
DEPRESSÃO E COPING ORGANIZACIONAL: EVIDÊNCIAS DE VALIDADE PARA A ESCALA BAPTISTA DE DEPRESSÃO

MAKILIM NUNES BAPTISTA

Universidade São Francisco – Itatiba - SP - Brasil

LUIS TORAHIKO TAKAHASHI

Centro Universitário Padre Anchieta – Jundiá - SP - Brasil

SONIA MARIA P. DOS SANTOS e UTE HESSE

Universidade São Francisco – Itatiba - SP - Brasil

RESUMO

O objetivo deste estudo foi o de buscar evidências de validade para a Escala Baptista de Depressão – Versão Adulto, por meio de relações com variáveis externas. Participaram da pesquisa 82 profissionais da área da saúde que responderam à Escala Baptista de Depressão – Versão Adulta (EBADEP-A), ao Inventário Beck de Depressão – versão II (BDI-II) e à Escala de Coping Organizacional (ESCO). Os resultados mostraram elevada correlação entre a EBADEP-A e o BDI, evidenciando que avaliam o mesmo construto, depressão. Ao lado disso, a correlação entre os três instrumentos sugeriram que depressão e coping são construtos relacionados. As possíveis relações entre depressão e coping organizacional são abordadas na discussão.

Palavras-chave: Depressão; coping; validade; trabalho.

ABSTRACT

DEPRESSION AND ORGANIZATIONAL COPING: EVIDENCE OF VALIDITY FOR BAPTISTA DEPRESSION SCALE

This study aimed to seek for evidences of validity in support of the Baptista Depression Scale - Adult Version, establishing relationships with external variables. The participants were 82 healthcare professionals who responded to Baptista Depression Scale - Adult Version (EBADEP-A), Beck Depression Inventory - version II (BDI-II) and Organizational Coping Scale (ESCO). The results showed high correlation between the BDI and EBADEP-A, evidencing that they evaluate the same construct, depression. In addition, the correlation between all three instruments suggested that depression and coping are related constructs. The possible relationship between depression and coping at work are addressed in the discussion.

Key words: Depression; coping; validity; work.

INTRODUÇÃO

O presente estudo teve como objetivo buscar evidências de validade por meio de relações com variáveis externas, especificamente validade convergente/discriminante e construtos relacionados, para a Escala Baptista de Depressão – versão para adultos (EBADEP-A) de Baptista (2012), correlacionando-a com o Inventário Beck de Depressão – versão II (BDI-II), de Beck, Steer e Brow (1996) e a Escala de *Coping* Organizacional (ESCO), de Alves (2010).

Tal empreendimento se justifica na medida em que, de acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2010), a responsabilidade social da Psicologia é representada por meio dos métodos e técnicas empregados. Tais procedimentos devem ser embasados em estudos que demonstrem que são confiáveis, válidos e fidedignos especificamente para a população alvo. Dentre este conjunto de ações encontra-se a avaliação psicológica, concebida como um processo de produção de saber psicológico, que tem como objetivos fundamentar decisões e intervenções sobre a pessoa avaliada.

Um dos principais instrumentos utilizados na avaliação psicológica é o teste psicológico. A legitimação do seu uso no processo de avaliação requer a existência de estudos prévios comprovando as suas qualidades psicométricas, que são a padronização, fidedignidade e validade. Isso garante reconhecimento e credibilidade ao instrumento (Noronha & Vendramini, 2003; Werlang, Villemor-Amaral & Nascimento, 2010).

A validade, conceito relevante para os propósitos deste estudo, refere-se ao grau em que dados empíricos e construto sustentam as interpretações dadas aos escores dos testes. A validade, não do teste, mas das interpretações dos escores, decorre da existência de um conjunto de evidências acumuladas que vinculam os escores ao construto (American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education, 1999). Os construtos abrangidos pelos instrumentos utilizados nesta pesquisa referem-se à depressão e ao *coping*, temas importantes na análise da relação contemporânea do homem com o trabalho.

Com efeito, as constantes mudanças inerentes ao processo de globalização tais como a produção voltada para o cliente, as facilidades de comunicação e os avanços tecnológicos, trouxeram mudanças velozes para o ambiente de trabalho e, conseqüentemente, às pessoas dentro das organizações. Nessa perspectiva a teoria de Taylor (1911), citada por Nerdinger, Blickle e Schaper (2011), poderia ser considerada atual, pois ressaltava que seu objetivo não foi verificar o quanto as pessoas eram capazes de produzir nas diversas condições de trabalho, mas buscou responder quais seriam as condições necessárias para que o trabalhador, na rotina laboral, tivesse a sua saúde física e mental garantidas.

A saúde mental dentro das organizações é tema recorrente da Psicologia da saúde, organizacional e do trabalho, sendo que na década de 80 do século passado as discussões da relação existente entre saúde mental e trabalho ganharam força e contribuíram para maior atuação dos psicólogos junto aos processos produtivos. O adoecer e o sofrer dos trabalhadores passou a ter uma compreensão não só objetiva, focada na produção e nas metas das empresas, mas que considerava também os aspectos subjetivos, a origem do sofrimento psíquico, que pode colocar a saúde mental em risco nas organizações (Santos, Goulart Júnior, Canêo, Lunardelli & Carvalho, 2010). Dentre os temas associados ao agravamento da saúde no trabalho está a depressão.

O termo depressão representa uma síndrome que agrega um conjunto de sinais e sintomas catalogados como transtorno de humor. Ainda assim, muitas pessoas confundem depressão com tristeza, luto ou mesmo uma fase ruim, e a atribuem às dificuldades comuns a qualquer pessoa, que podem emergir em situações cotidianas ou diante de perdas e decepções importantes. Esses episódios de tristeza podem aparecer como uma resposta a situações reais e são limitados no tempo e na intensidade, não devendo ser confundidos com o quadro clínico de depressão (França & Rodrigues, 2002).

Ao longo da vida, a depressão afeta de 15% a 20% das mulheres e de 5% a 10% dos homens. Estima-se que a depressão alcance cerca de 15% da população mundial, em pelo menos um momento de suas vidas, ocasionando elevados custos com tratamento tanto para o governo quanto para a sociedade. De acordo com o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) até 2020 a depressão poderá atingir pessoas, independente da faixa etária, de ambos os sexos, de todas as etnias e condições sociais, tendo nas mulheres o seu grupo mais vulnerável. Sabe-se que o transtorno depressivo é mais comum no sexo feminino, com uma prevalência de 3,2% contra 1,9% no sexo masculino (OMS, 2001).

Essa pré-disposição da população feminina à depressão tem motivado estudos para tentar elucidar tal fato. Pesquisas do *National Institute of Mental Health* explicaram parcialmente o fenômeno com base nos tipos de respostas, tanto somáticas quanto de humor, e nas alterações hormonais nas mulheres (Kessler, 2003). Além das situações relativas à menarca, tensão pré-menstrual, depressão pós-parto e menopausa, também foram considerados os fatores genéticos, de suporte social, além das alterações hormonais desencadeadas por fatores estressantes do dia a dia, e fatores culturais inerentes ao sexo feminino (Piccinelli & Wikinson 2000; Kessler, 2003; Baptista, Baptista & Oliveira, 2004).

Estima-se que em 2020 a depressão será a segunda maior causa de incapacitação para o trabalho em países desenvolvidos e a primeira, em países em desenvolvimento. O transtorno é crônico e recorrente, ou seja, se repete ao longo da vida das pessoas e 80% dos pacientes que recebem tratamento para um episódio depressivo terão um segundo episódio ao longo de suas vidas. Ao lado disso, em média, 15% dos pacientes gravemente deprimidos se suicidam (OMS, 2001).

A depressão deve ser entendida como um transtorno de etiologia multifatorial, no qual as variáveis biológicas, relacionadas aos fatores genéticos e de estrutura cerebral, as psicológicas, relacionadas aos fatores de estresse, e as socioculturais, relacionadas à estrutura familiar e social, devem ser consideradas (Myers, 1999).

Conforme definição do DSM-IV-TR (APA, 2002), a depressão é considerada como um transtorno de humor, classificado de acordo com a quantidade e duração dos sintomas, podendo se distinguir entre transtorno depressivo maior e transtorno distímico. Na depressão maior, os sintomas devem permanecer por um período mínimo de duas semanas, enquanto que o transtorno distímico se refere a um estado de humor depressivo durante a maior parte do tempo, em um período mínimo de dois anos. Os sintomas mais observados incluem alteração de humor, anedonia, alterações no apetite ou peso, insônia inicial ou despertar precoce, redução da atividade psicomotora, diminuição da energia, sentimentos de desvalia ou culpa, dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões e pensamentos recorrentes sobre morte. O transtorno depressivo maior pode ainda ser classificado como leve, moderado ou severo, além de poder ser considerado episódio único ou recorrente.

A depressão é um problema de saúde que necessita de intervenção permanente. O tratamento com medicação pode minimizar os riscos de ter um quadro de depressão maior. A prevenção primária continua sendo uma boa estratégia que deve ser realizada no local de trabalho para se obter qualidade de vida e prevenção da saúde mental. A depressão está associada com *coping*, pois caso as estratégias de enfrentamento aos eventos críticos da vida não sejam realizados com sucesso, situações prolongadas de estresse afetam a pessoa no trabalho a ponto de desencadear tanto um estado de ansiedade elevado duradouro quanto um episódio de depressão.

As estratégias de enfrentamento desenvolvidas para o domínio e adaptação às situações de estresse são denominadas *coping*. Autores como Lazarus e Folkmann (1984) fazem referência a atividades de enfrentamento às situações de estresse, como processo de *coping* e não como respostas de *coping*. O esforço de controle que o indivíduo faz como resposta ao estresse, seja comportamental ou cognitivo, é definido como *coping* e a sua finalidade é reduzir os prejuízos das pressões externas e internas. Assim, o *coping* é uma resposta com o objetivo de aumentar, criar ou manter a percepção de controle pessoal.

O sentido de controle pode, porém, ser ilusório. A percepção do estresse e de como lidar com o mesmo varia de pessoa para pessoa e cada indivíduo possui um repertório para combater as variações nas situações que causam pressão e desconforto. Lazarus e Folkman (1984) definiram dois modelos distintos de *coping*. O primeiro modelo, denominado animal, compreende o conceito de *coping* como atitudes, que controlam estímulos aversivos, em que estes reduzem ou ativam comportamentos de fuga ou esquiva. No segundo, modelo da tradição da Psicologia ego-psicanalítica, o *coping* é geralmente concebido como uma hierarquia de estratégias que progridem a partir de mecanismos de defesa imaturos ou primitivos que distorcem a realidade, até mecanismos maduros (Savoia, 1999). Dessa forma o *coping* pode ser compreendido por meio de estilos de personalidade, bem como por processos comportamentais, sem deixar de dimensionar a importância das influências externas sobre o sujeito em função de pressões vindas do ambiente.

O modelo de Lazarus e Folkmann (1984) considera demandas internas e externas como causas que podem exceder ou fadigar os recursos do indivíduo. Para eles, os esforços de *coping* são comportamentos adaptativos, diferenciando entre as estratégias de enfrentamento na busca de modificar a relação entre a pessoa e o ambiente (*coping* centrado no problema) e a resposta emocional ao problema (*coping* centrado na emoção), passivos à modificação de condições de dano do ambiente externo. Neste caso o enfrentamento é focalizado na emoção, envolve a elaboração das respostas emocionais resultantes do fator estressor e geralmente ocorrem predominantemente em situações percebidas como fora do controle do indivíduo (Lane, Liz & Matthew, 2002).

As estratégias de *coping*, centrado no problema ou na emoção, influenciam-se mutuamente em todas as situações. Ambas as formas de *coping* são recursos utilizados pela pessoa, sendo que a forma pela qual ela opta depende de recursos multifatoriais, tais como saúde e energia, crenças existenciais, habilidades pessoais e interpessoais e valores culturais. Wong e Sproule (1983) argumentaram que os controles interno e externo podem coexistir. Eles consideram que há coexistência entre pessimismo e otimismo realista ou idealista, como condição necessária para as pessoas desenvolverem estratégias de enfrentamento aos fatores estressantes.

Para Wong e McDonald (2002), as pessoas buscam, a vida inteira, um equilíbrio entre o desespero e a esperança, sendo que em situações de perigo a coragem e o medo podem ser evocados. Segundo os autores, ainda que nas situações de fragilidade surjam os sentimentos negativos sobre si mesmo e a fragilidade contribua para a redução da eficácia no enfrentamento. As deficiências pessoais representam processos cognitivo-emocionais como um sistema que neutraliza os recursos psicológicos.

Dessa forma, a certeza e a dúvida podem ser vistos em oposição, enquanto a sensação de domínio tenta desesperadamente afastar os sentimentos de impotência. Os recursos psicológicos disponíveis no enfrentamento das situações difíceis não dependem da quantidade de recursos que a pessoa possui, mas do equilíbrio entre os recursos e deficiências, sendo que as mais otimistas aceitam mais facilmente fatos negativos e buscam encontrar algo de positivo em situações difíceis (Wong & McDonald, 2002).

Ao tentar buscar medidas de *coping*, devem ser consideradas as situações estressantes esperadas na vida, aqui chamados de eventos vitais, tais como casamento, nascimento de um filho, doença e morte de entes queridos da família, sendo que tais situações podem ser conceitualizadas e medidas como eventos discretos (Savoia, 1999). Os eventos vitais podem causar tanto o chamado *eutress*, que aumenta o empenho do indivíduo, como o *distress*, que ameaça a capacidade da pessoa de lidar com as situações.

A avaliação de *coping* pode ser vista em duas formas principais de conceituação. A primeira, chamada de disposicional, aborda os traços ou estilo de personalidade da pessoa. Nela o comportamento de *coping* é denominado estilo e é concebido como disposições do perfil pessoal e desconsidera a influência do contexto das situações ou do tempo. Quando o *coping* é avaliado na abordagem disposicional, pouco ou nenhum peso é dado à situação estressante que deu origem ao comportamento de enfrentamento (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Endler & Parker, 1990). A segunda forma, chamada situacional, compreende as estratégias de enfrentamento como sendo um processo cognitivo, ativo e consciente com avaliação e resposta a situações de estresse. Na abordagem situacional, a situação problemática, que originou este comportamento, tem um papel central na avaliação (Balbinotti, Barbosa, Wiethaeuper & Teodoro, 2006).

Da mesma forma, como é difícil de definir causa e efeito de uma única área, as estratégias de enfrentamento inadequadas podem também exacerbar sintomas preexistentes, não se esquecendo as variáveis psicológicas, biológicas e sociais. Sousa, Mendonça, Zanini e Nazareno (2009) fazem referência às pesquisas atuais, que consideram estas diferenças individuais, a maneira como cada um reage às pressões cotidianas, bem como os aspectos culturais e sociais aos quais os sujeitos estão submetidos.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi obtida por conveniência, constituída por profissionais da área da saúde, uma vez que estes profissionais estão mais suscetíveis a transtornos diversos, tal como a depressão (Manetti & Marziale, 2007), de um hospital no interior de São Paulo, de ambos os sexos. A amostra contou com

82 pessoas, das quais 77,8% eram mulheres e 22,2% eram homens. A idade variou de 19 a 63 anos ($M=34$; $DP=9,77$). Em relação ao estado civil, 46,3% eram solteiros, 43,8% casados, 7,5% separados ou divorciados e 1,3% viúvos. Todos os participantes declararam ter formação superior, sendo a maioria (43,4%) fisioterapeutas. Outras profissões que apareceram foram Psicologia (17,0%), Fonoaudiologia (7,5%), Serviço Social (9,4%), Enfermagem (7,5%), Gestão de RH (3,8%), Administração (3,8%), Educação Física (1,9%), Pedagogia (1,9%) e Publicidade (1,9%).

Em termos de nível socioeconômico, de acordo com o Critério Brasil – 2011 (ABEP, 2012), os participantes se distribuíram entre as classificações A1 (3,8%), A2 (17,7%), B1 (39,2%), B2 (26,6%) e C1 (12,7%). No que se refere à história clínica, 3,7% já haviam recebido diagnóstico de depressão e 37,0% tinham alguém da família com diagnóstico de depressão, apesar da maioria (65,4%) nunca ter passado por avaliação psicológica ou psiquiátrica. Apenas uma pessoa (1,2%) realizava tratamento psicológico e três (3,7%), medicamentoso. Em uma das questões, foi perguntado ao sujeito com diagnóstico de depressão, em qual nível ele acreditava estarem os seus sintomas atualmente e classificá-los em leve, moderado ou severo. Duas pessoas (2,9%) se autoavaliaram com sintomas leves de depressão e outras duas com nível moderado de sintomas depressivos.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados foram a Escala Baptista de Depressão versão adulta (EBADEP-A), o Inventário de Depressão de Beck, versão II (BDI-II) e a Escala de *Coping* Ocupacional (ESCO), descritos a seguir.

A *Escala Baptista de Depressão - versão adulto (EBADEP-A)*, de Baptista (2012) é um instrumento, que foi desenvolvido com base em indicadores derivados da teoria Cognitiva (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997), Comportamental (Ferster, Culbertson & Boren, 1977), bem como dos manuais diagnósticos da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV-TR, APA, 2002) e da Organização Mundial de Saúde (CID-10, 1993). A escala é composta por 45 itens, sendo que cada item contém um par de frases antagônicas e quatro círculos entre elas. A tarefa do sujeito é analisar cada par de frases e verificar qual delas representa melhor o que está sentindo nas duas últimas semanas. A pontuação varia de 0 a 180, sendo que, quanto maior a pontuação, maior a percepção da intensidade dos sintomas depressivos.

Os estudos de validade de Baptista, Carneiro e Sisto (2010) indicaram correlação positiva entre a EBADEP-A (antiga denominação da EDEP) e o BDI ($r=0,68$) e negativa entre EBADEP-A e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) ($r=-0,36$). Outro estudo, Bighetti (2010) evidenciou correlação negativa e significativa entre a EBADEP-A e as dimensões da Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) Socialização ($r=-0,28$; $p=0,01$) e Realização ($r=-0,19$; $p=0,04$), e positiva e significativa com Neuroticismo ($r=0,74$; $p=0,01$). Ao lado disso encontrou-se correlação negativa entre EBADEP-A e os fatores Enfrentamento e Autoafirmação ($r=-0,31$; $p<0,001$), Autoafirmação na Expressão de Sentimentos Positivos ($r=-0,30$; $p<0,001$), Autoexposição a Desconhecidos e Situações Novas ($r=-0,21$; $p=0,02$) e Autocontrole da Agressividade ($r=-0,48$; $p<0,001$) do Inventário de Habilidades Sociais (IHS).

O segundo instrumento, o *BDI-II*, originalmente de Beck, Steer e Brow (1996) e validado no Brasil por Gorenstein, Pang, Argimon e Werlang (2011), é composto por 21 itens, com 19 deles apresentando um escore que varia de 0 a 3 e dois itens que possuem sete afirmativas para escolher uma. O escore máximo é de 63 pontos e o nível de depressão é classificado em mínimo, leve, moderado e grave. Seu objetivo é avaliar a intensidade da depressão em pessoas a partir dos 13 anos, considerando a ocorrência dos sintomas nas últimas duas semanas (Paranhos, 2009).

Em relação aos estudos psicométricos brasileiros com o Inventário a literatura traz o estudo de Finger (2008), com universitários, no qual o alfa de Cronbach encontrado foi de 0,89 e cuja correlação teste-reteste foi de 0,73 ($p < 0,001$). Outro estudo de fidedignidade, realizado por Paranhos (2009) com adolescentes, resultou em um alfa de Cronbach de 0,86. A correlação de Spearman para o teste-reteste foi de 0,87 ($p < 0,001$).

Por fim, a *Escala de Coping Ocupacional (ESCO)* de Alves (2010) é composta por 24 itens avaliados por uma escala do tipo Likert de quatro alternativas (nunca, raramente, às vezes e sempre), segundo a abordagem disposicional. As qualidades psicométricas da escala foram evidenciadas por estudos dos autores cuja análise indicou quatro fatores, sendo estes: Planejamento, composto por itens referentes a estratégias mais ativas de *coping* em relação ao problema; Interação Social, com itens sobre a busca por interações sociais, que possam gerar ideias sobre possibilidades de soluções de problemas no trabalho por meio do diálogo; Emoções Negativas, que consiste em itens que se referem a reações comportamentais e emocionais negativas em relação a problemas no trabalho; e Evitação, com itens sobre comportamentos evitativos frente a problemas no trabalho, distribuídos em 24 itens, que explicaram 46,10% da variância total. O alfa de Cronbach ($\alpha = 0,70$) comprovou a confiabilidade da Escala.

Procedimento

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, os sujeitos foram esclarecidos sobre a pesquisa, receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os participantes responderam aos instrumentos, sendo a EBADEP-A o primeiro a ser aplicado, seguido do BDI-II e a ESCO. A aplicação foi realizada em uma sala de entrevistas, de forma coletiva, com duas ou três pessoas por vez, durante um período de 15 dias, sendo o tempo médio de aplicação de 30 minutos.

RESULTADOS

Em relação ao desempenho na EBADEP-A os escores variaram de 0 a 85 ($M = 33,86$; $DP = 23,51$). De acordo com a classificação do instrumento, 85,2% não apresentaram sintomas depressivos, 4,9% apresentaram sintomatologia leve e 9,9% sintomatologia moderada. No inventário BDI os escores variaram de 0 a 29 ($M = 8,69$; $DP = 7,20$). Conforme a classificação, 80,5% apresentaram depressão mínima, 6,5% depressão leve, 11,7% moderada e 1,3% severa.

Tabela 1. Comparação entre as classificações da EBADEP-A e do BDI

	Ausente	Leve	Moderado
EBADEP-A	85,2%	4,9%	9,9%
BDI	80,5%	6,5%	11,7%

Na ESCO os escores variaram de 53 a 79 (M=68,45; DP=5,51) para o escore total, de 27 a 39 (M=33,73; DP=2,81) para a dimensão Planejamento, de 4 a 16 (M=11,33; DP=2,64) para a dimensão Interação Social, de 7 a 22 (M=15,86; DP=3,29) para Emoções Negativas, e de 3 a 12 (M=7,54; DP=1,90) para Evitação.

Os resultados dos três instrumentos foram submetidos à análise para verificar diferenças significativas de médias em função das variáveis sociodemográficas e dados da história clínica. Os testes *t* de Student e ANOVA não evidenciaram diferenças significativas. Também o qui quadrado foi utilizado para verificar diferenças significativas na classificação da EBADEP-A e do BDI em função das características sociodemográficas. Os resultados não evidenciaram diferenças significativas. Pondere-se, contudo, que o tamanho reduzido da amostra não possibilitou deixar de infringir uma regra básica para esse teste estatístico, que é o mínimo de cinco casos por variável analisada.

A correlação de Pearson evidenciou que a EBADEP-A correlacionou-se de forma positiva e significativa com o BDI ($r=0,80$; $p<0,001$) (Figura 1) e a dimensão Emoções Negativas da ESCO ($r=0,46$; $p<0,001$), o que significa que, quando ocorre o aumento dos escores em um instrumento, verifica-se o mesmo fenômeno no outro, o mesmo ocorrendo em função da diminuição dos escores. Ao lado disso ocorreu uma correlação negativa e significativa com a dimensão Planejamento da ESCO ($r= -0,47$; $p<0,001$), indicando que, conforme há um aumento nos escores de uma escala, há a diminuição dos escores na outra. Não foram encontradas correlações significativas entre as dimensões Interação Social e Evitação com as escalas de depressão.

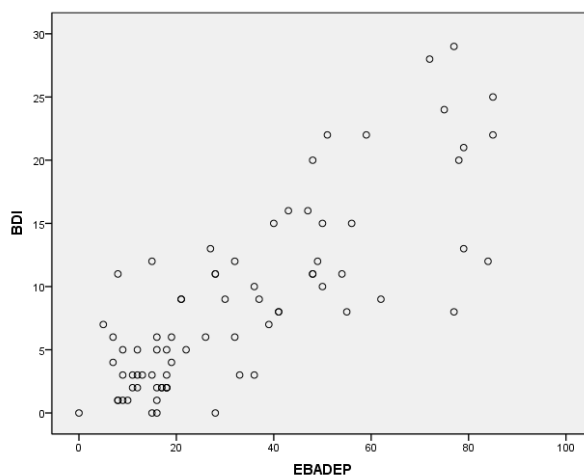


Figura 1. Correlação entre a EBADEP-A e o BDI

Em relação à BDI, ocorreu correlação positiva e significativa com a dimensão Emoções Negativas da ESCO ($r=0,45$; $p<0,001$) e correlação negativa e significativa com a dimensão Planejamento da ESCO ($r=-0,49$; $p<0,001$). Não houve correlação significativa da variável idade com a EBADEP-A ($r=-0,15$; $p=0,175$), com o BDI ($r=0,02$; $p=0,857$) e com as dimensões da ESCO Planejamento ($r=0,13$; $p=0,252$), Interação Social ($r=-0,18$; $p=0,114$), Emoções Negativas ($r=-0,21$; $p=0,061$) e Evitação ($r=-0,08$; $p=0,508$).

DISCUSSÃO

O objetivo do estudo foi buscar evidências de validade por meio de variáveis externas, para a EBADEP-A, correlacionando-a com o BDI e a ESCO. De acordo com a AERA, APA e MCNE (1999) as variáveis externas podem ser medidas advindas da aplicação de outros instrumentos, que supostamente medem o mesmo construto, como foi considerado no caso do BDI, construtos relacionados, suposição para a ESCO, ou construtos diferentes. A elevada magnitude da correlação entre a EBADEP-A e o BDI, no presente estudo, evidenciou que ambos medem o mesmo construto, pois de acordo com Nunes e Primi (2010) a correlação entre os dois instrumentos obteve uma magnitude de correlação bastante superior aos parâmetros mínimos estabelecidos.

Nesse sentido, é interessante notar que mesmo medidas convergentes em um mesmo construto podem apresentar diferenças grandes. Por exemplo, Santor, Gregus e Welsh (2006) relatam que as medidas convergentes podem variar em termos de formato de resposta, conteúdo, objetivos e identificação teórica. O número de itens também pode ser bastante variado, bem como a proporção de itens para avaliar o construto ou as dimensões propostas nas medidas. Além disso, as escalas de depressão também podem ser utilizadas para avaliar populações específicas, tais como depressão no pós-parto, na esquizofrenia, em demências, em hospitais, além daquelas medidas específicas para faixas etárias tais como crianças, adolescentes, adultos e idosos.

Como as medidas de depressão no Brasil são escassas e a maioria delas acaba sendo adaptada e/ou validada a partir de medidas internacionais, a construção de novos instrumentos para avaliar esse construto pode ser de grande valia para a Psicologia no Brasil. Levando-se em consideração que a única medida de depressão aprovada pela comissão de especialistas do SATEPSI, até então, era o BDI-II, uma escala de grande utilização mundial e de reconhecimento da importância na comunidade científica (Gorenstein et al., 2011). A EBADEP-A, que também se encontra aprovada, parece ser uma adequada medida, construída, validada e padronizada no Brasil e com características distintas do BDI-II, no que se refere ao formato de resposta, conteúdo, objetivos e identificação teórica.

Por fim, quanto à correlação entre as dimensões da ESCO “Emoções Negativas” e “Planejamento”, e a EBADEP-A e o BDI, os valores encontrados sugerem que os construtos depressão e *coping* organizacional não são convergentes, nem divergentes, mas construtos relacionados (Nunes & Primi, 2010). De fato, quando avaliados os próprios conteúdos das dimensões da ESCO, os resultados demonstram que indivíduos com maiores sintomatologias de depressão possuem menor capacidade de planejar, de maneira mais eficaz, soluções para os problemas no trabalho e acabam apresentando maiores reações comportamentais e emocionais negativas frente a esses problemas. Essas reações,

como aponta Alves (2010), estão relacionadas à irritação consigo mesmo ou com outrem, culpar-se ou culpar o outro, ou mesmo tomar atitudes de forma impulsiva na resolução dos problemas.

Nesse sentido, é importante salientar que a sintomatologia depressiva pode estar sobreposta a outros diversos fenômenos, tais como estresse, *burnout* e, nesse caso, aos próprios itens que são avaliados na ESCO. Por exemplo, como abordam os manuais psiquiátricos (APA, 2002), alguns dos sintomas relacionados à depressão podem ser a irritabilidade e a auto/heteroculpa, que acabam sendo abordados pelos itens da ESCO (obviamente em um contexto laboral) e também podem ser considerados sintomas de humor.

A literatura é razoavelmente consistente na explicação da relação entre depressão e *coping*, em diversos contextos, tais como educacionais, clínicos e laborais (Borges, Manso, Tome & Matos, 2006; Chaves & Cade, 2002). Apesar dessa consistência, como afirmam Dekker e Oomen (1999), não há na literatura uma concordância em termos causais entre esses dois construtos, já que existem teorias que defendem que as estratégias ineficazes de *coping* poderiam preceder à depressão e estar relacionadas à sua gênese, bem como, teorias que defendem que a prevalência de sintomatologia depressiva alteraria as estratégias de *coping* nas pessoas e, conseqüentemente, dentro dos ambientes laborais.

A depressão ainda pode estar relacionada ao *coping* levando-se em consideração a teoria da desesperança de Abramson, Seligman e Teasdale (1978), já que a depressão seria caracterizada por um déficit motivacional relacionado a estilos atribucionais negativos, especificamente a desesperança. Nesse sentido, a baixa expectativa de sucesso no futuro estaria associada a estratégias de *coping* inadequadas. Dessa maneira, Chan (2012) relata que os estilos atribucionais e *coping* estariam mais robustamente envolvidos na explicação da sintomatologia depressiva. Já Rohde, Lewinsohn, Tilson e Seeley (1990) defendem que as habilidades de *coping* tenderiam a prever a sintomatologia depressiva, principalmente as estratégias ligadas à evitação. Ainda, segundo Wong e McDonald (2002), as situações de fragilidade aumentariam a tendência do indivíduo de desenvolver sentimentos negativos sobre si, o que estaria diretamente relacionado com a diminuição de estratégias adequadas de *coping*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de o presente estudo ter alcançado os objetivos propostos, as limitações impostas pelo tamanho da amostra para certas análises sugerem a necessidade de novas pesquisas com amostras ampliadas. Além disso, a falta de correlação entre as outras duas dimensões da ESCO com as medidas de depressão podem ser explicadas pelo tipo de amostra, já que não foi objetivo do estudo uma amostra clínica de depressão, o que seria uma outra sugestão para estudos futuros. Provavelmente, esses achados também acabem auxiliando a profissionais de Psicologia a pensarem em programas de prevenção, bem como intervenções em ambientes laborais, relacionados aos construtos estudados.

REFERÊNCIAS

- Abramson, L.Y.; Seligman, M.E.P. & Teasdale, D.C. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49–74.
-

- Alves, G.A.S. (2010). *Construção de uma Escala de Coping Ocupacional (ESCO): Estudos psicométricos preliminares*. Dissertação de Mestrado. Universidade São Francisco, Itatiba.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington: American Educational Research Association.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Report of the task force on test user qualifications*. Recuperado em 25 abril 2012, de <http://www.apa.org/science/programs/testing/qualifications.pdf>.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (2012). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. Recuperado em 10 novembro 2011, de <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>.
- Balbinotti, M.A.A.; Barbosa, M.L.L.; Wiethaeuper, D. & Teodoro, M.L.M (2006). Estrutura fatorial do Inventário Multifatorial de Coping para Adolescentes (IMCA-43). *Psico*, 37, 123-130.
- Baptista, M.N. (2012). *Manual técnico da Escala Baptista de Depressão – versão adulto (EBADEP-A)*. São Paulo: Vetor Editora.
- Baptista, M.N.; Baptista, A.S.D. & Oliveira, M.G. (2004). Depressão e gênero: Por que as mulheres se deprimem mais que os homens? In: M. N. Baptista (Org.), *Suicídio e depressão: Atualizações*. (pp. 50-59). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Baptista, M.N.; Carneiro, A.M. & Sisto, F.F. (2010). Estudo psicométrico de escalas de depressão (EDEP e BDI) e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar – IPSF. *Psicologia em Pesquisa*, 4, 65-73.
- Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F. & Emery, G. (1997). *Terapia da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Brown, G.K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory – II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bighetti, C.A. (2010). *Escala de depressão (EDEP) e sua relação com medidas de personalidade e habilidades sociais*. Tese de Doutorado. Universidade São Francisco, Itatiba.
- Borges, A.I.; Manso, D.S.; Tome, G. & Matos, M.G. (2006). Depressão e coping em crianças e adolescentes portugueses. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. 12 (2), 73-84. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872006000200007&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1808-5687.
- Carver, C.S.; Scheier, M.F. & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267- 283.
- Chan, S.M. (2012). Early adolescent depressive mood: Direct and indirect effects of attributional styles and coping. *Child Psychiatry and Human Development* 43, 455–470.
- Chaves, E.C. & Cade, N.V. (2002). Enfrentamento e sua relação com a ansiedade e com a depressão em mulheres com hipertensão. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4

- (1). Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452002000100002&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1517-5545.
- Conselho Federal de Psicologia (2010). *Avaliação psicológica: Diretrizes na regulamentação da profissão*. Brasília: CFP.
- Dekker, J. & Oomen, J. (1999). Depression and coping. *The European Journal of Psychiatry*, 13 (3), 182-189.
- Endler, N.S. & Parker, J.D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Ferster, C.B.; Culbertson, S. & Boren, C.P. (1977). *Princípios do comportamento*. (M. I. R. Silva, M. A. C. Rodrigues & M. B. L. Pardo, trad.:). São Paulo: Hucitec.
- Finger, I.R. (2008). *Validade de construto do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) em uma população universitária*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- França, A.C.L. & Rodrigues, A.L. (2002). *Stress e trabalho: Uma abordagem psicossomática*. São Paulo: Atlas.
- Gorenstein, C.; Wang, Y. P.; Argimon, I. L. & Werlang, B. S. G. (2011). *Inventário de Depressão de Beck - BDI-II*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kessler, R.C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74, 5-13.
- Lane, A.M.; Liz, J. & Matthew, S.J. (2002). Coping with failure: The effects of self-esteem and coping on changes in self-efficacy. *Journal of Sport Behavior*, 25, 331-345.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Manetti, M. & Marziale, M. (2007). Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de Enfermagem. *Estudos de Psicologia*, 12 (1), 79-85.
- Myers, D. (1999). Distúrbios psicológicos. In: D. Myers, *Introdução à Psicologia geral*. (pp. 104-125). Rio de Janeiro: LTC
- Nerdinger, F.W.; Blick, G. & Schaper, N. (2011). *Arbeits und Organisations psychologie*. Berlin: Springer.
- Noronha, A.P.P. & Vendramini, C.M.M. (2003). Parâmetros psicométricos: Estudo comparativo entre testes de inteligência e de personalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16, 177-182.
- Nunes, C.H.S.S. & Primi, R. (2010). Aspectos técnicos e conceituais da ficha de avaliação dos testes psicológicos. In: Conselho Federal de Psicologia, *Avaliação psicológica: Diretrizes na regulamentação da profissão*. (pp. 101-127). Brasília: CFP.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (1993). *Classificação dos transtornos mentais e do comportamento - CID-10: Descrições e diretrizes diagnósticas*. (D. Caetano, trad.; vol.3; 10ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
-

-
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. Genebra: OMS.
- Paranhos, M.E. (2009). *Estudo de fidedignidade e validade do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) em adolescentes*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Piccinelli, M. & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.
- Rohde, P.; Lewinsohn, P. M.; Tilson, M & Seeley, J. R. (1990). Dimensionality of coping and its relation to depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (3), 499-511.
- Santor, D.A.; Gregus, M. & Welch, A. (2006). Eight decades of measurement in depression. *Measurement*, 4 (3), 135-155.
- Santos, L.C.; Goulart Jr., E.G.; Canêo, L.C.; Lunardelli, M.C.F. & Carvalho, P.L.T. (2010). Psicologia e profissão: Neurose profissional e a atuação do psicólogo organizacional frente à questão. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30, 248-261.
- Savoia, M.G. (1999). Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (*Coping*). *Revista Psicologia Clínica*, 26, 57-67.
- Sousa, I.F.; Mendonça, H.; Zanini, D.S. & Nazareno, E. (2009). Estresse ocupacional, coping e burnout. *Estudos*, 36 (1-2), 57-74.
- Werlang, B.S.G.; Villemor-Amaral, A.E. & Nascimento, R.S.G.F. (2010). Avaliação psicológica, testes e possibilidades de uso. In: Conselho Federal de Psicologia. *Avaliação psicológica: Diretrizes na regulamentação da profissão* (pp. 87-100). Brasília: CFP.
- Wong, P.T.P. & McDonald, M. (2002). Tragic optimism and personal meaning in counseling victims of abuse. *Pastoral Sciences*, 20, 231-249.
- Wong, P.T.P. & Sproule, C.F. (1983). An attribution analysis of the locus of control construct and the Trent Attribution Profile. In: H. M. Lefcourt (Ed.), *Research with the locus of control construct*. (vol. 3, pp. 309-360). New York: Academic Press.

Recebido em 10/12/12
Revisto em 15/06/13
Aceito em 20/06/13