

FERNANDA SILVEIRA



INVESTIGAÇÃO DE RELAÇÕES ENTRE DEPRESSÃO,  
AUTOESTIMA E QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES

APOIO:



ITATIBA  
2015

FERNANDA SILVEIRA

INVESTIGAÇÃO DE RELAÇÕES ENTRE DEPRESSÃO,  
AUTOESTIMA E QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Avaliação Psicológica.

ORIENTADOR: MAKILIM NUNES BAPTISTA

ITATIBA  
2015

WM 190 Silveira, Fernanda.  
S588i Investigações de relações entre depressão, autoestima e  
qualidade de vida em crianças e adolescentes / Fernanda  
Silveira -- Itatiba, 2015.  
70 p.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação  
*Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco.  
Orientação de: Makilim Nunes Baptista.

1. Depressão. 2. EBADEP-IJ. 3. Crianças. 4. Adolescentes.  
5. Avaliação psicológica. I. Baptista, Makilim Nunes. II. Título.

Ficha catalográfica elaborada pelas Bibliotecárias do Setor de  
Processamento Técnico da Universidade São Francisco.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a meu irmão, Fernando Silveira, o primeiro a acreditar no meu potencial e na minha capacidade. A minha família pelo apoio incondicional e a todas as crianças que contribuíram.

## AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço meu irmão Fernando Silveira, o primeiro a acreditar e confiar em mim e em meu potencial para a conclusão deste curso. Sem seu apoio eu jamais conseguiria, muito obrigada por cuidar de mim e por me apoiar sempre. Agradeço imensamente a minha família, minha mãe Fátima, meu pai José e minha irmã Joseane pela paciência, apoio e dedicação nesses últimos anos que me dediquei aos estudos e os deixei de lado. Agradeço a amiga Lais pelo apoio, paciência e ajuda desprendida para a conclusão deste.

Agradeço ao Professor Dr. Makilim Nunes Baptista pelas orientações realizadas, pelos conselhos, paciência e ensinamentos, tenha certeza que vou leva-los sempre comigo. Aos companheiros de estudo do LAPSAM-III, Gabriela, Felipe, Lisandra, Lais e Luisa, pelos conhecimentos divididos e pela ajuda na conclusão dessa dissertação. Agradeço a Adriana Carneiro pela dedicação e empenho em me ajudar em uma das etapas mais importantes deste trabalho.

A Secretária de Educação do Município de Silvianópolis-MG, Luciely Barroso, como também a ex-secretária Maria Bethânia Beraldo, pela compreensão e autorização para realiza-lo nas Escolas do município. Estendo meus agradecimentos às Diretoras Elizabeth Paiva e Maria Lucia Pádua, pois sem a ajuda e disponibilização dos alunos, professores e espaço físico esta pesquisa não teria êxito. Obrigada à supervisora e amiga Angelita Reis de Abreu pelo comprometimento, ajuda e disposição no período de coleta de dados, estendendo-o às professoras e amigas que convivi por anos que mostraram-se presentes e colaboradoras. Aos alunos e aos familiares que autorizaram e participaram deste estudo, só posso afirmar que foram peças fundamentais.

Agradeço aos amigos Lariana, Luana, Ana Cristina, Eni, Socorro que fiz no decorrer do curso e tive oportunidade não somente de dividir o lar, mas também os problemas, dificuldades e momentos muito felizes. Obrigada também à Ana Deyves, Philipe, Giselle tenham certeza que meus dias foram melhores estando ao lado de vocês. Meu amigo Joh o qual passei grandes momentos nesses últimos dois anos, tenha certeza que será um eterno amigo e que foi um grande presente que recebi neste mestrado. Estendo os agradecimentos à Vanessa, que dividiu comigo seus conhecimentos e me ajudou muito, como também a amiga Ana Maria, que por mais que eu faça, eu nunca conseguirei agradecer seu empenho, ajuda e dedicação para a conclusão do meu trabalho. Agradeço aos colegas e companheiros que “corri” atrás de ajuda pelos corredores da Universidade, foram tantos que não conseguiria inseri-los em apenas um parágrafo. Agradeço aos professores do programa pela paciência e ensinamentos a mim desprendidos, tenham certeza que serei eternamente grata.

Finalizando, agradeço ao Professor Dr. Felipe Valentini pela disponibilidade, atenção e empenho na leitura do meu trabalho, tenha certeza que suas contribuições foram de grande valia, não somente para o meu trabalho, mas também para meu desenvolvimento. Ao Professor Dr. Lucas de Francisco Carvalho pelo empenho, dedicação, ajuda e explicações durante o desenvolvimento desta pesquisa, sua dedicação foi muito relevante e especial, jamais esquecerei seu empenho.

Obrigada a Deus por me guiar e ajudar a passar pelos obstáculos que foram surgindo no decorrer desses dois anos, sem fé e crença no Poder Superior eu não chegaria aqui onde estou.

## SUMÁRIO

RESUMO .....	vii
ABSTRACT .....	viii
CAPÍTULO 1.....	01
APRESENTAÇÃO.....	01
Referências.....	04
CAPÍTULO 2.....	07
SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO .....	07
Resumo .....	07
Abstract.....	08
Introdução.....	09
Método.....	13
Participantes .....	13
Instrumentos .....	15
Procedimentos .....	16
Resultados.....	17
DISCUSSÃO.....	19
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	23
CAPÍTULO 3 .....	28
INVESTIGAÇÃO DE RELAÇÕES ENTRE DEPRESSÃO, AUTOESTIMA E QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES.....	28
Resumo .....	28
Abstract.....	29
Introdução.....	30
Método.....	36
Participantes .....	36
Instrumentos .....	37
Procedimentos .....	39
Resultados.....	40
DISCUSSÃO .....	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS.....	53
CAPÍTULO 4 .....	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	58
REFERENCIAS .....	60

## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

### ARTIGO 1 (CAPÍTULO 2):

Tabela 1 – Frequência de sintomatologia depressiva conforme sexo e idade.....	17
Tabela 2 - Frequência de sintomatologia depressiva conforme sexo e idade por fatores da EBADEP-IJ.....	18

### ARTIGO 2 (CAPÍTULO 3):

Tabela 1 – Descrição de pessoas e itens para os índices de traços latentes, índices de ajuste, correlação inter-item e fidedignidade.....	41
Tabela 2 – Descrição da estrutura da escala para fatores da EBADEP-IJ.....	42
Figura 1 – Probabilidade de resposta do Fator 1.....	43
Figura 2 – Probabilidade de resposta do Fator 2.....	44
Figura 3- Mapa de itens e pessoas do Fator 1.....	46
Figura 4 - Mapa de itens e pessoas para o Fator 2.....	47
Tabela 3 – Correlações entre os instrumentos EBADEP-IJ e as dimensões da Kidscreen-52.....	48

## RESUMO

Silveira, F. (2015). Investigação de relações entre depressão, autoestima e qualidade de vida em crianças e adolescentes. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba, São Paulo.

Apesar da usual compreensão de que o quadro de depressão acometa primordialmente a população adulta, estudos epidemiológicos têm sugerido evidências de que crianças e adolescentes também sejam suscetíveis à aquisição da patologia, a qual tende a se relacionar com percepções negativas do sujeito acerca de si e do ambiente que vivencia o que corresponde à autoestima e qualidade de vida respectivamente. Além disso, no que se refere ao diagnóstico e avaliação de sintomas depressivos em crianças e adolescentes, nota-se uma escassez de instrumentos de medida validados e adaptados para a população brasileira. Desse modo, a presente pesquisa teve por objetivos realizar um estudo epidemiológico da sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes, investigar as relações entre a depressão e os construtos de autoestima e qualidade de vida, assim como verificar as propriedades psicométricas da Escala Baptista de Depressão Versão Infanto-Juvenil (EBADEP-IJ) adotada como medida avaliativa de sintomatologia depressiva neste estudo. Para tanto, participaram da pesquisa 729 crianças e adolescentes, sendo 365 (50,1%) do sexo feminino, com idades variando entre sete e 18 anos ( $M=12,5$ ;  $DP=2,8$ ), provenientes de uma cidade do interior de Minas Gerais. Ressalta-se que este número equivale a 99% da população dessa faixa etária. Dentre os achados, foi verificada uma maior prevalência sintomatológica em adolescentes do sexo feminino, associações negativas entre a depressão e os construtos de autoestima e qualidade de vida, assim como propriedades psicométricas adequadas para a referida medida de avaliação.

**Palavras-chave:** depressão; EBADEP-IJ, crianças, adolescentes, avaliação psicológica

## ABSTRACT

Silveira, F. (2015). Research into the relation between depression, self-esteem and quality of life in children and adolescents. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba, São Paulo.

Despite the usual understanding that depression affects primarily the adult population, epidemiological studies have suggested evidence that children and adolescents are also susceptible to the acquisition of this pathology, which tends to relate to negative perceptions of the individual about himself and the environment where he lives which corresponds to self-esteem and quality of life respectively. Furthermore, with regard to diagnosis and evaluation of depressive symptoms in children and adolescents, there is a shortage of validated measurement tools, adapted for the Brazilian population.

Thus, the present study aimed to conduct an epidemiological study of depressive symptoms in children and adolescents, to investigate the relationship between depression and the constructs of self-esteem and quality of life, and to determine the psychometric properties of the Baptist Depression Scale Version –Children and Juvenile (EBADEP-IJ) adopted as an evaluative measure of depressive symptoms in this study.

In this regard, 729 children and adolescents participated in the study, 365 (50.1%) were female, aged between 7 and 18 years ( $M = 12.5$ ,  $SD = 2.8$ ), from a city in the countryside of Minas Gerais. It is emphasized that this is equivalent to 99% of this age group. Among the findings, a higher prevalence symptomatology in female adolescents, negative associations between depression and the constructs of self-esteem and quality of life, as well as adequate psychometric properties for that measure was verified.

**Keywords:** depression; EBADEP - IJ, children, adolescents, psychological assessment

## **CAPÍTULO 1**

### **APRESENTAÇÃO**

O quadro de depressão é caracterizado por uma configuração sintomatológica, na qual o indivíduo acometido pode apresentar humor deprimido, diminuição acentuada no prazer em executar atividades cotidianas que antes lhes eram prazerosas, perda ou ganho significativo de peso, alterações no sono, sentimentos de inadequação ou culpa, dificuldades de concentração e ideação suicida, o que pode promover sofrimento e prejuízo clinicamente significativos na vida cotidiana (American Psychiatric Association, 2013). Usualmente faz-se notória a tendência em compreendê-la como uma psicopatologia que acomete primordialmente a população adulta, entretanto, pesquisas sugerem evidências de que crianças e adolescentes também são suscetíveis à aquisição do diagnóstico (por exemplo, Bahls, 2002; Birmaher, Brent & Benson, 1998; Méndez, 1998).

Nesse ínterim, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5; APA, 2013), os sintomas de depressão em crianças, adolescentes e adultos são os mesmos, sendo que de forma similar, a Classificação Internacional de Doenças (CID-10; Organização Mundial de Saúde - OMS, 1993) não faz referência a diferenciações de idade. Contudo, pesquisas apontam que predominâncias de características do quadro sofrem alterações conforme a faixa etária (por exemplo, Bahls, 2002; Baptista, 2014, Birmaher, et al., 1998; Gouveia, Barbosa, Almeida & Gaião, 1995; Méndez, 1998; Kovacs, 1983; Kovacs, 2011).

Ainda no que se refere ao quadro de depressão, a literatura faz menção a uma possível associação entre o quadro patológico e a autoestima (por exemplo, Hayden & Klein, 2002; OMS, 1993; National Institute of Mental Health, 2014). Nesse sentido, estudos tem apresentado uma forte correlação negativa entre a autoestima e a depressão

(Brockner & Guare, 1983; Tennen & Herzberger, 1987). Desse modo, indivíduos que apresentam uma baixa autoestima tendem a apresentar um funcionamento psicológico deprimido, ou seja, possuem a propensão a potencializar situações negativas e a generalizar falhas pessoais para outros aspectos de sua identidade, sendo que a auto-avaliação de si seria o componente mediador de reações depressivas assim como o ponto central na manutenção de quadros de depressão (APA, 2013; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997; Brown & Harris, 1978; Tennen & Herzberger, 1987).

No que concerne aos adolescentes e crianças, autores apontam que a baixa autoestima nessa população seria um dos mais significativos preditores a ser considerado para o diagnóstico de depressão, estando associada a reações auto-punitivas e atitudes demasiadamente críticas em relação a si mesmo (Battle, Jarratt, Smit & Precht, 1988; Kemis, Granneman & Mathis, 1991; Nieger & Hopkins, 1988; Roberts & Monroe, 1994).

Na literatura internacional, existem evidências de que a depressão acarreta prejuízos à qualidade de vida (Elliott, Renier, & Palcher, 2003; Rubio, 2002), de modo que pesquisas demonstram que, assim como ocorre com o construto de autoestima, existe uma relação inversa entre a percepção da qualidade de vida e a intensidade de sintomatologia depressiva (Elliott et al., 2003). Dessa forma, a percepção de um baixo nível de qualidade de vida tende a ser expresso mais fortemente por indivíduos com altos níveis de sintomas depressivos (Lopez, et al., 2011).

Ao lado desses fatores, apesar da expressiva prevalência de sintomatologia depressiva apresentada por estudos epidemiológicos (Cicchetti & Toth, 1998), não é usual o encontro de crianças e adolescentes diagnosticados com depressão. No que se refere ao diagnóstico e avaliação de sintomas depressivos em crianças e adolescentes, pode ser observada uma escassez de instrumentos validados e adaptados para a população brasileira,

sendo que, dentre as dificuldades para a realização de diagnóstico de depressão, podem ser observadas a disparidade de procedimentos diagnósticos (Amaral & Barbosa, 1990; Gouveia, 2009; Pereira & Amaral, 2004) e número diminuído de testes validados com parecer do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI (CFP, 2014) com amostras do próprio país. Com vistas ao preenchimento da lacuna de instrumentos psicológicos que avaliem o quadro de depressão em crianças e adolescentes, foi criada em 2009 a Escala Baptista de Depressão – Versão Infante Juvenil (EBADEP-IJ), que se propõe avaliar sintomas depressivos de crianças e adolescentes, a qual foi utilizada como medida avaliativa para o presente estudo (Baptista, 2014).

Com base nos conceitos anteriormente apresentados, esta pesquisa teve por objetivo o desenvolvimento de um estudo epidemiológico da depressão infantil e a avaliação de dados sociodemográficos que poderiam estar associados aos construtos de depressão, autoestima e qualidade de vida. Além disso, compõe o escopo deste estudo a análise da estrutura interna da EBADEP-IJ e a buscar evidências de validade baseada na relação com outras variáveis por meio de relações com os construtos autoestima e qualidade de vida.

**REFERÊNCIAS**

- Amaral, V. L. A. R.; & Barbosa, M. K. (1990). Crianças Vítimas de Queimaduras: um estudo sobre depressão. *Estudos de Psicologia*, 7(1), 31-59.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Edition. New School Library.
- Bahls, S. C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-66.
- Baptista, M. N. (2014). Escala Baptista de Depressão- Versão Infanto-Juvenil (EBADEP-IJ). *Manual Técnico não publicado*, Itatiba.
- Battle, J., Jarratt, L., Srnit, S. & Precht, D. (1988). Relations among self-esteem, depression and anxiety of children. *Psychological Reports*, 62, 999-1005.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Birmaher, B., Brent, D. A., Benson, R. S. (1998). Summary of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal American Academic Child Adolesc Psychiatry*, 37,1234-8.
- Brockner, J. & Guare, J. (1983). Improving the performance of low self-esteem individuals: an attributional approach. *Academy of management journal*, 26(4), 642-646.
- Brown, G. W. & Harris, T. O. (1978). *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock
- Cicchetti, D. & Toth, S. L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53(2), 221-241.

- Elliott, T. E., Renier, C. M., & Palcher, J. A. (2003). Chronic Pain, Depression, and Quality of Life: Correlations and Predictive Value of the SF-36. *Pain Medicine*, 4(4), 331-339.
- Gouveia, R. S. V. (2009). *Engajamento escolar e depressão: um estudo correlacional com crianças e adolescentes*. Tese de doutorado, Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, RN.
- Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, J. H., & Gaião, A. (1995). Inventário de depressão infantil- CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44 (7), pp. 345-349.
- Hayden, E. P.; Klein D. N. (2001). Outcome of dysthymic disorder at 5-year follow-up: the effect of familial psychopathology, early adversity, personality, comorbidity, and chronic stress. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 158. 1864-1870.
- Kernis, M. H., Grannemann, B. D., Mathis, L. C. (1991). Stability of Self-Esteem as a Moderator of the Relation Between Level of Self-Esteem and Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 80-84.
- Kovacs, M. A. (2011). *Children's Depression Inventory 2<sup>nd</sup> Edition™ (CDI 2™) and QuickScore™ are trademarks of Mult-Health Systems Inc. DSM, DSM-III, DSM-IV-TR are Trademarks of the American Psychiatric Association*. MHS - Canada.
- Kovacs, M. A. (1983). *The children's depression inventory: a self-rated depression scale for school-age youngsters*. University of Pittsburgh.
- Lopez, M. R. A., Ribeiro, J. P., Ores, L. C., Jansen, K., Souza, L. D. M., Pinheiro, R. T., Silva, R. A. (2011). Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no Sul do Brasil. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(2), 103-108.

- Méndez, F. X. (1998). *El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Madri: Ediciones Pirámide.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2014) *Depression in Children and Adolescents: A Fact Sheet for Physicians*.  
<[www.nimh.nih.gov/publicat/depchildresfact.cfm](http://www.nimh.nih.gov/publicat/depchildresfact.cfm)>.
- Nieger, B. L. & Hopkins, R. W. (1988). Adolescent suicide: Character traits of high-risk teenagers. *Adolescence*, 23(90), 469-475.
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento: CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pereira, D. A. & Amaral, V. L. A. D. (2007). *Validade e Precisão da Escala de Avaliação de Depressão para Crianças*. Estudos de Psicologia – PUC Campinas, 21(1), 5-23.
- Roberts, J. E. & Monroe, S. M. (1994). A multidimensional model of self-esteem in depression. *Clinical Psychology Review*, 14(3), 161-181.
- Tennen, H. & Herzberger, S. (1987). Depression, selfesteem, and the absence of self-protective attributional biases. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 72-80.

## CAPÍTULO 2

### SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

#### RESUMO

O presente estudo teve por objetivo a investigação da prevalência de sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes. Participaram da pesquisa 729 crianças e adolescentes, sendo 365 do sexo feminino (50,1%), com idade entre sete e 18 anos ( $M=12,5$ ;  $DP=2,86$ ), estudantes do terceiro ano do ensino fundamental ao terceiro ano do ensino médio de uma cidade do Interior de Minas Gerais, totalizando 99% da população dessa faixa-etária. Como medida de avaliação foi utilizada a Escala Baptista de Depressão Infanto-Juvenil (EBADEP-IJ), que tem por objetivo rastrear sintomas de depressão em crianças e adolescentes, com idade entre sete e 18 anos. Dentre os achados verificou-se que 10,8% da população apresentaram sintomatologia moderada e grave segundo a nota de corte do instrumento. Na população investigada a maior prevalência foi apresentada por adolescentes do sexo feminino, assim como uma maior pontuação de adolescentes do sexo masculino em itens relacionados à ideação suicida. Estes dados reforçam a importância da avaliação de fatores de risco e proteção ao desenvolvimento emocional de crianças e adolescentes.

**Palavras-chave:** depressão; adolescentes, crianças, Epidemiologia,

**ABSTRACT**

Silveira, F. (2015). Depressive symptomatology among children and adolescents: an epidemiological study. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba, São Paulo.

This study aimed to investigate the prevalence of depressive symptoms in children and adolescents. The participants were 729 children and adolescents, 365 females (50.1%), aged between seven and 18 years ( $M = 12.5$ ,  $SD = 2.86$ ), students from the third year of primary school to the third year of high school in a city in the countryside of Minas Gerais, coming to the total of 99% of the population of this age group. The Baptist Children and Youth Depression Scale (EBADEP-IJ) was used as the mean of evaluating, which aims to track symptoms of depression in children and adolescents, aged between 7 and 18 years. It was found that 12% of the population had moderate and severe symptoms according to the cutting note tool. In the population studied, the prevalence was higher by female adolescents, as well as a higher score of male adolescents in items related to suicidal ideation. These findings underscore the importance of assessing risk and protective factors to the emotional development of children and adolescents.

Keywords: depression; teens, children, Epidemiology.

## INTRODUÇÃO

Desde a década de 1970 o transtorno depressivo maior – TDM vem tornando-se um dos principais temas de interesse dos pesquisadores da área da saúde devido ao aumento significativo da manifestação dos quadros depressivos apresentado pelos estudos epidemiológicos (Cicchetti & Toth, 1998). Conforme diretrizes da Classificação Internacional de Doenças–CID-10 (OMS, 1993) os sintomas observados em indivíduos diagnosticados com depressão seriam caracterizados pela presença de um humor deprimido, a perda de interesse e prazer, fadiga aumentada, redução de energia, cansaço por esforço leve, diminuição da concentração, da atenção, autoestima e autoconfiança, ideias de culpa, visões desoladas e pessimistas do futuro, pensamentos ou atos autodestrutivos, ideações suicidas, sono perturbado e apetite diminuído (OMS, 1993).

De forma similar, a classificação conferida pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-5 (APA, 2013) aponta que o quadro de depressão se configura por humor deprimido na maior parte do dia, o interesse ou prazer acentuadamente diminuído na realização de atividades cotidianas, perda ou ganho significativo de peso, diminuição ou aumento do apetite, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, déficits de concentração, indecisão, ideação suicida recorrente ou tentativa de suicídio com plano específico (APA, 2013).

Usualmente, quando se aborda o tema depressão, existe uma tendência a compreendê-la como uma patologia que acomete predominantemente a população adulta, porém crianças e adolescentes também estão suscetíveis a este diagnóstico (Lacerda, 2009). Nesse âmbito, na atualidade, o transtorno depressivo maior (TDM) é considerado um dos diagnósticos mais comuns entre crianças e adolescentes, sendo que, de forma geral, o

primeiro episódio depressivo, tende a ser identificado no final da infância e no início da adolescência (Shavers, 2014).

Embora o DSM-5 (APA, 2013) e CID-10 (OMS, 1993) apresentem similaridades de sintomas depressivos para crianças, adolescentes e adultos, pesquisas sugerem possíveis diferenciações. Nesse sentido, as crianças tendem a apresentar mais queixas somáticas tidas como comuns (Assunção & Kuczynski, 2003; Bahls, 2002; Birmaher, Brent & Benson, 1998; Méndez 1998), sendo que a identificação e diagnóstico, nessa idade, tende a ser dificultados em razão da dependência do estado cognitivo da criança frente à identificação de seus próprios sentimentos. Ainda assim, muitos casos podem ser reconhecidos devido a uma maior sensibilidade ao choro, irritabilidade, agressividade e violação de regras sociais que, anteriormente eram acatadas. O transtorno pode ainda, se manifestar por meio de comportamentos hiperativos, problemas com o apetite, enurese, ecoprese, queixas psicossomáticas, pesadelos e terrores noturnos (Assunção & Kuczynski, 2003; Bahls, 2002).

Diferente da manifestação da patologia na infância, os adolescentes, apresentam sintomas semelhantes ao dos adultos, entretanto, existem importantes características fenomenológicas que são típicas do transtorno depressivo nesta fase da vida, sendo que adolescentes com depressão não estão sempre tristes, podem apresentar variabilidade no humor caracterizada por irritação, instabilidade, crises de explosão, raiva, mau humor, ira e rebeldia comportamental. Podem ainda surgir perda de energia, apatia, desinteresse, retardo psicomotor, sentimentos de desesperança, culpa, perturbações do sono, alterações de apetite, isolamento e dificuldade de concentração, assim como prejuízos no desempenho escolar, baixa autoestima, preocupação com a imagem corporal, autodesprezo e o uso

abusivo do álcool e drogas (Bahls, 2002; Birmaher et al., 1998; Méndez, 1998; Sadock & Sadock 2007).

Estudos epidemiológicos acerca dos distúrbios psiquiátricos revela uma maior prevalência das alterações afetivas entre os adolescentes, em especial dos sintomas indicativos de depressão (Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho & Gouveia, 2000; Teixeira & Luis, 1997). Nesse sentido, Petersen et al. (1993) realizaram um estudo meta-analítico a partir de 30 trabalhos sobre depressão na adolescência, por meio do qual os autores identificaram que o nível de humor deprimido descrito na literatura internacional varia na ordem de 20% a 35% entre os meninos e de 25% a 40% entre as meninas em amostras não-clínicas, sendo que nos adolescentes americanos, identificou-se um percentual de 8,3%. Tratando-se de estudos de prevalência, Aros, (2008) aponta que nas crianças e adolescentes a prevalência dos transtornos depressivos pode variar de 0,4 a 2,5%, tendo como consequências o comprometimento da vida escolar social e familiar e os indícios de prevalência do TDM é apresentado em 3% de crianças pré-púberes podendo haver um aumento até 8% em adolescentes. O National Institute of Mental Health – NIMH (2014) apresentaram que 2,5% de crianças e 8,3% de adolescentes (-18 anos) de 18 cidades de um estado dos Estados Unidos, possuíam depressão. E ainda referindo-se à prevalência, foram encontrados dados que sugerem que os sujeitos que apresentaram o primeiro episódio na adolescência, 15 a 20% permaneceram com o transtorno pelo resto da vida.

No que se refere aos adolescentes brasileiros, à prevalência de sintomatologia de depressão assemelha-se aos índices internacionais (Baptista, Baptista & Dias, 2001; Bardagi, 2002), observando-se índices depressivos clinicamente significativos de 5,3% em meninos e 5,1% de meninas adolescentes de 20 cidades de diferentes estados. Vale ressaltar que o instrumento utilizado para essas pesquisas foi o *Children Depression Inventory* –

*CDI* (Kovacs, 1983), sendo que algumas pesquisas utilizam 17 itens para a aplicação (optam em retirar os que se referem à ideação suicida), outros optam pela aplicação do instrumento na forma completa, isso resulta em modificações da nota de corte. Avanci, Assis e Oliveira (2008) apresentam que 10% da amostra de crianças e adolescentes, com idade entre sete e 18 anos, da cidade de São Gonçalo – RJ apresentaram sintomatologia clinicamente significativa de depressão. Jansen et al. (2011) encontraram 2,1% de sintomatologia depressiva na população infantil, de cinco a oito anos, de uma cidade do interior estado do Rio Grande do Sul.

Ademais pesquisas apontam que adolescentes e do sexo feminino tendem a apresentar maior sintomatologia depressiva (Reppold & Hutz, 2003; Cruviel & Boruchovitch, 2008). Outro dado relevante é o apresentado pela OMS que aponta um maior índice de suicídio em adolescentes do sexo masculino e idosos (OMS, 2000). Nas pesquisas supra citadas, os autores não informaram a pontuação bruta encontrada pelo teste, como também a o N total da população que ultrapassou a nota de corte do instrumento, desta forma não foi possível verificar a prevalência de sintomatologia na população.

Diante dos índices anteriormente apresentados, constata-se a importância do desenvolvimento de estudos que avaliem a frequência, a distribuição e os determinantes relacionados à depressão em populações específicas, como adolescentes e crianças para a utilização de seus achados no controle dos problemas de saúde (Last, 1995). Nesse sentido, analisando as principais bases de dados nacionais (SciELO, BvSPsi e Google acadêmico), no mês de dezembro do ano de 2014, por meio dos descritores prevalência e/ou epidemiologia da depressão entre os anos 1990 a 2014 verificou-se uma carência de estudos voltados ao público infanto-juvenil. Vale ressaltar que a busca teve por objetivo pesquisar somente estudos que continham as palavras “epidemiologia da depressão” e “prevalência

da depressão”. Foram encontradas somente oito pesquisas voltadas para essa temática, sendo que somente duas tratavam-se do público específico (Cruviel & Boruchovitch, 2008; Reppold & Hutz, 2003). Relacionados à prevalência deste transtorno foram encontrados seis artigos, porém estes tratavam de indivíduos adultos ou idosos, como também da depressão como comorbidade em crianças e adolescentes (Cunha, Bastos & Duca, 2012; Guimaraes & Caldas, 2006; Lebrão & Laurenti, 2005; Scivoletto, Boarati & Turkewicz, 2010; Serrão, Klein & Gonçalves, 2007; Souza, Carvalho, Araújo, Koifman, & Porto, 2012). Dentre os artigos encontrados foi possível observar que nenhum demonstrava uma amostra expressiva, que abordasse quase toda a população residente em um município, podendo ser considerado epidemiológico. Desse modo, diante da inexpressividade de estudos encontrados e baseando-se na necessidade de pesquisas que abordem a temática referida em crianças e adolescentes, o presente trabalho teve por objetivo investigar dados epidemiológicos referentes à sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes de uma cidade do interior de Minas Gerais.

## MÉTODO

### *Participantes*

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (IBGE, 2010) o Município de Silvianópolis é composto por 5.949 habitantes, formado por 3.089 pessoas do sexo masculino e 2.860 do sexo feminino. Desta população total, 843 são crianças (590 do sexo masculino) e 779 adolescentes (562 do sexo masculino). Porém a divisão por faixa etária feita pelo IBGE é realizada de forma diferente da proposta pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Brasil, 2010), sendo que o primeiro considera como criança os indivíduos com idade abaixo de 14 anos e onze meses e adolescentes os

com idade entre 15 e 19 anos. Já o segundo considera crianças os indivíduos abaixo de 11 anos e onze meses e adolescentes os com idade entre 12 e 18 anos.

Ainda tratando-se de dados divulgados pelo IBGE (2010) pode-se ressaltar que os domicílios do município são compostos em média por três pessoas e que, de acordo com o critério de classificação econômica do Brasil proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP (ABEP, 2012), a maioria das famílias encontram-se na classe social C1 (renda próxima à R\$ 1.685,00). A estrutura familiar, na sua maioria, é formada somente por mães e filhos, com rendas familiares distintas. A composição de família por lar no município não se adequa a forma tradicional, visto que em muitas das residências, moram na mesma casa diversas pessoas, com grau de parentesco diferenciado e são consideradas como uma única família pelo censo (IBGE, 2010).

Para essa pesquisa, optou-se pela participação de crianças e adolescentes com idade entre sete e 18 anos, desta forma a amostra foi composta por 729 sujeitos, sendo 510 adolescentes (245 sexo feminino) e 219 crianças (99 sexo masculino). De maneira geral, a amostra foi formada por 365 participantes do sexo feminino (50,1%), com idade entre sete e 18 anos ( $M=12,5$ ;  $DP=2,86$ ), estudantes do terceiro ano do ensino fundamental ao terceiro ano do ensino médio. Foi adotada essa faixa etária proposta para avaliação da sintomatologia depressiva pela EBADEP-II.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Educação, pode-se afirmar que o total de participantes desta pesquisa equivale a 99% das crianças e adolescentes matriculados e frequentantes da rede Municipal e Estadual de ensino. Ressalta-se que a cidade possui somente duas escolas que atendem toda população do município (da pré-escola ao terceiro ano do ensino médio). O total de 1% da população que não participou da pesquisa, não frequentavam escola regular, mas eram devidamente matriculados em APAES e escolas

especializadas em um município próximo. A secretaria de educação por meio de documentos confirmou que não há evasão escolar e que 100% das crianças e adolescentes na faixa etária da pesquisa estão devidamente matriculados e frequentam as aulas. Para divisão de faixa etária, utilizou-se o padrão proposto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Brasil, 2009).

### *Instrumentos*

Para a confecção deste estudo, como ferramenta avaliativa foi utilizada a Escala Baptista de Depressão Infanto-Juvenil - EBADEP-IJ (Baptista, 2014), assim como um Questionário de Identificação contendo informações pessoais do avaliado.

A EBADEP-IJ - Baptista (2014) tem por objetivo rastrear sintomas de depressão em crianças e adolescentes, com idade entre oito e 18 anos. É composta por 45 itens do tipo Likert de três pontos, com as opções “Poucas vezes/Nunca”, “Algumas vezes” e “Muitas vezes/Sempre”. Possui estrutura bifatorial, conforme a direcionalidade de cada sintoma. Sendo assim, o Fator 1 é composto por sintomas positivos, totalizando 17 itens, como “Estou feliz com a minha vida”, “Tenho dormido bem” e “Acredito em um futuro bom”. Já o Fator 2, caracteriza-se por sintomas negativos, possuindo 28 itens como “Sinto-me irritado”, “Viver está sendo difícil para mim” e “Tenho vontade de chorar” (Baptista, 2014).

A EBADEP-IJ foi baseada nos descritores do DSM-IV-TR (APA, 2002), CID-10 (OMS, 2000), Terapia Cognitiva (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997), Princípios do Comportamento (Ferster, Culbertson & Boren, 1977), bem como estudos de Weinberg, Rutman, Sullivan, Pencik e Dietz (1973). Apresenta 24 descritores, sendo humor deprimido, perda ou diminuição de prazer, choro, desesperança, desamparo, indecisão, sentimento de incapacidade e inadequação, carência ou dependência, negativismo, esquivia

de situações sociais, queda de produtividade, inutilidade, autocrítica exacerbada, culpa, diminuição da concentração, pensamento de morte, autoestima rebaixada, falta de perspectiva sobre o presente, alteração de apetite, alteração de peso, insônia ou hipersonia, lentidão ou agitação psicomotora, fadiga e irritação. Quanto menor a pontuação na EBADEP-IJ, menor a sintomatologia depressiva apresentada pelo indivíduo. Estudos apontam para evidências de adequação psicométrica para o instrumento no que se refere à avaliação de sintomatologia depressiva em adolescentes e crianças (Baptista, 2014). A escala propõe quatro notas de corte para verificar a sintomatologia depressiva, sendo: de 0 a 33 pontos sem sintomatologia, 34 a 47 sintomatologia leve, de 48 a 54 moderada e 55 a 90 grave a severa. O alfa apresentado pela escala em seu manual é de 0,93 e o encontrado neste estudo é de 0,89.

#### *Procedimentos*

Este estudo iniciou-se após a aprovação do projeto pela Instituição responsável pelos participantes da pesquisa e pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma universidade particular do interior da cidade de São Paulo. Por tratar-se de uma amostra de indivíduos menores, os responsáveis participaram de uma reunião com a pesquisadora, na qual foram informados quanto aos objetivos e aos procedimentos metodológicos do estudo. Após os esclarecimentos necessários foi entregue a eles o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a autorização da participação do menor.

A aplicação foi realizada em grupos de 20 sujeitos da mesma série escolar. Para os alunos das séries iniciais, a pesquisadora realizou a leitura item a item, para facilitar o entendimento das questões propostas, e a partir do sexto ano, o instrumento foi entregue aos alunos e a pesquisadora explicou como deveria ser respondido e esteve presente para

esclarecimento de possíveis dúvidas no decorrer do preenchimento. O tempo para a aplicação dos questionários foi de aproximadamente 30 minutos.

## RESULTADOS

Os dados foram analisados por meio do programa estatístico *IBM SPSS- Statistics Version 20*. Primeiramente utilizou-se uma análise de frequência para a verificação dos níveis de sintomatologia depressiva na amostra pesquisada, conforme apresentado na Tabela 1, utilizando-se como parâmetro às normas do manual por faixa etária e sexo (Baptista, 2014).

Tabela 1.

*Frequência de sintomatologia depressiva conforme sexo e idade.*

Sintomatologia Depressiva	Sexo	Criança	%	Adolescente	%	Total % amostra
Sem	Feminino	89	40,64	140	27,45	62,8
	Masculino	58	26,48	171	33,53	
Leve	Feminino	25	11,41	70	13,72	26,5
	Masculino	32	14,61	66	12,94	
Moderado	Feminino	3	1,38	23	4,52	7,2
	Masculino	7	3,19	19	3,73	
Grave	Feminino	3	1,38	12	2,35	3,5
	Masculino	2	1,38	9	1,76	
N	729	219		510		100

Desse modo, foi possível verificar que a maioria dos participantes não apresentou sintomatologia depressiva. Observou-se também que 10,7% (n=78) da amostra apresentaram níveis moderado e grave de sintomatologia depressiva com maiores pontuações conferida por adolescentes e do sexo feminino.

Porém, quando verificada as diferenças de média entre os grupos por meio do teste *t* de *Student*, adotando o nível de significância 5% e o *d* de Cohen para a verificação das magnitudes de efeito, observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa ou com efeitos de magnitude expressivos entre o grupo de crianças conforme o sexo ( $t=0,595$ ;

$p=0,15$ ;  $d=0,16$ ) o que também ocorreu com o grupo de adolescentes ( $t=2,361$ ;  $p=0,93$ ;  $d=0,16$ ). Já no que se refere à comparação dos grupos de acordo com o faixa etária e sexo, foi possível verificar que houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo do sexo feminino por idade, ( $t=10,569$ ;  $p<0,001$ ;  $d=0,39$ ), porém com moderada magnitude de efeito (Cohen, 1988). Além disso, as adolescentes do sexo feminino apresentaram maior pontuação que as crianças do mesmo sexo ( $t=1,414$ ;  $p<0,001$ ;  $d=0,38$ ), sendo que o mesmo ocorreu quando comparado o sexo masculino ( $t=9,549$ ;  $p<0,001$ ;  $d=0,42$ ).

Além disso, foi realizada uma comparação da amostra utilizando a divisão da escala pelos seus fatores, fator positivo (itens considerados positivos relacionados a funcionamentos contrários a sintomatologia depressiva) e fator negativo (itens avaliando a sintomatologia depressiva). Os valores encontrados podem ser observados na tabela 2.

Tabela 2.

*Frequência de sintomatologia depressiva conforme sexo e idade por fatores da EBADEP-IJ*

	<b>Idade ECA</b>	<b>Sexo</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>d</b>
<b>Fator 1 – Positivo</b>	Criança	Masculino	138	9,94	1,910	0,57	0,22*
		Feminino	167	8,63			
<b>Fator 2 - Negativo</b>	Adolescente	Masculino	226	9,89	0,407	0,69	0,04
		Feminino	198	9,65			
	Crianças	Masculino	138	20,17	1,574	0,11	0,18
		Feminino	167	18,38			
Adolescente	Masculino	226	16,50	-2,522	0,01*	0,25*	
	Feminino	198	19,09				

$p<0,05$ ;  $d = apresentou poder de efeito$

Como pode ser observado, entre os adolescentes houve diferença estatisticamente significativa e com moderada magnitude de efeito no fator negativo, com maior média apresentada pelo grupo de adolescentes do sexo feminino. Já no que se refere ao fator positivo da escala, não foi encontrada diferença estatística entre os grupos entre o sexo e a idade, quando utilizado o *test t* e valor de *p*, porém apresentou moderada magnitude de efeito entre o grupo de crianças por sexo, sendo que os meninos apresentaram maior média

de pontuação, o que corresponde a uma menor percepção da sintomatologia depressiva no sexo masculino.

Ao lado disso, foi realizada uma análise de frequência dos itens da EBADEP-IJ que se relacionam a ideação suicida. No item 32 – “Penso em me machucar” foram encontrados 510 indivíduos que marcaram “nunca/poucas vezes”, sendo a maioria adolescentes do sexo feminino. Ademais, 114 indivíduos pontuaram que já pensaram em se machucar “algumas vezes”, sendo que 105 adolescentes do sexo masculino afirmaram que já pensaram “muitas vezes” em se machucar. No item 33 – “Penso na morte” 442 adolescentes, em maioria do sexo feminino responderam “nunca/poucas vezes” e 169 afirmaram que “algumas vezes” pensaram nisso. Finalizando, 118 adolescentes, a maioria do sexo masculino, afirmaram que pensam “muitas vezes” na morte.

## **DISCUSSÃO**

A presente pesquisa teve por objetivo investigar a prevalência de sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes. De forma geral, verificou-se que a maioria dos participantes não apresentou sintomatologia, entretanto, apesar de se tratar de uma amostra não clínica, um número expressivo (10,8%) de participantes apresentou níveis moderado e grave de sintomatologia depressiva, percentual superior a achados internacionais (Petersen et al., 1993). Diante desse resultado, cabe ressaltar que, embora tenham sido verificados fatores sociodemográficos como renda restritiva (classe C1) e alta prevalência de mães solteiras no município investigado, pesquisas têm apontado que crianças podem se desenvolver sem prejuízos em lares de mães solteiras quando comparada com as crianças dos lares de mães casadas (Lansford, Ceballo, Abbey & Stewart, 2001; Marin & Piccinini, 2007).

Ao lado desses fatores, não foi encontrada diferença significativa entre adolescentes e crianças no que se refere à idade e sexo, sendo que tais achados não eram esperados, visto que pesquisas referentes à temática apontam que indivíduos adolescentes e do sexo feminino tendem a apresentar maior sintomatologia depressiva (Reppold & Hutz, 2003; Cruviel & Boruchovitch, 2008). Nesse sentido, autores apontam que as mulheres apresentam maior risco de desenvolver sintomas depressivos após a puberdade, o que pode se prolongar até a fase adulta, tanto nas populações psiquiátricas, quanto nas não clínicas (Cunha, Prieb, & Touginha, 1997; Lima, 1999; Monteiro, 2000; Wichstrom, 1999).

Na comparação da sintomatologia depressiva entre crianças e adolescentes do mesmo sexo, como esperado, foi possível observar que as adolescentes do sexo feminino apresentaram maior pontuação na EBADEP-IJ, sendo que esta maior probabilidade de prevalência de sintomas pode estar relacionada a especificidades do funcionamento neuro-hormonal feminino, ao fato destas se sentirem mais afetadas por eventos estressores, por possuir maior preocupação com o autoconhecimento e, percepção de seus estados internos (Allgood-Merten, Lewinsohn, & Hops, 1990; Lima, 1999; Soares, 1999). A diferença, também esperada e encontrada na comparação dos grupos masculinos com os adolescentes apresentando as maiores pontuações quando comparados a crianças do sexo masculino, pode ser justificada pela modificação hormonal sofrida na puberdade, e/ou por fatores externos vividos pelos adolescentes (Hayden & Klein, 2001; Lacerda, 2009).

Ao lado desses fatores, entre os adolescentes houve diferença estatisticamente significativa no fator negativo, com maior média apresentada pelo grupo de adolescentes do sexo feminino, sendo que tal funcionamento psicológico se relaciona a presença de irritação, pensamento negativo e pessimista, isolamento, dificuldades de atenção na sala de aula, sentimento de culpa, agressividade, choro fácil, dúvidas existenciais, dependência do

outro, letargia na execução de atividades, ideações autodestrutivas, sentimento de desajuste, crença de ser indesejado pelos outros e medos infundados (Baptista, 2014).

Já no que se refere ao fator positivo da escala, embora não tenha sido encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos conforme o sexo e a idade verificou-se uma moderada magnitude de efeito, de modo que a pontuação do sexo masculino foi maior nas duas faixas etárias, o que corresponde a uma menor percepção da sintomatologia depressiva no sexo masculino. Tal resultado se relaciona a funcionamentos caracterizados por interesse em atividades escolares, encontro de soluções para problemáticas cotidianas, vontade de realizar atividades prazerosas, esperança e planos para o futuro, sono adequado, satisfação perante a vida, estima por si mesmo, sentir-se querido pelos outros e sentimento de que o que realiza é importante para os demais (Baptista, 2014).

Referindo-se à pontuação dos itens voltados para a ideação suicida, foi possível verificar que os meninos adolescentes optaram mais vezes pela resposta “muitas vezes/Sempre” quando comparados aos outros grupos, este dado vai ao encontro dos apresentados pela OMS, que afirma que o índice de ideação e suicídio por homens adolescentes e idosos são maiores e de que homens cometem mais suicídio e mulheres apresentam maior número de tentativas (OMS, 2000).

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir dos dados encontrados neste estudo, evidencia-se a importância da avaliação dos fatores de risco e proteção ao desenvolvimento emocional das crianças e adolescentes. Neste sentido, espera-se que os dados aqui apresentados contribuam de forma significativa à prevalência de sinais indicativos de depressão neste público visto que

fornece dados também para elaboração de projetos de saúde que visem o monitoramento das alterações afetivas e sociais entre crianças e adolescentes.

Sugere-se que estudos futuros sejam realizados com o público infantil com idades de cinco e seis anos considerando a elaboração de técnicas e medidas avaliativas para tal já que não existem metodologias de avaliação para a faixa etária. Além disso, a realização de estudos que considerem implicações sócio-demográficas na prevalência de sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes.

**REFERÊNCIAS**

- Aros, M. S. (2008). *Produção científica sobre depressão: análise de resumos 2004-2007*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica, Campinas.
- ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2012). *Dados com base no Levantamento Sócio Econômico, 2011 – IBOPE*. Recuperado de: [www.abep.org](http://www.abep.org) em janeiro de 2015.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*.
- Assunção, F. B. & Kuczynski, E. (2003). Transtorno de humor. Em: F. B. Assunção & E. Kuczynski, *Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp. 307-320). São Paulo: Atheneu.
- Avanci, J. Q., Assis, S. G., & Oliveira, R. V. C. (2008). Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(10), 2334-2346.
- Bahls, S. C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-66.
- Baptista, M. N. (2014). *Escala Baptista de Depressão Versão Infanto-juvenil*. Manual técnico não publicado. Programa de pós-graduação Stricto-sensu em Psicologia da Universidade São Francisco. Itatiba-SP, Brasil.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Dias, R. R. (2001). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia Ciência e Profissão*, 21(2), 52-61.

- Bardagi, M. P. (2002). *Os estilos parentais e sua relação com a indecisão profissional, ansiedade e depressão dos filhos adolescentes*. Dissertação de Mestrado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Birmaher, B., Brent, D. A., & Benson, R. S (1998). Summary of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal American Academic Child Adolesc Psychiatry*, 37,1234–8.
- Brasil (2010). Estatuto da criança e do adolescente (1990). Estatuto da criança e do adolescente. – 7.ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010. 225 p. – (Série legislação ; n. 25) ISBN 978-85-736-5344-1 Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 e legislação correlata. 1. Brasil. [Estatuto da criança e do adolescente (1990)]. 2. Direitos da criança, legislação, Brasil. 3. *Direitos do menor, Brasil*. I. Título. II. Série
- Carlini-Cotrim, B., Gazal-Carvalho, C., & Gouveia, N. (2000). Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 34(6), 636-645.
- Cicchetti, D. & Toth, S. L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53(2), 221-241.
- Cruvinel, M., Boruchovitch, E., & Santos, A. A. A. (2008). Inventário de Depressão Infantil (CDI): análise dos parâmetros psicométricos. *Revista de Psicologia*, 20(2), 473-489.

- Cunha, R. V., Bastos, G. A. N., & Duca, G. F. (2012). Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(2), 346-354.
- Guimaraes, J. M. N., & Caldas, C. P. (2006). A influência da atividade física nos quadro depressivos de pessoas idosos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 9(4), 481-492.
- Gouveia, V., Barbosa, G., Almeida, H., & Gaião, A. (1995). Inventário de Depressão Infantil - CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44, 345-349.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010). Recuperado de: [www.censo2010.ibge.gov.br/apps/mapa/](http://www.censo2010.ibge.gov.br/apps/mapa/) em janeiro de 2015.
- Jansen, K., Mondin, T. C., Ores, L. C., Souza, L. D. M., Konradt, C. E., Pinheiro, R. T., & Silva, R. A. (2011). Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(3), 440-448.
- Jatobá, J. D. V. N. & Bastos, O. (2007). Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), 171-179.
- Kovacs, M. A. (1983). *The children's depression inventory: a self-rated depression scale for school-age youngsters*. University of Pittsburgh
- Lacerda, A. L. T. [et.al] (2009). *Depressão: do neurônio ao funcionamento social*. Porto Alegre: Artmed.
- Lansford, J. E., Ceballo, R., Abbey, A. & Stewart, A. J. (2001). Does family structure matter? A comparison of adoptive, two parent biological, single-mother, stepfather, and stepmother households. *Journal of Marriage and Family*, 62(3), 840-852.

- Last, J. *A dictionary of epidemiology*. (2ªed). (1988) New York: Oxford University Press.
- Lebrão, M. L. & Laurenti, R. (2005). Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(2), 127-141.
- Marin, A. H., & Piccinini, C. A. (2007). Comportamentos e práticas educativas maternas em famílias de mães solteiras e famílias nucleares. *Psicologia em Estudo*, 12(1), 13-22.
- Méndez, F. X. (1998). *El niño que no sonríe. Estrategias para superar la tristeza y la depresión infantil*. Madri: Ediciones Pirámide.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2014) *Depression in Children and Adolescents: A Fact Sheet for Physicians*.  
<[www.nimh.nih.gov/publicat/depchildresfact.cfm](http://www.nimh.nih.gov/publicat/depchildresfact.cfm)> .
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2012). *Data and statistics: Mental health*. Recuperado em novembro de 2014: [http://www.who.int/mental\\_health/](http://www.who.int/mental_health/).
- Organização Mundial de Saúde – OMS (2000). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento: CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Petersen, A., Compas, B., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S. & Grant, K. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48, 155-168.
- Reppold, C. T., & Hutz, C. S. (2003). Prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes no Rio Grande do Sul. *Avaliação Psicológica*, 2(2), 175,184.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Salle, E., Segal, J. & Sukiennik, P. (1996). Transtornos depressivos. Em P. B. Sukiennik (Ed.). *O aluno problema: transtornos emocionais de crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Mercado Aberto.
- Serrão, F., Klein, J. M., & Gonçalves, A. (2007). Qualidade do sono e depressão: que relações sintomáticas em crianças de idade escolar. *Psico-USF*, 12(2), 257–268.
- Scivoletto, S., Boarati, M. A., & Turkewicz, G. (2010). Emergências psiquiátricas na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 3(2), 112-120.
- Shavers, C. A. (2014). Commentary emotional problems and depression among children and adolescents in today's society. *Open Journal of Depression*, 3, 74-87.
- Souza, S. F., Carvalho, F. M., Araújo, T. M., Koifman, s.& Porto, L. A. (2012). Depressão em trabalhadores de linhas elétricas de alta tensão. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15(2), 235-245.
- Teixeira, A. & Luiz, M. (1997). Distúrbios psiquiátricos, tentativas de suicídio, lesões e envenenamento em adolescentes atendidos em uma unidade de emergência, Ribeirão Preto, São Paulo, 1988-1993. *Cadernos de Saúde Pública*, 13, 517-525.

### CAPÍTULO 3

#### INVESTIGAÇÃO DE RELAÇÕES ENTRE DEPRESSÃO, AUTOESTIMA E QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

##### RESUMO

O presente estudo objetivou a compreensão das relações entre sintomas depressivos e os construtos de autoestima e qualidade de vida. Participaram da pesquisa 729 crianças e adolescentes, sendo 365 (50,1%) do sexo feminino, com idades variando entre sete e 18 anos ( $M=12,5$ ;  $DP=2,8$ ). Iniciou-se com a análise de estrutura interna da EBADEP-IJ, seus itens foram divididos em dois fatores, (F1= positivo e F2= negativo). Os índices indicaram correlação item- Theta e os índices de precisão modelada. Utilizando a correlação de Pearson encontrou-se correlações de magnitude fraca a moderada entre os instrumentos, EBADEP-IJ e EAR ( $r=-0,59$ ;  $p<0,001$ ), como também entre a EBADEP-IJ e Kidscreen-52 ( $r=-0,64$ ;  $p<0,001$ ). A autoestima é capaz de prever ( $\beta = -0,64$ ) o nível da depressão, em relação inversamente proporcional, numa equação que explica 41% da variância ( $r^2=0,41$ ). A qualidade de vida é capaz de prever ( $\beta=-0,45$ ) o nível da depressão em relação inversamente proporcional, numa equação que explica 49% da variância ( $r^2=0,49$ ). Para mensurar as possíveis diferenças entre os instrumentos conforme sexo e idade, utilizou-se ANCOVA. Não foram encontradas diferenças estaticamente significativa entre a depressão por nota de corte, autoestima e idade ( $M= 9,53$ ;  $DP= 4,83$  para crianças e  $M=9,61$ ;  $DP=4,68$  para os adolescentes) ( $F=1,999$ ;  $gl=720$ ;  $p=0,15$ ;  $d=0,11$ ). A mesma análise foi realizada com a depressão, qualidade de vida e idade, neste construto também não encontrou-se diferenças significativas ( $M=818,05$ ;  $DP=67,67$  para crianças e  $M=797,88$ ;  $DP=76,56$  para adolescentes) ( $F=6,890$ ;  $gl= 720$ ;  $p=0,63$ ;  $d=0,20$ ), mas houve magnitude de efeito na diferença porém considerada de fraca expressão. Tratando-se das variáveis depressão e sexo comparadas com a autoestima ( $M=9,65$ ;  $DP=4,75$  para o sexo masculino e  $M= 9,50$ ;  $DP= 4,76$  para feminino) ( $F=1,787$ ;  $gl=720$ ;  $p=0,14$ ;  $d=0,10$ ), foi possível observar que não houve diferença estatisticamente significativa e a magnitude de efeito encontrada é considerada fraca. Porém quando compara-se as mesmas variáveis com o construto qualidade de vida ( $M= 807,84$ ;  $DP= 71,12$  para meninos e  $M= 804,81$ ;  $DP=76,06$  para meninas) ( $F=7,801$ ;  $gl= 720$ ;  $p=0,005$ ;  $d=0,21$ ) é possível verificar que houve diferença e que a magnitude de efeito foi encontrada, entretanto é considerada fraca. A maior pontuação nos dois construtos foi apresentada pelos meninos, enquanto o sexo feminino apresentou maior pontuação na EBADEP-IJ.

**Palavras-chave:** depressão, qualidade de vida, autoestima, infanto-juvenil

**RESEARCH RELATIONS BETWEEN DEPRESSION, SELF-ESTEEM AND QUALITY OF LIFE IN CHILDREN AND ADOLESCENTS**

**ABSTRACT**

This study aimed to understanding the relationship between depressive symptoms and the constructs of self-esteem and depression. In addition, we sought evidence for the validity (EBADEP-IJ) based on the internal structure by the rating scale model, and based on the relationship with the external variable by means of applying a test to evaluate self-esteem and a test to evaluate the quality of life. The participants were 729 children and adolescents, 365 (50.1%) were female, aged between seven and 18 years ( $M=12.5$ ;  $SD=2.8$ ), from a town in Minas Gerais. Among the findings, a higher prevalence symptomatology in female adolescents, negative associations between depression and the constructs of self-esteem and quality of life, as well as adequate psychometric properties for that measure was verified.

**Keywords:** depression, quality of life, self-esteem, children's

## INTRODUÇÃO

A depressão é uma das psicopatologias que demanda maior atenção na área da saúde coletiva, pois acomete indivíduos independentemente da inserção socioeconômica e/ou cultural, acarretando uma série de prejuízos para o dia-a-dia da pessoa diagnosticada. Descritos há mais de dois mil anos, os primeiros achados sobre a depressão partiram da palavra grega melancolia, que se refere à posse de um transtorno mental, envolvendo medo e tristeza prolongados. A partir disso, estudos vêm proporcionando uma evolução no entendimento desse transtorno, fornecendo informações sobre a frequência de seus sintomas, bem como dos fatores de risco (Gotlib & Hammen, 2002; Lacerda, 2009).

Existem duas principais concepções diagnósticas sobre a depressão e sua manifestação sintomatológica, sendo que a primeira delas é a proposta da Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição [CID-10 (Organização Mundial de Saúde, 1993)] e a segunda, bastante recente é a proposta da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais [DSM-5 (APA, 2013)]. Para a configuração de um quadro depressivo, a CID-10 considera características como o humor deprimido, a perda de interesse e prazer, fadiga aumentada, cansaço por esforço leve, dificuldade de concentração e atenção, diminuição da autoestima e autoconfiança, sentimento de culpa e inutilidade, visão pessimista do futuro, ideação suicida, sono perturbado e apetite diminuído ou aumentado. Ainda de acordo com o referido manual classificatório, a depressão pode ser categorizada em diferentes tipos, na medida em que no episódio depressivo, os sintomas podem ser classificados como leve, moderado ou grave, podendo ou não apresentar sintomas somáticos (OMS, 1993).

De forma similar, a classificação da depressão apresentada pelo DSM-5, considera a posse de humor deprimido na maior parte do dia, o interesse ou prazer acentuadamente

diminuído na realização de atividades cotidianas, perda ou ganho significativo de peso, diminuição ou aumento do apetite, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, déficits de concentração, indecisão, ideação suicida recorrente sem um plano específico ou tentativa de suicídio com plano específico (APA, 2013).

Usualmente, quando se aborda o tema depressão, existe uma tendência a compreendê-la como uma patologia que acomete predominantemente a população adulta, sendo que nos manuais diagnósticos a abordagem do quadro patológico em crianças e adolescentes só passou a ser considerada a partir do DSM-5, após a inserção do quadro de transtorno disruptivo da regulação do humor para crianças de até 12 anos o qual se enquadra dentro do espectro do transtorno depressivo (APA, 2013). Em contrapartida, estudos epidemiológicos apontam que crianças e adolescentes de forma expressiva, também estão suscetíveis a este diagnóstico (Adriola & Cavalcante, 1999; Aros, 2008; Avanci, Assis & Oliveira, 2008; Barbosa, Dias, Gaião, & Lorenzo, 1996; Jatobá & Bastos, 2007; National Institute of Mental Health, 2014; Semrud-Clikeman & Hynd, 1991), o que ressalta a importância do desenvolvimento de pesquisas acerca da temática. (Lacerda, 2009).

Um estudo realizado por Hayden e Klein (2001) examinando relacionamentos entre a intimidação e o desajuste psicossocial em adolescentes, encontrou relações entre o quadro de depressão e a autoestima, a qual pode ser entendida como uma avaliação que o indivíduo realiza e comumente mantém em relação a si, sendo, muitas vezes, expressa como um sentimento ou uma atitude de aprovação ou de repulsa, referindo-se ao quanto à pessoa se considera capaz, significativa, bem sucedida e valiosa (Coopersmith, 1989; Rosenberg, 1989). Desse modo, diz respeito a um juízo pessoal de valor, externado nas atitudes que o indivíduo tem para consigo mesmo a partir de suas crenças pessoais sobre suas habilidades,

capacidades, relacionamentos sociais e futuros acontecimentos, de modo que, a forma como o sujeito seleciona suas metas e estabelece suas expectativas e projetos também podem estar diretamente ligados a este construto (Coopersmith, 1989; Heatherton & Wyland, 2003).

Diversos estudos tem apresentado uma forte correlação negativa entre a autoestima e a depressão (Brockner & Guare, 1983; Tennen & Herzberger, 1987), sendo que pesquisas sugerem uma considerável sobreposição nos processos que subjazem a baixa autoestima e a depressão (Kernis, Brockner & Frankel, 1989; Watson & Clarck, 1984). Nesse sentido, indivíduos que apresentam uma baixa autoestima tendem a apresentar um funcionamento psicológico deprimido, ou seja, possuem a propensão a potencializar situações negativas e a generalizar falhas pessoais para outros aspectos de sua identidade, sendo que a auto-avaliação de si seria o componente mediador de reações depressivas assim como o ponto central na manutenção de quadros de depressão (American Psychiatric Association, 2013; Beck, 1967; Brown & Harris, 1978; Tennen & Herzberger, 1987).

No que concerne aos adolescentes e crianças, autores como Nieger e Hopkins (1988) apontam que a baixa autoestima nessa população seria um dos mais significativos preditores a ser considerado para o diagnóstico de depressão, estando associada a reações auto-punitivas e atitudes demasiadamente críticas em relação a si mesmo. Nesse sentido, Battle, Jarratt, Smit e Precht (1968) avaliaram o nível de autoestima e a depressão em 930 crianças e adolescentes, sendo que dentre os achados da pesquisa verificou-se uma alta correlação negativa entre os construtos, o que corrobora resultados encontrados na literatura científica (Roberts & Monroe, 1992; Kemis, Granneman & Mathis, 1991).

Nesse interim, autores como Rosenberg (1989) e Trzesniewski, Hendin e Robinsafirmam (2001) afirmam que o julgamento pessoal é formado desde a infância,

sofrendo alterações no início da adolescência devido à maior inconstância dos sentimentos sobre si, se estabilizando no decorrer da vida. Na criança e no adolescente, a autoestima está diretamente ligada à aprovação social, o que exerce grande influência na participação da criança e do adolescente em atividades grupais, pois um baixo nível de autoestima pode promover o desenvolvimento de mecanismos que provavelmente irão distorcer a comunicação de pensamentos e sentimentos, dificultando a adaptação do indivíduo a seu meio intrapessoal e conseqüentemente interpessoal (Rosenberg, 1989; Trzesniewski, Hendin & Robinsafirmam, 2001).

Sendo assim, quando elevada, a autoestima se associa a um bom funcionamento e integração da criança e do adolescente, na medida em que por promover o aumento da autoconfiança, acaba por afetar positivamente na forma do sujeito lidar com o ambiente. Ao lado desses fatores, a autoestima do sujeito pode ainda, sofrer influência do meio em que este está inserido, por meio de crenças em conceitos de felicidade, harmonia, saúde, prosperidade, relação conjugal, familiar e social socialmente esperada e suporte social recebido (Assis, 2013; Katsching, 1997; Minayo, Hartz, & Buss, 2000; Nahas; 2006).

Desse modo, entende-se que a depressão se relaciona a autoestima, ou seja, a visão de si mesmo construída pelo indivíduo, a qual é constantemente influenciada pelo meio no qual este está inserido. Assim, a depressão e a autoestima se relacionam a percepção da qualidade de vida, caracterizada como um conjunto de padrões individuais e sócio-ambientais, que são resultantes das condições em que vive o ser humano (Katsching, 1998; Minayo, Hartz, & Buss, 2000; Nahas; 2006; Queiroz, Sá & Assis, 2004).

Diferentes conceitos são definidos e também discordados entre os pesquisadores sobre a definição de qualidade de vida, pois este refere-se a um construto multidimensional, que inclui bem-estar físico, social, emocional e produtivo, além de satisfação pessoal em

diferentes situações da vida (Park, Huebner, Laughlin, Valois, Gilman, 2004; Bramston, Chipuer, Pretty, 2005). Quando a qualidade de vida está relacionada à saúde (QVRS) a comunidade científica volta seu foco para o campo da Epidemiologia e da Saúde Pública, com o propósito de complementar informações objetivas associadas às morbimortalidades (Von Rueden, Gosch, Rajmil, Bisegger, Ravens-Sieberer, 2006; Bisegger, Cloetta, Von Rueden, Abel, Ravens-Sieberer, 2005). Referindo-se a crianças e adolescentes, as informações sobre QVRS recebem especial atenção, pois é esperado uma menor probabilidade de diagnosticar doenças nesse grupo populacional (Eiser, Morse, 2001). Em segmentos da população de crianças e adolescentes, aparentemente saudáveis, avaliar a QVRS também pode auxiliar a discriminar diferentes níveis de bem-estar (Koot, 2002; Varni, Burwinkle, Lane, 2002) e preocupar-se em monitorar a QVRS em idades jovens faz-se necessário devido as repercussões sobre a qualidade de vida e saúde em idades adultas (Rajmil, Alonso, Berra, Ravens-Sieberer, Gosch A, Simeoni MC, et al. 2006).

Para avaliar essas informações associadas à QVRS, utiliza-se como método padrão a aplicação de um instrumento de autorrelato (Varni, Burwinkle, Lane, 2002). Neste sentido, encontra-se na literatura grande número de questionários, no entanto, a maioria foi concebida para populações de países anglo-saxões (Bisegger, Cloetta, Von Rueden, Abel, Ravens-Sieberer, 2005). Desta forma, a aplicação desses questionários em população distinta da proposição original apresenta limitações, considerando-se que requer uma adaptação cultural do idioma utilizado na elaboração das questões e dos conceitos subjacentes nas dimensões consideradas quanto à qualidade de vida. Alternativamente, a proposição de um questionário elaborado de maneira simultânea por vários países e culturas permite harmonizar princípios e conceitos aos idiomas empregados, além de facilitar a comparação de seus resultados, por ser proveniente de um mesmo questionário (Koot,

2002). No Brasil utiliza-se um instrumento traduzido e validado por Guedes e Guedes (2011), o KIDSCREEN-52. Visto que a qualidade de vida está diretamente ligada à depressão e a autoestima, observa-se a necessidade de correlacionar esses construtos e verificar cientificamente se há interferência de um no outro.

Na literatura internacional, existem evidências de que a depressão acarreta prejuízos à qualidade de vida (Elliott, Renier, & Palcher, 2003; Rubio, 2002), de modo que pesquisas demonstram que, assim como ocorre com o construto de autoestima, existe uma relação inversa entre a percepção da qualidade de vida e a intensidade de sintomatologia depressiva (Elliott et al., 2003). Dessa forma, a percepção de um baixo nível de qualidade de vida tende a ser expresso por indivíduos com altos níveis de sintomas depressivos (Lopez, et al., 2011).

Ao lado desses fatores, apesar da expressiva prevalência anteriormente apresentada, não é usual o diagnóstico de crianças e adolescentes com sintomatologia depressiva. Em contrapartida, quando o transtorno depressivo é diagnosticado precocemente o dano à criança é menor e seu desenvolvimento menos prejudicado, sendo que essa condição está associada a problemas educacionais, sociais/relacionamentos, autoimagem negativa, maior probabilidade de uso de substâncias, hospitalização psiquiátrica, além de exacerbar o risco de suicídio na adolescência e fase adulta (Lacerda, 2009).

Para a confecção do diagnóstico de depressão, as técnicas comumente utilizadas para a avaliação psicológica configuram-se por entrevistas, observações, testes com qualidades psicométricas, questionários, escalas de autoavaliação (autorrelato) e os inventários (Gouveia, Barbosa, Almeida & Gaião, 1995). As escalas, questionários e inventários são métodos que apresentam algumas vantagens, sendo consideradas mais econômicas, de fácil aplicação, diminuindo a subjetividade do aplicador, as influências dos

mitos e estereótipos e a opinião pessoal do clínico (Calil & Pires, 1998; Cruvinel, Boruchovitch, & Santos, 2008; Leite, 2011). Neste contexto, em 2009 foi criada a Escala Baptista de Depressão – versão Infanto-Juvenil (EBADEP-IJ), que se propõe avaliar sintomas depressivos de crianças e adolescentes com idades entre sete e 18 anos, construídos de acordo com a cultura e crenças da população, visto que na atualidade brasileira são encontrados somente instrumentos traduzidos e adaptados. Essa falta de instrumentos pode ser observada por meio do site do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI (Conselho Federal de Psicologia, 2014) sendo que somente as Escalas Beck de depressão (Cunha, 2001) - indicada para indivíduos acima de 13 anos e a Escala de Depressão para crianças (Pereira e Amaral, 2008) foram submetidas ao processo de aprovação pelo referido sistema. Cabe ressaltar que esta última encontra-se em processo avaliação para parecer do sistema.

Nesse ínterim, o presente estudo objetivou a compreensão das relações entre sintomas depressivos e os construtos de autoestima e qualidade de vida. Além disso, buscou-se evidências de validade para a (EBADEP-IJ) com base na relação com variáveis externas, por meio da aplicação de um teste para avaliação da autoestima e um teste para avaliação da qualidade de vida.

## **MÉTODO**

### *Participantes*

Participaram da pesquisa 729 crianças e adolescentes, sendo 365 do sexo feminino (50,1%), com idade entre sete e 18 anos ( $M=12,5$ ;  $DP=2,862$ ), estudantes do terceiro ano do ensino fundamental ao terceiro ano do ensino médio de uma cidade do interior de Minas Gerais. Segundo dados da Secretaria Municipal de Educação, este total equivale a 99% das crianças e adolescentes matriculados e frequentantes da rede Municipal e Estadual de ensino, visto que a cidade possui somente estas duas escolas que atendem toda população

do município (da pré-escola ao terceiro ano do ensino médio). O total de 1% restante da população não frequentam escola regular, são devidamente matriculados em APAES e escolas especializadas em um município próximo.

### *Instrumentos*

Dentre as ferramentas de medida utilizadas pela presente pesquisa tem-se a Escala Baptista de Depressão Infanto-Juvenil (EBADEP-IJ), Escala de autoestima de Rosenberg – EAR, a Kidscreen-52<sup>®</sup> - Versão crianças e adolescentes, assim como um Questionário de Identificação elaborado pelos autores do estudo contendo informações como idade, sexo, escolaridade do avaliado, escolaridade do responsável e estado civil do responsável.

A EBADEP-IJ - Baptista (2014) tem por objetivo rastrear sintomas de depressão em crianças e adolescentes, com idade entre oito e 18 anos. É composta por 45 itens do tipo Likert de três pontos, com as opções “Poucas vezes/Nunca”, “Algumas vezes” e “Muitas vezes/Sempre”. Possui estrutura bifatorial, conforme a direcionalidade de cada sintoma. Sendo assim, o Fator 1 é composto por sintomas positivos, totalizando 17 itens, como “Estou feliz com a minha vida”, “Tenho dormido bem” e “Acredito em um futuro bom”. Já o Fator 2, caracteriza-se por sintomas negativos, possuindo 28 itens como “Sinto-me irritado”, “Viver está sendo difícil para mim” e “Tenho vontade de chorar” (Baptista, 2014).

A EBADEP-IJ foi baseada nos descritores do DSM-IV-TR (APA, 2002), CID-10 (OMS, 2000), Terapia Cognitiva (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997), Princípios do Comportamento (Ferster, Culbertson & Boren, 1977), bem como estudos de Weinberg, Rutman, Sullivan, Pencik e Dietz (1973). Apresenta 24 descritores, sendo humor deprimido, perda ou diminuição de prazer, choro, desesperança, desamparo, indecisão, sentimento de incapacidade e inadequação, carência ou dependência, negativismo, esquivia

de situações sociais, queda de produtividade, inutilidade, autocrítica exacerbada, culpa, diminuição da concentração, pensamento de morte, autoestima rebaixada, falta de perspectiva sobre o presente, alteração de apetite, alteração de peso, insônia ou hipersonia, lentidão ou agitação psicomotora, fadiga e irritação. Quanto menor a pontuação na EBADEP-IJ, menor a sintomatologia depressiva apresentada pelo indivíduo. Estudos apontam para evidências de adequação psicométrica para o instrumento no que se refere à avaliação de sintomatologia depressiva em adolescentes e crianças (Baptista, 2014). A escala propõe quatro notas de corte para verificar a sintomatologia depressiva, sendo: de 0 a 33 pontos sem sintomatologia, 34 a 47 sintomatologia leve, de 48 a 54 moderada e 55 a 90 grave a severa. O alfa apresentado pela escala em seu manual é de 0,93 e o encontrado neste estudo é de 0,89.

A Escala de Autoestima de Rosenberg – EAR (Hutz & Zanon, 2011) é um instrumento que avalia autoestima, autoaceitação e sentimento de valor do indivíduo em relação a si mesmo, por meio de sua percepção, atitude positiva ou negativa englobando um componente predominantemente afetivo, expressado por aprovação ou desaprovação de si. Trata-se de uma escala tipo Likert, de quatro pontos, com 10 itens, sendo com declarações positivas e cinco com declarações negativas. O indivíduo têm quatro possibilidades de resposta, que varia entre “concordo totalmente” a “discordo totalmente”. A pontuação é dada entre 0 e 30 e quanto maior a pontuação, maior a autoestima apresentada pelo indivíduo. A escala foi traduzida e adaptada para o português por Hutz e Zanon (2011), que realizaram estudos psicométricos e verificaram propriedades psicométricas para o instrumento. Os autores encontraram um valor de 0,90 de confiabilidade para a escala, no presente estudo o valor de  $\alpha$  foi de 0,73.

Por fim, a Kidscreen-52<sup>®</sup> - Versão crianças e adolescentes (Guedes e Guedes, 2011) configura-se como um instrumento transcultural desenvolvido pelo grupo europeu Kidscreen, que mensura a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de crianças e adolescentes com idade entre oito e 18 anos. Este instrumento engloba os componentes do bem-estar, funções físicas, emocionais, mentais, sociais e comportamentais. Seus itens são subdivididos em 10 dimensões que descrevem a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS), a saber: Saúde e Atividade Física, Sentimentos, Estado de Humor Geral, Auto-percepção, Tempo Livre, Família e Ambiente Familiar, Questões econômicas, Amigos, Ambiente Escolar e Aprendizagem e Provocação (Bullying). Trata-se de uma escala de autorrelato, em escala Likert de cinco pontos, com as opções de respostas de “nada / nunca” a “totalmente/sempre”. As pontuações de cada item variam de um a cinco, o escore total varia entre 52 e 260 pontos e quanto maior a pontuação maior a percepção de qualidade de vida da criança/adolescente. Cabe ressaltar que estudo apontam para adequadas evidências psicométricas para a escala (Guedes e Guedes, 2011). Os autores da escala encontraram um valor de  $\alpha=0,90$  e nesta pesquisa foi encontrado  $\alpha=0,91$

### *Procedimentos*

Este estudo iniciou-se após a aprovação do projeto pela Instituição responsável pelos participantes da pesquisa e pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma universidade particular do interior da cidade de São Paulo. Por tratar-se de uma amostra de indivíduos menores, os responsáveis participaram de uma reunião com a pesquisadora, na qual foram informados quanto aos objetivos e aos procedimentos metodológicos do estudo. Após os esclarecimentos necessários foi entregue a eles o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a autorização da participação do menor.

A aplicação foi realizada em grupos de 20 sujeitos da mesma série escolar. Para os alunos das séries iniciais, a pesquisadora realizou a leitura item a item, para facilitar o entendimento das questões propostas, e a partir do sexto ano, o instrumento foi entregue aos alunos e a pesquisadora explicou a forma de preenchimento e esteve presente para esclarecimento de possíveis dúvidas no decorrer do preenchimento. O tempo para a aplicação dos questionários foi de aproximadamente 60 minutos para crianças e 35 minutos para adolescentes.

Para a análise de estrutura interna utilizou-se o *Rating Scale Model*, analisando cada fator isoladamente. Inicialmente serão apresentadas as estatísticas descritivas referentes ao traço latente ( $\theta$ ) dos respondentes e os seus respectivos índices de ajuste (Infit e Outfit), utilizando o programa estatístico *Winsteps*. Para as demais análises, utilizou-se o programa estatístico IBM SPSS- Statistics Version 20, sendo 5% o nível de significância adotado. Para se verificar as correlações entre os instrumentos foi utilizado o teste de correlação de Pearson e análise de regressão, para a verificação das diferenças de média entre os grupos, o teste *t de Student*, ANOVA, ANCOVA e o *d de Cohen* para a verificação das magnitudes de efeito (Cohen, 1988).

## RESULTADOS

Os itens da EBADEP-IJ foram divididos em dois fatores, o primeiro sendo considerado como positivo, contendo menor número de itens e o segundo considerado como fator negativo, formado por itens mais específicos da sintomatologia depressiva. O índices podem ser melhor visualizados na tabela 1, que indica a correlação item-  $\theta$  e os índices de precisão modelada.

Tabela 1.

*Descrição de pessoas e itens para os índices de traços latentes, índices de ajuste, correlação inter-item e fidedignidade.*

		Pessoas			Itens			Correlação	Precisão
F	Medidas	Theta	Infit	Outfit	b	Infit	Outfit		
	Média	0,98	1,02	1,00	0,00	1,02	1,00		
F1 – Fatores Positivos	DP	1,01	0,43	0,50	0,58	0,12	0,16	0,63 – 0,60	0,75
	Max.	3,46	2,36	3,57	-0,82	1,27	1,33		
	Min.	-3,44	0,15	0,16	-1,24	0,84	0,76		
	Média	-0,75	1,02	1,01	0,00	1,01	1,01		
F2 – Fatores Negativos	DP	0,93	0,34	0,39	0,39	0,18	0,32	0,36 – 0,33	0,85
	Max.	3,01	2,03	3,92	0,68	1,66	2,43		
	Min.	-3,70	0,09	0,10	-1,06	0,80	0,72		

As informações apresentadas na Tabela 2 indicaram que os itens tenderam a não ser endossados pela amostra, dado seu resultado da média de theta negativo. Referente aos índices de ajuste observou-se que os valores médios de Infit foram bem ajustados para todos os fatores, considerando que todos se alocaram abaixo do valor de 1,30 (Linacre & Wright, 1994). Em relação aos Outfits, observou-se que a média também foi adequada, indicando boa alocação dos itens e que os sujeitos responderam ao teste conforme ao padrão esperado em razão ao theta das pessoas. Considerando que foram encontrados valores máximos acima do esperado pelo modelo adotado para o Fator 2, realizou-se uma análise de todos os itens que compõem este fator quanto aos Infits e Outfits.

Observou-se que a maior parte dos itens apresentaram bons índices de adequação, à exceção de dois itens com índices fora do valor adotado para verificar a adequação do item (1,30) (Linacre & Wright, 1994). O primeiro item, “Pensar em me separar de pessoas que

gosto muito me deixa chateado” que se refere à carência ou dependência, é considerado um descritor de grande relevância para o rastreamento da sintomatologia depressiva em crianças e o segundo “Tenho vontade de fazer as coisas que gosto” refere-se à anedonia, que é um dos principais descritores da sintomatologia depressiva segundo o DSM-5 (APA, 2013) e CID-10 (OMS,1993). Optou-se por manter os itens na escala por serem os únicos referentes a esses descritores e por serem relevantes para o rastreamento da sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes. Referente à fidedignidade calculada, os índices modelados variaram de 0,75 a 0,85, ou seja, adequados (Linacre & Wright, 1994)

Na sequência, foi realizada uma análise da estrutura interna para as categorias de resposta da EBADEP-II. Como é possível observar na Tabela 2, de acordo que a medida das categorias aumentava os limiares também acompanhavam, de maneira relativamente proporcional.

Tabela 2.

*Descrição da estrutura da escala para os fatores da EBADEP-II.*

	Categoria de resposta	%	Média Observada
	0	15	-0,15
F1 – Sintomas Positivos	1	30	0,54
	2	55	1,56
	0	53	-1,19
F2 – Sintomas Negativos	1	29	-0,52
	2	18	0,15

A Tabela 2 permite observar que existe uma relação entre o aumento de gradação da alternativa com a diminuição de marcação, o que é positivo para a escala, uma vez que quanto maior a pontuação, maior a sintomatologia depressiva. Assim, observa-se que à medida que as opções de resposta aumentam de valor, são decrescidos os níveis de theta

associados à probabilidade de assinalação de cada uma das opções. Isto também pode ser visualizado na Figura 1 referente ao Fator 1 e Figura 2, referente ao Fator 2, estas apresentam a probabilidade de respostas, o modelo e as médias de interceção.

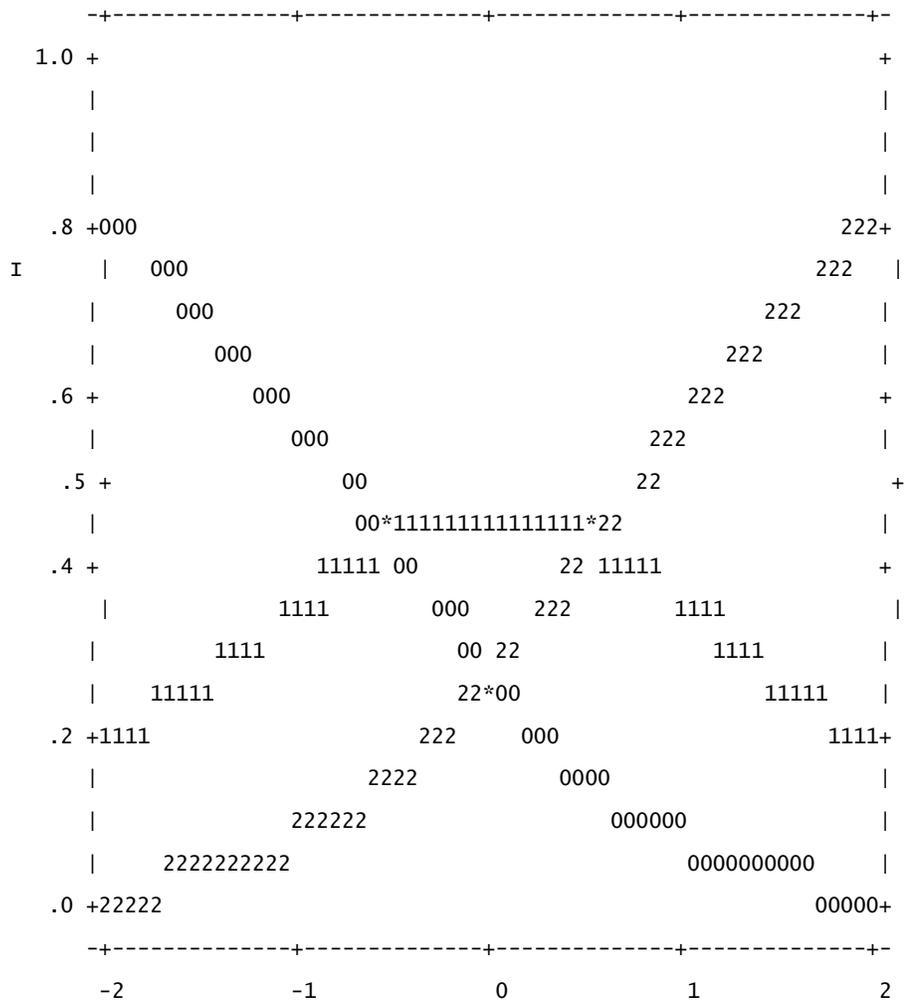


Figura 1.

Probabilidade de Resposta do Fator 1.

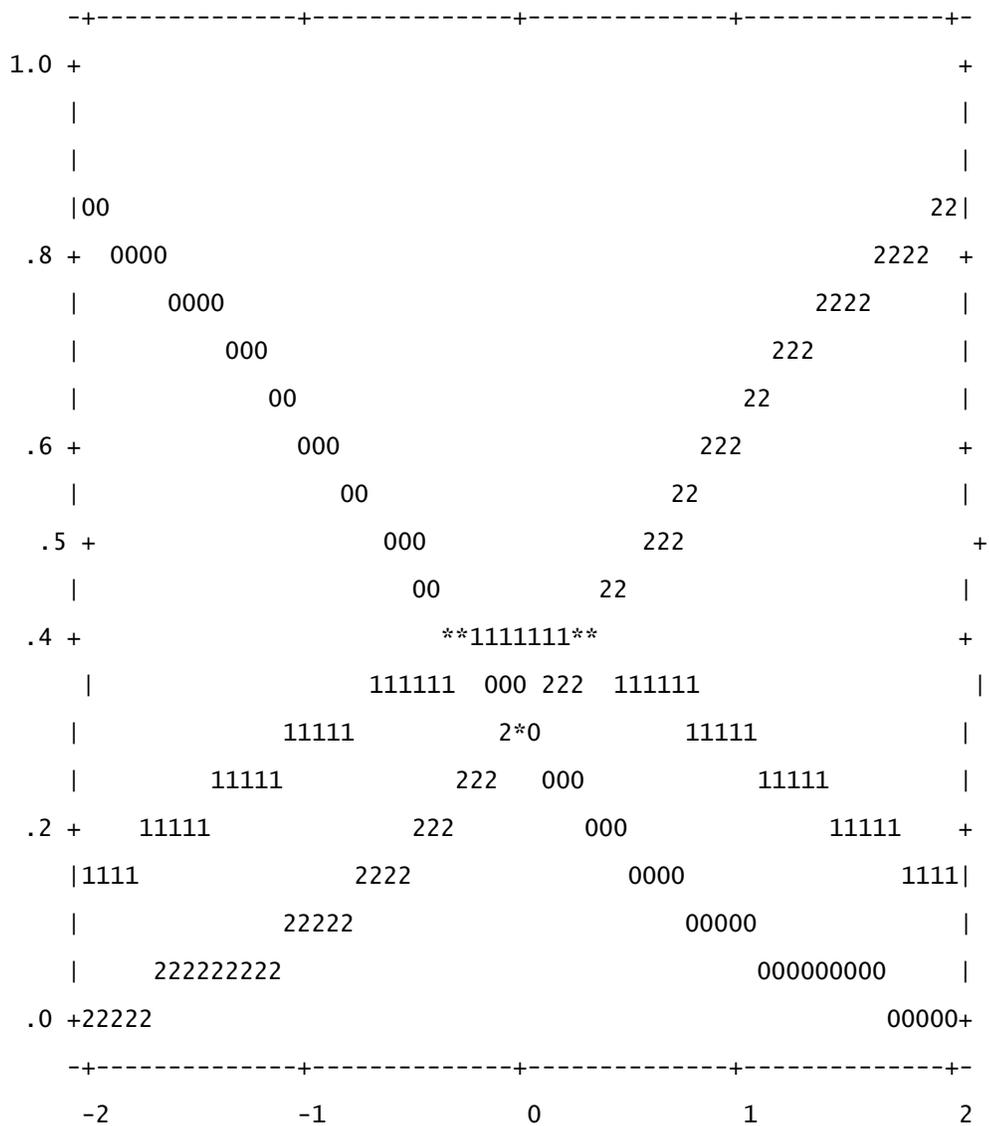


Figura 2.

Probabilidade de Resposta do Fator 2.



O mapa de itens da Figura 3, referente ao fator Sintomas Positivos, demonstra que a média dos itens se mostrou um ponto abaixo da média das pessoas, indicando que os itens neste fator se mostram mais fáceis de serem pontuados pelos participantes, havendo uma clara distinção entre os itens e as pessoas. O item com maior frequência de resposta, já que a EBADEP-IJ não mensura habilidade, mas frequência de respostas foi o 16 “Sinto vontade de fazer as tarefas escolares”.

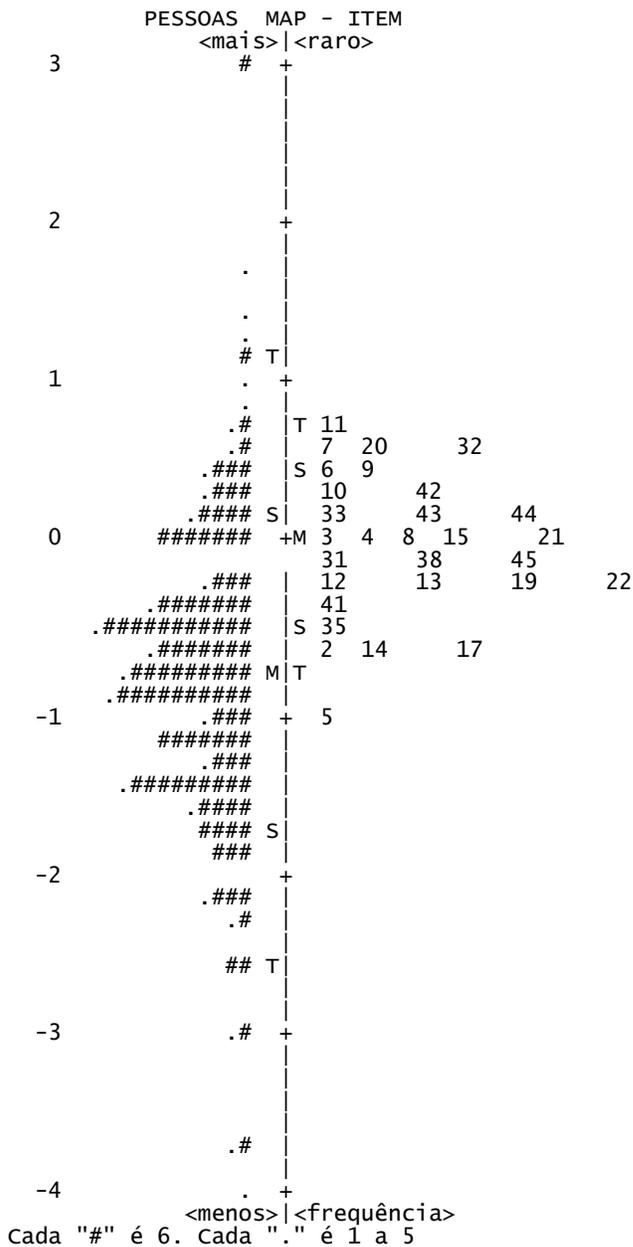


Figura 4. Mapa de itens e pessoas para o Fator 2

A Figura 4 diz respeito aos dados do Fator Sintomas Negativos, foi observado que os itens se agruparam próximo da média das pessoas, esperado, visto que a amostra foi composta por escolares e não por uma amostra clínica. Desses, o item menos respondido foi 11 “Viver está sendo difícil para mim” que se refere à falta de perspectiva de futuro e por sua vez, o mais respondido foi o item 5 “Pensar em me separar de pessoas que gosto muito me deixa chateado”, referente a carência ou dependência.

Após análise de estrutura interna, optou-se por fazer análises estatísticas relacionando e comparando a amostra por construto, por idade e por sexo. Foram encontradas correlações de magnitude fraca a moderada entre os instrumentos. Quando observado os valores encontrados na EBADEP-IJ e EAR, encontrou-se correlação moderada e negativa ( $r=-0,59$ ;  $p<0,001$ ), como ocorreu também entre a EBADEP-IJ e Kidscreen-52 ( $r=-0,64$ ;  $p<0,001$ ). Os dados obtidos pelo instrumento EBADEP-IJ foram correlacionados com as 10 dimensões propostas pela Kidscreen-52, como pode ser observado na tabela abaixo, foi encontrado resultados estatisticamente significativos e as correlações mantiveram-se entre magnitude fraca e moderada.

Tabela 3.

*Correlações entre a EBADEP-IJ e as dimensões da Kidscreen-52.*

EBADEP-IJ (r)	Dimensões Kidscreen-52
-0,32	Saúde/Atividade Física
-0,46	Sentimentos
-0,50	Estado Emocional
-0,33	Autopercepção
-0,38	Autonomia/Tempo Livre
-0,46	Família/Ambiente Familiar
-0,30	Aspectos Financeiros
-0,31	Amigos/Apoio Social
-0,39	Ambiente Escolar
-0,31	Provocação/Bullying

*p<0,001*

Verificou-se a existência de associação da depressão (EBADEP-IJ) com a autoestima e a qualidade de vida por meio de análise de regressão, constatando-se que a autoestima apresenta uma significativa ( $p<0,001$ ) capacidade preditiva aos níveis de sintomatologia depressiva. A autoestima é capaz de prever ( $\beta = -0,64$ ) o nível da depressão, em relação inversamente proporcional, numa equação que explica 41% da variância ( $r^2 = -0,41$ ).

Além disso, verificou-se a existência de associação da depressão com a qualidade de vida, sendo que a autoestima apresentou capacidade preditiva significativa em relação à sintomatologia depressiva. A qualidade de vida é capaz de prever ( $\beta = -0,45$ ) o nível da depressão em relação inversamente proporcional, numa equação que explica 49% da variância ( $r^2 = 0,49$ ). Para mensurar as possíveis diferenças entre os instrumentos conforme sexo e idade utilizou-se a ANCOVA. Para essa análise, a amostra foi dividida por idade seguindo os parâmetros propostos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Brasil, 2009) e a pontuação da EBADEP-IJ passou a ser dividida pela nota de corte

proposta no manual e descrita no método (por idade e sexo), utilizando apenas o nível de sintomatologia apresentado pelos participantes.

As análises estatísticas mostraram que não houve diferença estaticamente significativa entre a depressão por nota de corte, autoestima e idade (M= 9,53; DP= 4,83 para crianças e M=9,61; DP=4,68 para os adolescentes) ( $F=1,999$ ;  $gl=720$ ;  $p=0,15$ ;  $d=0,11$ ). A mesma análise foi realizada com a depressão, qualidade de vida e idade, como no anterior, nesse construto também não apresentou diferenças significativas (M=818,05; DP=67,67 para crianças e M=797,88; DP=76,56 para adolescentes) ( $F=6,890$ ;  $gl= 720$ ;  $p=0,63$ ;  $d=0,20$ ), mas houve magnitude de efeito na diferença porém considerada de fraca expressão. Tratando-se das variáveis depressão e sexo comparadas com a autoestima (M=9,65; DP=4,75 para o sexo masculino e M= 9,50; DP= 4,76 para feminino) ( $F=1,787$ ;  $gl=720$ ;  $p=0,14$ ;  $d=0,10$ ), foi possível observar que não houve diferença estatisticamente significativa e a magnitude de efeito encontrada é considerada fraca. Porém quando compara-se as mesma variáveis com o construto qualidade de vida (M= 807,84; DP= 71,12 para meninos e M= 804,81; DP=76,06 para meninas) ( $F=7,801$ ;  $gl= 720$ ;  $p=0,005$ ;  $d=0,21$ ) é possível verificar que houve diferença e que a magnitude de efeito foi encontrada, entretanto é considerada fraca. A maior pontuação nos dois construtos foi apresentada pelos meninos, enquanto o sexo feminino apresentou maior pontuação na EBADEP-IJ.

## DISCUSSÃO

Neste estudo foi observado que a EBADEP-IJ apresentou índices satisfatórios e significativos no que se refere à estrutura interna corroborando desta forma com o estudo de Baptista & Gomes (2011) que encontraram valores equiparados com a Escala Baptista de Depressão – versão adulto. Encontrou-se também índices de infit e outfit bem ajustados

(Linacre & Wright, 1994). Os mapas de itens do Fator Positivo e Negativo demonstraram que a média dos itens se encontrou um ponto acima da média das pessoas na escala logit, o que era esperado por se tratar de uma amostra não-clínica.

Em relação ao objetivo proposto, o de investigar a percepção de crianças e adolescentes acerca de si mesmo e do meio em que vive e a relação desse funcionamento com a presença de sintomatologia depressiva, foi observada uma moderada associação entre os construtos de autoestima e depressão, o que vai ao encontro da literatura (Coopersmith, 1989; Heatherton & Wyland, 2003), de modo que quanto maior o nível de sintomatologia depressiva menor a percepção de autoestima (Brockner & Guare, 1983; Tennen & Hezberger, 1987; Kernis, Brockner & Frankel, 1989; Watson & Clarck, 1984).

No que se refere à qualidade de vida, também se verificou a presença de uma moderada relação com a depressão, na medida em que indivíduos que apresentam uma percepção negativa e conflituosa do ambiente que o circunda tendem a uma maior propensão frente ao desenvolvimento do quadro depressivo (Katsching, 1998; Minayo, Hartz, & Buss, 2000; Nahas; 2006; Queiroz, Sá & Assis, 2004).

Ao se correlacionar os construtos de depressão com a percepção da qualidade de vida, verificou-se associações expressivas com fatores referentes à satisfação frente à vida e alegria, sendo que tais resultados corroboram apontamento da literatura científica, sendo que crenças de felicidade, harmonia e satisfação estão comumente associados de forma negativa à depressão (Assis, 2013; Katsching, 1997; Minayo, Hartz, & Buss, 2000; Nahas; 2006). Nesse sentido, a maior magnitude de correlação entre as pontuações da Kidscreen-52 a depressão se deu em itens relacionados a sentimentos de tristeza, desesperança, solidão e estresse, de modo que a percepção que o indivíduo desenvolve de seus sentimentos no

decorrer do crescimento podem ser carregados por toda a vida, desenvolvendo sintomas depressivos ou melhorando sua percepção interior (Elliott et al., 2003).

Referindo-se a ambiente familiar e escolar, em duas dimensões distintas da Kidscreen-52, porém muito ligadas ao suporte familiar e social, também foram encontradas correlações moderadas com a sintomatologia depressiva, o que sugere uma associação entre o quadro patológico e o convívio com pessoas afetivamente significativas, ao tratamento que o indivíduo recebe delas e sobre a felicidade na manutenção desse convívio. Nesse âmbito, a visão que o indivíduo desenvolve de si como também ao ambiente em que está inserido, bem como as questões sócio-ambientais que resultam nas condições do indivíduo lidar com ele e com a situação que o ambiente lhe proporciona podem influenciar no acometimento do quadro de depressão (Katsching, 1998; Minayo, Hartz, & Buss, 2000; Nahas; 2006; Queiroz, Sá & Assis, 2004).

Nesse sentido, autores como Hayden e Klein, (2001) apontam que os fatores externos podem influenciar no desenvolvimento do transtorno depressivo, na medida em que promove situações de intimidação e desajuste, bem como interferir na avaliação que o indivíduo faz e mantém em relação a si. Além disso, tal situação pode acarretar no desenvolvimento de um sentimento ou uma atitude de auto repulsa, o que vai depender do quanto o indivíduo se considera capaz, bem sucedido e com valor próprio (Coopersmith, 1989; Rosenberg, 1989)

Ao que concerne à comparação de grupos, observou-se que os maiores níveis de depressão foram apresentados pelos participantes adolescentes do sexo feminino, em contrapartida os maiores níveis de percepção de autoestima e qualidade de vida foram observados em crianças do sexo masculino. Estes dados vão ao encontro dos estudos realizados por Reppold e Hutz, (2003) e Cruviel e Boruchovitch, (2008), os quais apontam

que adolescentes do sexo feminino tendem a apresentar maior pontuação de sintomatologia depressiva devido a distúrbio hormonais e maior desenvolvimento da autopercepção.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por meio da realização deste estudo foi possível observar que, assim como apontado pela literatura, existe uma relação entre os sintomas de depressão e os construtos de autoestima e depressão. Nesse sentido sugere-se que percepções negativas associadas a autoestima e a qualidade de vida podem ser preditoras da instalação de quadros depressivos. Além disso, verificou-se que a medida avaliativa utilizada no estudo para a avaliação da depressão apresentou propriedades psicométricas adequadas para a população adolescente e infantil. Dentre as limitações da pesquisa aponta-se a ausência de comparações com dados socio demográficos da população investigada, sendo que para estudos futuros sugere-se que tais dados venham a ser considerados.

**REFERÊNCIAS**

- Adriola, W. B. & Cavalcante, L. R. (1999). Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 12(2), 419,428.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Edition. New School Library.
- Aros, M. S. (2008). *Produção científica sobre depressão: análise de resumos 2004-2007*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica, Campinas.
- Avanci, J. Q., Assis, S. G., & Oliveira, R. V. C. (2008). Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(10), 2334-2346.
- Baptista, M. N. (2014). Escala Baptista de Depressão- Versão Infanto-Juvenil (EBADEP-II). *Relatório Técnico não publicado*, Itatiba.
- Baptista, M. N., Gomes, J. O. (2011) Escala Baptista de Depressão (Versão Adulto) - EBADEP-A: evidências de validade de construto e de critério. *Psico-USF*, 16(2), pp. 151-161.
- Barbosa, G. A., Dias, M. R., Gaião, A. A., & Lorenzo, W. C. G. (1996). Depressão infantil: um estudo de prevalência com o CDI. *Infanto*, 3(4), 36-40.
- Battle, J., Jarratt, L., Srnit, S. y Precht, D. (1988). Relations among self-esteem, depression and anxiety of children. *Psychological Reports*, 62, 999-1005.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.

- Bisegger, C.; Cloetta, B.; Von Rueden, U.; Abel, T.; Ravens-Sieberer, U.; (2005). European Kidscreen Group. Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Soz Präventivmed* 50:281-91.
- Bramston, P.; Chipuer, H.; Pretty, G.; (2005) Conceptual principles of quality of life: an empirical exploration. *Journal Intellectual Disability*;49:728-33.
- Brockner, J, & Guare, J. (1983). Improving the performance of low self-esteem individuals: An attributional approach. *Academy of Management Journal*, 26, 642-656.
- Brown, G. W, & Harris, T. O. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. London: Tavistock.
- Calil, H. M. & Pires, M. L. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 240-244.
- Cruvinel, M., Boruchovitch, E., Santos, A. A. A. (2008). Inventário de Depressão Infantil (CDI): análise dos parâmetros psicométricos. *Revista de Psicologia*, 20(2), 473-489.
- Eiser, C.; Morse, R.; (2001) A review of measures of quality of life for children with chronic illness. *Archive Discovery Child*;84:205-11.
- Elliott, T. E., Renier, C. M., Palcher, J. A. (2003) Chronic pain, depression, and quality of life: correlations and predictive value of the SF-36. *Pain Medicine*, 4(4), 331-339.
- Gladis, M. M.; Gosch, E. A.; Dishuk, N.M.; Crits-Cristoph, P.; (2006) Quality of life: expanding the scope of clinical significance. *Journal Consultory Clinic Psychology* 67:320-31.
- Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, J. H., & Gaião, A. (1995). Inventário de depressão infantil- CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44 (7), 345-349.

- Jatobá, J. D. V. N. & Bastos, O. (2007). Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), 171-179.
- Kernis, M. H., Brockner, X., & Frankel, B. S. (1989). Self-esteem and reactions to failure: The mediating role of overgeneralization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 707-714.
- Kernis, M. H., Grannemann, B. D., & Mathis, L. E. (1991). Stability of self-esteem as a moderator of the relation between level of self-esteem and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 80-84.
- Koot, H.M.; (2002). Challenges in child and adolescent quality of life research. *Acta Pediatrica*; 91:265-6.
- Lacerda, A. L. T. [et.al] (2009). *Depressão: do neurônio ao funcionamento social*. Porto Alegre: Artmed.
- Leite, C. A. (2011). *Estudos Preliminares da Escala de Depressão Infanto-Juvenil*. Dissertação de Mestrado, Programa de Estudos Pós Graduação em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.
- Lopez, M. R. A., Ribeiro, J. P., Ores, L. C., Jansen, K., Souza, L. D. M., Pinheiro, R. T., & Silva, R. A. (2011). Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(2), 103-108.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2014) *Depression in Children and Adolescents: A Fact Sheet for Physicians*. [www.nimh.nih.gov/publicat/depchildresfact.cfm](http://www.nimh.nih.gov/publicat/depchildresfact.cfm) .
- Nieger, B. L. & Hopkins, R. W. (1988). Adolescence suicide: Character traits of high-risk teenagers. *Adolescence*, 23, 469-475.

- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento: CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Papakostas, G. I., Petersen, T., Mahal, Y., Mischoulon, D., Nierenberg, A. A., Fava, M. (2004). Quality of life assessments in major depressive disorder: a review of the literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(1),13-17.
- Park, N.; Huebner, E.S.; Laughlin, J.E; Valois, R.F.; Gilman, R; (2004). A cross-cultural comparison of the dimensions of child and adolescent life satisfaction reports. *Society Indices*. 66:61-79.
- Rajmil L, Alonso J, Berra S, Ravens-Sieberer U, Gosch A, Simeoni MC et al. (2006) Use of a children questionnaire of health-related quality of life (KIDSCREEN) as a measure of needs for health care services. *Journal Adolescent Health*; 38:511-8.
- Reppold, C. T., & Hutz, C. S. (2003). Prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes no Rio Grande do Sul. *Avaliação Psicológica*, 2(2), 175,184.
- Roberts, J. E. & Monroe, S. M. (1992). Vulnerable self-esteem and depressive symptoms: Prospective findings comparing three alternative conceptualizations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 804-812.
- Rubio, H. (2002). Relações entre qualidade de vida e estrutura de personalidade em pessoas deprimidas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 3(1), 58-85.
- Semrud-Clikeman, M., & Hynd, G. W. (1991). Review and measure in childhood depression. *School Psychology International*, 12, 275-298.
- Tennen, H., & Herzberger, S. (1987). Depression, self-esteem, and the absence of self-protective attributional biases. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 72-80.

- Varni, J.W.; Burwinkle, T.M.; Lane, M. M.; (2005) Health-related quality of life measurement in pediatric clinical practice: an appraisal and precept for future research and application. *Health Quality of Life Outcomes*. 3:34.
- Von Rueden, U; Gosch, A.; Rajmil, L.; Bisegger, C.; Ravens-Sieberer, U.; (2006) Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *Journal Epidemiologic Community Health* 60:130-5.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.

## CAPÍTULO 4

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância da realização de estudos epidemiológicos acerca da depressão se dá na medida em que confere dados para a confecção de intervenções adequadas e controle de problemáticas relacionadas à saúde (Last, 1995). Nesse sentido, por meio de uma pesquisa em base de dados observou-se uma escassez de estudos epidemiológicos que abordem a depressão em crianças e adolescentes, contexto no qual a justificativa do presente estudo se insere.

No que concerne aos resultados encontrados verificou-se uma maior prevalência sintomatológica em adolescentes do sexo feminino, assim como uma maior frequência de respostas relacionadas à ideação suicida em adolescentes do sexo masculino, dados que vão de encontro com a literatura científica (Cruviel & Boruchovitch, 2008; Cunha, Prieb, & Touginha, 1997; Lima, 1999; Monteiro, 2000; Wichstron, 1999; OMS, 2000; Reppold & Hutz, 2003). Ao lado desses fatores observou-se a existência de relações entre o quadro de depressão e os construtos de autoestima e qualidade de vida, sendo que percepções negativas voltadas a si e ao ambiente vivenciado se relacionaram a uma maior prevalência de sintomatologia apresentada (Brockner & Guare, 1983; Hartz, & Buss, 2000; Kernis, Brockner & Frankel, 1989; Katsching, 1998; Minayo, Hartz, & Buss, 2000; Nahas; 2006; Queiroz, Sá & Assis, 2004; Tennen & Hezberger, 1987; Watson & Clarck, 1984).

Diante das dificuldades para o diagnóstico de crianças e adolescentes, a realização desse trabalho se configura como um fator contribuinte ao aperfeiçoamento de um instrumento psicológico desenvolvido especificamente para a população nacional. Como fatores limitadores, tem-se a não contemplação de crianças com idade inferior a sete anos, na medida em que o instrumento utilizado para a verificação de sintomatologia depressiva

contempla apenas as idades compreendidas entre sete e 18 anos. Desse modo, para estudos futuros sugere-se o desenvolvimento de instrumentais ou medidas avaliativas de depressão para a referida faixa etária. Ademais se aponta a ausência de uma abordagem ampla de dados sociodemográficos da população investigada, na medida em que sugere-se uma maior contemplação desses fatores em estudos futuros.

**REFERÊNCIAS**

- Brockner, J., & Guare, J. (1983). Improving the performance of low self-esteem individuals: An attributional approach. *Academy of Management Journal*, 26, 642-656.
- Cruvinel, M., Boruchovitch, E., & Santos, A. A. A. (2008). Inventário de Depressão Infantil (CDI): análise dos parâmetros psicométricos. *Revista de Psicologia*, 20(2), 473-489.
- Katsching, H. (1997). How useful is the conception of quality of life in psychiatry? In quality of life in Mental disorders, p 3 – 16.
- Kernis, M. H., Brockner, X., & Frankel, B. S. (1989). Self-esteem and reactions to failure: The mediating role of overgeneralization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 707-714.
- Last, J. *A dictionary of epidemiology*. (2ªed). (1988) New York: Oxford University Press.
- Minayo, M. C. S.; Hartz, Z. M. A.; Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*. V. 5, n 1, p. 7 – 18.
- Nahas, M. V. (2006) *Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos sugestões para um estilo de vida ativo*. 4. ed. Londrina
- Queiroz, C. M. B.; Sá, E. N.C.; Assis, M. M. A (2013) Qualidade de vida e políticas Públicas no município de Feira de Santana. *Ciência e Saúde Coletiva*, v 9, 580 – 88.
- Reppold, C. T., & Hutz, C. S. (2003). Prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes no Rio Grande do Sul. *Avaliação Psicológica*, 2(2), 175,184.
- Tennen, H., & Herzberger, S. (1987). Depression, self-esteem, and the absence of self-protective attributional biases. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 72-80.

Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490