

## Experiências adversas na infância, características sociodemográficas e sintomas de depressão em adolescentes de um município do Rio de Janeiro, Brasil

Adverse childhood experiences, sociodemographic characteristics, and depressive symptoms in adolescents in a municipality in Rio de Janeiro, Brazil

Experiencias adversas en la infancia, características sociodemográficas y síntomas de depresión entre adolescentes de un municipio de Río de Janeiro, Brasil

Célia Regina de Andrade <sup>1</sup>

Joviana Quintes Avanci <sup>1</sup>

Raquel de Vasconcellos Carvalho de Oliveira <sup>2</sup>

doi: 10.1590/0102-311XPT269921

### Resumo

O objetivo foi identificar os padrões das experiências adversas na infância entre adolescentes escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil, segundo características sociodemográficas (sexo, cor da pele e estrato socioeconômico) e sintomas depressivos. Caracteriza-se por um desenho transversal com amostra de 1.117 adolescentes escolares de 13 a 19 anos do Município de São Gonçalo, Rio de Janeiro. A depressão foi avaliada pelo Inventário de Depressão Infantil e foram investigadas experiências adversas na infância. A análise envolveu análises bivariadas e análise de correspondência múltipla (ACM) das experiências adversas na infância, variáveis sociodemográficas (sexo, cor de pele e estrato socioeconômico) e sintomas depressivos. Os resultados mostram a organização de oito grupos composto por: meninas e adolescentes de estrato social mais baixo e experiências adversas na infância relacionadas ao ambiente; meninos, ser de estrato social mais alto e não ter vivido experiências adversas na infância; adolescentes com sintomas de depressão e experiências adversas na infância dirigidas fisicamente a eles/família; adolescentes de cor de pele branca, sem sintomas de depressão e que não vivenciaram experiências adversas na infância; adolescentes de cor de pele preta/parda/amarela/indígena que vivenciaram experiências adversas na família e na comunidade; adolescentes que perderam pai e mãe por morte, e falta de comida em casa; adolescentes que vivenciaram violência psicológica; e adolescentes que vivenciaram experiências sexuais envolvendo seus pais. Os achados alertam para a necessidade de olhar com atenção e o mais cedo possível para a exposição de experiências adversas na infância de forma a cuidar, intervir e mitigar os efeitos negativos no momento atual, no curso de vida e em gerações futuras.

*Experiências Adversas da Infância; Depressão; Adolescente*

### Correspondência

C. R. Andrade

Rua Dom Emanuel Gomes 210, Rio de Janeiro, RJ  
21940-350, Brasil.

reginaandrade61@gmail.com

<sup>1</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação  
Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação  
Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.



## Introdução

Experiências adversas na infância são potenciais estressores que afetam a saúde e o bem-estar infanto-juvenil com repercussões até a vida adulta, aumentando a chance de desfechos negativos para saúde física e mental, inclusive morte precoce <sup>1,2</sup>. A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza as experiências adversas na infância como fontes de estresse na infância e adolescência e enumera os seguintes eventos como parte do conjunto de adversidades prejudiciais: perdas interpessoais (morte dos pais e divórcio); ambiente familiar disfuncional (problemas de saúde mental dos pais, abuso de substâncias parental, criminalidade e violências); maus tratos (violência física, psicológica e sexual e negligências); doenças; dificuldades econômicas; violência entre pares (bullying); violência comunitária e coletiva (conflitos e guerras) <sup>3</sup>.

As experiências adversas na infância são circunstâncias de vida quantificáveis, mas cheias de sentidos e significados, que requerem adaptação fisiológica e psicossocial e, portanto, com potencial para produzir significativo estresse e impacto na vida <sup>4</sup>. Crianças e adolescentes podem ser ainda mais vulneráveis às suas repercussões negativas, pois a exposição precoce à adversidade pode impactar a forma com que vão lidar com as situações de estresse no decorrer da vida, alterando a sensibilidade da resposta ao estresse e o risco de resultados negativos <sup>4</sup>. Evidências sugerem que meninas podem ser mais suscetíveis aos efeitos de estressores interpessoais, oriundos de sua rede social mais próxima, e terem mais dificuldades em lidar com adversidades; enquanto os meninos são mais expostos às adversidades oriundas do meio comunitário <sup>5,6</sup>. O efeito da adversidade depende, sobretudo, da idade da pessoa no momento da exposição <sup>7</sup>.

Contudo o estresse agudo (intenso, curto e passageiro) decorrente de um evento de vida estressante nem sempre ocasiona efeitos negativos <sup>8</sup>. Por outro lado, exposições fortes, duradouras e/ou repetidas de adversidades, que se acumulam, tendem a ser extremamente tóxicas e nocivas <sup>8,9</sup>, e associadas a importantes problemas de saúde mental na infância e adolescência <sup>10</sup>. Acrescido a isso, constata-se a exposição a maior número eventos estressantes em um curto período de tempo, anterior ao desenvolvimento do quadro depressivo e outros transtornos mentais <sup>11</sup>.

A depressão é um transtorno relativamente comum na adolescência, com prevalências mundiais entre 5,9% e 12,5% <sup>12</sup> e estimativas brasileiras em torno de 5% a 20% <sup>12</sup>, dependendo da definição operacional utilizada. Afeta mais as meninas do que os meninos e está associada a dificuldades no desempenho escolar, suicídio e problemas no funcionamento social <sup>13</sup>. Em adultos, estima-se que aqueles que desenvolvem depressão têm 2,5 a 9,4 vezes mais probabilidade de ter experimentado um evento estressante importante na vida antes do início do quadro depressivo <sup>14</sup>. Entre pessoas com sintomas de depressão, as experiências adversas na infância estão associadas a maior gravidade dos sintomas, maior duração do transtorno e maior probabilidade de recaída <sup>15,16</sup>. Além de implicações neurobiológicas, o acúmulo de eventos de vida tem se evidenciado como clinicamente relevante.

É consenso que as experiências adversas na infância são extensivas, impactantes e podem ser persistentes, com peculiaridades segundo as questões de gênero, características étnico-raciais e situação socioeconômica, as quais se sobrepõem e impõem sequências causais de risco e vulnerabilidades. Esses marcadores estabelecem circunstâncias em que as populações crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como dos sistemas implementados para lidar com as doenças <sup>17,18</sup>. Neste ponto, o conceito de interseccionalidade dialoga com a complexidade e as nuances do quadro de desvantagens cumulativas de adolescentes segundo cor de pele, sexo e status socioeconômico, que podem se refletir na maior ou menor exposição de experiências adversas na infância e, conseqüentemente, com reflexos na saúde mental <sup>19,20</sup>. Chor <sup>21</sup> enfatiza que a interação entre formas de desigualdade nas características étnico-raciais, de classe social e gênero podem criar grupos de risco.

A partir de uma perspectiva que alia discussão das experiências adversas (experiências adversas na infância), marcadores sociais e depressão em adolescente, este artigo busca conhecer os padrões de relação das experiências adversas na infância entre adolescentes escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil, segundo características sociodemográficas (sexo, cor de pele e estrato socioeconômico) e sintomas depressivos.

## Método

### População do estudo

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, com 1.117 estudantes do curso diurno do nono ano das escolas públicas (municipais e estaduais) e particulares do Município de São Gonçalo, no ano de 2010. A cidade estudada está localizada a cerca de 20km da capital, com população estimada em 1.091.737 habitantes para o ano de 2020<sup>22</sup>. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de São Gonçalo é 0,739, e a dimensão que mais contribui para o IDHM é longevidade, com índice de 0,833, seguida de renda e educação, com índices de 0,711 e 0,681, respectivamente. A população de adolescentes (entre 10 e 19 anos) representa 16% da população do município e, em 2019, a taxa de mortalidade infantil era de 14,47 a cada mil nascidos vivos<sup>22</sup>.

A amostra foi composta por 14 estratos, que foram constituídos segundo as sete áreas de planejamento do município e de acordo com a natureza da instituição (pública ou particular), buscando a representatividade socioeconômica (natureza da instituição) e espacial (áreas de planejamento) da amostra analisada. A amostra foi dimensionada para obter estimativas de proporção, com erro absoluto de 1,3%, nível de 95% de confiança e proporção de 2,3%. Utilizou-se amostragem por conglomerados em dois estágios: escolha aleatória das escolas e turmas. Participaram da amostra 43 escolas públicas e 30 particulares, com duas turmas por escola.

### Instrumento

O questionário autopreenchível e anônimo foi aplicado, de forma coletiva e por turma, por equipes previamente treinadas, durando em média 60 minutos. A aplicação do questionário foi feita por duplas de pesquisadores, sendo um deles psicólogo, de forma a apoiar algum adolescente que, porventura, se mostrasse mais sensibilizado. O questionário foi pré-testado no município em quatro escolas da rede pública (51 questionários coletados) e três da rede privada (46 questionários preenchidos). A seguir estão detalhadas as medidas utilizadas neste estudo.

(a) Perfil sociodemográfico: sexo (masculino e feminino), cor da pele autorreferida (brancos e negra/parda/amarela/indígena) e o estrato socioeconômico (definido pelo nível de escolaridade do chefe da família e pela posse de bens no domicílio – estratos: A/B e C/D/E)<sup>23</sup>.

(b) Experiências adversas na infância: itens de duas escalas: (1) eventos de vida traumáticos de Steinberg<sup>24</sup>: estar em desabamento; desastre, incêndios, enchentes; acidente grave; conflito armado ou tiroteio; ele próprio/familiar apanhar, levar um soco ou chute em casa; ser espancado, levar tiro ou ser ameaçado; testemunhar espancamento, ver alguém levar tiro ou ser morto; ver um cadáver em sua cidade; ter partes sexuais íntimas tocadas por adulto; ter recebido notícia de morte violenta ou ferimento grave de um ente querido; ter recebido um tratamento médico assustador e doloroso num hospital quando você estava muito doente ou seriamente ferido; outra situação assustadora, perigosa ou violenta. Numa amostra norte-americana, o instrumento apresentou alfa de Cronbach de 0,78 para o escore total, bem como confiabilidade teste-reteste variando de 0,94 a 0,97 entre as versões de pais, adolescentes e crianças<sup>25</sup>; e (2) escala de Trombeta & Guzzo<sup>26</sup>, com os seguintes itens: desemprego de um dos pais/responsável; problemas financeiros sérios na família; falta comida em casa; mora ou já morou amontado, sem espaço; problemas médicos sérios de familiares; problema físico ou mental na família; alguém na família indiciado ou preso; morte de pai ou mãe; parente próximo que morreu; problema de álcool ou droga na família; experiência sexual que envolveu os pais; discriminação pela cor de pele; separação de amigos por briga ou morte; ver alguém ser gravemente ferido; viver em perigo ou insegurança na vizinhança; ter a casa assaltada ou roubada.

(c) Violência severa da mãe e do pai contra o adolescente: utilizada a *Escala Tática de Conflitos*, desenvolvida por Straus<sup>27</sup> e validada para a população brasileira<sup>28</sup>. Engloba atos de chutar, morder ou dar murros, espancar, ameaçar ou, efetivamente, usar arma de fogo ou arma branca. Uma ou mais resposta positiva caracteriza a presença de violência. Obteve-se consistência interna satisfatória para violência física cometida pelo pai ( $\alpha = 0,69$ ) e pela mãe ( $\alpha = 0,73$ ) contra a criança.

(d) Violência psicológica<sup>29,30</sup>: se caracteriza por 18 itens sobre atos de humilhação, críticas excessivas e uso de palavras depreciativas cometidos por pessoas significativas contra o adolescente. Original-

mente, foi verificado alfa de Cronbach de 0,94, ICC (coeficiente de correlação intraclasse) de 0,82; a análise fatorial apresentou estrutura de fator com grau de explicação de 43,5% da variância<sup>31</sup> e testada quanto à validade de constructo, com correlação positiva com sofrimento psíquico (*Self Report Questionnaire* – SRQ-20)<sup>31</sup>, violência cometida pela mãe e entre pais<sup>28</sup>. Neste trabalho, o kappa variou entre 0,395 e 0,683 e o alfa de Cronbach encontrado foi de 0,930.

(e) Violência na escola e na localidade: empregada a *Escala de Violência na Escola e na Comunidade* do Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente (Ilanud/ONU)<sup>32,33</sup>. Avaliou a vitimização do adolescente na escola e localidade no último ano ocasionada por: sofrer humilhação, ameaça ou agressão, ter objetos danificados propositalmente por alguém, conviver com pessoas portando armas brancas ou de fogo, ser furtado ou roubado. Pelo menos um item positivo caracteriza o adolescente como vítima de violência no contexto correspondente. O coeficiente de Kuder-Richardson foi de 0,52 para violência escolar e 0,57 para violência comunitária, o que é aceitável diante do baixo número de itens em cada escala.

(f) Violência entre os pais (ou padrasto/madrasta) e entre os irmãos: em que cada uma foi avaliada por brigas entre si a ponto de se machucarem e humilharem. Uma ou mais resposta positiva em cada relação torna um caso na vitimização aferida<sup>34</sup>.

(g) *Inventário de Depressão Infantil* (CDI): utilizou-se a forma normatizada por Gouveia<sup>35</sup> e elaborada por Kovács<sup>36</sup>, que constitui uma adaptação do BDI (*Inventário de Depressão de Beck*), com bons parâmetros psicométricos<sup>37</sup>. É composto por 27 itens com três opções de respostas, das quais a criança/adolescente seleciona a que melhor descreve seus sentimentos nas duas últimas semanas. Tem sido utilizada enquanto instrumento de triagem na identificação de alterações afetivas, de humor, capacidade hedônica, funções vegetativas, autoavaliação e outras condutas interpessoais.

### **Análise dos dados**

Inicialmente, foram descritas as frequências absoluta e relativa das variáveis, incluindo a associação dos itens das experiências adversas na infância e violências segundo características sociodemográficas (sexo, cor de pele e estrato socioeconômico), comparando as proporções por meio do teste Wald. Foram considerados peso, plano amostral e nível de 5% de significância.

Com as variáveis selecionadas pelo teste de Wald e aquelas de relevância teórica, foi empregada a análise de correspondência múltipla (ACM) das experiências adversas na infância, variáveis sociodemográficas (sexo, cor de pele e estrato socioeconômico) e depressão. A ACM permite a visualização gráfica das relações entre as diversas categorias das variáveis, a fim de reduzir dimensionalidade com a identificação de grupos que apresentam os mesmos padrões e, portanto, maior proximidade geométrica. A grande vantagem da ACM é a não realização de suposições a priori sobre a distribuição dos dados. O caráter descritivo do método não permite a incorporação do plano amostral, entretanto o desenho amostral do tipo PPT (amostragem proporcional ao tamanho) sistemática não introduz diferenças importantes na estimação da variância<sup>38</sup>. A ACM foi realizada em duas etapas: (1) exploração da dimensionalidade as experiências adversas na infância (incluindo as violências) e as variáveis sociodemográficas; (2) além das experiências adversas na infância, foram incluídas as variáveis sociodemográficas (sexo, cor/raça e estrato socioeconômico) como variáveis ativas e a variável de sintomas depressivos como variável suplementar, com a intenção de verificar sua inserção nos grupos já formados. Na solução final, foram extraídas as contribuições e coordenadas correspondentes ao número de dimensões que maximiza a inércia no método conhecido como ajuste das inércias. O número de dimensões foi determinado pelo *scree plot* das inércias. Na interpretação dos dados foi fornecido o gráfico bidimensional formado pelas coordenadas de cada categoria nas duas primeiras dimensões, além das contribuições de cada variável por dimensão.

A seguir, realizou-se a análise de aglomerados das coordenadas obtidas na ACM para as dimensões indicadas no *scree plot*, com o objetivo de confirmar os agrupamentos visualizados pela ACM. A principal vantagem é a visualização, em um único gráfico, do agrupamento em várias dimensões. Na realização da análise de aglomerados, empregou-se o método de aglomeração hierárquico denominado *average*, sendo os resultados apresentados em dendogramas. Foram aplicados os pacotes *foreign*, *ca*, *dendextend*, *factoextra* e *tableone* do software R, versão 4.0.2 (<http://www.r-project.org>).

## Questões éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz; CAEE: 50920721.0.0000.5240). A direção das escolas e um dos responsáveis dos adolescentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos os adolescentes participantes assinaram Termo de Assentimento.

## Resultados

Dos 1.117 adolescentes participantes, mais da metade (62,5%) tem menos de 14 anos de idade, pertence à rede privada de ensino (62,1%), é do sexo feminino (64,7%), se autorreferiu de cor da pele negra/parda (56,4%), é de famílias pertencentes ao estrato socioeconômico A/B (61,7%) e vive com o pai e a mãe juntos (56,5%). Das 33 experiências adversas na infância/violências pesquisadas, praticamente todos entrevistados (99%) relataram ter vivido pelo menos uma adversidade e, em média, oito experiências são relatadas por cada adolescente, variando de 0 a 24 eventos vividos por cada adolescente.

A Tabela 1 mostra que a morte, doenças e acidentes de familiar; o desemprego de um dos pais e a violência entre os irmãos são as experiências adversas mais citadas pelos adolescentes estudados. Meninos relatam maior exposição de acidente grave; de espancamento; levar um tiro ou ser ameaçado de ser seriamente machucado em sua cidade; ver um cadáver em sua cidade e ter recebido tratamento médico doloroso e assustador em um hospital devido à doença ou lesão grave. Já as meninas mencionam mais ter recebido a notícia da morte violenta ou o ferimento grave de um ente querido. Em relação à cor de pele, mais adolescentes de cor de pele preta/parda/amarela/indígena receberam a notícia da morte violenta ou ferimento grave de um ente querido. Quanto ao estrato socioeconômico, testemunhar um membro da família apanhar, levar um soco ou um chute muito forte em casa se mostrou associado a adolescentes de estrato social mais baixo (C/D/E), em comparação aos de estratos A/B.

As meninas parecem mais vulneráveis às experiências adversas no contexto da família: relatam mais ter um de seus pais ou responsável desempregado, ter problemas financeiros sérios na família, ter familiar indiciado ou preso e ter algum parente próximo que morreu. Ter alguém da família indiciado ou preso se mostrou associado significativamente com adolescentes de cor de pele preta/parda/amarela/indígena, em comparação aos brancos. As diferenças entre os estratos socioeconômicos mostraram a maior vulnerabilidade do grupo em maior desvantagem social (C/D/E) nas seguintes experiências: desemprego de um dos pais, problemas financeiros sérios, falta comida em casa, mora amontoado/sem espaço e morte de pai ou mãe. Já ter tido relação com os pais envolvendo uma experiência sexual se mostrou associada estatisticamente com jovens de estrato social mais elevado.

Quanto às experiências adversas no contexto da comunidade, nota-se que já ter se separado de algum amigo(a) próximo(a) por brigas ou pela morte dele(a) foi mais presente entre as meninas, ao passo que ter visto alguém ser gravemente ferido se destacou entre os meninos. Adolescentes de cor de pele preta/parda/amarela/indígena relatam mais se sentirem discriminados(as) pela sua cor de pele, verem alguém ser gravemente ferido e viverem em situação de perigo e insegurança na vizinhança ( $p < 0,05$ ). Em relação ao estrato socioeconômico, nenhuma dessas experiências se mostrou estatisticamente significativa. No que se refere às violências, em comparação aos meninos, as adolescentes do sexo feminino são mais expostas à violência psicológica e à violência que ocorre entre seus pais. Não foram encontradas diferenças quanto à cor de pele e estrato socioeconômico (Tabela 1).

A ACM com as 21 experiências adversas na infância significativas nas associações com variáveis sociodemográficas (sexo, cor da pele e estrato socioeconômico) (Tabela 1), além das selecionadas pela relevância teórica (problemas médicos sérios com familiares, violência severa da mãe contra o adolescente, violência severa do pai contra o adolescente e violência entre irmãos), mostraram 74,1% de variância explicada pelas inércias em duas dimensões. Oito grupos foram encontrados pela ACM, que foram confirmados na análise de *cluster* (Figuras 1 e 2): grupo 1 – meninas e adolescentes de estrato social mais baixo e experiências adversas na infância mais relacionadas ao ambiente familiar: alguém da família indiciado ou preso, violência entre os pais, problema de álcool ou drogas na família, separação de algum amigo próximo por briga ou pela morte dele e pai/responsável desempregado; grupo 2 – composto somente pelos jovens do sexo masculino; grupo 3 – adolescentes que vivenciaram

**Tabela 1**

Perfil das experiências adversas e violências de 1.117 adolescentes escolares conforme sexo, cor de pele e estrato socioeconômico. São Gonçalo, Rio de Janeiro, Brasil, 2011.

Experiências adversas (Steinberg <sup>24</sup> ) e no contexto da família (Trombeta & Guzzo <sup>26</sup> )	Sexo		Valor de p	Branca (n = 426) % *	Cor de pele Preta/Parda/ Amarela/Indígena (n = 673) % *	Valor de p	Estrato socioeconômico		Valor de p
	Feminino (n = 723)	Masculino (n = 394)					A+B (n = 385)	C+D+E (n = 239)	
	% *	% *					% *	% *	
Desabamento que destruiu seriamente o local em que você estava	5,0	7,5	0,125	4,9	6,6	0,146	4,4	6,1	0,444
Desastres, como incêndios, tornados, enchentes ou furacão	12,2	13,7	0,543	12,2	13,4	0,610	14,0	14,8	0,763
Acidente grave, como um acidente de carro muito sério	<b>9,5</b>	<b>16,5</b>	<b>&lt; 0,001</b>	10,3	13,1	0,151	14,9	13,9	0,733
Conflitos armados (tiroteios) estavam acontecendo ao seu redor	<b>34,3</b>	<b>39,7</b>	<b>0,056</b>	35,8	36,9	0,671	36,6	38,0	0,719
Apanhar, levar um soco ou um chute muito forte em casa	20,1	19,1	0,684	18,7	20,5	0,518	18,3	23,7	0,151
Ver um membro da família apanhar, levar um soco ou um chute muito forte em casa	24,7	22,2	0,396	22,2	25,0	0,258	<b>20,4</b>	<b>30,3</b>	<b>0,015</b>
Ser espancado, levar um tiro ou ser ameaçado de ser seriamente machucado em sua cidade	9,0	18,5	0,001	14,2	11,3	0,140	13,0	13,8	0,779
Ver alguém na sua cidade ser espancado, levar um tiro ou ser morto	34,6	36,4	0,568	34,0	36,0	0,541	35,6	40,0	0,391
Ver um cadáver em sua cidade (não inclui funerais)	46,5	<b>57,6</b>	<b>0,001</b>	50,9	50,3	0,805	53,8	55,0	0,781
Um adulto ou alguém muito mais velho tocou suas partes sexuais íntimas contra sua vontade	8,7	8,0	0,730	7,8	8,7	0,572	7,1	12,7	0,060
Ter recebido a notícia da morte violenta ou do ferimento grave de um ente querido	<b>45,0</b>	<b>34,9</b>	<b>0,001</b>	<b>36,4</b>	<b>45,0</b>	<b>0,033</b>	42,4	48,3	0,326

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Experiências adversas (Steinberg <sup>24</sup> ) e no contexto da família (Trombeta & Guzzo <sup>26</sup> )	Sexo		Valor de p	Branca (n = 426)  % *	Cor de pele Preta/Parda/ Amarela/Indígena (n = 673)  % *	Valor de p	Estrato socioeconômico		Valor de p
	Feminino (n = 723)	Masculino (n = 394)					A+B (n = 385)	C+D+E (n = 239)	
	% *	% *					% *	% *	
Ter recebido um tratamento médico assustador e doloroso num hospital quando você estava muito doente ou seriamente ferido	<b>11,3</b>	<b>18,0</b>	<b>0,004</b>	13,0	14,3	0,622	15,9	15,2	0,853
Outra situação assustadora, perigosa ou violenta	16,9	18,2	0,586	17,4	17,3	0,981	18,1	20,3	0,489
Um de seus pais ou responsável já ficou ou está desempregado	<b>63,1</b>	<b>50,4</b>	<b>0,001</b>	55,2	61,4	0,061	<b>51,3</b>	<b>69,9</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Na sua família, existem ou existiram problemas financeiros sérios	<b>40,4</b>	<b>33,2</b>	<b>0,039</b>	39,0	37,5	0,625	<b>33,3</b>	<b>45,1</b>	<b>0,005</b>
Falta comida na sua casa	2,1	2,7	0,610	3,0	2,0	0,340	<b>1,3</b>	<b>4,8</b>	<b>0,019</b>
Você mora ou já morou amontoadado, sem espaço	7,8	5,9	0,345	5,9	7,9	0,237	<b>5,0</b>	<b>11,8</b>	<b>0,004</b>
Algum familiar seu já teve problemas médicos sérios, como doenças ou acidentes	71,4	65,3	0,064	67,5	70,4	0,421	70,4	74,0	0,399
Na sua família, tem ou teve alguém com problema de deficiência física ou mental	26,3	21,9	0,199	25,1	24,6	0,864	26,0	23,2	0,404
Alguém da sua família foi indiciado ou preso	<b>24,1</b>	<b>17,5</b>	<b>0,015</b>	<b>18,0</b>	<b>24,4</b>	<b>0,037</b>	18,5	25,0	0,116
Ocorreu morte de pai ou mãe	7,2	5,9	0,455	4,7	8,3	0,070	<b>1,8</b>	<b>5,6</b>	0,013
Você teve algum parente próximo que morreu	<b>74,9</b>	<b>68,4</b>	<b>0,023</b>	<b>73,4</b>	71,7	0,594	71,8	73,7	0,593
Na sua família, acontecem/aconteceram problemas de álcool ou drogas	34,0	28,3	0,054	29,4	33,7	0,221	30,8	36,3	0,127
Sua relação com seus pais já envolveu uma experiência sexual	1,5	2,5	0,357	1,3	2,1	0,273	<b>2,6</b>	<b>0,1</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Você já se sentiu discriminado(a) por sua cor de pele	7,8	7,4	0,834	<b>3,3</b>	<b>10,6</b>	<b>&lt; 0,001</b>	6,0	9,3	0,134
Você já se separou de algum amigo (a) próximo (a) por brigas ou pela morte dele (a)	<b>37,8</b>	<b>25,3</b>	<b>0,001</b>	34,5	<b>40,5</b>	<b>0,015</b>	32,0	38,9	0,100

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Experiências adversas (Steinberg <sup>24</sup> ) e no contexto da família (Trombeta & Guzzo <sup>26</sup> )	Sexo		Valor de p	Cor de pele		Valor de p	Estrato socioeconômico		Valor de p
	Feminino (n = 723)	Masculino (n = 394)		Branca (n = 426)	Preta/Parda/ Amarela/Indígena (n = 673)		A+B (n = 385)	C+D+E (n = 239)	
	% *	% *		% *	% *		% *	% *	
Você já viu alguém ser gravemente ferido	34,8	43,6	0,011	<b>33,9</b>	<b>40,5</b>	<b>0,015</b>	42,8	37,5	0,261
Você vive/viveu em situação de perigo e insegurança na vizinhança	27,4	23,6	0,232	<b>22,7</b>	<b>28,4</b>	<b>0,043</b>	27,3	27,1	0,963
Você já teve sua casa assaltada ou roubada	10,6	13,6	0,132	11,3	11,9	0,749	12,9	11,3	0,538
Violência severa da mãe contra o adolescente	19,1	17,5	0,605	16,9	19,3	0,381	17,1	19,3	0,513
Violência severa do pai contra o adolescente	6,7	9,0	0,184	6,6	8,2	0,444	9,8	9,5	0,909
Violência psicológica	<b>20,0</b>	<b>13,7</b>	<b>0,021</b>	18,2	17,9	0,915	16,7	20,1	0,418
Violência na escola	37,2	41,2	0,206	41,9	36,8	0,092	43,9	40,5	0,414
Violência na localidade	36,2	39,6	0,262	39,4	35,7	0,225	40,4	33,5	0,090
Violência entre pais (ou padrasto/madrasta)	<b>37,7</b>	<b>28,7</b>	<b>0,006</b>	35,1	34,2	0,766	28,3	37,1	0,075
Violência entre irmãos	61,8	57,1	0,217	56,6	62,3	0,153	60,4	62,8	0,606

Nota: os valores em negrito indicam que é significativo no teste de Wald ao nível de 5%.

\* Foram incorporados peso e plano nas estimativas de proporção.

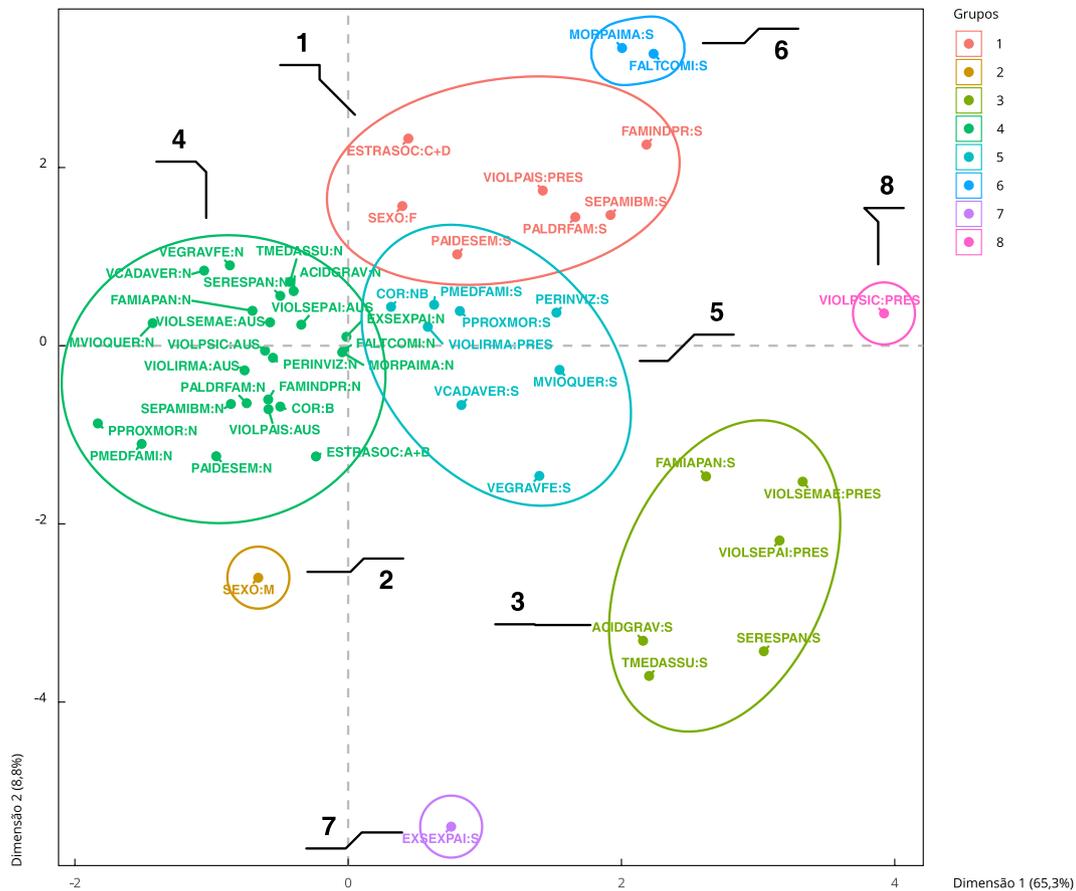
experiências adversas de natureza mais física e dirigidas diretamente a eles/família, ou seja, ver um familiar apanhar/levar um soco ou chute forte em casa, vivenciar violência severa da mãe e do pai, estar em um acidente grave de carro, ser espancado, levar um tiro ou ser ameaçado e ter recebido tratamento médico assustador e doloroso num hospital; grupo 4 – adolescentes de estrato social mais alto (A+B), de cor de pele branca e que não vivenciaram experiências adversas com ele mesmo, nem no ambiente familiar e nem na localidade; grupo 5 – adolescentes de cor de pele preta/parda/amarela/indígena que vivenciaram experiências adversas na família e na comunidade: problemas médicos sérios de familiares, parente próximo que morreu, violência entre irmãos, ter recebido notícia de morte violenta ou ferimento grave de um ente querido, violência na comunidade, ver alguém ser gravemente ferido e ver um cadáver em sua cidade; grupo 6 – adolescentes que perderam pai e mãe por morte, e falta de comida em casa; grupo 7 – adolescentes que vivenciaram experiências sexuais envolvendo seus pais; grupo 8 – adolescentes que vivenciaram violência psicológica. Os grupos 2, 6, 7 e 8 são constituídos por apenas dois ou um evento.

A segunda ACM adicionou a depressão como variável suplementar à análise anterior. Os oito grupos da ACM com duas dimensões (74,1% de inércia) são apresentados na Figura 3 e foram confirmados na análise de *cluster* com as coordenadas das duas dimensões da ACM (Figura 4).

Nas Figuras 3 e 4, a depressão se mantém próxima a algumas experiências adversas, violências e ao perfil sociodemográfico. Em comparação aos achados da Figura 1, apenas os grupos 2, 3 e 4 tiveram mudança na sua caracterização, e os grupos 1, 5, 6 e 7 mantiveram a mesma configuração da Figura 2. O grupo 2 ficou assim constituído: meninos, ser de estrato social mais alto (A+B) e não ter vivido algumas experiências adversas como: ausência de problemas médicos sérios de familiares; pai/responsável desempregado e ter parente próximo que morreu; grupo 3 – adolescentes com sintomas de depressão e experiências adversas na infância dirigidas fisicamente a eles/família, como ver um familiar apanhar/levar um soco ou chute forte em casa, adolescentes que vivenciaram violência severa

Figura 1

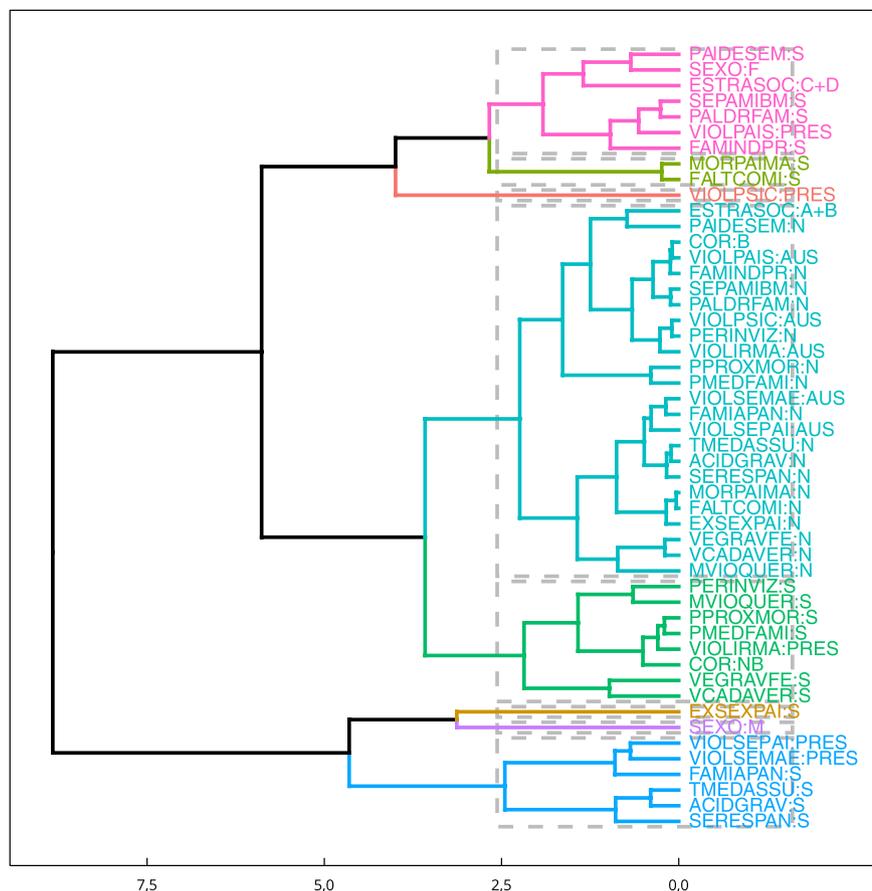
Padrões dos grupos das experiências adversas na infância e variáveis sociodemográficas resultantes da análise de correspondência múltipla (ACM) em adolescentes. São Gonçalo, Rio de Janeiro, Brasil, 2011.



**Grupo 1:** ESTRASOC:C+D – estrato socioeconômico; FAMINDPR:S – alguém da família indiciado ou preso; PAIDSEEM:S – pai/responsável desempregado; PALDRFAM:S – problema de álcool ou drogas na família; SEPAMIBM:S – separação de algum amigo próximo por briga ou pela morte dele; SEXO:F – feminino; VIOLPAIS:PRES – presença de violência entre os pais; **Grupo 2:** SEXO:M – masculino; **Grupo 3:** ACIDGRAV:S – estar em um acidente grave; FAMIAPAN:S – ver um membro da família apanhar, levar um soco ou um chute muito forte em casa; SERESPAN:S – ser espancado, levar um tiro ou ameaçado; TMEDASSU:S – ter recebido um tratamento médico assustador ou doloroso no hospital; VIOLSEMAE:PRES – presença de violência severa da mãe contra o adolescente; VIOLSEPAI:PRES – presença de violência severa do pai contra o adolescente; **Grupo 4:** ACIDGRAV:N – não estar em um acidente grave; COR:B – cor de pele branca; ESTRASOC:A+B – estrato socioeconômico; EXSEPAI:N – não ter tido experiências sexuais que envolveu seus pais; FALTCOMI:N – não faltar comida em casa; FAMIAPAN:N – não ver um membro da família apanhar, levar um soco ou um chute muito forte em casa; FAMINDPR:N – não ter alguém da família indiciado ou preso; MORPAIMA:N – não ter tido morte de pai e mãe; MVIQUER:N – não ter recebido notícia de morte violenta ou ferimento grave de um ente querido; PAIDSEEM:N – não ter pai/responsável desempregado; PALDRFAM:N – não ter problema de álcool ou drogas na família; PERINVIZ:N – não ter violência na comunidade; PMEDFAMI:N – não ter problemas médicos sérios de familiares; PPROXMOR:N – não ter parente próximo que morreu; SEPAMIBM:N – não ter tido separação de algum amigo próximo por briga ou pela morte dele; SERESPAN:N – não ser espancado, levar um tiro ou ameaçado; TMEDASSU:N – não ter recebido um tratamento médico assustador ou doloroso no hospital; VCADAVER:N – não ver um cadáver em sua cidade; VEGRAVFE:N – não ver alguém ser gravemente ferido; VIOLIRMA:AUS – ausência de violência entre irmãos; VIOLPAIS:AUS – ausência de violência entre os pais; VIOLPSIC:AUS – ausência de violência psicológica; VIOLSEMAE:AUS – ausência de violência severa da mãe contra o adolescente; VIOLSEPAI:AUS – ausência de violência severa do pai contra o adolescente; **Grupo 5:** COR:NB – cor de pele preta/parda/amarela/índigena; MVIQUER:S – ter recebido notícia de morte violenta ou ferimento grave de um ente querido; PERINVIZ:S – violência na comunidade; PMEDFAMI:S – problemas médicos sérios de familiares; PPROXMOR:S – parente próximo que morreu; VCADAVER:S – ver um cadáver em sua cidade; VEGRAVFE:S – ver alguém ser gravemente ferido; VIOLIRMA:PRES – presença de violência entre irmãos; **Grupo 6:** FALTCOMI:S – falta comida em casa; MORPAIMA:S – morte de pai e mãe; **Grupo 7:** EXSEPAI:S – experiências sexuais que envolveu seus pais; **Grupo 8:** VIOLPSIC:PRES – presença de violência psicológica.

Figura 2

Dendrograma das coordenadas da análise de correspondência múltipla (ACM) das duas primeiras dimensões da análise de correspondência, envolvendo as experiências adversas na infância e variáveis sociodemográficas \* de adolescentes escolares. São Gonçalo, Rio de Janeiro, Brasil, 2011.

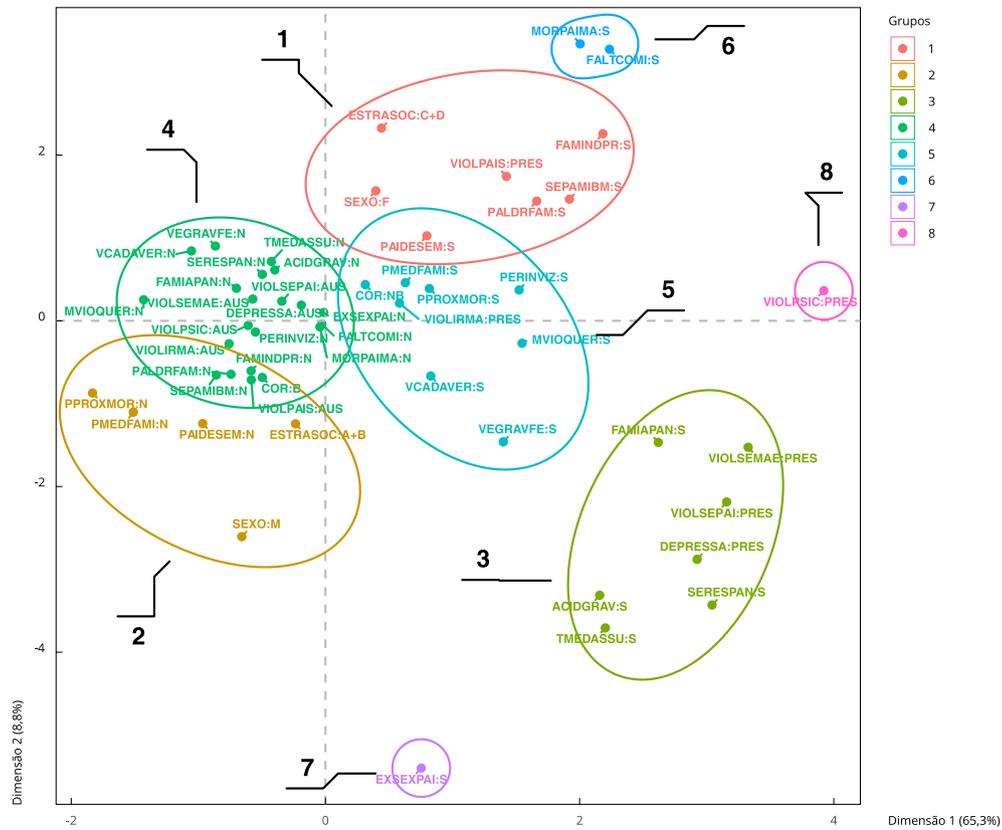


ACIDGRAV:N – não estar em um acidente grave; ACIDGRAV:S – estar em um acidente grave; COR:B – cor de pele branca; COR:NB – cor de pele preta/parda/amarela/indígena; ESTRSOC:A+B – estrato socioeconômico; ESTRSOC:C+D – estrato socioeconômico; EXSEXPAI:N – não ter tido experiências sexuais que envolveu seus pais; EXSEXPAI:S – experiências sexuais que envolveu seus pais; FALTCOMI:N – não faltar comida em casa; FALTCOMI:S – falta comida em casa; FAMIAPAN:N – não ver um membro da família apanhar, levar um soco ou um chute muito forte em casa; FAMIAPAN:S – ver um membro da família apanhar, levar um soco ou um chute muito forte em casa; FAMINDPR:N – não ter alguém da família indiciado ou preso; FAMINDPR:S – alguém da família indiciado ou preso; MORPAIMA:N – não ter tido morte de pai e mãe; MORPAIMA:S – morte de pai e mãe; MVIOQUER:N – não ter recebido notícia de morte violenta ou ferimento grave de um ente querido; MVIOQUER:S – ter recebido notícia de morte violenta ou ferimento grave de um ente querido; PAIDSEEM:N – não ter pai/responsável desempregado; PAIDSEEM:S – pai/responsável desempregado; PALDRFAM:N – não ter problema de álcool ou drogas na família; PALDRFAM:S – problema de álcool ou drogas na família; PERINVIZ:N – não ter violência na comunidade; PERINVIZ:S – violência na comunidade; PMEDFAMI:N – não ter problemas médicos sérios de familiares; PMEDFAMI:S – problemas médicos sérios de familiares; PPROXMOR:N – não ter parente próximo que morreu; PPROXMOR:S – parente próximo que morreu; SEPAMIBM:N – não ter tido separação de algum amigo próximo por briga ou pela morte dele; SEPAMIBM:S – separação de algum amigo próximo por briga ou pela morte dele; SERESPAN:N – não ser espancado, levar um tiro ou ameaçado; SERESPAN:S – ser espancado, levar um tiro ou ameaçado; SEXO:F – feminino; SEXO:M – masculino; TMEDASSU:N – não ter recebido um tratamento médico assustador ou doloroso no hospital; TMEDASSU:S – ter recebido um tratamento médico assustador ou doloroso no hospital; VCADAVER:N – não ver um cadáver em sua cidade; VCADAVER:S – ver um cadáver em sua cidade; VEGRAVFE:N – não ver alguém ser gravemente ferido; VEGRAVFE:S – ver alguém ser gravemente ferido; VIOLIRMA:AUS – ausência de violência entre irmãos; VIOLIRMA:PRE – presença de violência entre irmãos; VIOLPAIS:AUS – ausência de violência entre os pais; VIOLPAIS:PRE – presença de violência entre os pais; VIOLPSIC:AUS – ausência de violência psicológica; VIOLPSIC:PRE – presença de violência psicológica; VIOLSEMAE:AUS – ausência de violência severa da mãe contra o adolescente; VIOLSEMAE:PRE – presença de violência severa da mãe contra o adolescente; VIOLSEPAI:AUS – ausência de violência severa do pai contra o adolescente; VIOLSEPAI:PRE – presença de violência severa do pai contra o adolescente.

\* As variáveis sociodemográficas foram consideradas ativas na análise.

Figura 3

Padrões dos grupos das experiências adversas na infância, variáveis sociodemográficas e sintomas depressivos \* resultantes da análise de correspondência múltipla (ACM) em adolescentes. São Gonçalo, Rio de Janeiro, Brasil, 2011.

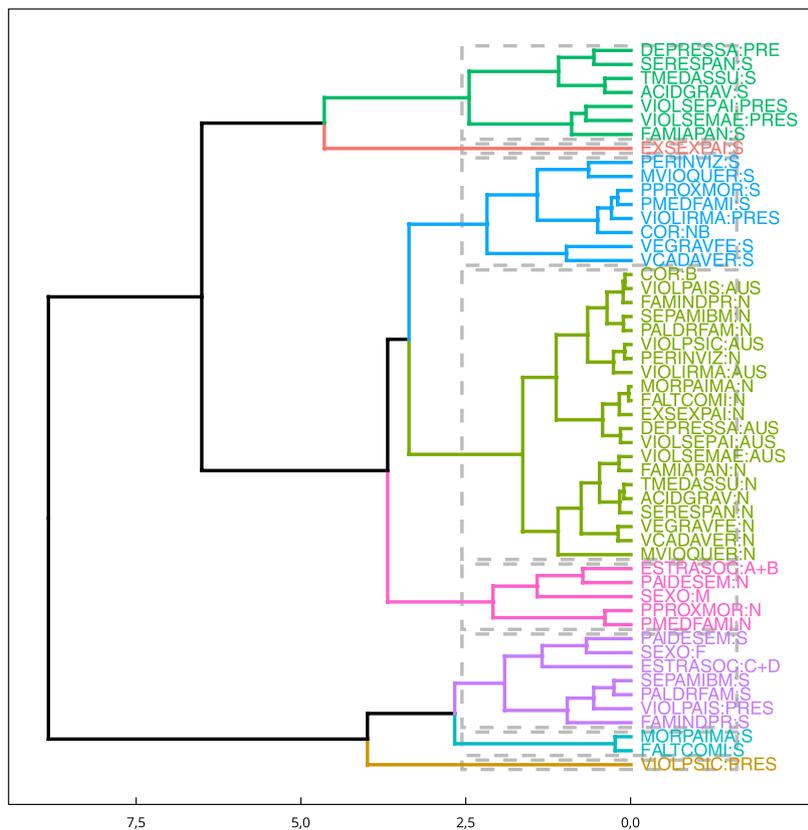


**Grupo 1:** ESTRSOC:C+D – estrato socioeconômico; FAMINDPR:S – alguém da família indiciado ou preso; PAIDEM:S – pai/responsável desempregado; PALDRFAM:S – problema de álcool ou drogas na família; SEPAMIBM:S – separação de algum amigo próximo por briga ou pela morte dele; SEXO:F – feminino; VIOLPAIS:PRES – presença de violência entre os pais; **Grupo 2:** ESTRSOC:A+B – estrato socioeconômico; PAIDEM:N – não ter pai/responsável desempregado; PMEDFAMI:N – não ter problemas médicos sérios de familiares; PPROXMOR:N – não ter parente próximo que morreu; SEXO:M – masculino; **Grupo 3:** ACIDGRAV:S – estar em um acidente grave; DEPRESSA:PRES – presença de sintomas depressivos; FAMIAPAN:S – ver um membro da família apanhar, levar um soco ou um chute muito forte em casa; SERESPAN:S – ser espancado, levar um tiro ou ameaçado; TMEDASSU:S – ter recebido um tratamento médico assustador ou doloroso no hospital; VIOLSEMAE:PRES – presença de violência severa da mãe contra o adolescente; VIOLSEPAI:PRES – presença de violência severa do pai contra o adolescente; **Grupo 4:** ACIDGRAV:N – não estar em um acidente grave; COR:B – cor de pele branca; DEPRESSA:AUS – ausência de sintomas depressivos; EXSEXPAI:N – não ter tido experiências sexuais que envolveram seus pais; FALTCOMI:N – não faltar comida em casa; FAMIAPAN:N – não ver um membro da família apanhar, levar um soco ou um chute muito forte em casa; FAMINDPR:N – não ter alguém da família indiciado ou preso; MORPAIMA:N – não ter tido morte de pai e mãe; MVIOQUER:N – não ter recebido notícia de morte violenta ou ferimento grave de um ente querido; PALDRFAM:N – não ter problema de álcool ou drogas na família; PERINVIZ:N – não ter violência na comunidade; SEPAMIBM:N – não ter tido separação de algum amigo próximo por briga ou pela morte dele; SERESPAN:N – não ser espancado, levar um tiro ou ameaçado; TMEDASSU:N – não ter recebido um tratamento médico assustador ou doloroso no hospital; VCADAVER:N – não ver um cadáver em sua cidade; VEGRAVFE:N – não ver alguém ser gravemente ferido; VIOLIRMA:AUS – ausência de violência entre irmãos; VIOLPAIS:AUS – ausência de violência entre os pais; VIOLPSIC:AUS – ausência de violência psicológica; VIOLSEMAE:AUS – ausência de violência severa da mãe contra o adolescente; VIOLSEPAI:AUS – ausência de violência severa do pai contra o adolescente; **Grupo 5:** COR:NB – cor de pele preta/parda/amarela/indígena; MVIOQUER:S – ter recebido notícia de morte violenta ou ferimento grave de um ente querido; PERINVIZ:S – violência na comunidade; PMEDFAMI:S – problemas médicos sérios de familiares; PPROXMOR:S – parente próximo que morreu; VCADAVER:S – ver um cadáver em sua cidade; VEGRAVFE:S – ver alguém ser gravemente ferido; VIOLIRMA:PRES – presença de violência entre irmãos; **Grupo 6:** FALTCOMI:S – falta comida em casa; MORPAIMA:S – morte de pai e mãe; **Grupo 7:** EXSEXPAI:S – experiências sexuais que envolveu seus pais; **Grupo 8:** VIOLPSIC:PRES – presença de violência psicológica.

\* As experiências adversas de vida e variáveis sociodemográficas foram consideradas como ativas e a depressão como suplementar.

**Figura 4**

Dendrograma das coordenadas da análise de correspondência múltipla (ACM) das duas primeiras dimensões da análise de correspondência, envolvendo as experiências adversas na infância, variáveis sociodemográficas e sintomas depressivos \* em adolescentes escolares. São Gonçalo, Rio de Janeiro, Brasil, 2011.



ACIDGRAV:N – não estar em um acidente grave; ACIDGRAV:S – estar em um acidente grave; COR:B – cor de pele branca; COR:NB – cor de pele preta/parda/amarela/indígena; DEPRESSA:AUS – ausência de sintomas depressivos; DEPRESSA:PRE – presença de sintomas depressivos; ESTRSOC:A+B – estrato socioeconômico; ESTRSOC:C+D – estrato socioeconômico; EXSEXPAI:N – não ter tido experiências sexuais que envolveu seus pais; EXSEXPAI:S – experiências sexuais que envolveu seus pais; FALTCOMI:N – não faltar comida em casa; FALTCOMI:S – falta comida em casa; FAMIAPAN:N – não ver um membro da família apanhar, levar um soco ou um chute muito forte em casa; FAMIAPAN:S – ver um membro da família apanhar, levar um soco ou um chute muito forte em casa; FAMINDPR:N – não ter alguém da família indiciado ou preso; FAMINDPR:S – alguém da família indiciado ou preso; MORPAIMA:N – não ter tido morte de pai e mãe; MORPAIMA:S – morte de pai e mãe; MVIOQUER:N – não ter recebido notícia de morte violenta ou ferimento grave de um ente querido; MVIOQUER:S – ter recebido notícia de morte violenta ou ferimento grave de um ente querido; PAIDSEEM:N – não ter pai/responsável desempregado; PAIDSEEM:S – pai/responsável desempregado; PALDRFAM:N – não ter problema de álcool ou drogas na família; PALDRFAM:S – problema de álcool ou drogas na família; PERINVIZ:N – não ter violência na comunidade; PERINVIZ:S – violência na comunidade; PMEDFAMI:N – não ter problemas médicos sérios de familiares; PMEDFAMI:S – problemas médicos sérios de familiares; PPROXMOR:N – não ter parente próximo que morreu; PPROXMOR:S – parente próximo que morreu; SEPAMIBM:N – não ter tido separação de algum amigo próximo por briga ou pela morte dele; SEPAMIBM:S – separação de algum amigo próximo por briga ou pela morte dele; SERESPAN:N – não ser espancado, levar um tiro ou ameaçado; SERESPAN:S – ser espancado, levar um tiro ou ameaçado; SEXO:F – feminino; SEXO:M – masculino; TMEDASSU:N – não ter recebido um tratamento médico assustador ou doloroso no hospital; TMEDASSU:S – ter recebido um tratamento médico assustador ou doloroso no hospital; VCADAVER:N – não ver um cadáver em sua cidade; VCADAVER:S – ver um cadáver em sua cidade; VEGRAVFE:N – não ver alguém ser gravemente ferido; VEGRAVFE:S – ver alguém ser gravemente ferido; VIOLIRMA:AUS – ausência de violência entre irmãos; VIOLIRMA:PRE – presença de violência entre irmãos; VIOLPAIS:AUS – ausência de violência entre os pais; VIOLPAIS:PRE – presença de violência entre os pais; VIOLPSIC:AUS – ausência de violência psicológica; VIOLPSIC:PRE – presença de violência psicológica; VIOLSEMAE:AUS – ausência de violência severa da mãe contra o adolescente; VIOLSEMAE:PRE – presença de violência severa da mãe contra o adolescente; VIOLSEPAI:AUS – ausência de violência severa do pai contra o adolescente; VIOLSEPAI:PRE – presença de violência severa do pai contra o adolescente.

\* As variáveis sociodemográficas foram consideradas ativas e a depressão como suplementar.

da mãe e do pai, estar em um acidente grave de carro, ser espancado, levar um tiro ou ser ameaçado e ter recebido tratamento médico assustador e doloroso num hospital; grupo 4 – adolescentes de cor de pele branca, sem sintomas de depressão e que não vivenciaram experiências adversas.

## Discussão

Os achados deste estudo apontam reflexões ricas e inéditas sobre exposição a situações adversas e saúde mental do adolescente, dentre as quais estão: o agrupamento de experiências adversas na infância segundo sua natureza e características; a distinção marcante entre os grupos que passaram por experiências adversas na infância e os que não passaram, o que reforça a ideia do papel das adversidades e seu efeito cumulativo; a inserção dos marcadores sociais nos grupos com maior exposição à experiências adversas na infância, evidenciando de forma contundente a maior vulnerabilidade das meninas, dos adolescentes de cor de pele preta/parta/amarela/indígena e daqueles de mais baixo estrato socioeconômico; o agrupamento da depressão com a vivência de experiências adversas na infância relacionados à violências, acidentes e doenças e o padrão de ausência de sintomas depressivos com a não vivência de experiências adversas na infância.

Primeiro, as questões de gênero se destacam e estão em consonância com a literatura, apontando um padrão de experiências adversas das meninas no contexto da família<sup>39,40</sup>. Bellis et al.<sup>41</sup> e Soares et al.<sup>42</sup> explicam que elas vivenciam maior número de adversidades na infância do que os homens, ou talvez sejam mais sensíveis a essas ocorrências, relatando-as mais. Essa vulnerabilidade pode ser explicada a partir de perspectivas socioculturais e neurobiológicas, pois elas geralmente respondem a um maior nível de resposta emocional negativa ao estresse, o que é muito mediado pela socialização feminina<sup>43</sup>, apresentam maior aumento endócrino e/ou respostas de excitação ao estresse em comparação com os rapazes<sup>44</sup> e são mais avançadas no desenvolvimento puberal do que os meninos, o que pode potencializar o impacto dos eventos interpessoais, uma vez que vivenciam condições biopsicossociais antes do que eles<sup>45</sup>. O modelo patriarcal estimula que as meninas guardem seus sentimentos para si e sejam mais compreensivas; ao passo que, aos meninos, o estereótipo de coragem e valentia é encorajado. Contudo Yemiao et al.<sup>46</sup> ressaltam que elas lidam e expressam melhor suas emoções do que os meninos, portanto procuram mais ajuda para tratar da depressão. As motivações oriundas do contexto social e comunitário (e menos as advindas do ambiente familiar) costumam explicar mais os sintomas depressivos entre os meninos<sup>47</sup>.

A delimitação dos grupos de experiências adversas na infância segundo características sociodemográficas leva a hipotetizar a natureza comum de alguns eventos e o isolamento de outros por sua distinção e gravidade, como é o caso da violência psicológica, da experiência sexual com os pais, da morte de um dos pais e a falta de comida em casa. Todos esses eventos são situações presentes em grupos mais específicos. Em geral, a violência sexual não está associada a condições socioeconômicas da criança/adolescente e sua família. A constatação de associação da experiência sexual com pais entre jovens de estrato social mais elevado na análise descritiva merece ser mais bem estudada, uma vez que a literatura tende a mostrar que esse tipo de violência não costuma estar relacionada a fatores socioeconômicos da família<sup>48</sup>. A caracterização dos estratos sociais no contexto do município pode apoiar essa reflexão.

Em relação ao padrão de experiências adversas na infância com sintomas depressivos, destaca-se a natureza de alguns eventos com a depressão, bem como a ausência de muitas adversidades no quadro sem sintomas. O conjunto de eventos estressantes com os sintomas depressivos mostra que violências (familiar e comunitária), acidentes e doenças compõem um cenário de estresse e, portanto, de risco importante para a saúde mental do adolescente. Este achado dialoga para a evidência de que diferentes tipos de adversidades tendem a ocorrer simultaneamente<sup>49,50</sup>, e da relação que existe entre o número e o tipo de adversidades experimentadas e a depressão, inclusive que poderá se desenvolver na idade adulta<sup>2,50</sup>. Chapman<sup>51</sup> e Kessler<sup>52</sup> destacam que o uso abusivo de álcool, violências, conflitos conjugais, divórcio, psicopatologia parental, acidentes naturais ou desastres estão entre os eventos mais associados com a depressão. O acúmulo de experiências adversas na infância é fator de risco para depressão e, inversamente, sintomas depressivos tendem a aumentar a exposição a experiências estressantes na vida. A relação entre experiências adversas na infância e depressão parece ser

recíproca e transacional, o que está de acordo com o modelo de depressão de exposição ao estresse e o de geração de estresse<sup>53,54</sup>. Jenness et al.<sup>55</sup> explicam que indivíduos com vulnerabilidade à depressão são susceptíveis de experimentar eventos de vida estressantes mais dependentes, particularmente os interpessoais.

Outro ponto que dialoga com a reflexão sobre o acúmulo de experiências adversas é a desvantagem de identidades sociais que marcam a forma como o adolescente se insere no mundo. Famílias com baixo nível socioeconômico sofrem com um maior número de estressores relacionados a finanças, relações sociais, desemprego e queixas de saúde do que aqueles com melhor nível socioeconômico<sup>56</sup>. Essas desigualdades criam uma vulnerabilidade individual e familiar, sendo solo fértil para uma sequência de adversidade. Os resultados de uma análise de série temporal de 34 países de 2002 a 2010 mostraram que as desigualdades entre os grupos socioeconômicos aumentaram muito as condições de piora na saúde de adolescentes, como atividade física, índice de massa corporal (IMC), sintomas psicológicos e físicos e satisfação com a vida<sup>57</sup>. Contudo, Assari & Lankarani<sup>58</sup> explicam que a raça e o gênero podem mitigar a relação entre experiências adversas na infância e depressão, já que podem moldar o acesso, o uso, os efeitos sociais e os recursos pessoais do efeito das adversidades. Essa discussão faz uma interlocução com o conceito de interseccionalidade, que traz um debate sobre a interdependência das relações de poder entre raça, sexo e classe social, ressaltando a necessidade de estudá-las juntas<sup>59,60</sup>.

Dentre os pontos fortes do estudo estão a análise de uma amostra representativa; coleta de informações dos próprios adolescentes, que de alguma forma expressam os sentidos e significados das experiências adversas na infância; o reduzido viés de memória, já que maior parte dos trabalhos sobre o tema é com adultos e parte de uma perspectiva retrospectiva; e a diversidade das experiências adversas na infância investigadas. Dentre as limitações estão: o caráter transversal do estudo e descritivo das análises, embora a técnica utilizada forneça pistas robustas para estudos mais analíticos; a não incorporação do plano e peso amostral na ACM, apesar desse ponto ter sido contornado quando os incorpora na análise das tabelas de contingência pelo teste de Wald para seleção de variáveis; a não utilização de um instrumento clínico sobre depressão, embora a escala utilizada seja consagrada no meio científico; e, por fim, a ausência de algumas respostas aos itens, que, embora bem baixo, decidiu-se pela exclusão do cálculo da escala/indicador para o respectivo participante.

Os achados deste estudo evidenciam a necessidade de cuidadores, profissionais da escola e da saúde olhar com atenção e o mais cedo possível para a acentuada exposição de experiências adversas na infância em crianças e adolescentes, de forma que possam cuidar, intervir e mitigar seus efeitos negativos no momento atual, no curso de vida e até em gerações futuras<sup>61</sup>. Entender o impacto das experiências adversas na infância segundo marcadores sociais pode auxiliar a desenvolver estratégias projetadas para fortalecer os fatores que protegem grupos em maior desvantagem social. Em estudos futuros, recomenda-se conhecer melhor as características individuais dos adolescentes e o contexto em que estão inseridos, assim como compreender o perfil de jovens que relatam viver menos ou em menor intensidade as experiências adversas na infância e, portanto, parecem mais protegidos de problemas de saúde mental.

## Colaboradores

C. R. Andrade trabalhou na concepção teórica, elaboração, organização e análise dos dados, discussão dos resultados e redação final do texto. J. Q. Avanci colaborou na concepção teórica, elaboração, discussão dos resultados e redação final do texto. R. V. C. Oliveira participou da concepção teórica, elaboração, organização e análise dos dados e redação final do texto.

## Informações adicionais

ORCID: Célia Regina de Andrade (0000-0003-3630-3057); Joviana Quintes Avanci (0000-0001-7779-3991); Raquel de Vasconcellos Carvalhaes de Oliveira (0000-0001-9387-8645).

## Agradecimentos

Agradecemos ao Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (CLAVES/ENSP/Fiocruz) pela oportunidade de realizar este estudo; aos participantes da pesquisa e à equipe do trabalho de campo. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

## Referências

1. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998; 14:245-58.
2. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Perry BD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 256:174-86.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde mental dos adolescentes. <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes> (acessado em 09/Ago/2021).
4. Roberts RE, Roberts CR, Xing Y. Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *J Psychiatr Res* 2007; 41:959-67.
5. Hammen C. Interpersonal stress and depression in women. *J Affect Disord* 2003; 74:49-57.
6. Kendler KS, Gardner CO. Sex differences in the pathways to major depression: a study of opposite-sex twin pairs. *Am J Psychiatry* 2014; 171:426-35.
7. Eisenstein E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolesc Saúde* 2005; 2:6-7.
8. McEwen BS. Central effects of stress hormones in health and disease: understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. *Eur J Pharmacol* 2008; 583:174-85.
9. McEwen BS, Gianaros PJ. Central role of the brain in stress and adaptation: links to socioeconomic status, health, and disease. *Ann N Y Acad Sci* 2010; 1186:190-222.
10. Shonkoff JP, Garner AS. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics* 2012; 129:e232-46.
11. Castelão FC, Kröner-Herwig B. Different trajectories of depressive symptoms in children and adolescents: predictors and differences in girls and boys. *J Youth Adolesc* 2013; 42:1169-82.
12. Thiengo DL, Cavalcante MT, Lovisi GM. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *J Bras Psiquiatr* 2014; 63:360-72.
13. Sowislo JF, Orth U. Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull* 2013; 139:213-40.
14. Monroe SM, Reid MW. Life stress and major depression. *Curr Dir Psychol Sci* 2009; 18:68-72.
15. Cohen S, Murphy MLM, Prather AA. Ten surprising facts about stressful life events and disease risk. *Annu Rev Psychol* 2019; 70:577-97.
16. March-Llanes J, Marqués-Feixa L, Mezquita L, Fañanás L, Moya-Higueras J. Stressful life events during adolescence and risk for externalizing and internalizing psychopathology: a meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2017; 26:1409-22.

17. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
18. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2010.
19. Hankivsky O. Intersectionality. Burnaby: Institute for Intersectionality Research & Policy, Simon Fraser University; 2014.
20. Bowleg L. The problem with the phrase women and minorities: intersectionality-an important theoretical framework for public health. *Am J Public Health* 2012; 102:1267-73.
21. Chor D. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. *Cad Saúde Pública* 2013; 29: 1272-5.
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
23. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2010.
24. Steinberg L. Cognitive and affective development in adolescence. *Trends Cogn Sci* 2005; 9:69-74.
25. Cohen JA, Mannarino AP, Knudsen K. Treating childhood traumatic grief: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43:1225-33.
26. Trombeta LH, Guzzo RSL. Enfrentando o cotidiano adverso: estudo sobre resiliência em adolescentes. Campinas: Alínea; 2002.
27. Straus MA. Measuring familiar conflict and violence: the conflict tactics (CT) scales. *J Marriage Fam* 1979; 41:75-88.
28. Hasselmann MH. Violência familiar e desnutrição severa na infância: modelo teórico e estudo de confiabilidade dos instrumentos [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1996.
29. Pitzner JK, Drummond PD. The reliability and validity of empirically scaled measures of psychological/verbal control and physical/sexual abuse: relationship between current negative mood and a history of abuse independent of other negative life events. *J Psychosom Res* 1997; 2:125-42.
30. Avanci J, Assis SG, Santos NC, Oliveira RVC. Escala de violência psicológica contra adolescentes. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:702-8.
31. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148:23-6.
32. Kahn T, Bermergui C, Yamada E, Cardoso FC, Fernandes F, Zacchi JM, et al. O dia a dia nas escolas (violências auto assumidas). São Paulo: United Nations Latin American Institute for the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders/Institute I'm from Peace; 1999.
33. Barreira AK, Lima MLC, Avanci JQ. Coocorrência de violência física e psicológica entre adolescentes namorados do Recife. Brasil: prevalência e fatores associados. *Ciênc Saúde Colet* 2013; 18:233-43.
34. Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Oliveira RVC. Violência e representação social na adolescência no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2004; 16:43-51.
35. Gouveia RV, Barbosa GA, Almeida HJF, Gaião AA. Inventário de Depressão Infantil – CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *J Bras Psiquiatr* 1995; 44:345-9.
36. Kovacs M. The Children's Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull* 1985; 21:995-8.
37. 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.
38. Silva PLN, Bianchini AM, Dias AJR. Amostragem: teoria e prática usando R. <https://amostragemcomr.github.io/livro/informa%C3%A7%C3%B5es-editoriais.html> (acessado em 03/Out/2021).
39. Stochero L. Coocorrência de experiências adversas na infância: um inquérito de base escolar no município do Rio de Janeiro [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2020.
40. Blum RW, Li M, Naranjo-Rivera G. Measuring adverse child experiences among young adolescents globally: relationships with depressive symptoms and violence perpetration. *J Adolesc Health* 2019; 65:86-93.
41. Bellis MA, Hughes K, Leckenby N, Jones L, Baban A, Kachaeva M. Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviors in young adults: surveys in eight eastern European countries. *Bull World Health Organ* 2014; 92:641-55.
42. Soares ALG, Howe LD, Matijasevich A, Wehrmeister FC, Menezes AMB, Gonçalves H. Adverse childhood experiences: prevalence and related factors in adolescents of a Brazilian birth cohort. *Child Abuse Negl* 2016; 51:21-30.
43. Xavier A, Cunha MA, Pinto-Gouveia JA. Daily peer hassles and non-suicidal self-injury in adolescence: gender differences in avoidance-focused emotion regulation processes. *J Child Fam Stud* 2018; 27:59-68.
44. Bangasser DA, Valentino RJ. Sex differences in stress-related psychiatric disorders: neurobiological perspectives. *Front Neuroendocrinol* 2014; 35:303-19.
45. Miller AB, Linthicum KP, Helms SW, Giletta M, Rudolph KD, Hastings PD, et al. Reciprocal associations between adolescent girls' chronic interpersonal stress and nonsuicidal self-injury: a multi-wave prospective investigation. *J Adolesc Health* 2018; 63:694-700.

46. Yemiao G, Hui W, Xia L, Yuke X, Ming W. Associations between stressful life events, non-suicidal self-injury, and depressive symptoms among Chinese rural-to-urban children: a three-wave longitudinal study. *Stress Health* 2020; 36:522-32.
47. Bresin K, Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal selfinjury: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2015; 38:55-64.
48. Aded NL, Dalcin BL, Moraes TM, Cavalcanti MT. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. *Arch Clin Psychiatry* 2006; 33:204-13.
49. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2010; 197:378-85.
50. McLaughlin KA, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69:1151-60.
51. Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *J Affect Disord* 2004; 82:217-25.
52. Kessler RC, Magee WJ. Childhood adversities and adult depression: basic patterns of association in a US national survey. *Psychol Med* 1993; 23:679-90.
53. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med* 1997; 27:1101-19.
54. Hammen C. Stress and depression. *Annu Rev Clin Psychol* 2005; 1:293-319.
55. Jenness JL, Peverill M, King KM, Hankin BL, McLaughlin KA. Dynamic associations between stressful life events and adolescent internalizing psychopathology in a multiwave longitudinal study. *J Abnorm Psychol* 2019; 128:596-609.
56. Senn TE, Walsh JL, Carey MP. The mediating roles of perceived stress and health behaviors in the relation between objective, subjective, and neighborhood socioeconomic status and perceived health. *Ann Behav Med* 2014; 48:215-24.
57. Elgar FJ, Pfortner T-K, Moor I, De Clercq B, Stevens GWJM, Currie C. Socioeconomic inequalities in adolescents health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *Lancet* 2015; 385:2088-95.
58. Assari S, Lankarani MM. Association between stressful life events and depression; intersection of race and gender. *J Racial Ethn Health Disparities* 2016; 3:349-56.
59. Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas* 2020; 10:171-88.
60. Mougeolle L. O conceito de “interseccionalidade”. <http://www.sociologia.com.br/o-conceito-de-interseccionalidade/> (acessado em 03/Out/2021).
61. Schilling EA, Aseltine Jr. RH, Gore S. Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC Public Health* 2007; 7:30.

## Abstract

The study aimed to identify patterns in adverse childhood experiences among teenage schoolchildren in a municipality (county) in Rio de Janeiro State, Brazil, according to sociodemographic characteristics (sex, skin color, and socioeconomic status) and depressive symptoms. It adopted a cross-sectional design with a sample of 1,117 teenage schoolchildren 13 to 19 years of age in São Gonçalo, Rio de Janeiro State. Depression was assessed with the Childhood Depression Inventory, and adverse childhood experiences were investigated. The study used bivariate analyses and multiple correspondence analysis (MCA) of adverse childhood experiences, sociodemographic variables (sex, skin color, socioeconomic status), and depressive symptoms. The results reveal the organization of eight groups: lower-income female children and adolescents and adverse childhood experiences related to the environment; boys, with higher socioeconomic status, and not having experienced adverse childhood experiences; adolescents with depressive symptoms and adverse childhood experiences against themselves or their families; white adolescents, with depressive symptoms, and that had not experienced adverse childhood experiences; black, brown, Asian-descendant, and indigenous adolescents that had adverse experiences in the family and community; adolescents that had lost their father and/or mother from death, and lack of food at home; adolescents that had experienced psychological violence; and adolescents with a history of sexual experiences involving their parents. The findings call attention to the need for close and early attention to exposure to adverse childhood experiences to care for these youngsters, intervene, and mitigate the negative effects both at present, over the course of life, and in future generations.

*Adverse Childhood Experiences; Depression; Adolescent*

## Resumen

El objetivo fue identificar los patrones de experiencias adversas en la infancia entre adolescentes escolares de un municipio de Río de Janeiro, Brasil, según las características sociodemográficas (género, color de piel y estrato socioeconómico) y los síntomas depresivos. Se trató de un estudio transversal, realizado con 1.117 adolescentes escolares de entre 13 y 19 años de la ciudad de São Gonçalo, Río de Janeiro. La depresión se evaluó con el Inventario de Depresión Infantil, y se investigaron las experiencias adversas na infância. Se realizó un análisis bivariante y un análisis de correspondencias múltiples (ACM) de las experiencias adversas na infância, las variables sociodemográficas (género, color de la piel y estrato socioeconómico) y los síntomas depresivos. Los resultados muestran la organización de 8 grupos compuestos por: niñas y adolescentes de bajo estrato social y experiencias adversas na infância relacionadas con el entorno; niños de más alto estrato social y que no han experimentado experiencias adversas na infância; adolescentes con síntomas de depresión y experiencias adversas na infância dirigidas físicamente a ellos/familia; adolescentes de color de la piel blanco, sin síntomas de depresión y que no experimentaron experiencias adversas na infância; adolescentes negros/pardos/amarillos/indígenas que han vivido experiencias adversas en la familia y la comunidad; adolescentes que han perdido a sus padres, y la falta de alimentos en el hogar; adolescentes que han sufrido violencia psicológica; y adolescentes que han vivido experiencias sexuales con sus padres. Los hallazgos alertan sobre la necesidad de observar atentamente y lo antes posible la exposición a las experiencias adversas na infância para atender, intervenir y mitigar los efectos negativos en el momento actual, en el curso de la vida y en las generaciones futuras.

*Experiencias Adversas de la Infancia; Depresión; Adolescente*

---

Recebido em 21/Nov/2021

Versão final reapresentada em 22/Fev/2022

Aprovado em 18/Mar/2022