

RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES NO CONTEXTO ESCOLAR

Maria da Penha de Lima Coutinho¹, Adriele Vieira Lima Pinto²✉, Jaqueline Gomes Cavalcanti³, Lidiane Silva de Araújo⁴, & Márcio de Lima Coutinho⁵

¹Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Psicologia/Centro de Ciências Humanas Letras e Artes. CEP: 58051-900, João Pessoa, Brasil. e-mail: mplcoutinho@gmail.com; ²Adriele Vieira Lima Pinto, Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Psicologia/Centro de Ciências Humanas Letras e Artes. João Pessoa, Brasil. e-mail: adri.vlp8@gmail.com; ³Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Psicologia/Centro de Ciências Humanas Letras e Artes. João Pessoa, Brasil, CEP: 58051-900, gomes. e-mail: jaqueline@gmail.com; ⁴Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Psicologia/Centro de Ciências Humanas Letras e Artes. João Pessoa, Brasil, CEP: 58051-900. e-mail: lidianearaujojp@gmail.com; ⁵Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde/Departamento de Psicologia, Campina Grande, Brasil, CEP: 58429-500. e-mail: coutholmarcio@gmail.com

RESUMO: O estudo teve como objetivo principal verificar a relação entre depressão e qualidade de vida (QV) de adolescentes no contexto escolar. Para tanto, foi necessário conhecer a prevalência de sintomatologia depressiva, analisar a correlação da depressão com a qualidade de vida e comparar os grupos que apresentaram ausência e presença de sintomatologia depressiva. Participaram 204 adolescentes, com idades de 12 a 18 anos, ($M = 14,99$; $SD = 1,92$) maioria do sexo feminino (53,4%), de escolas públicas de João Pessoa-PB, os quais responderam ao Inventário de Depressão Infantil (CDI), ao questionário de QV (Kidscreen-52) e um questionário sociodemográfico. Os dados foram submetidos a estatísticas descritivas e inferenciais. Os resultados demonstraram que 8,3% dos adolescentes tinham indicativos de sintomatologia depressiva. As pontuações do CDI foram negativas e significativamente correlacionadas com todos os domínios de QV, sendo que as correlações mais fortes foram com os fatores: *estado emocional* ($r = -0,54$), *sentimentos* ($r = -0,65$) e *família e ambiente familiar* ($r = -0,54$). Quanto a comparação dos grupos com ausência e presença de sintomatologia, houve diferenças estatisticamente significativas nos domínios, *família e ambiente familiar* e, *provocações/bullying*. O que confirma que a depressão influencia negativamente a QV dos adolescentes.

Palavras chave: depressão; sintomatologia depressiva; qualidade de vida; adolescentes.

RELATION BETWEEN DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE OF ADOLESCENTS IN SCHOOL CONTEXT

ABSTRACT: The study aimed to verify the relation between depression and quality of life (QOL) of adolescents in school context. Specifically, to know the prevalence of depressive symptomatology; to analyze the correlation of depression with quality of life

✉ Avenida Alberto de Brito, nº 845, Jaguaribe; CEP: 58015-320. Telf.: (83)99665-1339. E-mail: adrielevieira_8@hotmail.com.

and to compare groups with and without depressive symptomatology. We had the participation of 204 adolescents, between 12 and 18 years old ($M = 14,99$; $SD = 1,92$), mostly females (53,4%), from public schools of João Pessoa, Paraíba, which responded to the Children's Depression Inventory (CDI), the QV questionnaire (Kidscreen-52) and a sociodemographic questionnaire. Data were submitted to descriptive and inferential statistics. The results concerning the prevalence of depressive symptomatology shows the presence of 8,3 from the total sample. About the correlation between the domains of QOL and depressive prevalence, we noticed negative ones, the strongest being in emotional state, feelings and family/familiar environment domains. In relation of the comparative between adolescents with and without depressive symptomatology, we found statistically relevant differences in family/familiar environment and provocation/bullying. In the first domain, adolescents with no indication of depressive symptomatology showed higher averages in familiar interaction instead of the ones which demonstrated symptomatology, denoting better quality of family life. In provocation/bullying domain, people without depressive symptomatology had better averages, indicating the higher the social acceptance is, the lower the feeling of fear, rejection and anxiety towards your respective equals will be. Therefore, it is expected this study contributes for a wider comprehension about the relation between depression and QOL constructs in the adolescence's school context.

Keywords: depression, depressive symptomatology, quality of life, adolescent.

Recebido em 05 de Maio de 2016/ Aceite em 07 de Novembro de 2016

Considerada um fenômeno complexo e multidimensional, a depressão afeta diretamente a saúde mental, a qualidade de vida e a vida social do indivíduo como um todo. Trata-se de um dos problemas de saúde mais prevalentes em todo o mundo, acarretando isolamento social, constituindo fator de risco para suicídios, além de ser responsável por número crescente de afastamentos laborais (Braga & Dell'Aglío, 2013; Coutinho & Vieira, 2010; Cruwys, Haslam, Dingle, Haslam & Jetten, 2014).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a depressão está entre as doenças mais comuns, nocivas e que causam mais custos sociais atualmente (Bahls & Bahls, 2003). O fenômeno em tela pode acometer pessoas em qualquer fase da vida, no entanto, há indicativos de aumento significativos desse transtorno durante a adolescência e no início da vida adulta, sendo mais comum no sexo feminino (Bahls & Bahls, 2002; Dell'Aglío & Hutz, 2004; Gavin, Reisdorfer, Gherardi-Donato, Reis & Zanetti, 2015).

Conforme apontado na pesquisa de Cardoso, Rodrigues e Vilar (2004), cerca de 11,2% do total de 570 adolescentes portugueses apresentaram índices significativos de sintomatologia depressiva, 7,02% dos quais eram do sexo feminino. Neste sentido, Bahls e Bahls (2003) destacam que a estimativa de depressão maior em adolescentes (prevalência-ano), pode variar de 3,3 a 12,4%, com predomínio do sexo feminino. Corroborando esses estudos, no nordeste brasileiro, foram identificados índices de sintomatologia depressiva em torno de 11% em amostras infanto-juvenis (Coutinho, 2005; Coutinho, Carolino, & Medeiros, 2008; Damião, Coutinho, Carolino & Ribeiro, 2011).

De acordo com a literatura, os adolescentes com depressão não apenas se queixam de tristeza, mas também apresentam mudanças de humor, culminando em crises frequentes de explosão de raiva, que levam ao desgaste da saúde física e emocional, prejuízos no convívio social, na

aprendizagem, e ideias e tentativas frequentes de suicídio (Bahls & Bahls, 2002; Coutinho & Vieira, 2010; Silva, 2010; Minayo, 2005; 2006).

Nesta direção, constitui fator de risco com maior incidência de morte por suicídio neste segmento, sendo associada, ainda, a alta comorbidade, transtornos de ansiedade, transtornos alimentares, abuso sexual, estressores sociais e conflitos familiares (Braga & Dell’Aglío, 2013; Coutinho & Vieira, 2010).

Na adolescência, a pessoa com depressão é comumente representada como àquela que vivencia carência afetiva, a exemplo de não possuir amigos, sentimentos de rejeição, solidão, baixa autoestima, falta de amor, desvalorização e isolamento social (Coutinho, 2005; Oliveira, Ribeiro, Araújo & Coutinho, 2006; Ribeiro, Oliveira, Coutinho & Araújo, 2007).

Associados a isso, estudos sugerem que a prevalência da depressão no contexto da adolescência possui relação direta com fatores biopsicossociais, entre eles, destacam-se a socialização, apoio social e familiar, ocorrência de sintomas psicossomáticos, aspectos ligados à satisfação com a vida e ao bem-estar emocional, físico e psicológico (Aragão, Coutinho, Araújo & Castanha, 2009; Araújo, Costa & Blank, 2009; Bahls & Bhals, 2002; 2003; Schwan & Ramires, 2011).

Alguns fatores de risco e de proteção podem contribuir para aumentar ou diminuir a incidência da depressão no contexto da adolescência. A promoção da autoestima, suporte social, cooperação, autonomia, integração familiar-afetiva e auto eficácia constituem fatores protetivos em relação à doença (Brasil, 2008). Por outro lado, dentre os fatores principais para o aumento da depressão nesta população, destacam-se a depressão entre os pais, negligência, uso de substâncias psicoativas e abuso sexual na infância (Bhals & Bhals, 2002; Baptista, Baptista & Dias, 2001).

Concomitantemente, essas condições propiciam experiências de vulnerabilidade, fazendo com que os adolescentes vivenciem transformações emocionais e comportamentais expressivas, podendo ocasionar mudanças na percepção da sua qualidade de vida (QV) (Aragão, Coutinho, Araújo & Castanha, 2009; Damião, Coutinho, Carolino & Ribeiro, 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, “qualidade de vida é a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (como citado em Fleck 2008, p.25). Neste sentido, a QV é um construto subjetivo que abrange diferentes perspectivas, o que evidencia a necessidade de explorar os diferentes fenômenos que estão interligados a ele (Gaspar, Matos, Pais-Ribeiro, Leal & European KIDSCREEN Group, 2008; Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2006; Moreira et al., 2014, Soares et al., 2011).

Nas últimas décadas, o conceito de qualidade de vida tem sido alvo de investigação nas áreas de ciências da saúde e sociais e, embora haja diferentes definições, existe um consenso de que se trata de conceito multidimensional, que inclui bem-estar (material, físico, social, emocional e produtivo) e satisfação em várias áreas da vida (Almeida, Gutierrez & Marques, 2012; Gaspar et al., 2006; Soares et al., 2011). Na área da saúde, o interesse pelo conceito QV é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas nessa área de conhecimento (Pereira, Teixeira & Santos, 2012). Os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos; assim, saúde e doença configuram processos compreendidos como um *continuum*, relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilos de vida.

Nessa perspectiva, a partir do estudo desenvolvido por Gaspar e colaboradores (2008) acerca da QV de crianças e adolescentes é possível fomentar ações preventivas no contexto da depressão. Uma vez que a literatura aponta que esses construtos estão correlacionados (Aragão, Coutinho, Araújo & Castanha, 2009, Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2006; Moreira et al., 2014; Minayo, 2005).

No contexto da adolescência, não há uma definição harmônica e clara sobre a QV (Rajmil et al, 2004). Não obstante, é consensual que o construto compreende diversos aspectos, como: físicos, psicológicos, mentais e funcionais do bem estar dos atores sociais (Ravens-Sieberger et al., 2005). Em comparação aos estudos sobre a QV dos adultos, o grupo de adolescentes tem recebido escassa atenção (Haraldstad, Christophersen, Eide, Nativg & Helseth, 2011). Apesar desse grupo ser considerado uma população vulnerável, uma vez que vivencia uma fase sensível de transição e desenvolvimento (Aberastury & Knobel, 1988), compreende-se que a QV do jovem pode ser a base para seu bem estar na idade adulta (Bisegger et al., 2005).

Considerada um período de transição entre a infância e a vida adulta, a adolescência demarca uma fase de impulsos no desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social do indivíduo, além de esforços que são comumente investidos para alcançar as expectativas culturais impostas pela sociedade em que vive (Davim et al., 2009; Schoen-Ferreira & Aznar-Farias, 2010). Considerando essa realidade e as evidências de que distúrbios psicológicos nesse período se encontram relacionados à depressão e problemas no ambiente familiar, social e escolar, ressalta-se a importância de investigações que visem elucidar as condições psicológicas para que intervenções sejam mais efetivas na melhoria da QV desse segmento da população (Coutinho, 2005; Bahls & Bahls, 2002).

Neste direcionamento, tendo em vista que a QV do adolescente pode ser afetada por vários fatores – pessoais, familiares, socioeconômicos, étnicos e relacionais – (Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2006), a depressão emerge como variável de interferência importante na QV, assunto que dá sustentação ao presente artigo.

Portanto, o estudo em tela propôs verificar a relação entre depressão e QV de adolescentes escolares. Utilizou-se de uma abordagem quantitativa com a finalidade de alcançar a prevalência da sintomatologia depressiva na amostra total de participantes, analisar a correlação da depressão com a QV, e comparar os grupos que apresentaram ausência e presença de sintomatologia depressiva, em função das dimensões da QV.

MÉTODO

Participantes

A pesquisa contou com 204 estudantes, desses, 53,4% do sexo feminino, de escolas públicas que cursavam o Ensino Fundamental II (N= 76) ou o Ensino Médio (N= 128) regular na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Participaram da pesquisa alunos entre 12 a 18 anos de idade (M= 14,99; SD= 1,92) utilizou-se este critério devido a classificação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que estabelece em seu artigo 2º, das disposições preliminares, a definição do início e o término da adolescência como o período entre doze e dezoito anos de idade.

Material

Questionário sociodemográfico. Este instrumento foi utilizado com o objetivo de se obter informações acerca dos participantes, compreendendo as variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, cor da pele, série que estavam cursando...) para fins de criar um perfil dos adolescentes.

Questionário KIDSCREEN-52 (disponível na versão para crianças/adolescentes e na versão pais/tutores) avalia a QV relacionada à saúde de crianças e adolescentes, composto por cinquenta e dois itens direcionados à percepção de dez dimensões: saúde física, sentimentos, estado de humor, autopercepção, ambiente familiar, questões econômicas, amizades, tempo livre, ambiente escolar e *bullying*. Este questionário foi desenvolvido através do projeto *Screening and Promotion for Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents – A European Public Health Perspective*, nos anos de 2001-2004, com a participação de 13 países europeus. Guedes & Guedes (2011) foram os responsáveis pela tradução e adaptação do questionário à população brasileira. Para este artigo foi aplicada apenas a versão para crianças e adolescentes.

Inventário de depressão infantil (CDI-20) elaborado por Kovacs (1992) e adaptado à população brasileira por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995). Este instrumento é utilizado para o rastreamento da sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes na faixa etária de sete a dezessete anos. Como ponto de corte para o indicativo de sintomatologia depressiva, utiliza-se a pontuação igual ou superior a 17 pontos. O instrumento é composto por 20 itens que englobam três opções de respostas contendo a seguinte pontuação: a = 0 pontos; b = 1 ponto e c = 2 pontos.

Análise dos dados

Os instrumentos foram processados e analisados com o auxílio do IBM SPSS (versão 21). Os dados do questionário sociodemográfico por meio de estatística descritiva e, os demais instrumentos *Kidscreen-52* e o CDI por correlações *r-pearson*. Por fim, foi realizado teste T-Student com o intuito de estabelecer uma comparação entre o grupo com ausência e presença de sintomatologia depressiva, em função dos fatores do instrumento de QV.

Procedimento

Foram atendidos todos os preceitos éticos preconizados pela Resolução 466/2012, do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Foram explicitados os objetivos pertinentes ao estudo, além de garantido o sigilo das respostas dadas pelos participantes. A aplicação da pesquisa foi realizada de forma coletiva, nas dependências da instituição escolar. Os adolescentes participaram da pesquisa após a assinatura do termo de consentimento pelos pais e/ou responsáveis, e da sua autorização, através da assinatura do termo de assentimento do menor.

RESULTADOS

As propriedades psicométricas dos instrumentos adotados no estudo demonstraram escores satisfatórios que corroboram estudos prévios. O Inventário de Depressão Infantil (CDI), instrumento utilizado para avaliar a depressão, apresentou uma consistência interna de $\alpha = 0,87$, medida através do α de Cronbach. A média encontrada na escala foi de 7,76 ($SD=6,43$), demonstrando resultados equivalentes aos obtidos nos estudos de Coutinho, Oliveira, Pereira e Santana (2014) e Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995).

O *Kidscreen-52* que avalia a QV de crianças e adolescentes apresentou uma média de 181,35 ($SD=35,38$) os valores de consistência interna de cada dimensão foram: saúde e atividade física

($\alpha=0,75$); sentimentos ($\alpha=0,89$); estado emocional ($\alpha=0,88$); auto percepção ($\alpha=0,67$); autonomia e tempo livre ($\alpha=0,84$); família/ambiente familiar ($\alpha=0,88$); aspectos financeiros ($\alpha=0,66$); amigos e apoio social ($\alpha=0,65$); ambiente escolar ($\alpha=0,81$) e; provocações/*bullying* ($\alpha=0,72$). Esses valores de consistência interna corroboram estudos anteriores (Guedes & Guedes, 2011; Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2006).

A partir da análise do CDI, isto é, considerando-se os participantes com pontuação igual ou superior ao ponto de corte (17), observou-se que 8,3% dos adolescentes apresentaram indicativo de sintomatologia depressiva.

A Tabela 1 apresenta a distribuição de frequências absolutas e percentuais do perfil sociodemográfico geral dos participantes (N=204) e, as frequências absolutas e percentuais do grupo de adolescentes com sintomatologia depressiva (n=17), em função da amostra geral.

Tabela 1.

Distribuição de frequências (absolutas e percentuais) da amostra geral e do grupo de adolescentes com sintomatologia depressiva (N=204; n=17).

Variável	Níveis	F.A. Geral (N= 204)	F.P. Geral	F.A. S.D. (n= 17)	F.P. S.D.
Sexo	Feminino	109	53,4%	11	5,38%
	Masculino	95	46,6%	6	2,94%
Escolaridade	Fundamental	76	37,3%	7	3,43%
	Ensino Médio	128	62,7%	10	4,89%
Idade	12 a 13 anos	57	27,9%	5	2,44%
	14 a 15 anos	38	18,6%	4	1,95%
	16 a 18 anos	109	53,4%	8	3,91%
Repetiu de ano?	Sim	48	23,6%	6	2,95%
	Não	155	76,4%	11	5,42%
Relacionamento com os colegas	Bem	145	71,1%	5	2,45%
	Razoável	58	28,4%	11	5,38%
	Mal	1	0,5%	1	0,5%
Relacionamento com os professores	Bem	117	57,4%	6	2,94%
	Razoável	83	40,7%	9	4,41%
	Mal	4	2,0%	2	1%
Satisfeitos com o próprio corpo?	Sim	142	70,4%	3	1,48%
	Não	60	29,6%	13	6,41%

Nota. (F.A. Geral) Frequência absoluta da amostra geral; (F.P. Geral) Frequência percentual da amostra geral; (F.A.S.D.) Frequência absoluta do grupo com sintomatologia depressiva; (F.P.S.D.) Frequência percentual do grupo com sintomatologia depressiva em função da frequência percentual geral.

A maior ocorrência de sintomatologia depressiva foi constituída pelo sexo feminino (n=11), ensino médio (n=10) e faixa etária de 16 a 18 anos (n=8). Dos 48 adolescentes da amostra geral que afirmaram repetir de ano, cerca de 6 pertenciam ao grupo de sintomatologia. Quanto aos relacionamentos com colegas e professores, de acordo a prevalência de respostas (bem, razoável ou mal), cerca de 11 adolescentes classificaram como razoável sua relação com os demais colegas e, 9 classificaram como razoável sua relação com os professores. Na variável “*satisfação com o próprio corpo*”, cerca de 13, dos 17 alunos com sintomatologia depressiva afirmaram não se sentirem satisfeitos com o seu corpo.

Correlação entre CDI e Kidscreen-52

Na Tabela 2 são apresentadas as correlações obtidas através do teste de Pearson, entre o CDI e os fatores de QV, *Kidscreen-52*. As pontuações do CDI foram negativas e significativamente associadas com todos os domínios de QV, tendo sido observadas as correlações mais fortes com os fatores: (3), (5) e (7) que correspondem respectivamente as percepções dos adolescentes sobre seu *estado emocional, sentimentos e família/ambiente familiar*.

Tabela 2.

Correlações entre o CDI e as dimensões que compõem o Kidscreen-52

	CDI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
CDI	-										
1	-0,35**	-									
2	-0,38**	0,31**	-								
3	-0,54**	0,35**	0,46**	-							
4	-0,40**	0,62	0,33**	0,28**	-						
5	-0,65**	0,25**	0,42**	0,52**	0,58**	-					
6	-0,45**	0,22**	0,37**	0,38**	0,48**	0,63**	-				
7	-0,54**	0,17*	0,42**	0,47**	0,34**	0,63**	0,59**	-			
8	-0,33**	0,27*	0,41**	0,30**	0,19**	0,39**	0,43**	0,40**	-		
9	-0,40**	0,26**	0,28**	0,17*	0,34**	0,43**	0,51**	0,41**	0,33**	-	
10	-0,33**	0,87	0,28**	0,23**	0,35**	0,47**	0,37**	0,33**	0,28**	0,40**	-

Nota. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$. (1) Provocações/bullying; (2) Auto percepção; (3) Estado Emocional; (4) Saúde e atividade física; (5) Sentimentos; (6) Autonomia e tempo livre; (7) Família/ambiente familiar; (8) Aspectos financeiros; (9) Amigos e apoio social; (10) Ambiente Escolar.

DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA NA ADOLESCÊNCIA

Neste sentido, a correlação do CDI com o domínio *estado emocional* ($r=-0,54$), indicou que quanto maior for a presença de sintomatologia depressiva no adolescente mais comprometido será seu bem-estar psicológico, inibindo os sentimentos e emoções como alegria, felicidade e boa disposição. A correlação com o fator *sentimentos* ($r=-0,65$), indicou que quanto maior for a presença de sentimentos depressivos, como solidão e tristeza, menor será a disposição para emoções e sentimentos positivos. A correlação com o domínio *família/ ambiente familiar* ($r=-0,54$), indicou que quanto menor for o suporte familiar afetivo do adolescente, maiores serão as chances dele ser acometido pela depressão.

Neste mesmo sentido, os resultados da Tabela 3 demonstraram diferenças estatisticamente significativas, quanto ao grupo com ausência de sintomatologia depressiva em relação à dimensão *família/ambiente familiar* [$t(199) = 0,03$; $p < 0,05$]. Os adolescentes que não apresentaram indicativos de sintomatologia depressiva tiveram maiores médias nesse fator, o que indica que este grupo tende a apresentar melhor qualidade nas interações familiares em detrimento dos que apresentam sintomatologia depressiva.

Tabela 3.

Comparação das médias dos fatores do Kidscreen-52 em função da variável ausência ou presença de sintomatologia depressiva.

Dimensões	Ausência		Presença		t	gl	P
	M	DP	M	DP			
Saúde e atividade Física	63,54	18,12	44,70	22,13	-4,02	201	0,49
Sentimentos	75,81	18,21	35,88	13,82	-8,80	200	0,21
Estado emocional	69,43	17,88	41,17	18,98	-6,20	200	0,44
Auto percepção	70,75	15,97	52,75	16,92	-4,30	197	0,85
Autonomia e tempo livre	73,76	19,26	47,25	17,23	-5,31	195	0,35
Família/ambiente familiar	74,25	19,10	41,37	13,88	-9,00	199	0,03*
Aspecto financeiro	62,58	27,36	37,08	26,66	-3,58	197	0,77
Amigos e apoio social	73,51	22,72	46,27	22,66	-4,73	200	0,33
Ambiente escolar	69,42	15,53	52,74	17,44	-4,19	201	0,35
Provocação/bullying	81,03	17,44	58,82	26,16	-3,43	201	0,002**

Nota. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Outro fator da QV que se diferenciou significativamente entre o grupo de adolescentes com ausência e presença de sintomatologia foi *provocações/bullying* [$t(201) = 0,002$; $p < 0,01$]. Nesta dimensão, os adolescentes com ausência de sintomatologia depressiva pontuaram maiores médias, o que indica que quanto maior a aceitação social, menor será o sentimento de medo, rejeição e ansiedade em direção aos pares.

Por outro lado, as demais dimensões do construto qualidade de vida: *saúde e atividade física* [$t(201) = 0,49$; $p > 0,05$], *sentimentos* [$t(200) = 0,21$; $p > 0,05$], *estado emocional* [$t(200) = 0,44$; $p > 0,05$], *auto percepção* [$t(197) = 0,85$; $p > 0,05$], *autonomia e tempo livre* [$t(195) = 0,35$; $p > 0,05$], *aspectos financeiros* [$t(197) = 0,77$; $p > 0,05$] e *ambiente escolar* [$t(201) = 0,35$; $p > 0,05$], não apresentaram diferenças significativas entre os grupos em função da presença ou ausência de sintomatologia da depressão.

DISCUSSÃO

Os resultados corroboram de uma forma geral a evidência científica sobre o impacto negativo da depressão na QV dos adolescentes. Neste sentido, os achados apontam para o índice de prevalência de sintomatologia depressiva mais acentuada no sexo feminino, o qual é recorrente no âmbito da literatura (Aragão, Coutinho, Araújo & Castanha, 2009; Bahls & Bahls, 2003; Braga & Dell’Aglío, 2013; Coutinho, 2005; Dell’Aglío & Hutz, 2004). Esses autores destacam a diferença entre a manifestação depressiva de adolescentes do sexo feminino e masculino, indicando que as meninas tendem a apresentar sintomas mais subjetivos (desânimo, raiva, solidão, angústia), mais preocupação com a popularidade, menos satisfação com o corpo e baixa autoestima. Enquanto que os meninos apresentam mais problemas de conduta, abuso de substâncias e sentimentos de repulsa e desconsideração.

A depressão, avaliada através do Inventário de Depressão Infantil (CDI), apresentou correlações negativas e estatisticamente significativas, com todos os domínios de QV: *saúde física, sentimentos, estado de humor, autopercepção, ambiente familiar, questões econômicas, amizades, tempo livre, ambiente escolar e bullying*. Sendo os mais afetados: *estado emocional, sentimentos e família/ambiente familiar*.

De fato, tais resultados confirmam os direcionamentos de alguns autores que preconizam que os adolescentes acometidos da depressão apresentam diminuição significativa do seu bem-estar físico, psicológico, menos suporte familiar afetivo, mais sentimentos de solidão, angústia, desesperança e tristeza (Bahls & Bahls, 2002; Coutinho, 2005; Gaspar, Matos, Ribeiro & Leal, 2006).

No aspecto *família/ambiente familiar*, em consonância, Reppold e Hutz (2003) demonstraram que todos os adolescentes que apresentaram escores indicativos de provável diagnóstico de depressão referiram-se à baixa responsividade parental. Esse resultado indica que a disponibilidade familiar influencia a autopercepção do adolescente e as formas de enfrentamento das situações estressantes, repercutindo diretamente sobre o desenvolvimento dos transtornos afetivos. Em contrapartida, Baptista, Baptista e Dias (2001) apontam que o comprometimento da QV e bem-estar subjetivo dos pais debilita o sistema de suporte familiar, afetando negativamente a qualidade afetiva dos relacionamentos familiares com os adolescentes.

Semelhante resultado se deu na comparação das médias dos grupos de adolescentes com ausência e presença de sintomatologia depressiva em função dos domínios da QV. Diferenças estatisticamente significativa foram encontradas no grupo com ausência de sintomatologia depressiva em relação à dimensão *família/ambiente familiar*, indicando que este grupo apresenta melhor qualidade nas interações familiares em detrimento do grupo com sintomatologia depressiva.

Outro domínio que apresentou diferenças estatisticamente significativas nos grupos de adolescentes, foi *provocações/bullying*, indicando maiores médias entre os adolescentes que não apresentaram sintomatologia depressiva. Este achado sugere que o adolescente com sintomatologia depressiva tem mais contato com esse tipo de violência, vivenciando mais sentimento de rejeição, medo, raiva e ansiedade em relação a seus pares.

De acordo com Silva (2010), a sintomatologia depressiva está presente nas consequências que o *bullying* acarreta às vítimas, bem como àquelas que assistem à violência e o próprio agressor. Além disso, compreende-se que um ambiente escolar com forte presença da violência provoca tensão nos escolares, por conseguinte desgaste da saúde física e emocional, prejuízos no convívio social e na aprendizagem (Bandeira & Hutz, 2012; Calbo et al., 2009; Malta et al., 2010; Minayo, 2006).

Apesar dos demais fatores de QV não apresentaram diferenças significativas em função da ausência ou presença de sintomatologia depressiva (*saúde e atividade física, sentimentos, estado emocional, auto percepção, autonomia e tempo livre, aspectos financeiros e ambiente*

escolar), estudos apontam para implicações negativas na QV geral dos adolescentes, em função da presença da sintomatologia depressiva (Aragão, Coutinho, Araújo & Castanha, 2009; Cardoso, Rodrigues & Vilar, 2004; Ribeiro, Oliveira, Coutinho & Araújo, 2007).

No tocante, entende-se que o próprio conceito de QV abarca diferentes perspectivas e possui significado subjetivo. Neste sentido, outros estudos deverão ser realizados, utilizando abordagem multimétodos, levando em consideração amostras mais amplas e sua relação com demais construtos.

Por fim, espera-se que o estudo tenha contribuído para a compreensão da relação entre depressão e QV no contexto da adolescência, e de igual modo ter fornecido informações pertinentes para elaboração de políticas públicas nas áreas social e da saúde.

AGRADECIMENTOS

Este estudo faz parte de um projeto maior, financiado pelo CNPq, que vem sendo desenvolvido pelo Núcleo de Pesquisa – Aspectos Psicossociais de Prevenção e Saúde Coletiva (NPASPPSC) da UFPB.

REFERÊNCIAS

- Aberastury, A., & Knobel, M. (1988). *Adolescência Normal*. Porto Alegre: Artmed.
- Almeida, M. A. B., Gutierrez, G. L., & Marques, R. (2012). *Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa*. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP.
- Aragão, T. A., Coutinho, M. P. L., Araújo, L. F. & Castanha, A. R. (2009). Uma perspectiva psicossocial da sintomatologia depressiva na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 395-405.
- Araújo, E. D. S., Costa, A. J. S., & Blank, N. (2009). Aspectos psicossociais de adolescentes de escolas públicas de Florianópolis/SC. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, 19(2), 219-225. Retirado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822009000200003&lng=pt&tlng=pt
- Bahls, S. C., & Bahls, F. R. C. (2002). Depressão na adolescência: características clínicas. *Interação em Psicologia*, 6(1), 49-57.
- Bahls, S. C., & Bahls, F. R. C. (2003). Psicoterapias da depressão na infância e na adolescência. *Revista estudos de Psicologia*, 20(2), 25-34. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2003000200003>.
- 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*. [online], 21(2), 52-61. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932001000200007>.
- Bisegger C., Cloetta B., von Rueden, U., Abel T., Ravens-Sieberer, U., & European Kidscreen Group (2005). Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence.

- Sozial-und Praventivmedizin*, 50(5), 281-291. Recuperado em 25 de março de 2016, de <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16300172>>. doi: [10.1007/s00038-005-4094-2](https://doi.org/10.1007/s00038-005-4094-2)
- Braga, L. L., & Dell’Aglío, D. D. (2013). Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos*, 6(1), 2-14. doi: 10.4013/ctc.2013.61.01
- Brasil (2008). *Diretrizes assistenciais para a saúde mental na saúde suplementar*. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS.
- Calbo, A. S., Busnello, F. B., Rigoli, M. M., Shaefer, L. S. & Kristensen, C. H. (2009). Bullying na escola: comportamento agressivo, vitimização e conduta pró-social entre pares. *Contextos Clínicos*, 2(2), 73-80. Retirado de: <http://docplayer.com.br/8242540-Bullying-na-escola-comportamento-agressivo-vitimizacao-e-conduta-pro-social-entre-pares.html>
- Cardoso, P., Rodrigues, C., & Vilar, A. (2004). Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 4(22), 667-675. Retirado de: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/264/pdf>
- Coutinho, M. P. L. & Vieira, K. F. L. (2010). Depressão e comportamento suicida: reflexões psicossociais acerca da interligação entre os fenômenos. In V.L.R. Luna & Z.A. Nascimento (Org.). *Desafios da Psicologia Contemporânea*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB.
- Coutinho, M. P. L. (2005). *Depressão infantil e representação social*. João Pessoa: Ed. Universitária UFPB.
- Coutinho, M. P. L., Carolino, Z. C. G., & Medeiros, E. D. (2008). Inventário de Depressão Infantil (CDI): evidências de validade de constructo e consistência interna. *Avaliação Psicológica*, 7(3), 291-300. Retirado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167704712008000300004&lng=pt&tlng=pt.
- Coutinho, M. P. L., Oliveira, M. X., Pereira, D. R., & Santana, I. O. (2014). Indicadores psicométricos do Inventário de Depressão Infantil em amostra infanto-juvenil. *Avaliação Psicológica*, 13(2), 269-276. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167704712014000200014&lng=pt&tlng=pt.
- Cruwys, T., Haslam, S. A., Dingle, G. A., Haslam, C. & Jetten, J. (2014). Depression and social identity: an integrative review. *Personality and Social Psychology Review*, 18(3) 215–238.
- Damião, N. F., Coutinho, M. P. L., Carolino, Z. C. G. & Ribeiro, K. C. S. (2011). Representações sociais da depressão no ensino médio: um estudo sobre duas capitais. *Psicologia & Sociedade*, 23 (1), 114-124. doi:10.1590/S0102-71822011000100013
- Davim, R. M. B., Germano, R. M., Menezes, R. M. V., & Carlos, D. J. D. (2009). Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. *Revista Rene*, 10(2), 131-40. Retirado de: http://www.revistarene.ufc.br/vol10n2_pdf/a15v10n2.pdf
- Dell’Aglío, D. D., & Hutz, C. S. (2004). Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 341-350. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v17n3/a08v17n3.pdf>
- Fleck, M. P. A. (2008). Problemas conceituais em qualidade de vida. In M. P. A. Fleck (Org.). *A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde* (pp. 19-28). Porto Alegre: Artmed.
- Gaspar, T., Matos, M. G., Ribeiro, J. L. P., & Leal, I. (2006). Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(2), 47-60. Retirado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000200005&lng=pt&tlng=pt.

- Gaspar, T., Matos, M. G., Ribeiro, J. L. P., & Leal, I. (2006). Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(2), 47-60. Retirado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180856872006000200005&lng=pt&tlng=pt
- Gavin, R., Reisdorfer, E., Gherardi-Donato, E., Reis, L., & Zanetti, A. (2015). Associação entre depressão, estresse, ansiedade e uso de álcool entre servidores públicos. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, 11(1), 2-9. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v11i1p2-9>
- Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, H. J. F., & Gaião, A. A. (1995). Inventário de depressão infantil - CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(7), 345-349. Retirado de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=306943&indexSearch=ID>
- Guedes, D. P., & Guedes, J. E. R. P. (2011). Tradução, adaptação transcultural e propriedades psicométricas do Kidscreen-52 para a população brasileira. *Revista Paulista de Pediatria*, 29(3), 364-71. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406038938010>
- Haraldstad, K., Christophersen, K.-A., Eide, H., Nativg, G. K. and Helseth, S. (2011), Predictors of health-related quality of life in a sample of children and adolescents: a school survey. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3048–3056. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03693.x.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. Los Angeles: Western
- Malta, C. D., Silva, M. A. I., Mello, F. C. M., Monteiro, R. A., Sardinha, L. M. V., Crespo, C., Carvalho, M. G. O., Silva, M. M. A., & Porto, D. L. (2010). Bullying in Brazilian schools: results from the National School-based Health Survey (PeNSE), 2009. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Suppl. 2), 3065-3076. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000800011>
- Minayo, M. C. S. (2005). Relaciones entre procesos sociales, violencia y calidad de
- Minayo, M. C. S. (2006). *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Moreira, R. M., Boery, E. N., Oliveira, D. C., Sales, Z. N., Boery, R. N. S. O., Teixeira, J. R. B., Ribeiro, I. J. S., & Mussi, F. C. (2015). Representações Sociais de adolescentes sobre qualidade de vida: um estudo de base estrutural. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 49-56. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014201.20342013>
- Oliveira, J. S. C., Ribeiro K. C. S., Araújo, L. F., & Coutinho, M. P. L. (2006). Representações sociais da depressão elaboradas por crianças com sintomatologia depressiva. *Mudanças Psicologia da Saúde*, 14 (2), 160-170. Doi: 10.15603/2176-1019/mud.v14n2p160-170
- Pereira, E. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 26(2), 241-250. doi:10.1590/S1807-55092012000200007
- Psychological Services.
- Rajmil, L.; Herdman, M.; Sanmamed, M.; Detmar, S.; Bruil, J.; Ravens - Sieberer, U.; Bollinger, M.; Simeoni, M.; Auquier, P., & the KIDSCREEN group (2004). European Generic health-related quality of life instruments in children and adolescents: a qualitative analysis of content. *Journal of Adolescent Health*, 34, 37-45. doi: [10.1016/S1054-139X\(03\)00249-0](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(03)00249-0)
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., ... & KIDSCREEN Group, E. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Value in health*, 11(4):645-58. doi: 10.1111/j.1524-4733.2007.00291.x.
- Reppold, C. T., & Hutz, C. S. (2003). Prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes no Rio Grande do Sul. *Avaliação Psicológica* [online]. Retirado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167704712003000200008

- Ribeiro, K. C. S., Oliveira, J. S. C., Coutinho, M. P. L. & Araújo, L. F. (2007). Representações sociais da depressão no contexto escolar. *Paidéia*, 17(38), 417-430. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n38/v17n38a11.pdf>
- Schoen-Ferreira, T. H., Aznar-Farias, M. (2010). Adolescência através dos Séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 227-234. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n2/a04v26n2>
- Schwan, S., & Ramires, V. R. R. (2011). Depressão em crianças: Uma breve revisão de literatura. *Psicologia Argumento*, 29(67), 457-468. Retirado de <http://132.248.9.34/hevila/Psicologiaargumento/2011/vol29/no67/5.pdf>
- Silva, C. M. L. (2010) *Bullying e depressão no contexto escolar: um estudo psicossociológico*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa). Recuperado em: <http://tede.biblioteca.ufpb.br:8080/handle/tede/7004>
- Soares, A. H. R., Martins, A. J., Lopes, M. C. B., Britto, J. A. A., Oliveira, C. Q., & Moreira, M. C. N. (2011). Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3197-3206. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800019>
- vida. *Salud Colectiva*, 1(1), p. 69-78. Retirado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185182652005000100005&lng=es&tlng=es.