente Prudente, SP. ² Acadêmico de Medicina, UNOESTE, Presidente Prudente, SP. ³ Doutora em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá, PR. Docente, Faculdade de Medicina, UNOESTE, Presidente Prudente, SP. ⁴ Mestre em Ciências da Saúde pela UNOESTE, Presidente Prudente, SP. Preceptora, Residência Médica em Psiquiatria, Hospital Regional de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos adolescentes de acordo com o grau de resiliência

Variável	Baixa	Moderada/elevada	Total	p-valor*
Idade				
14	1 (2,50)	1 (2,50)	2 (2,50)	
15	16 (40,00)	14 (35,00)	30 (37,50)	> 0,05
16	11 (27,50)	17 (42,50)	28 (35,00)	
17	12 (30,00)	8 (20,00)	20 (25,00)	
Sexo				
Feminino	28 (70,00)	21 (52,50)	49 (61,25)	> 0,05
Masculino	12 (30,00)	19 (47,50)	31 (38,75)	
Status de relacionamento				
Solteiro	34 (85,00)	28 (70,00)	62 (77,50)	> 0,05
Namorando	6 (15,00)	12 (30,00)	18 (22,50)	
Renda familiar (R\$)				
Até 500	1 (2,50)	0 (0,00)	1 (1,25)	
500-1.000	5 (12,50)	1 (2,50)	6 (7,50)	
1.000-1.500	13 (32,50)	5 (12,50)	18 (22,50)	
1.500-2.000	4 (10,00)	17 (42,50)	21 (26,25)	0,006
+ 2.000	15 (37,50)	15 (37,50)	30 (37,50)	
Não sabe	2 (5,00)	2 (5,00)	4 (5,00)	
Número de filhos				
Não tem filhos	40 (100,00)	40 (100,00)	80 (100,00)	> 0,05
Trabalha				
Sim	26 (65,00)	31 (77,50)	57 (71,25)	> 0,05
Não	14 (35,00)	9 (22,50)	23 (28,75)	
Estrutura familiar				
Pais e filhos	19 (47,50)	23 (57,50)	42 (52,50)	
Pais, filhos, avós, tios	6 (15,00)	6 (15,00)	12 (15,00)	> 0,05
Apenas mãe ou pai	10 (25,00)	11 (27,50)	21 (26,25)	
Não mora com os pais	5 (12,50)	0 (0,00)	5 (6,25)	
Religião				
Católico	21 (52,50)	25 (62,50)	46 (57,50)	
Evangélico	15 (37,50)	12 (30,00)	27 (33,75)	
Espírita	1 (2,50)	0 (0,00)	1 (1,25)	> 0,05
Sem religião	1 (2,50)	2 (5,00)	3 (3,75)	
Outro	2 (5,00)	1 (2,50)	3 (3,75)	
Total	40 (100,0)	40 (100,0)	80 (100,00)	

Dados apresentados como n (%) e coletados utilizando o questionário sociodemográfico elaborado pelos autores e a Escala de Resiliência de Wagnild & Young.

* p < 0,05.

RAQUEL ZACHARIAS
IZABELLA BIGHETTI BRITO
FABIO MOLINA FERNANDES SILVA
MÔNICA CRISTINA SILVA VIEIRA
ALINE APARECIDA BURIOLA
GILMARA PEIXOTO RISTER

apesar de apresentarem dados significativos, não houve diferença estatística significativa ($p = 0,317$).

O modelo final de Poisson foi composto pelas variáveis depressão, renda familiar e *status* de relacionamento. Indicativos de baixa resiliência foram 2,02 mais prevalentes em adolescentes com sintomatologia

depressiva, no entanto a prevalência de baixa resiliência foi 2,54 vezes maior em pessoas com renda familiar de R\$ 500 quando comparado à de R\$ 2.000; estar namorando reduziu em 45% a prevalência de baixa resiliência, demonstrando ser um fator de proteção para a promoção de resiliência (Tabela 3).

Tabela 2 - Escores médios de resiliência, sintomas ansiosos e sintomas depressivos.

Variável	Média	Desvio padrão
Resiliência	120,66	18,08
Sintomas ansiosos	22,59	11,35
Sintomas depressivos	14,85	8,67

Dados coletados utilizando a Escala de Resiliência de Wagnild & Young, a Escala de Ansiedade de Hamilton e o Inventário de Depressão Infantil.

Tabela 3 - Modelo final de Poisson para a resiliência entre adolescentes

Variável	RP _b	RP _a	IC95%	p-valor*	p-valor†
Depressão					
Não	1	1	-	-	
Sim	2,25	2,02	1,26-3,22	0,004	
Renda familiar					
Até 500	2,00	2,54	1,56-4,15	< 0,001	
500-1.000	1,60	1,42	0,82-2,46	0,205	< 0,001
1.000-1.500	1,44	1,37	0,88-2,13	0,158	
1.500-2.000	0,38	0,43	0,18-1,05	0,063	
+ 2.000	1	1			
<i>Status</i> de relacionamento					
Solteiro	1	1	-	-	
Namorando	0,61	0,55	0,24-0,64	0,042	

Dados coletados com questionário sociodemográfico elaborado pelos autores e a Escala de Resiliência de Wagnild & Young.

RP_a = razão de prevalência ajustada; RP_b = razão de prevalência bruta; IC95% = intervalo de confiança de 95%.

* p-valor da categoria, $p < 0,05$.

† p-valor da variável no modelo, $p < 0,05$.

¹ Médica residente, Residência Médica em Psiquiatria, Hospital Regional de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), Presidente Prudente, SP. ² Acadêmico de Medicina, UNOESTE, Presidente Prudente, SP. ³ Doutora em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá, PR. Docente, Faculdade de Medicina, UNOESTE, Presidente Prudente, SP. ⁴ Mestre em Ciências da Saúde pela UNOESTE, Presidente Prudente, SP. Preceptora, Residência Médica em Psiquiatria, Hospital Regional de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP.

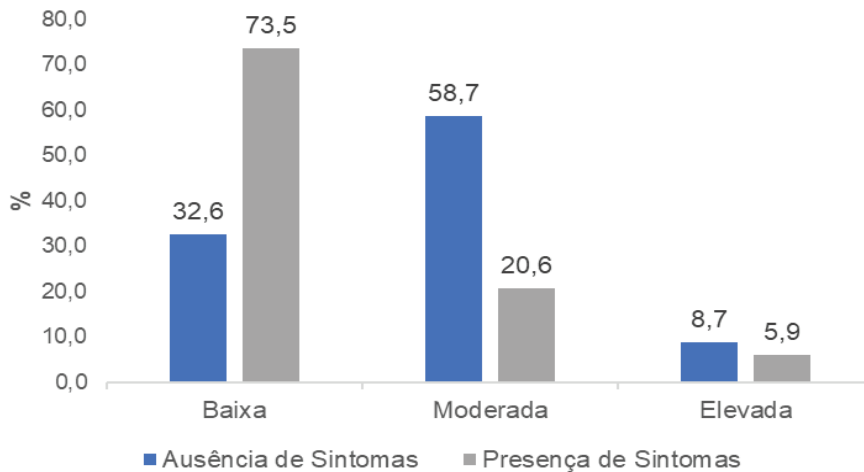


Figura 1 - Relação entre resiliência e sintomas depressivos. Dados coletados utilizando o Inventário de Depressão Infantil e a Escala de Resiliência de Wagnild & Young.

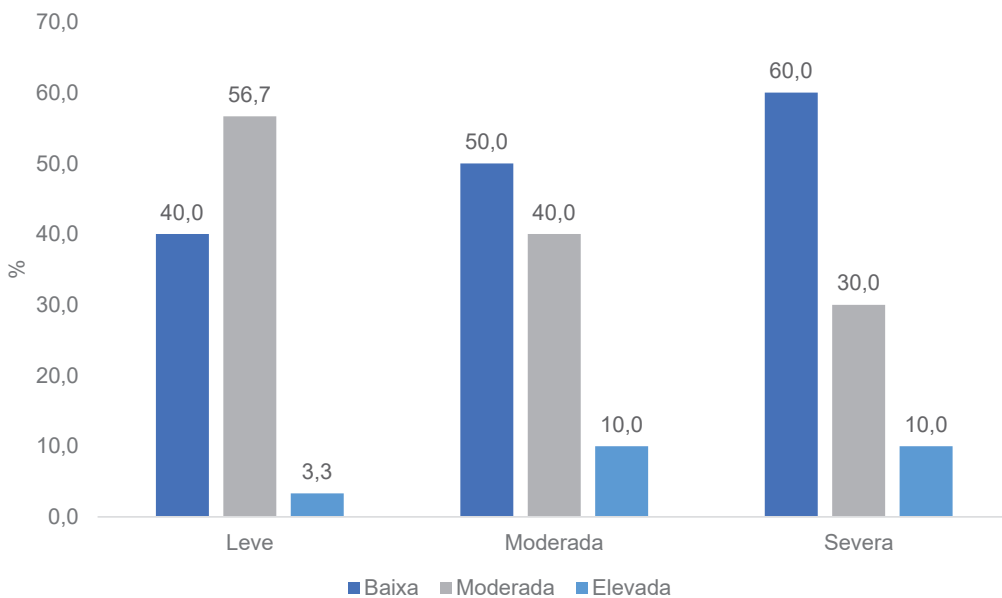


Figura 2 - Relação entre resiliência e ansiedade. Dados coletados utilizando a Escala de Ansiedade de Hamilton e a Escala de Resiliência de Wagnild & Young.

RAQUEL ZACHARIAS
IZABELLA BIGHETTI BRITO
FABIO MOLINA FERNANDES SILVA
MÔNICA CRISTINA SILVA VIEIRA
ALINE APARECIDA BURIOLA
GILMARA PEIXOTO RISTER

Discussão

Apesar do avanço nas pesquisas, os dados sobre resiliência ainda são recentes e apresentam muitas controvérsias quanto às suas definições e métodos de investigação, o que dificulta a comparação de alguns dados na literatura. Nos resultados deste estudo, os adolescentes apresentaram maus indicativos em relação à resiliência, ou seja, metade dos participantes apresentou indicativo de baixa resiliência e ao mesmo tempo grande prevalência de sintomas depressivos e ansiosos.

Segundo a literatura, sujeitos com baixa resiliência apresentaram maior chance de problemas em saúde mental. Em um estudo de Hildebrand et al.¹⁷, adolescentes com níveis baixos de resiliência apresentaram 4,9 vezes mais chance de doenças mentais. Isso aponta uma associação entre sujeitos menos resilientes e maior prevalência de sintomas emocionais. Os dados encontrados por Tavares et al.²⁷ e Huang et al.²⁸, apesar de usarem escalas de avaliação de resiliência diferentes, também são alarmantes, com 76,6% dos adolescentes apresentando resiliência baixa a média baixa e níveis relativamente baixos de resiliência, respectivamente.

Depressão e ansiedade na adolescência são transtornos mentais de grande relevância para a saúde pública, pois são doenças que podem ser altamente incapacitantes e trazem muito prejuízo para a vida social e capacidade funcional²⁹. De acordo com análise realizada em uma clínica-escola de Porto Alegre (RS), entre os anos de 2013 e 2016, as hipóteses diagnósticas mais encontradas foram 29% relacionadas a transtornos depressivos e 8,3% a transtornos ansiosos, em um total de 228 prontuários de atendimentos em saúde mental³⁰.

O estudo de Garber et al.²⁹ apresentou a mesma prevalência de adolescentes com sintomas depressivos e sintomas ansiosos, de moderados a graves, sendo de 20% cada. Em uma metanálise em que foram incluídos 41 estudos realizados em 27 países de todas as regiões do mundo, a prevalência de doenças mentais em crianças e adolescentes varia entre 10 e 20%. Os resultados chamaram a atenção para os transtornos ansiosos e depressivos, sendo eles 6,5% e 2,6%, respectivamente³¹.

De acordo com um estudo de prevalência realizado na rede pública de ensino de Salvador por Couto et al.³², a prevalência de sintomatologia depressiva encontrada

foi de 7,72% em estudantes de 11 a 17 anos. Outra pesquisa, realizada com adolescentes do ensino médio de uma escola estadual da cidade de Campina Grande (PB), também apresentou forte correlação entre depressão e resiliência, além de identificar a prevalência de 61,4% de sintomatologia depressiva nessa população, comparada com a de 42,5% neste estudo. Ambos os resultados são alarmantes e chamam a atenção para a necessidade de identificar os fatores predisponentes, precipitantes e mantenedores dessas patologias³³.

Em adolescentes da zona central do Peru, com faixa etária semelhante, apenas 23,8% apresentaram altos níveis de resiliência, porém a prevalência de baixa resiliência foi menor, sendo de 25,4%. Nessa população, apenas 6,3% apresentaram sintomas depressivos. Diferentes fatores socioculturais podem explicar a diferença de dados com relação a este estudo, entretanto verificou-se também que quanto maior a resiliência apresentada pelos adolescentes, maior o risco de desenvolverem sintomas depressivos³⁴.

Ao relacionar resiliência com depressão, compreende-se que esta possui a capacidade de prevenir episódios depressivos ou está associada à melhora dos sintomas depressivos, independente do nível de estresse que foi imposto ao indivíduo³⁵. Diversos autores referem que indivíduos resilientes apresentam menos problemas psicológicos, boa capacidade de funcionamento e competências sociais^{33,36}. Há uma forte e inversa correlação entre resiliência e depressão, pois, como encontrado neste estudo, estatisticamente, quanto maior o escore de sintomatologia depressiva, menor a capacidade resiliente e vice-versa.

No que diz respeito à análise da relação entre a resiliência e a ansiedade, observou-se na literatura uma correlação negativa fraca entre essas variáveis; ou seja, à medida que a resiliência aumenta, os índices de ansiedade diminuem e, inversamente, quanto menor é a resiliência, maior é a ansiedade^{7,37}. Esses resultados vêm corroborar os dados do estudo, que apesar de não apresentar relevância estatística, metade dos adolescentes com forte grau de ansiedade demonstrou baixa resiliência.

Com relação às características sociodemográficas, destaca-se como fator de proteção para indivíduos resilientes famílias que possuem maior renda mensal. Esses resultados estão alinhados com pesquisas

anteriores, que afirmam que adolescentes que vivem em situação de pobreza apresentam maiores fatores de risco no desenvolvimento de baixa resiliência^{38,39}. No entanto, esses dados divergem dos estudos de Mestre et al.⁴⁰, de 2017, em que crianças em ambientes socioeconômicos baixos desenvolveram altos níveis de resiliência, ajudando-as a se adaptarem com sucesso ao estresse. Hildebrand et al.¹⁷ não encontraram relação entre resiliência e diferenças socioeconômicas. É importante salientar que viver em situações econômicas mais desfavoráveis pode ser considerado apenas um fator de risco provável; indivíduos que vivem em situação de pobreza podem caracterizar grupos sociais mais vulneráveis, apresentando, assim, maiores riscos de viverem situações de adversidades e estresse. No entanto, é necessário ter uma compreensão mais profunda dos processos sociais e intrapsíquicos desses indivíduos.

Os fatores de proteção podem contrastar os efeitos negativos das situações adversas e auxiliar o indivíduo a enfrentar eventos estressores. Outro resultado com importante relevância estatística deste estudo é a relação entre estar namorando e capacidade elevada de resiliência. Desenvolver vínculos significativos durante a vida contribui para a identidade social do adolescente e para o seu bem-estar. Portanto, o envolvimento com os pares, sejam eles familiares, relacionamentos amorosos ou de amizade, são, sem dúvida, recursos importantes na saúde mental dos adolescentes e apresentam um papel de suporte, que funciona como fator protetor dessas sintomatologias³⁶.

Como foi possível observar, não houve diferença em relação ao sexo relacionado à resiliência. Esses resultados corroboram com os estudos de Bosa et al.⁴¹ e Benincasa et al.³, divergindo de um estudo realizado por Simões et al.⁴², em que as meninas apresentaram índices mais altos de resiliência. Com relação à sintomatologia ansiosa e depressiva, também não se identificou diferença entre os sexos; entretanto, em outros estudos, verificou-se que as meninas apresentaram níveis superiores de ansiedade e depressão^{2,21}. Assim como nos estudos de Gaspar & Balancho³⁸ e diferente do encontrado na literatura por Vásquez & Salazar³⁴, não se identificaram fatores protetores relacionados à religiosidade.

Embora não tenha havido associação estatística com as outras variáveis, a compreensão dessa relação

e os resultados obtidos poderão contribuir para uma melhor compreensão acerca da influência da resiliência sobre o desenvolvimento de depressão e ansiedade em adolescentes, a fim de fomentar novas estratégias de prevenção dessas doenças, promoção de saúde mental e desenvolvimento de resiliência nessa população, assim como proporcionar ao ensino e à pesquisa a possibilidade de construção de novas concepções sobre os temas.

CONCLUSÃO

Com base nas constatações deste estudo, conclui-se que, nesta amostra, adolescentes com baixa resiliência apresentaram mais indicativos de sintomas depressivos ou ansiosos. Quando não tratadas, essas patologias podem trazer diversos prejuízos para a vida. A resiliência mostrou-se como fator protetor para sintomas de depressão, assim como maior renda familiar e estar namorando demonstraram serem bons preditivos para o desenvolvimento de indivíduos resilientes. Tais achados permitem afirmar que é imprescindível refletir acerca dos aspectos que influenciam na construção da resiliência, pois poderão contribuir para a prevenção desses quadros de transtornos mentais, para que não se instalem e não se tornem crônicos.

Agradecimentos

Agradecemos primeiramente a Deus, aos familiares e amigos queridos, que são nossa base para vencermos os obstáculos da vida.

À Rosana, estatística que ajudou nos resultados, pelos ensinamentos e por sua contribuição, e à psicóloga Camélia, pela ajuda na escolha das escalas utilizadas para pesquisa.

E, finalmente, agradecemos aos alunos participantes desta pesquisa, pela colaboração e disposição na obtenção dos dados.

Artigo submetido em 28/06/2020, aceito em 22/09/2020. Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Raquel Zacharias, Rua Arquiteto Jose Augusto Silva, 1281, Torre 3, apto 106, Mansões Santo Antônio, CEP 13087-570, Campinas, SP. E-mail: raquel_zac@hotmail.com

RAQUEL ZACHARIAS
IZABELLA BIGHETTI BRITO
FABIO MOLINA FERNANDES SILVA
MÔNICA CRISTINA SILVA VIEIRA
ALINE APARECIDA BURIOLA
GILMARA PEIXOTO RISTER

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Estatísticas mundiais de saúde 2017: monitoramento da saúde para os objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS). Genebra: OMS; 2017.
2. Henriques AAC. Clima familiar e sintomatologia ansiosa e depressiva em adolescentes: qual o papel da resiliência? [dissertation]. Lisboa: Escola de Psicologia e Ciências da Vida; 2018.
3. Benincasa M, Resende MM, Heleno MG, Custório EM. Qualidade de vida e resiliência em estudantes do ensino médio: um estudo epidemiológico na cidade de São Paulo. *Psic Rev São Paulo*. 2017;26:363-83.
4. Aveiro MN. Resiliência em adolescentes religiosos: revisão [thesis]. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2016.
5. Amstadter AB, Maes HH, Sheerin CM, Myers JM, Kendler KS. The relationship between genetic and environmental influences on resilience and on common internalizing and externalizing psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;51:669-78.
6. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsychiatry*. 1987;57:316-31.
7. Carvalho IG, Bertoli ES, Paiva L, Rossi LA, Dantas RA, Pompeo, DA. Anxiety, depression, resilience and self-esteem in individuals with cardiovascular diseases. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016;24:e2836.
8. Wolk CB, Carper MM, Kendall PC, Olino TM, Marcus SC, Beidas RS. Pathways to anxiety-depression comorbidity: a longitudinal examination of childhood anxiety disorders. *Depress Anxiety*. 2016;33:78-86.
9. Cardamone-Breen MC, Jorm AF, Lawrence KA, Mackinnon AJ, Yap MB. The parenting to reduce adolescent depression and anxiety scale: assessing parental concordance with parenting guidelines for the prevention of adolescent depression and anxiety disorders. *PeerJ*. 2017;5:e3825.
10. Associação Americana de Psiquiatria. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5). Porto Alegre: Artmed; 2014.
11. Zuckerbro RA, Cheung A, Jensen PS, Stein RE, Laraque D; GLAD-PC STEERING GROUP. Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): part I. Practice preparation, identification, assessment, and initial management. *Pediatrics*. 2018;141:e20174081.
12. Barata CV. A relação entre a ansiedade, depressão e stress e os comportamentos auto lesivos e a ideação suicida nos adolescentes [dissertation]. Lisboa: Instituto Universitário Ciências Psicológicas Sociais e da vida; 2016.
13. Botega NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
14. Dalgalarondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
15. Werner-Seidler A, Perry Y, Calear AL, Newby JM, Christensen H. School-based depression and anxiety prevention programs for young people: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2017;51:30-47.
16. Poole JC, Dobson KS, Pusch D. Childhood adversity and adult depression: the protective role of psychological resilience. *Child Abuse Negl*. 2017;64:89-100.
17. Hildebrand NA, Celeri EH, Morcillo AM, Zanolli ML. Resilience and mental health problems in children and adolescents who have been victims of violence. *Rev Saude Publica*. 2019;53:17.
18. Coutinho MPL, Carolino ZCG, Medeiros ED. Inventário de depressão infantil (CDI): evidências de validade de constructo e consistência interna. *Aval Psicol*. 2008;7:291-300.
19. Kovacs M. Children's depression inventory manual. Los Angeles: Western Psychological Services; 1992.
20. Gouveia VV, Barbosa GA, Almeida HJF, de Andrade Gaião A. Inventário de depressão infantil - CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *J Bras Psiquiatr*. 1995;44:345-9.
21. Coutinho MPL, Pinto AVL, Cavalcanti JG, de Araújo LS, Coutinho ML. Relação entre depressão e qualidade de vida de adolescentes no contexto escolar. *Psic Saúde & Doença*. 2016;17:338-51.

¹ Médica residente, Residência Médica em Psiquiatria, Hospital Regional de Presidente Prudente, Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), Presidente Prudente, SP. ² Acadêmico de Medicina, UNOESTE, Presidente Prudente, SP. ³ Doutora em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá, PR. Docente, Faculdade de Medicina, UNOESTE, Presidente Prudente, SP. ⁴ Mestre em Ciências da Saúde pela UNOESTE, Presidente Prudente, SP. Preceptora, Residência Médica em Psiquiatria, Hospital Regional de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP.

22. Hamilton M. The assessment of anxiety states. Rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32:50-5.
23. Ito LM, Ramos RT. Escalas de avaliação de ansiedade. *Rev Psiquiatr Clín*. (São Paulo). 1998;25:294-302.
24. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric. *J Nurs Meas*. 1993;1:165-78.
25. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saude Publica*. 2005;21:436-48.
26. Hosmer DW Jr, Lemeshow S, Sturdivant RX. *Applied logistic regression*. New York: John Wiley & Sons; 2013.
27. Tavares TL. Reflexões sobre a resiliência e possíveis dificuldades relacionadas ao ensino-aprendizagem na disciplina de matemática [thesis]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2018.
28. Huang CC, Chen Y, Cheung S, Greene L, Lu S. Resilience, emotional problems, and behavioural problems of adolescents in China: roles of mindfulness and life skills. *Health Soc Care Community*. 2019;27:1158-66.
29. Garber J, Brunwasser SM, Zerr AA, Schwartz KT, Sova K, Weersing VR. Treatment and prevention of depression and anxiety in youth: test of cross-over effects. *Depress Anxiety*. 2016;33:939-59.
30. Silva EF, Teixeira R de CP, Hallberg SCM. Prevalência de depressão na adolescência: uma consulta a prontuários de uma clínica-escola em Porto Alegre. *Rev Bras Psicoter*. 2018;20:17-29.
31. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56:345-65.
32. Couto ISL, Reis DML, de Oliveira IR. Prevalência de sintomas de depressão em estudantes de 11 a 17 anos da rede pública de ensino de Salvador. *Rev Cienc Med Biol*. 2016;15:370-4.
33. Lima VDA, Araújo AM, Morais LMS, Rivera GA, Vasconcelos TC. Depressão e resiliência entre adolescentes no contexto escolar [Internet]. 2017 [cited 2020 Jan 20]. editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2017/TRABALHO_EV073_MD1_SA18_ID360_17102017161336.pdf
34. Arequipeno Vásquez FMM, Gaspar Salazar MN. Resiliencia, felicidad y depresión en adolescentes de 3ero a 5to grado del nivel secundario de instituciones educativas estatales del distrito de Ate Vitarte, 2016 [thesis]. Chosica: Universidad Peruana Unión; 2017.
35. Fochesato LBS. A resiliência e sua ação na prevenção e no tratamento para depressão. Porto Alegre: Centro de Estudos Jose de Barros Falcão; 2017.
36. Rosado DPG. Psicopatologia de tipo internalizante e recursos de resiliência em adolescentes [thesis]. Faro: Universidade do Algarve; 2016.
37. Neves ICC. Sintomas psicopatológicos variáveis sociodemográficas e resiliência [thesis]. Lisboa: Universidade de Lisboa. Lisboa; 2018.
38. Gaspar T, Balancho L. [Personal and social factors that influence subjective well-being: socioeconomic differences]. *Cien Saude Colet*. 2017;22:1373-80.
39. Teixeira EC. Resiliência e vulnerabilidade social: uma perspectiva para a educação sociocomunitária da adolescência. Rio de Janeiro: Vozes; 2019.
40. Mestre JM, Núñez-Lozano JM, Gómez-Molinero R, Zayas A, Guil R. Emotion regulation ability and resilience in a sample of adolescents from a suburban area. *Front Psychol*. 2017;8:1980.
41. Bosa MR, Bohórquez MCC, Olarte CFP, Malaver JKS. Diferencias por sexo en la intimidación escolar y la resiliencia en adolescentes. *Psicol Esc Educ*. 2018;22:519-26.
42. Simões C, Santos AC, Canha L, de Matos MG. Resiliência na adolescência: género e a idade fazem a diferença? Lisboa: Universidade Lusíada; 2019.