

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA E  
CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO  
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO



ESTRATÉGIAS DE *COPING* EM PACIENTES COM TRANSTORNO BIPOLAR E  
EM SEUS FAMILIARES

KELEN PATRICIA BÜRKE BRIDI

Orientador: Prof. Maurício Kunz

Co-orientadora: Prof. Keila Maria Mendes Ceresér

Porto Alegre

2015

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA E**  
**CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO**



**ESTRATÉGIAS DE *COPING* EM PACIENTES COM TRANSTORNO BIPOLAR E**  
**EM SEUS FAMILIARES**

**KELEN PATRICIA BÜRKE BRIDI**

Orientador: Prof. Maurício Kunz

Co-orientadora: Prof. Keila Maria Mendes Ceresér

Dissertação a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas: Psiquiatria e Ciências do Comportamento.

Porto Alegre, agosto de 2015.

## CIP - Catalogação na Publicação

Bürke Bridi, Kelen Patricia  
ESTRATÉGIAS DE COPING EM PACIENTES COM TRANSTORNO  
BIPOLAR E EM SEUS FAMILIARES / Kelen Patricia Bürke  
Bridi. -- 2015.  
87 f.

Orientador: Maurício Kunz.  
Coorientadora: Keila Maria Mendes Ceresér.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa  
de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria,  
Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Coping. 2. Brief Cope. 3. Transtorno Bipolar.  
4. Familiares. I. Kunz, Maurício, orient. II. Mendes  
Ceresér, Keila Maria, coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

## AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aos professores do PPG da Psiquiatria e Ciências do Comportamento, pela excelência e qualidade de ensino.

À Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao FIPE-HCPA, pelo auxílio financeiro à pesquisa.

Aos membros da comissão examinadora pela disponibilidade e contribuição para que este trabalho fosse possível.

Ao meu Prof. Orientador Maurício Kunz, pelas orientações, pelo ensino acadêmico-profissional e apoio recebido nesta jornada.

À minha co-orientadora Keila Maria Mendes Ceresér, pela disponibilidade em auxiliar nas minhas dúvidas, pela dedicação e cuidado, mas também pelo carinho e compreensão.

À colega e amiga Mirela Paiva Vasconcelos Moreno e à Márcia Kauer Sant'Anna, pela disponibilidade em fornecer os dados para esta pesquisa, assim como toda equipe que participou do projeto.

Ao bolsista Adam Fitjman pelo cuidado com os dados e pela parceria.

À minha amiga e colega Ana Claudia Loredó, pela amizade, pela paciência e tempo dedicado para que a conclusão desta etapa fosse possível.

Ao meu marido e companheiro, Ismael Bridi, amigo em todos os momentos, que muito me apoiou e acreditou em mim, obrigada pelo carinho, paciência e por tudo que tens acrescentado à minha vida, principalmente pelo amor sem medidas.

À minha família, por me ensinar valores fundamentais.

Aos colegas do grupo de Psiquiatria Molecular pela possibilidade de dividir o conhecimento, pela amizade, principalmente Lenise Petter Francesconi e Bruna Maria Ascoli pela parceria nas aulas e na vida pessoal.

À minha colega e amiga Francine Gonçalves, pela amizade e por dividir os momentos de incertezas.

Às colegas psicólogas que fazem parte do grupo de Psiquiatria Molecular, por todo o conhecimento dividido e amizade.

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO</b> .....	11
<b>2 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	13
<b>3.1 Transtorno Bipolar</b> .....	13
<b>3.2 Coping</b> .....	17
3.2.1 Modelos de <i>Coping</i> .....	20
3.2.2 Estilos e Estratégias de <i>coping</i> .....	23
<b>3.3 Brief COPE</b> .....	24
3.3.1 Sobre a escala .....	24
3.3.2 Estudos realizados com a escala <i>Brief COPE</i> .....	27
<b>3.4 Coping e Transtorno Bipolar</b> .....	29
<b>3.5 Coping e cognição</b> .....	31
<b>3.6 Fatores ambientais relacionados ao <i>coping</i> e TB</b> .....	33
<b>4 JUSTIFICATIVA</b> .....	35
<b>5 HIPÓTESE</b> .....	33
<b>6 OBJETIVOS</b> .....	37
<b>6.1 Objetivo Primário</b> .....	37
<b>6.2 Objetivos Secundários</b> .....	37
<b>7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b> .....	38
<b>8 RESULTADOS</b> .....	39
<b>8.1 Artigo 1</b> .....	39
<b>9 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	63
<b>10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	65
<b>ANEXOS</b> .....	77

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Critérios Diagnósticos - Episódio Maníaco .....	14
Tabela 2 - Critérios Diagnósticos - Episódio Depressivo Maior.....	15
Figura 1 - Modelo de Processamento de Stress e Coping de Lazarus e Folkman (1984) .....	21
Quadro 1 - Escala <i>Brief</i> COPE e definições .....	25

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BC	<i>Brief</i> COPE
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GAR	Grupo com Alto Risco
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
OBD	Offspring Bipolar Disorder
OMS	Organização Mundial de Saúde
NOS	Not Otherwise Specified
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TB	Transtorno Bipolar
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## RESUMO

**Introdução:** Pacientes com Transtorno Bipolar (TB) e seus familiares apresentam níveis de estresse significativamente mais elevados que a população geral. *Coping*, utilizado para gerenciar situações estressantes, tem sido alvo de investigação e intervenções psicossociais em pacientes bipolares, auxiliando-os no manejo destes fatores e melhorando desfechos clínicos no tratamento.

**Objetivos:** O presente estudo tem por objetivo primário comparar pacientes com TB, seus familiares de primeiro grau e um grupo de controles saudáveis quanto ao uso de estratégias de *coping* adaptativas e desadaptativas. Como objetivos secundários, serão feitas análises explorando diferenças de tipos específicos de *coping* utilizados pelos indivíduos dos diferentes grupos (pacientes, familiares e controles), através da escala *Brief COPE*. Outras correlações com variáveis clínicas serão exploradas, como fatores sociodemográficos e clínicos, buscando encontrar relações com as estratégias de *coping* na amostra de pacientes com TB.

**Método:** Trata-se de um estudo transversal com amostragem por conveniência. O estudo incluiu 36 pacientes eutímicos com TB, 39 familiares de primeiro grau destes pacientes e 44 controles. As estratégias de *coping* foram avaliadas através da Escala *Brief COPE*.

**Resultados:** Diferenças significativas foram encontradas quanto ao uso de estratégias adaptativas e desadaptativas entre pacientes, familiares e controles. Pacientes utilizam em menor grau estratégias adaptativas, quando comparados aos controles. Por outro lado, os familiares demonstram maior uso de estratégias desadaptativas, semelhante ao que é observado nos pacientes, diferindo do grupo controle.

**Limitações:** O tamanho amostral é um importante limitador para as conclusões do estudo. Ainda, as conclusões foram baseadas em dados transversais. A utilização de avaliações psicológicas e clínicas em estudos longitudinais permitiriam um melhor mapeamento das mudanças ou manutenção nos padrões psicológicos dos participantes.

**Conclusões:** O grupo de familiares encontra-se em um nível intermediário entre pacientes e controles, ou seja, familiares fazem uso de estratégias desadaptativas em níveis semelhantes ao grupo de pacientes, mas apresentam maior uso de estratégias adaptativas,



assim como o grupo controle. Intervenções psicossociais com este grupo são justificadas, favorecendo o uso das estratégias adaptativas em detrimento das estratégias desadaptativas.

Palavras Chave: *Coping*, *Brief COPE*, Transtorno Bipolar, Familiares

## ABSTRACT

**Background:** Patients with Bipolar disorder (BD) and their relatives exhibit significantly higher stress levels than the general population. Coping strategies, used to manage stressful situations, have been the subject of research and have also been used in psychosocial interventions with bipolar patients in order to help them manage stress factors and improve the clinical outcome of treatment.

**Objectives:** This study has the objective to compare BD patients, their first-degree relatives and a group of healthy controls on the use of adaptive strategies and maladaptive coping. The specific objectives, analyzes will be made by exploiting differences in specific types of coping used by individuals from different groups (patients, relatives and controls) through the *Brief* COPE scale. Other correlations with clinical variables will be explored, such as demographic and clinical factors, trying to find relations with coping strategies in the sample of patients with BD.

**Method:** This was a cross-sectional study with sampling by convenience, enrolling 36 patients with BD, 39 of their first-degree relatives and 44 controls. Coping strategies were assessed using the *Brief* COPE scale.

**Results:** Significant differences were detected between use of adaptive and maladaptive strategies by patients, patients' relatives and controls. Patients used adaptive strategies less often than the patients' relatives and controls. In contrast, the patients' relatives reported greater use of maladaptive strategies than the controls and were similar to the patients in this respect.

**Limitations:** The sample size is an important factor limiting the conclusions that can be drawn from this study. Furthermore, these conclusions are based on cross-sectional data.

**Conclusions:** The group of patients' relatives were at an intermediate level between the patients and the healthy controls, i.e. family make use of maladaptive strategies at similar levels to the group of patients, but greater use of adaptive strategies, as well as the control group.

This group merits psychosocial interventions to encourage use of adaptive strategies rather than maladaptive strategies.

**Keywords:** Coping, *Brief* COPE, Bipolar Disorder, Relatives

## 1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “**Estratégias de *Coping* em Pacientes com Transtorno Bipolar e seus familiares**”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão Bibliográfica, Justificativa, Objetivos
2. Artigo
3. Considerações Finais

Documentos de apoio são apresentados nos anexos.

## 2 INTRODUÇÃO

O Transtorno Bipolar (TB) é um transtorno mental potencialmente grave, complexo e incapacitante, de etiologia multifatorial, associado a elevadas taxas de morbidade clínica e prejuízo funcional (Kilbourne et al., 2004). Fatores psicológicos podem interferir no curso da doença e as respostas de um indivíduo a um estado afetivo podem contribuir para o início e manutenção da mesma (Nolen-Hoeksema, 1991; Teasdale, 1988).

Um destes fatores psicológicos que interferem nas respostas emocionais a um estado afetivo pode ser compreendido a partir do conceito de *coping*, que é concebido como o conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias adversas ou situações de estresse. Estratégias comportamentais de enfrentamento podem ser consideradas adaptativas, levando a um melhor funcionamento psicossocial (Boschi et al., 2000), ao passo que as estratégias de enfrentamento desadaptativas, como ruminação sobre estados negativos, estão ligadas ao aumento da depressão (Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema e Davis, 1999; Nolen-Hoeksema et al., 1999). Além de sua influência no curso da doença, diferentes estratégias de enfrentamento (por exemplo, níveis baixos de aceitação e altos níveis de negação) têm sido associadas com a má adesão à medicação no Transtorno Bipolar tipo I (Greenhouse et al., 2000).

Considerando que as respostas de *coping* podem ser fatores que interferem no prognóstico da doença, este estudo busca compreender melhor como os pacientes bipolares utilizam as estratégias de enfrentamento, em comparação com controles saudáveis e ainda com familiares destes pacientes que, segundo estudos (Henin et al., 2005; Hillegers et al., 2005; Egeland et al., 2003; DelBello e Geller, 2001; Chang et al., 2000; Lapalme et al., 1997), apresentam maior risco de desenvolver a doença, mas por alguns outros fatores não desenvolvem. Uma hipótese é que estes familiares conseguem gerenciar melhor seus conflitos e utilizam estratégias de enfrentamento mais adaptativas do que os pacientes.

### **3 REVISÃO DA LITERATURA**

#### **3.1 Transtorno Bipolar**

A prevalência estimada ao longo da vida para o Transtorno Bipolar (TB) fica em torno de 1,0% para o TB tipo I, 1,1% para TB tipo II e 2,4% para o TB subsindrômico (Merikangas et al., 2011; Yatham et al., 2013), sendo a sexta causa de incapacidade para o trabalho dentre todas as condições médicas gerais (World Health Organization, 2004). Cerca de 20% dos pacientes apresentam um curso crônico da doença (Taylor et al., 2011) além de elevadas taxas de morbidade clínica e psiquiátrica (Perron et al., 2009).

O TB é caracterizado por episódios recorrentes de mania e depressão, podendo ser subdividido em: Transtorno Bipolar Tipo I; Transtorno Bipolar tipo II; Transtorno Ciclotímico; Transtorno Bipolar e transtorno relacionado induzido por substância/medicamento; Transtorno Bipolar e transtorno relacionado devido a outra condição médica; Outro Transtorno Bipolar e transtorno relacionado especificado; e Transtorno Bipolar e outro transtorno relacionado não especificado (DSM-5, 2014).

Para fins deste estudo, limitaremos nossa pesquisa ao Transtorno Bipolar Tipo I. Segundo o DSM-5 (2014), para configurar um quadro de Transtorno Bipolar Tipo I, deve-se atender os critérios para pelo menos um episódio maníaco, que pode ser antecedido ou seguido por episódios hipomaníacos ou depressivos maiores.

---

Tabela 1 - Critérios Diagnósticos - Episódio Maníaco

---

- A. Período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade dirigida a objetivos ou da energia, com duração mínima de uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias, ou de qualquer duração, se houver a necessidade de hospitalização.
- B. Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia ou atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) estão presentes em grau significativo e representam uma mudança notável do comportamento habitual:
1. Autoestima inflada ou grandiosidade.
  2. Redução da necessidade de sono.
  3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.
  4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.
  5. Distratibilidade (p. ex., a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes) conforme relatado ou observado.
  6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora.
  7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).
- C. A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalizações a fim de prevenir dano a si mesmo ou a outras pessoas, ou existem características psicóticas.
- D. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

---

Fonte: DSM-5 (2014)

Para a configuração de um Episódio Hipomaníaco, consideramos os critérios do item B descritos na tabela acima, porém o tempo necessário para o diagnóstico a partir dos sintomas apresentados é de no mínimo quatro dias. O episódio deve estar associado a uma mudança clara no funcionamento que não é característica do indivíduo quando assintomático; a perturbação do humor e a mudança no funcionamento são observáveis por outras pessoas, porém não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização e não é atribuível aos efeitos de substância.

Os critérios diagnósticos para um Episódio Depressivo estão descritos na tabela 2.

---

Tabela 2 - Critérios Diagnósticos - Episódio Depressivo Maior

---

- A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiverem presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido e (2) perda de interesse ou prazer.
1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou por observação feita por outra pessoa (p. ex., parece choroso). Em crianças e adolescentes pode ser humor irritável.
  2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou observação feita por outra pessoa).
  3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias.
  4. Insônia ou hipersonia quase diária.
  5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
  6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.
  7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias.
  8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias (por relato subjetivo ou por observação feita por outras pessoas).
  9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.
- B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes do indivíduo.
- C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.
- 

Fonte: DSM-5 (2014)

A prevalência do Transtorno Bipolar com relação ao sexo não tem apresentado diferenças significativas, pelo menos para o Transtorno Bipolar tipo I (Shaffer et al., 2006; Mitchell et al, 2004).

A maior incidência de início da doença concentra-se em torno dos 20 anos (Kennedy, 2005) e há evidências de que o curso e tempo de doença interferem no prognóstico da doença. Mais de 90% dos indivíduos que tiveram um único episódio de mania têm episódios recorrentes de humor (DSM-5, 2014). Há evidências de que os pacientes em estágios iniciais da doença apresentam desfechos clínicos muito melhores do que aqueles com maior número de episódios (Schuepbach et al., 2008).

O prognóstico em longo prazo pode ser associado a prejuízos cognitivos persistentes e a um declínio funcional decorrentes da progressão do transtorno (Kapczinski et al., 2008). Esta progressão que em parte se dá pela recorrência dos episódios agudos, está geralmente associada a desfechos clínicos desfavoráveis, como a redução nos intervalos inter-episódicos, redução na resposta ao tratamento, maiores taxas de comorbidades, maiores prejuízos na capacidade funcional e aumento do risco de suicídio e hospitalizações (Rosa et al., 2012; Berk et al., 2011; Reinares et al., 2010; Hawton et al., 2005; Matza et al., 2005; Swann et al., 1999).

História familiar de TB é um dos fatores de risco mais fortes e mais consistentes para transtornos desta categoria. Em média, há um risco 10 vezes maior de desenvolver a doença entre parentes adultos de indivíduos com Transtorno Bipolar tipo I e tipo II (DSM-V, 2014).

Estudos transversais e de coorte tem selecionado indivíduos, levando em consideração familiares de primeiro grau com TB. Pesquisas sugerem que familiares de pacientes com TB apresentam níveis mais elevados de manifestar a doença, comparando com controles saudáveis (Henin, 2005; Hillegers, 2005; Egeland et al., 2003; Chang et al., 2000; Lapalme et al., 1997).

Em uma revisão de 17 estudos, os transtornos de humor estão presentes em 5-67% em filhos de bipolares em comparação com 0-38% de filhos em controles não afetados (DelBello e Geller, 2001). Uma meta-análise concluiu que filhos de bipolares eram 2,7 vezes mais propensos a desenvolver algum transtorno psiquiátrico e 4,0 vezes mais propensos a desenvolver um transtorno afetivo em comparação com filhos de controles saudáveis (Lapalme et al., 1997).

Estudos epidemiológicos apontam para uma etiologia multifatorial, destacando a relevância dos fatores genéticos e ambientais. Pesquisas têm demonstrado a necessidade de avaliar parentes de primeiro grau de pacientes com diagnóstico de TB, pois conforme descrito trata-se de um Grupo com Alto Risco (GAR) de desenvolver a doença (Krüger et al., 2006).

Em um estudo, Kapczinski et al. (2008) formularam um modelo de fisiopatologia do TB. Esse modelo explica que o estresse e os eventos da vida são fatores importantes no início e no curso do transtorno (Post, 2007). O estresse pode atuar como um gatilho de novos episódios, impondo a necessidade de melhor gerenciamento do estresse no TB. Seguindo nesta linha, as habilidades de *coping* podem desempenhar um papel na modulação da relação entre estresse e a recorrência de episódios, assim como podem estar diretamente afetadas por



danos neurofuncionais e neuroestruturais presentes no curso do transtorno (Robinson et al., 2006; Monkul et al., 2005).

O conceito de carga alostática (McEwen, 1998) refere-se a um sistema fisiológico múltiplo e cumulativo, necessário para a adaptação. Mesmo apresentando características de proteção, quando este processo é repetido continuamente, pode ocasionar graves prejuízos ao sujeito, como no caso de estresse crônico (McEwen, 2006). Aplicado ao TB, os efeitos da carga alostática podem ser percebidos no comprometimento clínico progressivo, pela elevada prevalência de doenças e mortalidade, bem como nos déficits cognitivos (Kapczinski et al., 2008).

O *coping* pode então ser compreendido como um produto e um modulador da carga alostática (Grassi-Oliveira et al., 2010), justificando a importância de pesquisas sobre o tema em pacientes com Transtorno Bipolar.

### **3.2 *Coping***

O modo como as pessoas gerenciam as situações de estresse e circunstâncias da vida tem sido foco de investigação e pesquisas, principalmente na área da saúde mental, buscando meios de auxiliar os pacientes no manejo dos eventos e agravos decorrentes dos transtornos mentais. Neste contexto, o conceito de *coping* é compreendido como um conjunto de estratégias utilizado pelas pessoas para adaptarem-se e enfrentarem situações de estresse. O *coping* tem sido objeto de vários estudos em associação com saúde e adaptabilidade social, juntamente com conceitos de resiliência e vulnerabilidade (Antoniazzi et al., 1998). Conforme outros autores (Souza, 2011) utilizou-se o termo em Inglês “*coping*”, por compreendermos que o termo “enfrentamento” utilizado na literatura nacional, não abrange o construto adequadamente.

O *coping* evoluiu ao longo do desenvolvimento humano e tem demonstrado um papel importante no ajustamento psicológico, biológico e no bem-estar (Taylor e Stanton, 2007; David et al., 2006; Perczek et al., 2000). Ele é compreendido como um fator importante na proteção da saúde e na prevenção e tratamento das doenças (Lyon, 2012; Ebert et al., 2002; Perczek et al., 2000). Em nível psicológico, o *coping* tem sido apontado como um mediador do efeito da personalidade sobre as consequências do estresse (Knoll et al., 2005). Nas doenças crônicas mais usuais como, por exemplo, diabetes, o *coping* bem sucedido tende a melhorar a forma de gerenciar a doença e a qualidade de vida destes doentes crônicos (Fisher et al., 2009). O mesmo vem sendo percebido em grupos afetados pelo câncer (Gottlieb e

Wachala, 2007), ou em pessoas com esclerose múltipla (McCabe et al., 2004). Assim sendo, entende-se que a avaliação e investigação do *coping* possam ser estratégias importantes para o entendimento de questões de saúde pública tanto no que se refere à promoção e proteção da saúde quanto na prevenção e no tratamento de doenças (Lyon, 2012; Ebert et al., 2002).

Podem-se identificar três grupos de pesquisadores acerca do conceito de *coping*, que produziram pesquisas de acordo com suas filiações epistemológicas. Inicialmente, alguns pesquisadores voltados para a teoria de experimentação animal, fortemente influenciada pelo pensamento darwiniano e pela teoria psicológica do ego, de base psicanalítica, definiram *coping* como atos que controlam as condições adversas do ambiente e pretendem diminuir a probabilidade do desenvolvimento de transtornos psicofisiológicos. Os pesquisadores mais direcionados à psicologia do ego ainda entendiam o *coping* como correspondente aos mecanismos de defesa, como motivação interna e inconsciente para lidar com conflitos sexuais e agressivos (Antoniazzi et al., 1998).

Nesta perspectiva de uma abordagem hierárquica e um modelo evolutivo, Vaillant (1994) realizou estudos com objetivo de verificar os processos psíquicos utilizados pelas pessoas na sua relação com o ambiente e categorizou quatro níveis dos mecanismos de defesa: 1) mecanismos projetivos (medo, distorção e desilusão projetiva); 2) mecanismos imaturos (fantasia, projeção, hipocondria, comportamento passivo-agressivo e *acting-out*); 3) mecanismos neuróticos (intelectualização, repressão, formação reativa, deslocamento e dissociação); e 4) mecanismos maduros (sublimação, altruísmo, supressão, antecipação e humor).

Este modelo hierarquizado de defesas sugeria que indivíduos que utilizavam defesas mais maduras teriam melhor saúde mental e relacionamentos mais gratificantes (Parker e Endler, 1996). Para esta primeira geração de pesquisadores, o estilo de *coping* que os indivíduos utilizavam era concebido como estável, numa hierarquia de saúde *versus* patologia. Porém, esta visão sobre *coping* não considerava as diferenças individuais, a avaliação do problema, as estratégias cognitivas, os sentimentos e as emoções. Houve a necessidade de realizar novos estudos para tentar diferenciar os comportamentos rígidos e fixos, assim como os comportamentos inadequados e derivados de elementos inconscientes associados aos mecanismos de defesa, dos comportamentos mais flexíveis, propositais, portanto mais conscientes, que estariam mais adequados à realidade e derivados de elementos conscientes associados ao *coping* (Antoniazzi et al., 1998).

A partir da década de 60, uma segunda geração de pesquisadores direcionava os estudos sobre *coping* enfatizando tanto o processo, quanto os traços da personalidade, destacando os comportamentos e seus determinantes cognitivos e situacionais (Suls et al.,1996), passando a compreender *coping* como um processo transacional resultante da interação entre as pessoas e o ambiente (Folkman e Lazarus,1985).

Nesta abordagem o *coping* refere-se a um processo orientado, onde os indivíduos utilizam-se de determinadas estratégias para lidar com demandas psicológicas ou ambientais, em determinadas situações de estresse. Sua função é administrar a situação estressora, em vez de controlar ou dominar a mesma (Folkman et al., 1986; Folkman e Lazarus, 1985; Folkman, 1984; Folkman e Lazarus, 1980).

A terceira geração de pesquisadores tem direcionado os estudos para uma perspectiva mais ampla e integradora do conceito, voltando-se para o estudo das convergências entre fatores sociodemográficos, características de personalidade, fatores do contexto social e estratégias de enfrentamento. Isto porque evidências indicam que fatores situacionais não são capazes de explicar toda a variação nas estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos (Antoniazzi et al.,1998).

No entendimento de Parkes (1986) esta visão integradora enfatiza as relações entre as variáveis ambientais e pessoais nos processos de *coping*. Neste sentido, o autor conduz um estudo no qual examina diferenças individuais (como extroversão e neuroticismo), fatores ambientais (suporte social e demandas do trabalho) e características situacionais (tipos de episódios estressantes e importância percebida sobre os mesmos) como preditores de três medidas de *coping*, através de autorrelato (*coping* geral, *coping* direto e supressão). Os dados analisados foram coletados de 135 estudantes do sexo feminino, do primeiro ano de Enfermagem. As diferenças individuais foram avaliadas antes da exposição ao ambiente de prática e informações sobre episódios estressantes foi obtida durante o período inicial da prática da Enfermagem. Análises de regressão múltiplas mostraram que as diferenças individuais e os fatores ambientais e situacionais foram preditores significativos de escores de *coping* e que os padrões de interação entre diferenças individuais e características situacionais foram diferentes para cada tipo de enfrentamento. Interações entre a procura de trabalho e neuroticismo foram significativas tanto para *coping* direto e repressão; interações de apoio social e extroversão predizem o uso de *coping* direto e interações entre neuroticismo e extroversão e entre demanda de trabalho e importância deste, prediz o uso de supressão.

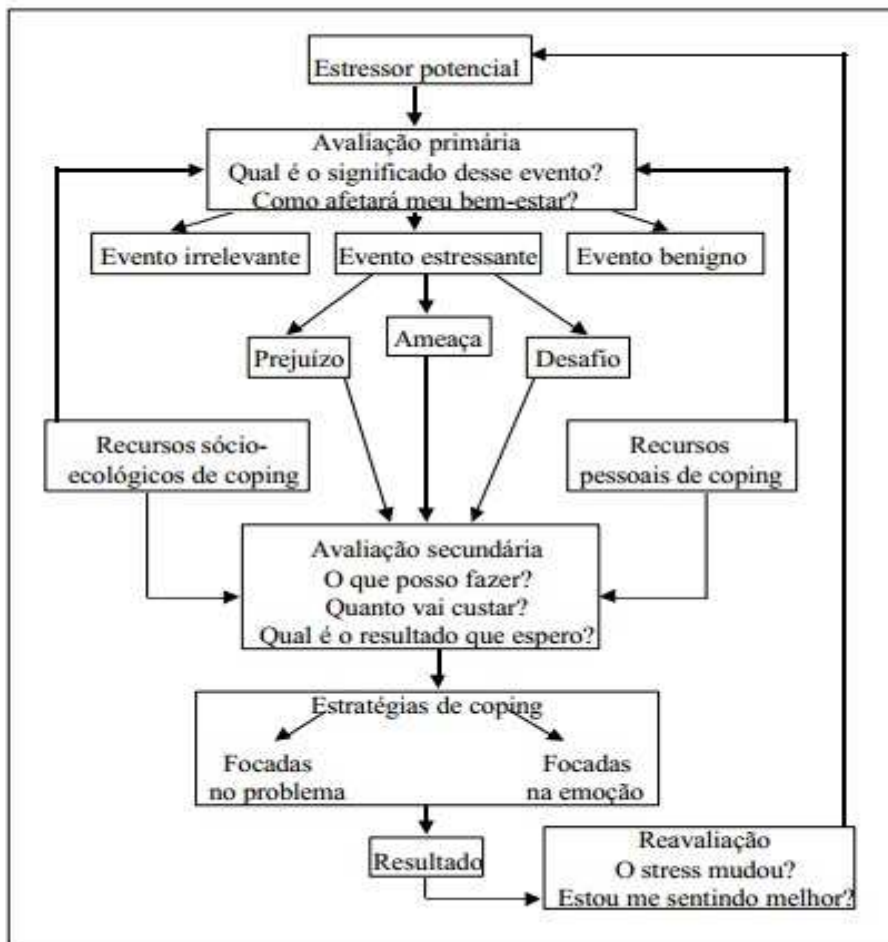
Devido à falta de consenso atual sobre o construto do *coping*, nesse estudo utilizamos a compreensão conceitual compreendida por Carver et al. (1989), autor da escala *Brief COPE*, utilizada na avaliação das estratégias de enfrentamento. Para Carver et al. (2009), as pessoas respondem à percepção de ameaça, dano e perda de diversas maneiras, muitas das quais podem ser compreendidas a partir do conceito de *coping*, sendo este, muitas vezes definido como os esforços para impedir ou diminuir a ameaça, dano e perda, ou para reduzir o sofrimento associado. Alguns autores preferem limitar o conceito de *coping* com as respostas voluntárias (Compas et al., 2001), outros incluem respostas automáticas e involuntárias dentro da construção *coping* (Skinner et al., 2007; Eisenberg et al., 1997). Carver (2009) compreende que a distinção entre as respostas voluntárias e involuntárias ao estresse não é simples, pois as respostas que começam como intencionais podem se tornar automáticas com a repetição. Porém compreende as respostas que são reconhecidas pelas pessoas, removendo assim as reações defensivas inconscientes (Cramer, 2003).

### 3.2.1 Modelos de *Coping*

O *coping* pode ser definido (Folkman, 1984) como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que tem por objetivo gerenciar demandas específicas, internas ou externas, decorrentes de situações de estresse e que são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos pessoais. Partindo desta compreensão, a avaliação da situação é fundamental, ou seja, como que a pessoa percebe o fenômeno, como o interpreta ou é cognitivamente representado na mente do indivíduo. Nesta visão, as estratégias de *coping* são consideradas ações deliberadas que podem ser aprendidas, usadas e descartadas. Assim sendo, excluem-se os mecanismos de defesa inconscientes e não intencionais, como negação, deslocamento e regressão, bem como a compreensão do *coping* como um traço de personalidade, imutável (Antoniazzi et al., 1998).

O modelo de Folkman e Lazarus (1980) abarca quatro conceitos principais: (a) *coping* é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente; (b) sua função é de administração da situação estressora, ao invés de controle ou o domínio da mesma; (c) os processos de *coping* pressupõem a noção da avaliação, ou seja, como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo; (d) o processo de *coping* constitui-se em uma mobilização de esforço, através da qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as

demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente (Figura 1). Este modelo tem sido considerado o mais compreensivo dos modelos existentes.



Fonte: Antoniazzi AS, Dell’Aglia DD, Bandeira DR. O conceito de *Coping*: uma revisão teórica. Estudos de Psicologia. 1998;3(2):273-294.

Figura 1 - Modelo de Processamento de Stress e Coping de Lazarus e Folkman (1984)

Para os autores (Lazarus e Folkman, 1984), quando as pessoas se deparam com um evento estressor, fazem uma avaliação deste que vai determinar as suas reações emocionais e comportamentais ao evento. Há dois tipos de avaliação: avaliação primária e avaliação secundária. A avaliação primária permite atribuir um significado pessoal ao acontecimento e indica se o acontecimento tem um significado positivo, neutro ou negativo.

Quando o evento é considerado irrelevante ou neutro, considera-se que a situação não afetará significativamente o bem estar. Quando é considerado benigno ou positivo, indica que a pessoa apresenta recursos para lidar com a situação e as consequências são vistas como

positivas para o bem estar. Se o evento é considerado negativo, ocorre a avaliação secundária, em que a pessoa avalia a sua capacidade para enfrentá-lo.

Pode-se pensar como resultante desta avaliação, a percepção de emoções relacionadas com a situação. As emoções positivas surgem a partir de uma interpretação positiva e as emoções negativas são decorrentes da percepção da situação como uma ameaça física ou psicológica.

Numa perspectiva cognitivista, o *coping* foi dividido em duas categorias: *coping* focalizado no problema, que envolve formas de *coping* que visam resolver ou alterar a situação-problema; e *coping* focalizado na emoção, que diz respeito aos processos de *coping* que visam manejar diretamente o estresse emocional (Antoniazzi et al., 1998).

As estratégias de *coping* focalizado no problema são dirigidas ao próprio estressor: tomar medidas para remover ou para evitá-lo ou para diminuir o seu impacto, se não puder ser evitado. Por exemplo, se as demissões são esperadas, o *coping* focalizado no problema a ser utilizado por um empregado pode incluir poupar dinheiro, aplicando-o em outras atividades, para a obtenção de formação a fim de melhorar as perspectivas de contratação, ou trabalhar mais duro para reduzir a probabilidade de ser despedido (Carver, 2010).

O *coping* focalizado na emoção visa minimizar a angústia desencadeada por estressores e inclui uma ampla gama de respostas, variando de tentar acalmar-se (por exemplo, relaxamento, busca de apoio emocional), à expressão de emoção negativa (por exemplo, gritando, chorando), ou ainda se concentrar em pensamentos negativos (por exemplo, ruminação), ou tentar escapar às situações estressantes (por exemplo, a evasão, negação).

O *coping* focalizado no problema e o *coping* focalizado na emoção tem objetivos distintos e próximos ao mesmo tempo. O objetivo determina a categoria de atribuição da resposta. Alguns comportamentos podem servir tanto a uma quanto a outra função, dependendo do objetivo por trás de seu uso. Por exemplo, se o objetivo é a obtenção de apoio emocional e segurança, a busca de apoio é a emoção focada; mas é problema focalizado, se o objetivo é obter aconselhamento ou ajuda instrumental. As duas categorias também podem facilitar um ao outro. O *coping* focalizado no problema diminui a ameaça, mas assim também diminui a angústia gerada por essa ameaça. O *coping* focalizado na emoção diminui angústia negativa, tornando-se possível considerar o problema com mais calma, talvez produzindo o um melhor manejo através do *coping* focalizado no problema (Antoniazzi et al., 1998).

Esta inter-relação entre *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção torna mais útil para pensar as duas funções de enfrentamento como complementares e não como duas categorias de enfrentamento totalmente distintas e independentes (Lazarus, 2006).

Coolidge e colaboradores (2000) agruparam as estratégias de *coping* em três subgrupos diferentes: o *coping* focalizado nas emoções, *coping* centrado no problema e *coping* disfuncional. O *coping* focalizado nas emoções engloba a aceitação, uso de suporte emocional, humor, reinterpretação positiva e religião. O *coping* centrado no problema agrupa o *coping* ativo, uso de suporte instrumental e planejamento. No que concerne ao *coping* disfuncional, este abarca as estratégias de *coping* desinvestimento comportamental, negação, auto-culpabilização, autodistração, uso de substâncias e expressões dos sentimentos.

*Coping* é um complexo e multidimensional processo que é sensível às demandas relacionadas a um estado interno e um ambiente externo (Folkman e Moskowitz, 2004). Trata-se de um conceito muito amplo, com uma história longa e complexa, por vezes contraditória, por vezes complementares (Folkman e Moskowitz, 2004; Compas et al., 2001). Várias distinções foram feitas dentro do domínio; para uma melhor compreensão das distinções, sugere-se ver Skinner et al. (2003).

### 3.2.2 Estilos e Estratégias de *coping*

No que se refere ao conceito de *coping*, é importante distinguir entre o que os pesquisadores tem denominado estratégias de *coping* e estilos de *coping*. Apesar de esta definição não ser completamente consensual, sua descrição se faz necessária para uma compreensão mais ampla deste conceito.

As estratégias de *coping* refletem ações, comportamentos ou pensamentos usados para lidar com um estressor (Folkman et al., 1986). Segundo Folkman e Lazarus (1980), estas estratégias podem ser classificadas em dois tipos, *coping* focalizado na emoção e *coping* focalizado no problema, dependendo de sua função. O *coping* focalizado na emoção é definido como o esforço para regular o estado emocional que é associado ao estresse, ou é o resultado de eventos estressantes. As estratégias são dirigidas a um nível somático de tensão emocional e sua função é reduzir a sensação física desagradável de um estado de estresse. Já o *coping* focalizado no problema constitui-se em um esforço para atuar na situação que deu origem ao estresse, tentando mudá-la. Sua função é alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente que está causando a tensão (Antoniazzi et al., 1998).

Estilos de *coping* têm sido mais relacionados a características de personalidade ou a resultados de *coping*, enquanto que as estratégias se referem a ações cognitivas ou de comportamento tomadas no curso de um episódio particular de estresse (Antoniazzi et al., 1998).

Para Carver e Scheier (1994) as pessoas desenvolvem formas habituais de lidar com estresse. Estas formas habituais, consideradas também como estilos de *coping*, podem influenciar suas reações em novas situações. Os autores referem-se à expressão “estilo de *coping*”, como uma tendência a usar uma determinada resposta/perfil de resposta, em maior ou menor grau, frente às situações de estresse. Ou seja, não implicam necessariamente a presença de traços subjacentes da personalidade que predis põem a pessoa a responder de determinada forma, mas podem refletir uma tendência a responder de uma forma particular quando confrontados com uma série específica de circunstâncias.

Em contrapartida aos estilos de *coping*, que estão relacionados a fatores disposicionais do indivíduo, as estratégias de *coping* estão vinculadas a fatores situacionais. Ou seja, o uso das estratégias pode ser alterado de uma situação para outra, durante diferentes estágios de uma situação estressante (Folkman e Lazarus, 1980). Assim, uma variabilidade nas reações individuais impossibilita de se tentar prever respostas situacionais a partir do estilo de *coping* de uma pessoa.

Em uma tentativa de convergir as abordagens ao conceito de *coping*, Folkman e Moskowitz (2000) afirmam que: a) o *coping* tem várias funções, incluindo, mas não só, a regulação do estresse e o gerenciamento dos problemas que o causaram; b) é influenciado pela avaliação das características do contexto do estresse, incluindo a possibilidade de controle; c) é influenciado pelas características de personalidade, incluindo o otimismo, o neuroticismo e a extroversão; e d) é influenciado pelos recursos sociais.

### **3.3 Brief COPE**

#### **3.3.1 Sobre a escala**

O *Brief COPE* avalia 14 estilos de *coping*, derivados em parte do modelo de *coping* de Lazarus e Folkman (1984) e do modelo de autorregulação comportamental (Carver and Scheier, 1981, 1990).

Os autores da escala (Carver et al. 1989) interessam-se pelo papel que as diferenças individuais podem ter no *coping* e referem ter duas maneiras de pensar esta relação. Uma é



que há modos estáveis (traços) ou estilos de *coping* preferidos que as pessoas utilizariam em situações de estresse e que se manteriam relativamente fixos ao longo do tempo e das circunstâncias, levando em consideração experiências anteriores. Outra perspectiva é pensar que características de personalidade podem predispor as pessoas para o uso de determinadas estratégias.

As abordagens que integram as questões de disposição individual aproximam-se da teoria do traço e focam interesse nas estratégias de *coping* que tendem a ser utilizadas pelos indivíduos em situações estressantes variadas. Estas abordagens podem ser avaliadas como medidas de autorresposta, questionando o modo habitual de responder perante ambientes estressantes (Ribeiro e Rodrigues, 2004).

Carver et al. (1989) reconhecem que há determinados estilos de *coping* que integram um repertório de estratégias relativamente fixas, utilizadas através do tempo e das circunstâncias.

O *Brief COPE* é composto pelas escalas apresentadas no quadro 1.

Quadro 1 - Escala *Brief COPE* e definições

<b>Escala <i>Brief COPE</i> e suas definições</b>	
<b>Escala</b>	<b>Definição</b>
1. <i>Coping</i> Ativo	Iniciar uma ação ou fazer esforços para remover o estressor.
2. Planejamento	Pensar sobre o modo de se confrontar com o estressor, planejar os esforços de <i>coping</i> ativos
3. Uso de suporte instrumental	Procurar ajuda, informações ou conselhos acerca do que fazer
4. Uso de suporte social/emocional	Conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém
5. Religião	Aumento de participação em atividades religiosas
6. Reinterpretação positiva	Fazer o melhor da situação crescendo com base nela ou vendo-a de um modo mais favorável
7. Autoculpabilização	Culpar e criticar a si mesmo pelo que aconteceu
8. Aceitação	Aceitar o fato que o evento estressante ocorreu e é real
9. Expressão de sentimentos	Aumento da consciência do estresse emocional/pessoal e a tendência concomitante para exprimir ou descarregar esses sentimentos
10. Negação	Tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento estressante
11. Autodistração	Desinvestimento mental do objetivo com que o estressor está a interferir, através do sonhar acordado, dormir ou autodistração

12. Desinvestimento comportamental	Desistir ou deixar de se esforçar de tentar alcançar o objetivo com o qual o estressor está interferindo
13. Uso de substâncias (medicamentos/ álcool)	Voltar-se para o uso do álcool ou outras drogas (medicamentos) como um meio de desinvestir do estressor
14. Humor	Fazer piadas acerca do estressor

Fonte: Adaptado de Ribeiro JL, Rodrigues AP. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do *Brief COPE*. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 1: 3-15.

O questionário é precedido por uma introdução breve em que se pede às pessoas para responderem sobre o modo como lidam com os problemas da vida. É avaliado por escala ordinal, variando de um a quatro, entre “nunca faço isto” até “sempre faço isto”. Os itens são somados em cada escala, sendo que quanto maior for a nota obtida, maior é o uso de determinada estratégia de *coping*. De acordo com Carver (1997), essa escala pode ser utilizada conforme as necessidades do pesquisador.

Alguns autores agrupam as estratégias de *coping* em dois grupos - adaptativas ou desadaptativas (Fletcher et al., 2013). Estratégias adaptativas incluem *Coping* ativo (por exemplo, “Concentro meus esforços em fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação”), Planejamento (por exemplo, “Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação”), Uso de Suporte Emocional (por exemplo, “Procuro apoio emocional de alguém”), Uso de Suporte Instrumental (por exemplo, “Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação”), Reinterpretação Positiva (por exemplo, “Procuro algo positivo em tudo o que está a acontecer”), Aceitação (por exemplo, “Tento aprender a viver com a situação”), Religião (por exemplo, “Rezo ou medito”) e Humor (por exemplo, “Enfrento a situação levando-a para a brincadeira”).

Estratégias desadaptativas incluem Expressão de Sentimentos (por exemplo, “Sinto e expresso meus sentimentos de aborrecimento”), Negação (“Tenho dito para mim próprio(a): Isto não é verdade”), Uso de Substâncias (por exemplo, “Uso álcool e outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas”), Desinvestimento Comportamental (por exemplo, “Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objetivo”), Autodistração (por exemplo, “Refugio-me noutras atividades para me abstrair da situação”) e Autoculpabilização (por exemplo, “Faço críticas a mim próprio”). As subescalas adaptativas estão relacionadas com resultados funcionais, enquanto as subescalas desadaptativas tendem a estar associadas a resultados disfuncionais (Carver et al., 1993).

Para este estudo, foi utilizada a versão adaptada do instrumento para o português de Portugal (Ribeiro e Rodrigues, 2004). A escala demonstra objetividade em analisar 14 diferentes tipos de *coping* em um curto espaço de tempo.

O *Brief COPE* (BC) demonstrou validade concorrente e preditiva em uma amostra psiquiátrica (Meyer, 2001). Outro estudo (Greenhouse et al., 2000) com uma amostra de pacientes bipolares tipo I, relatou alta consistência interna para as duas subescalas examinadas (Aceitação = 0,84; Negação = 0,77). A consistência interna para todas as subescalas variou nesta amostra de 0,3 a 0,9.

### 3.3.2 Estudos realizados com a escala *Brief COPE*

A escala *Brief COPE* também tem sido utilizada para pesquisas em doenças clínicas. Em um estudo recente (Tuncay, 2014), a utilização de estratégias de enfrentamento focadas tanto na emoção quanto no problema e sua associação com aspectos de qualidade de vida foram investigadas em uma amostra de 228 mulheres, diagnosticadas com câncer de ovário, submetidas a tratamento quimioterápico, avaliadas em todos os estágios da doença. Os achados mostraram que os índices de qualidade de vida foram moderadamente altos neste grupo, apesar de algumas facetas negativas específicas relacionadas com a experiência da doença e do tratamento. A aceitação, o uso de suporte emocional e a religião foram as estratégias de enfrentamento focalizadas no problema mais frequentemente utilizadas. A auto-distração, expressão de sentimentos e desinvestimento comportamental foram as estratégias focalizadas na emoção mais utilizadas. Pacientes que relataram o uso significativamente maior de estratégias de *coping* focalizado no problema obtiveram melhores índices em qualidade de vida do que aqueles que utilizaram maior uso de *coping* focalizado na emoção. Estratégias de *coping* focalizado no problema estavam relacionadas com bem estar físico e espiritual das pacientes enquanto as estratégias de *coping* focalizado na emoção foram relacionadas inversamente com o bem-estar psicológico e social. Os autores concluem que o modo como as pacientes com câncer de ovário fizeram uso das estratégias de enfrentamento, influenciou na qualidade de vida e na adaptação psicossocial das mesmas.

Outro estudo utilizando a escala *Brief COPE* (Pérez-García et al., 2014) avaliou o papel que sintomas depressivos, bem-estar subjetivo e *coping* desempenham em doentes crônicos com insuficiência cardíaca. Participaram do estudo 60 pessoas, sendo 68,3% homens, com idades entre 40 e 89 anos. As estratégias de *coping* foram organizadas em quatro tipos: uso de suporte emocional e social, focalizada no problema (tarefa),

desadaptativo focada na emoção e aceitação. As análises de regressão múltipla realizadas indicaram que o bem estar subjetivo foi positivamente associado com *coping* focalizado no problema (tarefa) e inversamente relacionado a estratégias desadaptativas e sintomas depressivos. O gênero também foi um preditor significativo de bem estar subjetivo, com pacientes do sexo masculino relatando bem-estar maior do que pacientes do sexo feminino. A análise estatística mostrou que os sintomas depressivos estão parcialmente relacionados com *coping* focalizado na tarefa e bem estar subjetivo, podendo afetar o bem-estar e contribuir para um prejuízo físico mais grave.

Ward e Hay (2014) investigaram hábitos alimentares, sintomas depressivos, estresse, estratégias de *coping* e insatisfação com o corpo, em uma amostra de 215 mulheres universitárias no primeiro ano de graduação, buscando tendências comportamentais para o desenvolvimento de Transtorno Alimentar. Os autores encontraram o uso de *coping* negação como fator que pode contribuir para o desenvolvimento de transtornos alimentares no primeiro ano de ingresso na universidade. Pode-se pensar que mulheres universitárias com uma imagem corporal positiva e estratégias de enfrentamento positivas podem evitar um comportamento alimentar mais desordenado, explicado pela relação entre afeto negativo e transtornos alimentares (Stice, 2002).

Outro estudo (Kotzé et al., 2013), com 224 mulheres HIV-positivas diagnosticadas durante a gravidez, investigou o uso de estratégias de enfrentamento durante os dois primeiros anos após o diagnóstico. As entrevistas foram realizadas entre uma e quatro semanas após o diagnóstico durante a gravidez, com três entrevistas de acompanhamento realizadas no pós-parto. As estratégias de enfrentamento mais utilizadas incluíram aceitação, *coping* ativo, reinterpretação positiva, religião e autodistração. Primeiramente, as mulheres utilizaram estratégias internalizadas ou focadas na emoção. Ao longo do tempo, as estratégias focalizadas no problema foram utilizadas. Verificou-se que *coping* ativo foi usado mais frequentemente do que o *coping* negação ao longo do período de estudo. O uso de *coping* ativo aumentou ao longo do tempo, enquanto *coping* negação diminuiu quando o diagnóstico foi realizado, voltando a aumentar entre 6 e 21 meses após o diagnóstico. O estudo concluiu que as mulheres diagnosticadas com HIV durante a gravidez utilizaram o *coping* negação ao longo da gestação, indicando que preferem lidar com as consequências da doença depois que o bebê nasce.

### 3.4 *Coping* e Transtorno Bipolar

As estratégias de enfrentamento em pessoas com Transtorno Bipolar têm sido investigadas, sobretudo em pacientes com Transtorno Bipolar tipo I. O estresse psicológico pode desempenhar um papel importante no desenvolvimento e evolução do TB (Post e Leverich, 2006). Porém, os estudos ainda apresentam-se escassos e mais centrados nas fases prodrômicas das crises.

Em 1997, foi publicado um primeiro artigo que teve como objetivo investigar pródromos, estratégias de enfrentamento, insight e funcionamento social, além de aceitação da doença e adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com TB. Os autores concluíram que o funcionamento social estava relacionado ao nível de insight, bem como ao modo como os pacientes (n=40) utilizavam as estratégias de *coping* para lidarem com pródromos da mania. Os resultados mostraram que 25% dos sujeitos não foram capazes de reconhecer os sinais precoces do episódio depressivo, comparado com 7,5% dos pacientes que não foram capazes de reconhecer os sinais precoces da crise maníaca, sugerindo maior facilidade para os pacientes bipolares reconhecerem os pródromos de mania do que de depressão (Lam e Wong, 1997).

Em 2001, Lam, Wong e Sham publicaram um segundo artigo sobre os mesmos 40 pacientes do estudo de 1997. Os autores concluíram que os pacientes com TB foram capazes de informar de forma confiável os sintomas de pródromos. Pacientes que relataram o uso de estratégias de enfrentamento comportamentais enquanto experimentavam sintomas prodrômicos referiram menos episódios maníacos ou recaídas depressivas, concluindo que as estratégias comportamentais estavam ligadas a menos episódios depressivos e maníacos em 18 meses de seguimento (Lam et al., 2001).

Em 2005, Lam e Wong publicaram um artigo de revisão em que concluíram que há evidências empíricas claras em relação aos benefícios de intervenções psicossociais com elementos que promovam a detecção precoce de pródromos e *coping* adaptativo em casos de pacientes bipolares.

Em outra publicação sobre *coping* em pacientes com Transtorno Bipolar (n=32), *coping* e adesão à medicação foram examinadas. As subescalas Aceitação e Negação da escala *Brief*COPE tiveram correlações com a adesão. Os baixos índices em Aceitação e altos níveis em Negação parecem prejudicar a adesão à medicação (Greenhouse et al., 2000).

Em artigo de revisão, Christensen e Kessing (2005) mostraram que são poucos os estudos sobre *coping* que incluem pacientes com TB exclusivamente. Em 2008, Goossens, Klein e Achterberg, buscaram investigar os estilos de enfrentamento de pacientes com Transtorno Bipolar (n=157) em tratamento ambulatorial, quando confrontados com problemas e acontecimentos desagradáveis. Os resultados mostraram que pacientes com TB apresentam um padrão menos ativo de reação e um estilo de enfrentamento mais evitativo em comparação com as pessoas da população em geral. Este trabalho parece ser um dos poucos estudos transversais que avaliam estilos de *coping* em pacientes bipolares fora do contexto dos pródromos de (hipo)mania. Os autores encontraram também diferenças nos estilos de *coping* entre homens e mulheres neste mesmo estudo que incluiu 1.075 homens e 712 mulheres da população holandesa. Os resultados indicam uso mais elevado de suporte social, mais reações paliativas e menos expressão de emoções nos homens bipolares em comparação ao grupo controle. As mulheres bipolares utilizaram menos pensamentos reasseguradores, menos abordagens ativas de *coping* e mais reações passivas que o grupo controle.

Outros três estudos investigaram a regulação da emoção e da cognição em pacientes bipolares tipo I e serão descritos a seguir.

Um destes estudos (Green et al., 2011) quantificou maior frequência de estratégias de enfrentamento desadaptativas, como ruminação sobre o afeto negativo, catastrofização e auto-culpabilização em resposta a eventos negativos da vida em pacientes bipolares tipo I, quando comparados aos seus parentes biológicos não afetados e controles saudáveis. Além disso, a ruminação foi associada com o aumento de sintomas depressivos, de acordo com relatos de um estudo anterior (Van der Gucht et al., 2009).

Embora os estudos que avaliam a ruminação tenham historicamente focalizado na ruminação sobre o afeto negativo, há um crescente interesse no papel da ruminação sobre efeito positivo no Transtorno Bipolar - como os indivíduos pensam sobre as causas e consequências dos sentimentos positivos quando sentem uma elevação no humor (Gruber et al., 2011).

Johnson et al. (2008) examinaram a ruminação sobre o afeto positivo e negativo em uma amostra de pacientes bipolares (combinando bipolar I, bipolar II e bipolar NOS). Eles relataram uso de ruminação elevada em resposta para o afeto negativo em pacientes bipolares e unipolares em relação aos controles, e com elevada ruminação em resposta para afeto positivo nos pacientes bipolares. No entanto, este estudo avaliou uma amostra diagnosticada

com Transtorno Bipolar em nível de graduação e com um tamanho relativamente pequeno da amostra (n=28), o que limita a generalização dos seus resultados.

Mais recentemente, Gruber et al. (2011) relataram maiores traços ruminativos sobre a emoção positiva e negativa em pacientes bipolares tipo I em relação a controles saudáveis, sendo este traço associado com curso o da doença.

Outro estudo (Parikh et al. 2007) avaliou as respostas de enfrentamento comparando pacientes com Transtorno Bipolar tipo I e tipo II. Os resultados indicam que os pacientes com Transtorno Bipolar tipo I adotam uma ampla gama de estratégias de enfrentamento e buscam mais ajuda profissional, além de reduzir as respostas para pródromos hipo/maníaco em relação aos pacientes bipolares tipo II. Os autores sugeriram que os pacientes bipolares tipo I podem procurar ajuda profissional com mais frequência do que aqueles com TB tipo II, devido a avaliarem que os episódios maníacos são mais prejudiciais e graves que os episódios hipomaníacos, geralmente sentidos como agradáveis.

Estudo recente (Souza, 2011) investigou as relações entre *coping* e traços de personalidade em bipolares e controles saudáveis; comparando as estratégias e estilos nestes grupos, assim como estratégias de *coping* nos pródromos da mania de pacientes bipolares I e II. O estudo incluiu 35 bipolares e o grupo controle foi constituído por 40 indivíduos saudáveis do ponto de vista psiquiátrico. Os resultados mostraram que os bipolares apresentam mais estratégias e estilos de *coping* focalizados na emoção do que focalizados no problema, altos níveis de Neuroticismo e baixos níveis de Extroversão e Conscienciosidade. Foram encontradas associações positivas entre Neuroticismo e *coping* focalizado na emoção e negativas entre Neuroticismo e *coping* focalizado no problema (estratégias). Nos estilos de *coping*, foram encontradas associações positivas entre *coping* focalizado no problema e Conscienciosidade e negativas entre Extroversão e *coping* focalizado no problema. Os resultados apontam para a hipótese de que associações entre traços de personalidade e habilidades de *coping* desempenham um importante papel na modulação entre estresse e recorrência no Transtorno Bipolar.

### **3.5 *Coping* e cognição**

Estudos sobre TB relataram comprometimento em vários domínios das funções cognitivas, como as funções executivas, memória, atenção e velocidade de processamento. Alterações graves foram observadas na memória de trabalho, funções executivas, fluência e memória verbal, além de velocidade de processamento (Bora et al., 2009; Arts et al., 2008;

Torres et al., 2007; Robinson et al., 2006). Martinez-Arán (2004) detectou pior desempenho em medidas de memória verbal e funções executivas em pacientes com TB em comparação com um grupo controle e baixo desempenho cognitivo foi associado com prejuízos na funcionalidade, incluindo o status de emprego. Diminuição no desempenho da memória verbal foi relacionada com a duração da doença e o número de episódios maníacos anteriores, hospitalizações e tentativas de suicídio. Outros trabalhos indicam a presença de déficits executivos apesar da eutímia (El-Badri et al., 2001; Zubieta et al., 2001; Rubinsztein et al., 2000).

Autores sugerem que as estratégias de *coping* dependem da função cognitiva regulada pelo córtex pré-frontal e ativação da amígdala (Grassi-Oliveira et al., 2010). No entanto, poucos estudos relacionam cognição com respostas de *coping* no Transtorno Bipolar. Em uma visão geral, Alloy et al. (2005), verificaram que os modelos cognitivos da depressão unipolar sugerem a utilização de estilos cognitivos desadaptativos, representando vulnerabilidades cognitivas para a depressão em conjunto com eventos negativos. Evidências na literatura (Grassi-Oliveira et al., 2010) sugerem que o *coping* pode ser considerado uma parte de um conjunto global das funções executivas regulado pelo córtex pré-frontal. Autores sugerem que tanto o controle primário (por exemplo, resolução de problemas) como o controle secundário (por exemplo, a reestruturação cognitiva, aceitação) foram associados com estratégias de enfrentamento e relacionados com melhores medidas neuropsicológicas de controle inibitório, enquanto um desengajamento de enfrentamento (por exemplo, evitar) foi relacionado a um pior desempenho em medidas de inibição (Compas, 2006).

O número de episódios e um maior tempo de doença produzem um impacto neuropatológico negativo e cumulativo (Tham et al., 1997), fazendo com que as funções executivas tornem-se progressivamente menos eficientes. As estratégias de *coping* são dependentes da integridade das funções executivas. Um processo de adoecimento por um longo período pode levar ao uso ineficiente de estratégias de enfrentamento e a consequente adoção de mecanismos menos eficazes em gerenciar situações estressantes (Grassi-Oliveira et al., 2010). Portanto, com a diminuição do uso de estratégias eficientes para o enfrentamento de eventos adversos, a vulnerabilidade ao estresse aumenta, em conjunto com o desenvolvimento de psicopatologias.



### 3.6 Fatores ambientais relacionados ao *coping* e TB

Fatores ambientais interferem no prognóstico da doença, assim como na forma em que os pacientes gerenciam as situações estressantes. O modo de gerenciar estas situações pode estar relacionado diretamente com o ambiente familiar. Comportamentos disfuncionais dos pais pode criar um ambiente familiar que é estressante, caótico e imprevisível (Ellenbogen e Hodgins, 2004; Chang et al., 2001), restringindo o apoio adequado e a estrutura emocional para os seus filhos (Ellenbogen e Hodgins, 2009), o que pode favorecer a o uso inadequado de estratégias de *coping*.

Filhos de pais com depressão geralmente apresentam sentimentos de medo, tristeza e confusão ao conviver com as angústias dos pais (Riley et al., 2008). Já é bem estabelecido que a exposição à depressão materna é fortemente associada à ansiedade, depressão e outros prejuízos em adolescentes (Hammen e Brennan, 2003) e que essa possível disfunção pode se perpetuar até a vida adulta (Pilowsky et al., 2006; Weissman et al., 2006; Ensminger et al., 2003).

Não obstante aos fatores biológicos, filhos de pacientes bipolares apresentam-se expostos, ao longo da vida, a significantes estressores ambientais, como altos índices de comportamento impulsivo e suicida (Tondo et al., 1998), uso de substância (Weissman et al., 1996), hipersexualidade (Adelson et al., 2013) entre outros, como hospitalizações e alterações de humor.

Henin (2005) mostra em seu estudo que crianças de pais bipolares apresentam risco aumentado de desenvolver patologias ou disfunções psiquiátricas. O comportamento disruptivo na infância, a ansiedade e o início precoce de depressão podem ser considerados marcadores de risco para TB em indivíduos do Grupo de Alto Risco (GAR).

Alguns aspectos sociais e psicossociais identificados na infância, em crianças com pais deprimidos, são preditores de depressão na vida adulta, tais como: pouco conhecimento sobre depressão, expectativas irreais, ambiente familiar tenso, pouco cuidado e comunicação, pouca coesão, irritabilidade e distância, duras disciplinas, prejuízo na estrutura e supervisão, pouca atenção para necessidades básicas familiares, alto nível de estresse, conflitos familiares, hostilidade entre os pais, criança com comportamento disruptivo, suporte social inadequado e isolamento (Riley et al., 2008).

Estudo recentemente realizado (Nijjar et al., 2014) avaliou fatores psicossociais e de saúde em filhos de pais bipolares (Offspring Bipolar Disorder - OBD), incluindo personalidade, estilo de *coping*, fumo, suicídio, comportamentos sexuais de alto risco, criminalidade e saúde mental, em uma amostra composta de 74 OBD e 75 controles, com idade entre 14 e 27 anos de idade (média:  $19,38 \pm 3,56$ ). Os resultados indicaram um perfil de risco potencial para o OBD, com estratégias de enfrentamento ineficazes e comportamento sexual de risco e elevados índices de estresse nesta população.

Miklowitz et al., (2009) encontraram que a personalidade, temperamento, estresse e conflitos familiares são influências importantes sobre o curso de TB. Pacientes com TB são altamente sensíveis à recompensa e excessiva perseguição a objetivos. A sucessiva realização/sucesso nestes objetivos pode induzir para episódios de mania. Já eventos negativos da vida e neuroticismo são associados com recorrências de depressão. Altos níveis de crítica intrafamiliar, baixa coesão, baixa expressividade de afeto, ineficácia em resolução de problemas, também estão associados a sintomas depressivos e recorrências.

O ambiente familiar disfuncional está associado ao desencadeamento, recorrência e recaída para diversos transtornos psiquiátricos. A família é fator de proteção ou de risco no curso da doença, conforme a forma como se integram ou resolvem seus conflitos (Miklowitz et al., 2009).

Diversos estudos investigaram o ambiente familiar em famílias com pacientes portadores de TB e encontraram ambientes mais conflitivos e menores indicativos de coesão nas famílias com TB (Ferreira et al. 2014; Barron et al., 2014; Romero et al., 2005; Chang et al., 2001).

O ambiente familiar disfuncional pode contribuir para a piora do transtorno de humor na infância e adolescência. Ainda que a farmacoterapia seja o método mais comum de tratamento, intervenções baseadas na família e que abordem conflitos, organização e níveis de expressividade, entre outras características, podem auxiliar no controle da doença e no melhor manejo de situações estressantes. O envolvimento da família no tratamento de todas as manifestações de uma doença, frequentemente torna a intervenção mais efetiva, em especial sua adesão ao tratamento (Falceto e Busnello, 2000). Entretanto, um estudo longitudinal mostra que 20% das crianças filhas de pais deprimidos não apresentarão distúrbios psicológicos na vida adulta (Weissman et al., 2006).

#### 4 JUSTIFICATIVA

Pesquisas relatam que estratégias de *coping* afetam os desfechos em doenças psiquiátricas (Parikh et al., 2007). Poucos estudos avaliaram *coping* em pacientes com TB e em seus familiares, no entanto, é sugerido que pacientes bipolares utilizam estratégias de enfrentamento de estresse mais desadaptativas do que pessoas sem a doença. Compreende-se que frente a um evento estressor, os pacientes com Transtorno Bipolar apresentam menores habilidades em gerenciar situações de estresse, justificando a necessidade de pesquisas na área para desenvolvimentos de intervenções psicossociais, que podem melhorar a forma como os pacientes lidam com o estresse, evitando a recorrência de episódios, o declínio cognitivo e prejuízos funcionais e sociais.

## **5 HIPÓTESE**

Nossa hipótese é que os grupos de pacientes bipolares e familiares apresentem maior uso de estratégias desadaptativas em comparação ao grupo controle; acredita-se que os familiares possam apresentar maior uso de estratégias adaptativas do que os pacientes.

## 6 OBJETIVOS

### 6.1 Objetivo Primário:

Analisar e descrever as estratégias de *coping* utilizadas por pacientes com Transtorno Bipolar, em comparação com grupo de seus familiares de primeiro grau e controles saudáveis.

### 6.2 Objetivos Secundários:

- Comparar as estratégias de *coping* através da escala *Brief COPE* utilizadas pelos indivíduos dos diferentes grupos (pacientes, familiares e controles);
- Analisar fatores sociodemográficos que relacionam-se com as estratégias de *coping*;
- Explorar associações existentes entre *coping* e fatores clínicos na amostra de pacientes com TB.

## **7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O presente estudo está de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução nº 466/2012), tendo sido previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob o número 10-0503.

Antes da coleta dos dados, foi solicitado aos participantes que efetuassem a leitura do Termo de Consentimento (ANEXOS A, B e C) e, se concordassem com os termos da pesquisa, assinariam em duas vias, sendo que uma ficaria em posse do participante e outra do pesquisador.

## 8 RESULTADOS

### 8.1 Artigo 1

Submetido ao Journal of Affective Disorders.

Title: Coping strategies in adult patients with bipolar disorder and their first-degree relatives.

Authors: Kelen Patricia Bürke Bridi<sup>a,b</sup>, Ana Claudia Loredo<sup>a,b</sup>, Adam Fitjman<sup>b</sup>, Mirela Vasconcelos Moreno<sup>a,b</sup>, Márcia Kauer-Sant'Anna<sup>a,b</sup>, Keila Maria Mendes Ceresér<sup>a,b</sup>, Mauricio Kunz<sup>a,b</sup>

Affiliations:

<sup>a</sup>Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil

<sup>b</sup>Laboratório de Psiquiatria Molecular, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brazil

Abstract:

Background: Patients with Bipolar Disorder (BD) and their relatives exhibit significantly higher stress levels than the general population. Coping strategies used to manage stressful situations have been the subject of research and have also been used in psychosocial interventions with bipolar patients that help them manage stress factors and improve the clinical outcomes of treatment. The objective of this study was to compare patients with bipolar disorder, their first-degree relatives and a group of healthy controls in terms of use of adaptive and maladaptive coping strategies, exploring differences between specific types and their correlations with clinical variables.

Method: This was a cross-sectional study, enrolling 36 euthymic patients with BD, 39 of their first-degree relatives and 44 controls. Coping strategies were assessed using the *Brief COPE* scale.

Results: Significant differences were detected between use of adaptive and maladaptive strategies by patients, patients' relatives and controls. Patients used adaptive strategies less often than the patients' relatives and controls. In contrast, the patients' relatives reported greater use of maladaptive strategies than the controls and were similar to the patients in this respect.

Limitations: The small sample size may be a factor limiting the conclusions from this study. Furthermore, these conclusions are based on cross-sectional data.

Conclusions: First-degree relatives were at an intermediate level between patients with BD and controls regarding the use of coping skills. This finding supports the development of psychosocial interventions to encourage use of adaptive strategies rather than maladaptive strategies in this population.

Keywords: Coping, *Brief COPE*, Bipolar Disorder, First-Degree Relatives

Highlights: Contributions on the use of coping mechanism in bipolar disorder



## 1. Introduction

Although pharmacotherapy is the first-line treatment for Bipolar Disorder (BD), psychosocial interventions are also important tools for managing emotional and behavioral factors during the course of the disease, and can also help compliance with treatment (Zaretsky et al., 2007; Miklowitz and Johnson, 2009; Lolic et al., 2012). Bipolar Disorder is associated with markers of psychosocial dysfunction, such as high rates of impulsive behaviors and suicide (Tondo et al., 1998), substance abuse (Weissman et al., 1996), hypersexuality (Adelson et al., 2013) and functional compromise and is also linked with higher mortality rates and causes elevated treatment costs and considerable emotional suffering to patients and their family members (Lafer et al., 2004). The association between stressors and precipitation of bipolar episodes has been clearly documented (Malkoff-Schwartz, et al., 1998; Frey et al., 2007).

Coping strategies can be useful for dealing with some of these factors and are of particular relevance to dealing with the consequences of the disease and of stress. Coping is defined as a group of strategies employed to manage the internal and external demands related to stress (Lazarus and Folkman, 1984) and its use has been recognized as an important mechanism in BD clinical outcomes that can aid in prevention of the emergence of affective disorders in subsets of the population at greater-than-average risk of developing a disorder (Christensen and Kessing, 2005).

Studies of coping in BD suggest that the way in which patients face the prodromes of mania and also their ability to recognize early signs of depression make a significant contribution to their level of social functioning (Lam and Wong, 1997, Lam et al., 2001). Bipolar patients tend to use a less active and more avoidance-based style of coping in reaction to stress than people in the general population (Goossens et al., 2008) and exhibit greater reliance on maladaptive coping strategies and lesser utilization of adaptive strategies in response to negative events than their unaffected biological relatives and than healthy controls (Green et al., 2011, Fletcher et al., 2013).

Studies have shown that the family members of patients with BD have stress levels that are as high as those observed in the carers of people diagnosed with schizophrenia (Chadda et al., 2007) and higher than the levels of people caring for relatives with unipolar depression (Heru and Ryan, 2004; Ogilvie et al., 2005). Maladaptive coping strategies are

observed in family environments marked by high levels of conflict and excessive control, and by low levels of cohesion and emotional support, whereas adaptive coping strategies are more common in family environments that are cohesive and supporting, with low levels of conflict and control (Stern and Zevon, 1990). Henin (2005) showed that the children of bipolar parents exhibit an increased risk of developing psychiatric pathologies or dysfunctions. The children of bipolar parents exhibit a profile of ineffective coping strategies (Nijjar et al., 2014). Disruptive behavior during childhood, anxiety and early onset depression can be considered markers of risk for BD in high-risk group individuals. As such, coping strategies can play an important protective role throughout the course of the disease (Parikn et al., 2007).

It is therefore necessary to investigate the manner in which family members and patients employ coping strategies and how to intervene to achieve better management of these factors. Although the subject is undeniably of importance, few studies have investigated coping in BD and no studies have assessed coping in the adult first-degree relatives of bipolar patients. In view of the importance of environmental factors in the course of this disease, the objective of this study was to compare patients with BD, their first-degree relatives and a group of healthy controls in terms of their use of adaptive and maladaptive coping strategies, exploring differences between specific types and correlations with clinical variables.

## 2. Materials and methods

### 2.1 Population and Procedures

This was a cross-sectional study with sampling by convenience. Patients with BD were recruited from those being treated on the bipolar disorder program at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Brazil) and their respective first-degree relatives were also enrolled. Inclusion criteria for patients were as follows: diagnosis of type I BD according to the Portuguese version of the SCID-I - the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (First et al., 2000), euthymic and on pharmaceutical treatment for at least 45 days, scores of  $\leq 7$  on the Hamilton Depression Rating Scale (HAMD) and Young Mania Rating Scale (YMRS), no diagnosis of neurological disease or serious clinical disease, siblings not diagnosed with BD and provision of informed consent in writing. Patients' siblings were recruited if they were free from any psychiatric diagnosis according to the DSM-IV, had HAMD and YMRS scores  $\leq 7$ , were free from neurological disease and serious clinical disease and provided informed consent in writing.

Volunteers for the control group were recruited among people donating blood to the blood bank at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Inclusion criteria for the control group were as follows: free from full psychiatric diagnoses according to the DSM-IV, HAMD and YMRS scores  $\leq 7$ , no neurological disease or serious clinical disease, no prior history of psychiatric disorders, no history of psychiatric disorders in first-degree relatives and provision of informed consent in writing. Controls underwent in-depth clinical interviews with well-trained psychiatrists, using a short form of the SCID-I. All patients and controls signed informed consent forms before taking part in the study, which had in turn been submitted to and approved by the Research Ethics Committee at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) under protocol number 10-0503.

## 2.2 Instruments

Coping strategies were evaluated using a version of the *Brief* COPE (BC) scale, which assesses 14 adaptive and maladaptive styles derived from theoretical studies on coping, partly adhering to the model developed by Lazarus and Folkman (1984) and partly to the behavioral self-regulation model (Carver and Scheier, 1981; 1990). A version of the instrument previously adapted for Portuguese was used (Ribeiro and Rodrigues, 2004).

The instrument asks participants to respond indicating how often they normally react to stressful situations with a list of different strategies. The response choices lie along a 4-point scale (1=Never; 2=Occasionally; 3=Very often and 4=Always). According to Carver (1997) the scales can be used in accordance with authors' requirements. For the purposes of analyzing the BC data, coping strategies were classified as either adaptive or maladaptive (Fletcher et al., 2013). Adaptive strategies include Active Coping, Planning, Use of Emotional Support, Use of Instrumental Support, Positive Reframing, Acceptance, Religion, and Humor. Maladaptive strategies include Venting, Denial, Substance Use, Behavioral Disengagement, Self-distraction and Self-blame.

## 2.3 Statistical analysis

The statistical program SPSS 21.0 for Windows was used to compile and analyze the data. The normality of variables was verified using the Shapiro-Wilk test. Quantitative variables were expressed as means and standard deviations or medians and interquartile ranges, depending on normality, and categorical variables were expressed as relative frequencies. Differences between groups were tested using Analysis of variance (ANOVA) or the Kruskal-Wallis test for variables with normal and asymmetrical distributions respectively and Bonferroni correction was applied where necessary. Categorical variables were analyzed

using the chi-square test ( $\chi^2$ ). Associations between variables were evaluated using Spearman correlation coefficients. For all analyses the limit of statistical significance was set at 0.05.

### 3. Results

#### 3.1 *Characteristics of the Sample*

A total of 36 patients with bipolar disorder, 39 of their first-degree relatives and 44 controls were included. In all three groups there was a majority of women, with 75% of the patients, 69% of relatives and 55% of the control group. Table 1 lists the characteristics of the sample.

#### 3.2 *Adaptive Coping X Maladaptive Coping*

The sums of scores for adaptive coping and for maladaptive coping both exhibited normal distributions and ANOVA detected difference between the groups (patients, patients' relatives and controls) for adaptive ( $p < 0.001$ ) and maladaptive ( $p < 0.001$ ) scores, as shown in Table 2.

After application of the Tukey post-hoc test significant differences were observed for adaptive coping between patients and patients' relatives ( $p < 0.001$ ) and between patients and controls ( $p = 0.003$ ), with patients' relatives and controls exhibiting higher scores for adaptive coping than patients. There was no significant difference between patients' relatives and controls ( $p = 0.707$ ).

In contrast, patients ( $p < 0.001$ ) and their relatives ( $p = 0.004$ ) exhibited higher scores for maladaptive coping than the controls. There was no significant difference when patients were compared with patients' relatives ( $p = 0.517$ ).

#### 3.3 *Coping strategies used and comparisons between groups*

Table 3 lists the results for the coping strategies used by the three groups. There were significant differences in use of the adaptive strategies "Active Coping" ( $p < 0.002$ ), "Planning" ( $p < 0.001$ ), "Positive Reframing" ( $p < 0.001$ ) and "Humor" ( $p < 0.013$ ). Differences were found between patients' relatives and patients, with patients' relatives exhibiting significantly higher mean scores than patients for the following strategies: "Active Coping" ( $p = 0.011$ ); "Planning" ( $p < 0.001$ ); "Positive reframing" ( $p < 0.001$ ) and "Humor" ( $p = 0.031$ ). There were also significant differences between patients and controls for the same strategies: "Active Coping" ( $p = 0.002$ ); "Planning" ( $p < 0.001$ ); "Positive reframing" ( $p = 0.002$ ) and "Humor" ( $p = 0.035$ ), in all of which controls had higher scores than patients.

Significant differences in results for maladaptive coping were identified for the strategies “Denial” ( $p < 0.001$ ), “Self-distraction” ( $p = 0.032$ ) and “Behavioral Disengagement” ( $p < 0.001$ ). After analysis, differences were identified between patients and controls, with patients exhibiting higher scores than controls for “Denial” ( $p < 0.001$ ); “Self-distraction” ( $p = 0.05$ ) and “Behavioral Disengagement” ( $p < 0.001$ ). “Substance Use” was the only coping strategy that was not reported by the control group, while the patients' relatives and the patients did not differ from each other ( $p = 0.664$ ).

As secondary outcomes, we explored correlations between specific types of coping and clinical variables such as gender, age at first episode, educational level, occupation and time since disease diagnosis. Correlations were detected between coping and gender and between coping and age at first episode.

### *3.4 Coping and Gender*

With relation to gender, there were significant differences between men and women in the following domains: men scored higher for “Use of Instrumental Support” ( $p = 0.039$ ) while women scored higher for “Religion” ( $p = 0.016$ ), “Denial” ( $p = 0.006$ ) and “Self-distraction” ( $p = 0.012$ ). When strategies were grouped as adaptive or maladaptive, the women exhibited higher scores for use of maladaptive strategies than the men ( $p = 0.017$ ).

### *3.5 Coping and Type of First Episode*

It was observed that 33.3% of patients' first episode was manic and 63.9% of the patients had had a first episode that was depressive. Analysis of the correlations between first episode sub type (manic vs. depressive) and coping revealed significant differences for coping through “Positive Reframing”, in that the subset of patients whose first episode was manic (MFE) had higher scores (6.42) than the subset of patients whose first episode was depressive (DFE), with a mean score of 5.29, resulting in  $p = 0.042$ .

When age at first episode was analyzed, there was a significant difference for the “Acceptance” strategy ( $r_s = 0.400$ ,  $p = 0.019$ ) with  $r^2 = 0.16$ ; in other words 16% of “Acceptance” coping correlated with age at first episode (Figure 1). There was an inverse relationship between age at first episode and “Venting” coping ( $r_s = -0.381$ ,  $p = 0.026$ ) with  $r^2 = 0.145$ , suggesting that 14.5 % of use of “Venting” coping in this sample is associated with age at first episode (Figure 2).

There were no further differences between patients with MFE and patients with DFE in terms of any of the other types of coping. Similarly, there were no significant differences

when coping was classified as adaptive or maladaptive. None of the other variables assessed (age, educational level, occupation) exhibited statistically significant correlations with coping.

#### 4. Discussion

Our findings show that there are differences in use of adaptive and maladaptive strategies between patients, patients' relatives and controls. Whereas patients were less likely to use adaptive strategies, the controls and the patients' relatives did not differ in this respect. In contrast, the patients' relatives reported greater use of maladaptive strategies and the same was true of the patients, both of which groups were different from the controls. These findings highlight the need to work on coping strategies with patients and their relatives in order to improve the clinical outcomes of treatment.

The observation that first-degree relatives and controls use adaptive strategies more than patients has been reported in previous studies (Fletcher et al., 2013, Green et al., 2011) and may suggest that patients' relatives' capacity to manage stressful situations using more adaptive strategies is because they are free from the functional compromise caused by the disease or that their better capacity is protective against development of mental disorders.

In contrast, results for maladaptive strategies revealed that both patients' relatives and the patients themselves used these strategies more frequently than the healthy controls. One possibility is that family environments with high levels of conflict, impaired emotional expression and emotional overload caused by the dysfunctional family environment may contribute to less effective management of stressful situations by both patients' relatives and patients, as has been concluded in a number of studies (Barron et al., 2014; Jones and Bentall, 2008).

These findings show that patients' relatives appear to form an intermediate group in relation to patients and controls, sometimes using adaptive strategies in common with the control group, but also reporting greater use of maladaptive strategies, in analogy with the patients. These data indicate that it is necessary to provide patients' relatives with psychological care, since a dysfunctional family environment is associated with precipitation, recurrence and relapse in many different psychiatric disorders and the family can be a

protective factor or a risk factor for disease progression, depending on the manner in which conflicts are resolved (Miklowitz and Johnson, 2009).

The greater use of maladaptive strategies by patients than by controls may be associated with the cognitive deterioration that can occur in bipolar patients with long disease duration and recurrent episodes (Kapczinski, et al., 2008). Coping strategies are dependent on the integrity of executive function and a long-duration disease process can lead to ineffective use of coping strategies and consequent adoption of mechanisms that are less effective for management of stressful situations (Grassi-Oliveira et al., 2010). Additionally, neurocognitive deterioration can also contribute to heightened levels of family conflict in the families of patients with bipolar disorder (Barron et al., 2014) and maladaptive coping strategies are linked with increased depression (Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema and Davis, 1999; Nolen-Hoeksema et al., 1999), both of which can make use of less effective strategies more likely, further increasing vulnerability to the stress inherent to the psychopathology of BD.

In BD, functioning can be improved and life satisfaction increased through psychosocial interventions (Miklowitz and Otto, 2007) including techniques such as self-monitoring, identification of early signs of relapse and methods for managing adverse situations and stressful events (Reinares et al., 2008; Scott et al., 2007; Zaretsky et al., 2007), contributing to more effective use of adaptive strategies.

The more frequent use of the strategies “Active Coping” (Take action or make an effort to remove the source of stress), “Planning” (Think about ways of dealing with the stressor, planning active coping efforts), “Positive reframing” (Making the best of a situation and growing through it or seeing it in a more favorable light) and “Humor” (Making a joke out of the stress factor) by patients' relatives provides indications of preserved cognitive function that could play a protective role against development of psychiatric disorders. The use of “Active Coping” strategies, for example, is related to judgments about how stressful a situation is and to feelings of loss of control over the event (Folkman and Lazarus, 1985; Folkman et al., 1986), in the sense that the better a person feels about the stressful situation and the possibility of controlling it, the greater their chances of using “Active Coping” strategies (Lees and Neufeld, 1999), indicating better-preserved cognitive capacity.

The more frequent use by the patients of strategies such as “Denial” (Attempts to reject the reality of the stressful event), “Self-distraction” (Mental disengagement from the objective with which the stressor is interfering, through daydreaming, sleeping or self-

destruction) and “Behavioral disengagement” (Giving up on or abandoning efforts to attempt to attain the objective with which the stressor is interfering) indicates a reduced capacity to manage adverse situations that may be related to cognitive deterioration caused by disease duration.

The differences found between groups separated by gender showed that, in general, women reported greater use of maladaptive strategies than men, indicating less effective management of disease symptoms, as has been observed in previous studies (Billings and Moos, 1984; Dekker and Ormel, 1999; Lam et al. 2003).

The results for the variable occupation showed that patients were less likely to have an occupation than the controls, which could suggest that these patients may have functional compromise caused by the disease, as other studies have suggested, and that even with their symptoms stabilized, bipolar patients exhibit great difficulty managing the activities of their daily life, such as working regularly, maintaining relationships and involving themselves in family life (Bonnín et al., 2014; Haro et al., 2011; Rosa et al., 2009).

With regard to the effects of age on coping, our results did not reveal significant differences between groups, but the frequency of strategies such as “Use of instrumental support”, “Positive reframing” and “Use of Social Support” tended to reduce with age (Aldwin et al., 1996). Our study possibly failed to detect differences because of the small sample size.

Analysis of the type of first episode showed that patients who had had an MFE were more likely to use “Positive reframing” strategies than patients who had had a DFE. It is therefore understood that patients who had had an MFE attempt to make the best of stressful situations, growing through them, or are able to see them in a more favorable light. Other coping strategies were not correlated with subtype of first episode. A review study of coping in affective disorders did not find specific associations between coping strategies and type of first episode (Christensen and Kessing, 2005).

In turn, use of the “Acceptance” coping strategy was directly related to age at first episode, in that the greater the patients' age at first episode the more likely they were to employ “Acceptance” coping. This type of coping is an adaptive strategy and comprises accepting that the stressful event has happened and is real, indicating the greater awareness of the situation needed to face up to it. This strategy is also linked to compliance with



medication, since low scores appear to be associated with poor compliance with medication (Greenhouse et al., 2000).

In contrast, use of “Venting” coping exhibited an inverse relationship with age at first episode, indicating that the younger the age at first episode, the greater the frequency of “Venting” coping. This strategy involves heightened awareness of emotional stress and a tendency to express or offload these feelings, and is considered a maladaptive strategy. This finding could suggest that this strategy is related to maturity and that the earlier in life that patients are affected by the mental disorder, the greater their use of emotional venting in response to stress.

This study has compiled relevant data that should make a contribution to understanding the psychological factors associated with the course of bipolar disorder and the observation of first-degree relatives who do not develop the disease. The study also contributes to understanding coping strategies and their importance in the context of BD. Notwithstanding, there is a need to explore more specific strategies using prospective studies in order to understand coping throughout the course of the disease. Longitudinal studies employing psychological and clinical assessments allow the changes in participants' psychological patterns to be better mapped, thereby further facilitating understanding of the role played by cognitive processes in bipolar symptoms. Along the same lines, interventions employing psychotherapy to improve patients' coping strategies to help them control their disease also merit further investigation.

The size of the sample could be an important limiting factor and the results should be interpreted with care, since studies with larger sample sizes will be needed to confirm the findings. It is necessary to investigate coping processes in conjunction with other psychological factors, which would provide greater understanding of the importance of coping in development of the disorder.

#### *4.1 Conclusions*

The group of patients' relatives were at an intermediate level between the patients and the controls. The patients' relatives reported using adaptive strategies more often, which could contribute to better emotional equilibrium, but they also reported greater frequency of using maladaptive strategies, at a similar level to the patients, meaning they remain part of a group that is less effective at managing stressful situations, which could contribute to the

development of psychological disorders. Psychosocial interventions with this group to encourage use of adaptive strategies rather than maladaptive strategies are justified.

**Table 1: Characteristics of the sample**

	Patients	Relatives	Control	Test	p-value
<b>Gender n(%)</b>				X <sup>2</sup> =4.017	0.134*
Male	9(25.0)	12(30.8)	20(45.5)		
Female	27(75.0)	27(69.2)	24(54.5)		
<b>Marital status n(%)</b>				X <sup>2</sup> =11.345	0.078*
Single	5(13.9)	5(12.8)	11(25.0)		
Married/partner	17(47.2)	24(61.5)	28(63.6)		
Separated/divorced	10(27.8)	5(12.8)	3(6.8)		
Widow	4(11.1)	3(7.7)	1(2.3)		
Not reported	-	2(5.1)	1(2.3)		
<b>Occupation n(%)</b>				X <sup>2</sup> =36.224	<0.001*
Student	1(2.8)	1(2.6)	3(6.8)		
Paid work	14(38.9)	16(41.0)	30(68.0)		
No occupation and not retired	5(13.9)	1(2.6)	2(4.5)		
Housewife	7(19.4)	5(12.8)	3(6.8)		
Sick leave	3(8.3)	-	1(2.3)		
Disability retiree	6(16.7)	2(5.1)	1(2.3)		
Retired because of time in employment	-	12(30.8)	4(9.1)		
Not reported	-	2(5.1)	-		
<b>Age (mean±sd)</b>	47.25±10.17	49.76±14.44	45.84±12.16	F=1.033	0.359 <sup>#</sup>
<b>Age at first episode (mean±sd)</b>	27.80±10.49	-	-	-	-
<b>Age at diagnosis (mean±sd)</b>	35.43±8.92	-	-	-	-
$\Sigma$	36	39	44	-	-

\*chi-square test; <sup>#</sup>ANOVA

sd= standard deviation

**Table 2 - Coping strategies by group**

Coping	Patient (n=36) mean±sd	Relative (n=39) mean±sd	Control (n=44) mean±sd	<i>p</i> -value*
<b>Adaptive</b>	43.35±6.32	48.94±4.91	47.88±6.18	<0.001 <sup>1</sup>
<b>Maladaptive</b>	25.15±4.35	24.03±4.77	20.91±3.62	<0.001 <sup>1,2</sup>

sd= standard deviation; \*ANOVA

1= difference between patients and controls; 2=difference between patients and relatives 3= difference between relatives and controls

**Table 3: Coping style**

Coping	Patients (n=36) median (p <sub>25</sub> -p <sub>75</sub> )	Relatives (n=39) median (p <sub>25</sub> -p <sub>75</sub> )	Controls (n=44) median (p <sub>25</sub> -p <sub>75</sub> )	p-value*
<b>Adaptive</b>				
Active coping	6(5-7)	7(6-8)	7(6-8)	0.002 <sup>1,2</sup>
Planning	6(5-7)	7(6-8)	7(6-8)	<0.001 <sup>1,2</sup>
Use of instrumental support	5(3-6)	5(3.75-6)	6(5-6)	0.267
Use of emotional support	6(4-7.5)	5.5(4-7)	5(4-6)	0.458
Religion	6(4-8)	7(5-8)	6(4-8)	0.281
Positive reframing	6(5-7)	8(6.75-8)	7(6-8)	<0.001 <sup>1,2</sup>
Acceptance	6(5-6.5)	6(5-7)	6(5-7)	0.164
Humor	4(3-5)	5.5(4-7)	5(4-6)	0.013 <sup>1,2</sup>
<b>Maladaptive</b>				
Self-blame	4(3-6)	4(3-5.25)	4(3-5)	0.913
Venting	6(4-7)	6(4.75-7)	4(4-6)	0.079
Denial	4(4-6)	4(3-5)	3(2-4)	<0.001 <sup>1</sup>
Self-distraction	5(4-6)	5(3-5)	4(3-5)	0.032 <sup>1</sup>
Behavioral disengagement	3(3-5)	3(2-4)	2(2-4)	<0.001 <sup>1</sup>
Substance use <sup>3</sup>	2(2-2)	2(2-2)	0	-

\*independent Kruskal-Wallis

1= difference between patients and controls; 2= difference between patients and relatives; 3= there was no p-value calculated because zero controls reported substance use

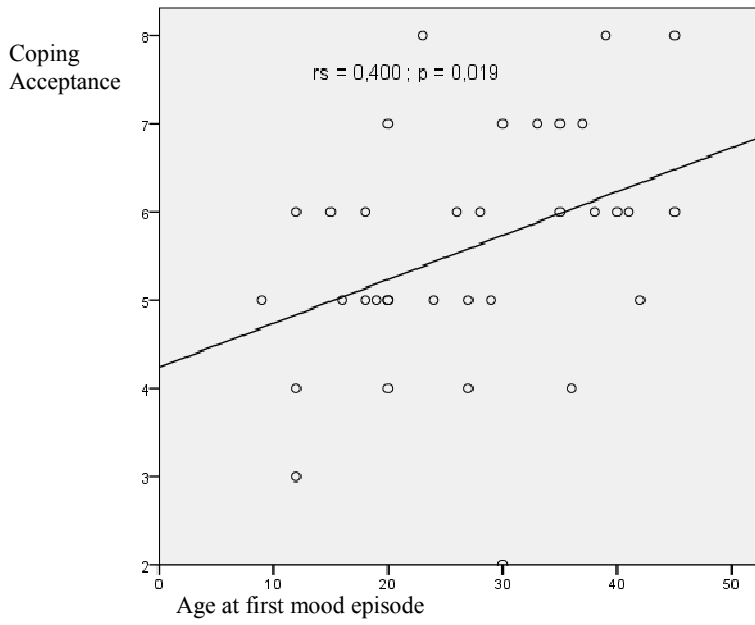


Figure 1. Correlation between coping “Acceptance” and age at first mood episode.

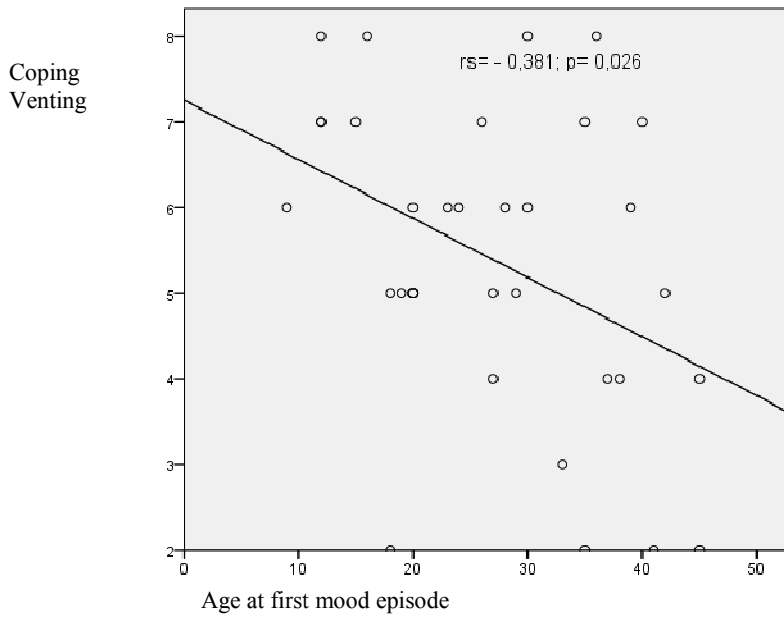


Figure 2. Correlation between coping “Venting” and age of first mood episode.

Conflicts of interest: The authors declare they have no conflicts of interests.

Acknowledgements: This study had financial support from FIPE – Hospital de Clínicas de Porto Alegre.



## References

- Adelson, S., Bell, R., Graff, A., Goldenberg, D., Haase, E., Downey, J.I., Friedman, R.C., 2013. Is increased sexual behavior a symptom of bipolar disorder in children and adolescents? *Psychodyn. Psychiatry*. 41, 419–435.
- Aldwin, C.M., Sutton, K.J., Chiara, G., Spir, A., 1996. Age differences in stress, coping, and appraisal: findings from the normative aging study. *J. Gerontol. B. Psychol. Soc. Sci.* 51, 179-188.
- Barron, E., Sharma, A., Le Couteur, J., Rushton, S., Close, A., Kelly, T., Grunze, H., Nicol Ferrier, I., Le Conteur, A., 2014. Family environment of bipolar families: a UK study. *J. Affect. Disord.* 152-154, 522–525.
- Billings, A.G., Moos, R.H., 1984. Coping, stress and social resources among adults with unipolar depression. *J. Pers. Soc. Psychol.* 46, 877-891.
- Bonnín, C.M., Torrent, C., Goikolea, J.M., Reinares, M., Solé, B., Valenti, M., Sánchez-Moreno, J., Hidalgo, D., Tabarés-Seisdedos, R., Martínez-Arán, A., Vieta, E., 2014. The impact of repeated manic episodes and executive dysfunction on work adjustment in bipolar disorder. *Eur. Arch. Psychiatry. Clin. Neurosci.* 264, 247–254.
- Carver, C.S., 1997. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the *Brief COPE*. *Int. J. Behav. Med.* 4, 92-100.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., 1990. Principles of self-regulation: Action and emotion. In: ET Higgins & RM Sorrentino (Eds.), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior* (Vol. 2, pp. 3-52). Springer-Verlag, New York.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., 1981. *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. Springer-Verlag, New York.

Chadda, R.K., Singh, T.B., Ganguly, K.K., 2007. Caregiver burden and coping: A prospective study of relationship between burden and coping in caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder. *Soc. Psychiatry. Psychiatr. Epidemiol.* 42, 923-930.

Christensen, M.V., Kessing, L.V., 2005. Clinical use of coping in affective disorder, a critical review of the literature. *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health.* 1, 20.

Dekker, J., Ormel, J., 1999. Depression and coping. *Eur. J. Psychiatry.* 13, 183-189.

First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W., 2000. Entrevista clínica estruturada para transtornos do eixo I do DSM-IV: versão clínica: SCID-I [tradução e adaptação para o português por CM Del Ben, AW Zuardi, JAA Vilela e JAS Crippa - Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo Ribeirão Preto, São Paulo]. Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, Department of Psychiatry New York.

Fletcher, K., Parker, G.B., Manicavasagar, V., 2013. Coping profiles in bipolar disorder. *Compr. Psychiatry.* 54, 1177-1184.

Folkman, S., Lazarus, R.S., 1985. If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J. Pers. Soc. Psychol.* 48, 150-170.

Folkman, S., Lazarus, R.L., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., Gruen, R., 1986. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J. Pers. Soc. Psychol.* 50, 992-1003.

Frey, B.N., Andreatza, A.C., Kunz, M., Gomes, F., Quevedo, J., Salvador, M., Gonçalves, C.A., Kapczinski, F. 2007. Increased oxidative stress and DNA damage in bipolar disorder: a twins-case report. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry,* 31, 283-285.

Goossens, P.J., Knoppert-van der Klein, E.A., van Achterberg, T., 2008. Coping styles of outpatients with a bipolar disorder. *Arch. Psychiatr. Nurs.* 22, 245-253.

Grassi-Oliveira, R., Daruy-Filho, L., Brietzke, E., 2010. New perspectives on coping in bipolar disorder. *Psychol. Neurosci.* 3, 161-165.

- Green, M.J., Lino, B.J., Hwang, E.J., Sparks, A., James, C., Mitchell, P.B., 2011. Cognitive regulation of emotion in bipolar I disorder and unaffected biological relatives. *Acta. Psychiatr. Scand.*, 124, 307-316.
- Greenhouse, W.J., Meyer, B., Johnson, S.L., 2000. Coping and medication adherence in bipolar disorder. *J. Affect. Disord.* 59, 237-241.
- Haro, J.M., Reed, C., Gonzalez-Pinto, A., Novick, D., Bertsch, J., Vieta, E., 2011. 2-year course of bipolar disorder type I patients in outpatient care: factors associated with remission and functional recovery. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 21, 287–293.
- Henin, A., Biederman, J., Mick, E., Sachs, G.S., Hirshfeld-Becker, D.R., Siegel, R.S., McMurrich, S., Grandin, L., Nierenberg, A.A., 2005. Psychopathology in the Offspring of parents with bipolar disorder: A controlled study. *Biol. Psychiatry.* 58, 554-561.
- Heru, A.M., Ryan, C.E., 2004. Burden, reward and family functioning of caregivers for relatives with mood disorders: 1-year follow-up. *J. Affect. Disord.* 83, 221–225.
- Jones, S.H., Bentall, R.P., 2008. A review of potential cognitive and environmental risk markers in the children of bipolar parents. *Clin. Psychol. Rev.* 28, 1083–1095.
- Kapczinski, F., Vieta, E., Andreazza, A. C., Frey, B. N., Gomes, F. A., Tramontina, J., Kauer-Sant'anna, M., Grassi-Oliveira, R., Post, R. M., 2008. Allostatic load in bipolar disorder: implications for pathophysiology and treatment. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 32, 675-692.
- Lafer, B., Soares, J., Sanches, M., Del, Porto. J., 2004. Transtorno Bipolar: da genética à reabilitação psicossocial. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 26, 1-2.
- Lam, D., Scuck, N., Smith, N., Farmer, A., Checkley, S., 2003. Response style, interpersonal difficulties and social functioning in major depressive disorder. *J Affect Disord.* 75, 279-283.
- Lam, D., Wong, G., 1997. Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders. *Psychol. Med.* 27, 1091-1100.

Lam, D., Wong, G., Sham, P., 2001. Prodromes, coping strategies and course of illness in bipolar affective disorder – a naturalistic study. *Psychol. Med.* 31, 1397-1402.

Lazarus, R.S., Folkman, S., 1984. *Stress appraisal and coping*. Springer, New York.

Lees, M.C., Neufeld, R.W.J., 1999. Decision-theoretic aspects of stress arousal and coping propensity. *J. Pers. Soc. Psychol.* 77, 185-208.

Lolich, M., Vazquez, G.H., Alvarez, L.M., Tamayo, J.M., 2012. Psychosocial interventions in bipolar disorder: a review. *Actas. Esp. Psiquiatr.* 40, 84-92.

Malkoff-Schwartz, S.E., Anderson, B., Sherrill, J.T., Siegel, L., Patterson, D., Kupfer, D.J., 1998. Stressful life events and social rhythm disruption in the onset of manic and depressive bipolar episodes. *Arch. Gen. Psychiatry.* 55, 702-707.

Miklowitz, D.J., Johnson, S.L., 2009. Social and familial factors in the course of bipolar disorder: basic processes and relevant interventions. *Clin. Psychol.* 16, 281-296.

Miklowitz, D.J., Scott, J., 2009. Psychosocial treatments for bipolar disorder: cost-effectiveness, mediating mechanisms, and future directions. *Bipolar Disord. Suppl 2*, 110-122.

Miklowitz, D., Otto, M., 2007. Psychosocial interventions for bipolar disorder: A review of literature and introduction of the systematic treatment enhancement program. *Psychopharmacol. Bull.* 40, 116-131.

Nijjar, R., Ellenbogen, M.A., Hodgins, S., 2014. Personality, coping, risky behavior, and mental disorders in the offspring of parents with bipolar disorder: A comprehensive psychosocial assessment. *J Affect Disord.* 166, 315–323.

Nolen-Hoeksema, S., 2000. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J. Abnorm. Psychol.* 109, 504-511.

Nolen-Hoeksema, S., Davis, C.G., 1999. “Thanks for sharing that”: ruminators and their social support networks. *J. Pers. Soc. Psychol.* 77, 801-814.

Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., Grayson, C., 1999. Explaining the gender difference in depressive symptoms. *J. Pers. Soc Psychol.* 77, 1061-1077.

Ogilvie, A.D., Morant, M., Goodwin, G.M., 2005. The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 7(Suppl 1), 25–32.

Parikh, S.V., Velyvis, V., Yatham, L., Beaulieu, S., Cervantes, P., Macqueen, G., Siotis, I., Streiner, D., Zaretsky, A., 2007. Coping styles in prodromes of bipolar mania. *Bipolar Disord.* 9, 589–595.

Reinares, M., Colom, F., Sánchez-Moreno, J., Torrent, C., Martínez-Arán, A., Comes, M., Goikolea, J., Benabarre, A., Salamero, M., Vieta, E., 2008. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: A randomized controlled trial. *Bipolar Disord.* 10, 511-519.

Ribeiro, J., Rodrigues, A., 2004. Questões acerca do *coping*: A propósito do estudo de adaptação do *Brief COPE*. *Psicologia, Saúde e Doenças.* 5, 3-15.

Rosa, A.R., Reinares, M., Franco, C., Comes, M., Torrent, C., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Salamero, M., Kapczinski, F., Vieta, E., 2009. Clinical predictors of functional outcome of bipolar patients in remission. *Bipolar Disord.* 11, 401–409.

Scott, J., Colom, F., Vieta, E., 2007. A meta-analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for bipolar disorders. *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 10, 123-129.

Stern, M., Zevon, M.A., 1990. Stress, Coping, and Family Environment The Adolescent's Response to Naturally Occurring Stressors. *J. Adolescent. Res.* 5, 290-305.

Tondo, L., Baldessarini, R.J., Hennen, J., Floris, G., Silvetti, F., Tohen, M., 1998. Lithium treatment and risk of suicidal behavior in bipolar disorder patients. *J. Clin. Psychiatry.* 59, 405–414.

Weissman, M.M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D., Verdelli, H., 2006. Offspring of depressed parents: 20 years later. *Am. J. Psychiatry.* 163, 1001-1008.

Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H.G., Joyce, P.R., Karam, E.G., Lee, C.K., Lellouch, J., Lepine, J.P., Newman, S.C., RubioStipec, M., Wells, J.E., Wickramaratne, P.J., Wittchen, H., Yeh, E.K., 1996. Cross national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *J. Am. Med. Assoc.* 276, 293–299.

Zaretsky, A., Rizvi, S., Parikh, S., 2007. How well do psychosocial interventions work in Bipolar Disorder? *Can. J. Psychiatry.* 52, 14-21.

## 9 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo traz dados importantes para a compreensão dos fatores psicológicos associados ao curso do Transtorno Bipolar, bem como para pensar porque alguns familiares desenvolvem transtornos mentais e outros não. Sabe-se que o componente genético é determinante para o desenvolvimento de transtornos mentais, porém não o suficiente para explicar a variedade das manifestações e os diferentes níveis. O *coping* pode ser uma estratégia importante que contribui para o entendimento destes fatores no contexto do TB. No entanto, existe a necessidade de ampliar o conhecimento das estratégias de *coping* através de estudos longitudinais para que se possam compreender os seus usos ao longo do curso da doença. Ainda há escassez de estudos nesta área e dificuldades quanto aos conceitos, por não haver um consenso.

O *coping* associado com dados da cognição em pacientes e familiares pode também auxiliar na compreensão dos usos das estratégias. Para tanto, avaliações psicológicas e clínicas em estudos longitudinais permitiriam um melhor mapeamento das mudanças nos padrões psicológicos dos participantes, podendo auxiliar ainda mais no esclarecimento do papel dos processos cognitivos na sintomatologia bipolar. Posteriormente, os dados coletados nesta amostra serão analisados e novas publicações podem originar-se, buscando avaliar cognição e *coping*. Porém, o tamanho da amostra é um importante limitador e os resultados obtidos precisam ser interpretados com cuidado. Estudos com maior tamanho amostral precisam ser realizados, para que possam contribuir de forma a referendar os achados. Faz-se necessário ainda que os processos de *coping* sejam articulados com outros fatores psicológicos, o que permitiria uma melhor compreensão a respeito da importância do *coping* no desenvolvimento do TB em pacientes.

Os dados obtidos trazem o grupo de familiares como estando em um nível intermediário entre pacientes e controles, fazendo uso de estratégias adaptativas com maior frequência, o que pode contribuir para o melhor equilíbrio emocional. Porém este grupo também apresenta maior uso de estratégias desadaptativas, similar aos pacientes. Isto sugere que os familiares de pacientes com Transtorno Bipolar fazem parte de um grupo com menor capacidade para gerenciar situações de estresse, o que poderia contribuir para o desenvolvimento de distúrbios psicológicos.

Intervenções psicossociais com este grupo são justificadas, favorecendo o uso das estratégias adaptativas em detrimento das estratégias desadaptativas. Na mesma linha,

intervenções psicoterápicas direcionadas a melhorar estratégias de  *coping*  precisam ser investigadas a fim de auxiliar melhor os pacientes no controle de sua doença.



## 10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adelson S, Bell R, Graff A, Goldenberg D, Haase E, Downey JI, Friedman RC. (2013). Is increased sexual behavior a symptom of bipolar disorder in children and adolescents? *Psychodynamic Psychiatry*. 41: 419-35.
- Alloy LB, Abramson LY, Urosevic S, Walshaw PD, Nusslock R, Neeren AM. (2005). The psychosocial context of bipolar disorder: environmental, cognitive, and developmental risk factors. *Clin Psychol Rev*. 25:1043–1075.
- Antoniazzi AS, Dell'Aglio DD, Bandeira DR.. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica / The concept of coping: A theoretical review. *Estudos de Psicologia (Natal)*. 3(2):273-94.
- Arts B, Jabben N, Krabbendam L, van Os J. (2008). Metanalyses of cognitive functioning in euthymic bipolar patients and their first-degree relatives. *Psychological Medicine*. 38:771-85.
- Barron E, Sharma A, Le Couteur J, Rushton S, Close A, Kelly T, Grunze H, Nicol-Ferrier I, Le Couteur A.. (2014). Family environment of bipolar families: a UK study. *Journal of Affective Disorders*. 152-154:522–5.
- Berk M, Brnabic A, Dodd S, Kelin K, Tohen M, Malhi GS, Berk L, Conus P, McGorry PD. (2011). Does stage of illness impact treatment response in bipolar disorder? Empirical treatment data and their implication for the staging model and early intervention. *Bipolar Disorder*. 13(1):87-98.
- Bora, E, Yucel, M., & Pantelis, C. (2009). Cognitive endophenotypes of bipolar disorder: a meta-analysis of neuropsychological deficits in euthymic patients and their first-degree relatives. *Journal of Affective Disorders*. 113(1-2):1-20.
- Boschi S, Adams RE, Bromet EJ, Lavelle JE, Everett E, Galambos N. (2000). Coping with psychotic symptoms in the early phases of schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*. 70:242-52.
- Carver CS. (2013). *Brief COPE* Retrieved 6 março 2013, from <http://www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/sclBrCOPE.html>

- Carver C, Connor-Smith J. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*. 61:679-704.
- Carver C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the *Brief COPE*. *International Journal of Behavioral Medicine*. 4:92-100.
- Carver CS, Pozo C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF, Robinson DS, Ketcham AS, Moffat FL JR, Clark KC. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*. 65:375–390.
- Carver CS, Scheier MF. (1990) Principles of self-regulation: Action and emotion. In ET Higgins & RM Sorrentino (Eds.), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior* (Vol. 2, pp. 3-52). New York: Springer-Verlag.
- Carver C, Scheier M, Weintraub J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 56:267-83.
- Carver CS, Scheier MF. (1981). *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. New York: Springer-Verlag.
- Carver C, Scheier M. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *J Pers Soc Psychol*. 66:184-195.
- Chang KD, Blasey C, Ketter TA. (2001). Steiner H. Family environment of children and adolescents with bipolar parents. *Bipolar Disorders*. 3(2):73-78.
- Chang KD, Steiner H, Ketter TA. (2000). Psychiatric phenomenology of child and adolescent bipolar offspring. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 39:453-60.
- Compas, B.E. (2006). Psychobiological processes of stress and coping: implications for resilience in children and adolescents—comments on the papers of Romeo & McEwen and Fisher et al. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1094:226-234.
- Compas BE, Connor-Smith JK, Saltzman H, Thomsen AH, Wadsworth ME. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*. 127:87-127.

- Coolidge FL, Segal DL, Hook JN, Stewart SE. (2000). Personality disorders and coping among anxious older adults. *Journal of Anxiety Disorders*. 14:157-72.
- Cramer P. (2003). Personality change in later adulthood is predicted by defense mechanism use in early adulthood. *Journal of Research in Personality*. 37:76–104.
- David D, Montgomery G, Bovbjerg D. (2006). Relations between coping responses and optimism-pessimism in predicting anticipatory psychological distress in surgical breast cancer patients. *Personality and Individual Differences*. 40:203-13.
- DelBello MP, Geller B. (2001). Review of studies of child and adolescent offspring of bipolar parents. *Bipolar Disorders*. 3:325–34.
- DSM-V. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Tradução: Maria Inês Correia Nascimento. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- Ebert S, Tucker D, Roth D. (2002). Psychological resistance factors as predictors of general health status and physical symptom reporting. *Psychology, Health & Medicine*. 7:363-75.
- Egeland JA, Shaw JA, Endicott J, Pauls DL, Allen CR, Hostetter AM, Sussex JN. (2003). Prospective study of prodromal features for bipolarity in well Amish children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 42:786–96.
- Eisenberg N, Fabes RA, Guthrie I. (1997). Coping with stress: the roles of regulation and development. In *Handbook of Children's Coping with Common Stressors: Linking Theory, Research, and Intervention*, ed. JN Sandler, SA Wolchik, pp. 41–70. New York: Plenum.
- El-Badri SM, Ashton CH, Moore PB, Marsh VR, Ferrier IN. (2001). Electrophysiological and cognitive function in young euthymic patients with bipolar affective disorder. *Bipolar Disorders*. 3(2):79-87.
- Ellenbogen, M. A., & Hodgins, S. (2004). The impact of high neuroticism in parents on children's psychosocial functioning in a population at high risk for major affective disorder: A family–environmental pathway of intergenerational risk. *Development and Psychopathology*. 16:113– 136.

Ellenbogen, M. A., & Hodgins, S. (2009). Structure provided by parents in middle childhood predicts cortisol reactivity in adolescence among the offspring of parents with bipolar disorder and controls. *Psychoneuroendocrinology*. 34:773–785.

Ensminger ME, Hanson SG, Riley AW, Juon HS. (2003). Maternal psychological distress: Adult sons' and daughters' mental health and educational attainment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 42:1108-15.

Falceto OG, Busnello ED. (2000). Validação de escalas diagnósticas do funcionamento familiar para utilização em serviços de atenção primária à saúde. *Pan American Journal of Public Health*. 7(4):255–63.

Ferreira GS, Moreira CRL, Kleinman A, Nader ECGP, Gomes BC, Teixeira AM, Rocca CC, Nicoletti M, Soares JC, Busatto GF, Lafer B, Caetano SC. (2013). Dysfunctional family environment in affected versus unaffected offspring of parents with bipolar disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 47(11):1051–7.

Fisher E, Thorpe C, Brownson C, O'Toole M, Anwuri V, Nalley C, Tower S. (2009). *Healthy coping in diabetes: a guide for program development and implementation*. New Jersey: Robert Wood Johnson Foundation.

Fletcher K, Parker G, Manicavasagar V. (2014). The role of psychological factors in bipolar disorder: prospective relationships between cognitive style, coping style and symptom expression. *Acta Neuropsychiatrica*. 26(2):81-95.

Folkman S, Moskowitz JT. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*. 55:745–74.

Folkman, S., Moskowitz, J.T., (2000). Positive affect and the other side of coping. *Am Psychol*. 55:647-654.

Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis, A, Gruen R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*. 50:992-1003.

- Folkman S, Lazarus RS. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*. 48:150-70.
- Folkman S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*. 46:839-52.
- Folkman S, Lazarus RS. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*. 21:219-39.
- Goossens PJ, Knoppert-van der Klein EA, van Achterberg T. (2008). Coping styles of outpatients with a bipolar disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*. 22(5):245-53.
- Gottlieb B, Wachala E. (2007). Cancer support groups: a critical review of empirical studies. *Psycho-Oncology*. 16:379-400.
- Grassi-Oliveira R, Daruy-Filho L, Brietzke E. (2010). New perspectives on coping in bipolar disorder. *Psychology & Neuroscience*. 3(2):161-65.
- Green MJ, Lino BJ, Hwang E-J, Sparks A, James C, Mitchell PB. (2011). Cognitive regulation of emotion in bipolar I disorder and unaffected biological relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 124:307-16.
- Greenhouse WJ, Meyer B, Johnson SL. (2000). Coping and medication adherence in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 59:237-41.
- Gruber J, Eidelman P, Johnson SL, Smith B, Harvey AG. Hooked on a feeling: rumination about positive and negative emotion in interepisode bipolar disorder. (2011). *Journal of Abnormal Psychology*. 120:956-61.
- Hammen C, Brennan PA. (2003). Severity, chronic, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Archives of General Psychiatry*. 60:253-58.
- Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. (2005). Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*. 66(6):693-704.

Henin A, Biederman J, Mick E, Sachs GS, Hirshfeld-Becker DR, Siegel RS, McMurrich S, Grandin L, Nierenberg AA. (2005). Psychopathology in the offspring of parents with bipolar disorder: a controlled study. *Biological Psychiatry*. 58:554-61.

Hillegers MH, Reichart CG, Wals M, Verhulst FC, Ormel J, Nolen WA. (2005). Five-year prospective outcome of psychopathology in the adolescent offspring of bipolar parents. *Bipolar Disorders*. 7:344-50.

Johnson SL, McKenzie G, McMurrich S. (2008). Ruminative responses to negative and positive affect among students diagnosed with bipolar disorder and major depressive disorder. *Cognitive Therapie and Research*. 32:702-13.

Kapczinski F, Vieta E, Andreazza AC, Frey BN, Gomes FA, Tramontina J, Kauer-Sant'anna M, Grassi-Oliveira R, Post RM. (2008). Allostatic load in bipolar disorder: implications for pathophysiology and treatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 32(4):675-92.

Kennedy N, Everitt B, Boydell J, Van Os J, Jones PB, Murray RM. (2005) Incidence and distribution of first-episode mania by age: results from a 35-year study. *Psychol Med*. Jun; 35(6):855-63.

Kilbourne AM, Cornelius JR, Han X, Pincus HA, Shad M, Salloum I, Conigliaro J, Haas GL. (2004). Burden of general medical conditions among individuals with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*. 6(5):368-73.

Knoll N, Rieckmann N, Schwarzer R. (2005). Coping as a mediator between personality and stress outcomes: A longitudinal study with cataract surgery patients. *European Journal of Personality*. 19:229-47.

Krüger S, Alda M, Young LT, Goldapple K, Parikh S, Mayberg HS. (2006). Risk and Resilience Markers in Bipolar Disorder: Brain Responses to Emotional Challenge in Bipolar Patients and Their Healthy Siblings. *American Journal of Psychiatry*. 163:257-64.

Lam D, Wong G. (2005). Prodromes, coping strategies and psychological interventions in bipolar disorders. *Clinical Psychology Review*. 25:1028-42.

Lam D, Wong G, Sham P. (2001). Prodromes, coping strategies and course of illness in bipolar affective disorder – a naturalistic study. *Psychological Medicine*. 31:1397-402.

- Lam D, Wong G. (1997). Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders. *Psychological Medicine*. 27:1091-1100.
- Lapalme M, Hodgins S, LaRoche C. (1997). Children of parents with bipolar disorder: a metaanalysis of risk for mental disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*. 42:623–31.
- Lazarus R. (2006). Emotions and interpersonal relationships: Toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality*. 74:9-46.
- Lazarus RS, Folkman S. *Stress appraisal and coping*. New York: Springer; 1984.
- Lyon B. (2012). Stress, Coping and Health: A conceptual overview. In V.H. Rice (Ed.), *Handbook of Stress, Coping, and Health: Implications for Nursing Research, Theory, and Practice* (2nd ed., pp. 1-20). Thousand Oaks: CA: SAGE Publications, Inc.
- Martinez-Aran A, Vieta E, Colom F, Torrent C, Sanchez-Moreno J, Reinares M, Benabarre A, Goikolea JM, Brugué E, Daban C, Salamero M. (2004). Cognitive impairment in euthymic bipolar patients: implications for clinical and functional outcome. *Bipolar Disorders*. 6:224-32.
- Matza LS, Rajagopalan KS; Thompson CL, de Lissovoy G. (2005). Misdiagnosed patients with bipolar disorder: comorbidities, treatment patterns and direct treatment costs. *Journal of Clinical Psychiatry*. 66(11):1432-40.
- McCabe M, McKern S, McDonald E. (2004). Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*. 56:355-361.
- McEwen BS. (1998). Stress, adaptation, and disease: allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 840:33-44.
- McEwen BS. (2006). Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 8:367-81.
- Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, Viana MC, Andrade LH, Hu C, Karam EG, Ladea M, Medima-Mora ME, Ono Y, Posada-Villa J, Sagar R, Wells JE, Zarkov Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*. 68:241-51.

- Meyer B. (2001). Coping with severe mental illness: relations of the *Brief COPE* with symptoms, functioning, and well-being. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 4:265-77.
- Miklowitz DJ, Johnson SL. (2009). Social and familial factors in the course of bipolar disorder: basic processes and relevant interventions. *Clinical Psychology*. 16(2):281-96.
- Mitchell PB, Slade T, Andrews G. (2004). Twelve-month prevalence and disability of DSM-IV bipolar disorder in an Australian general population survey. *Psychological Medicine*. 34(5):777-85.
- Monkul ES, Malhi GS, Soares JC. (2005). Anatomical MRI abnormalities in bipolar disorder: do they exist and do they progress? *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 39(4):222-6.
- Nijjar R, Ellenbogen MA, Hodgins S. (2014). Personality, coping, risky behavior, and mental disorders in the offspring of parents with bipolar disorder: A comprehensive psychosocial assessment. *Journal of Affective Disorders*. 166:315-23.
- Nolen-Hoeksema S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*. 109:504-11.
- Nolen-Hoeksema S, Davis CG. (1999). "Thanks for sharing that": ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology*. 77:801-14.
- Nolen-Hoeksema S, Larson J, Grayson C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*. 77:1061-77.
- Nolen-Hoeksema S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnormal Psychology*. 100:569-82.
- Parikh SV, Velyvis V, Yatham L, Beaulieu S, Cervantes P, Macqueen G, Siotis I, Streiner D, Zaretsky A. (2007). Coping styles in prodromes of bipolar mania. *Bipolar Disorders*. 9:589-95.
- Parker JD, Endler NS. Coping and Defense: A Historical overview. In: Zeidner, M; & Endler, NS (Eds.). *Handbook of coping: Theory, research, applications*. New York: Willey, 1996.



Parkes KR. (1986). Coping in Stressful Episodes: The role of individual differences, environmental factors and situational characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*. 51:1277-92.

Parikh S, Velyvis V, Yatham L, Beaulieu S, Cervantes P, Macqueen G, Scotis I, Streiner D, Zaretsky A. (2007). Coping styles in prodromes of bipolar mania. *Bipolar Disord*. 9:589-595.

Perczek R, Carver CS, Price AA, Pozo-Kaderman C. (2000). Coping, mood, and aspects of personality in Spanish translation and evidence of convergence with English versions. *Journal of Personality Assessment*. 74:63-87.

Pérez-García AM, Oliván S, Bover R. (2014). Subjective Well-being in Heart Failure Patients: Influence of Coping and Depressive Symptoms. *Int. J. Behav. Med*. 21:258–265.

Perron BE, Howard MO, Nienhuis JK, Bauer MS, Woodward AT, Kilbourne AM. (2009). Prevalence and Burden of general Medical conditions Among Adults With Bipolar Disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions [CME]. *Journal of Clinical Psychiatry*. 70(10):1407-15.

Pilowsky DJ, Wickramaratne P, Rush AJ, Hughes CW, Garber J, Malloy E, King CA, Cerda G, Sood AB, Alpert JE, Wisniewski SR, Trivedi MH, Talati A, Carlson MM, Liu HH, Fava M, Weissman MM. (2006). Children of currently depressed mothers: A STAR\* D ancillary study. *Journal of Clinical Psychiatry*. 67:126–136.

Post, R.M. (2007). Kindling and sensitization as models for affective episode recurrence, cyclicity, and tolerance phenomena. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 31:858-73.

Post R, Leverich G. (2006). The role of psychosocial stress in the onset and progression of bipolar disorder and its comorbidities: The need for earlier and alternative modes of therapeutic intervention. *Development and Psychopathology*. 18:1181-1211.

Reinares M, Colom F, Rosa AR, Bonnin CM, Franco C, Solé B, Kapczinski F, Vieta E. (2010). The impact of staging bipolar disorder on treatment outcome of family psychoeducation. *Journal of Affective Disorders*. 123(1-3):81-6.

Ribeiro JL, Rodrigues AP. (2004). Questões acerca do *coping*: A propósito do estudo de adaptação do *Brief COPE*. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 1:3-15.

- Riley AW, Valdez CR, Barrueco S, Mills C, Beardslee W, Sandler I, Rawal P. (2008). Development of a Family-based Program to reduce risk and promote resilience among families affected by maternal depression: Theoretical basis and program description. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 11:12-29.
- Robinson LJ, Thompson JM, Gallagher P, Goswami U, Young AH, Ferrier IN, Moore PB. (2006). A meta-analysis of cognitive deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. 93(1-3):105-115.
- Romero S, Delbello MP, Soutullo CA, Stanford K, Strakowski SM. (2005). Family environment in families with versus families without parental bipolar disorder: a preliminary comparison study. *Bipolar Disorders*. 7(6):617-22.
- Rosa AR, González-Ortega I, González-Pinto A, Echeburua E, Comes M, Martínez-Arán A, Ugarte A, Fernández M, Vieta E. (2012). One year psychosocial functioning in patients in the early VS late stage of bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 125(4):335-41.
- Rubinsztein, JS, Michael A, Paykel ES, Sahakian BJ. (2000). Cognitive impairment in remission in bipolar affective disorder. *Psychological Medicine*, 30:1025-36.
- Schaffer A, Cairney J, Cheung A, Veldhuizen S, Levitt A. (2006). Community survey of bipolar disorder in Canada: lifetime prevalence and illness characteristics. *Canadian Journal of Psychiatry*. 51(1):9-16.
- Schuepbach D, Novick D, Haro JM, Reed C, Boeker H, Noda S, Anest J, Hell D. (2008). Determinants of voluntary vs. involuntary admission in bipolar disorder and the impact of adherence. *Pharmacopsychiatry*. 41:29-36.
- Skinner EA, Zimmer-Gembeck MJ. (2007). The development of coping. *Annual Review of Psychology*. 58:119–44.
- Skinner EA, Edge K, Altman J, Sherwood H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*. 129:216–69.

- Souza EL. (2011). Avaliação do *coping* em adultos com Transtorno Bipolar e a relação com traços de personalidade. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Programa de Psiquiatria.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*. 128:825–48.
- Suls J, David JP, Harvey JH. (1996). Personality and Coping: Three Generations of Research. *Journal of Personality*. 64:711-35
- Swann AC, Bowdeb CL, Calabrese JR, Dilsaver SC, Morris DD. (1999). Differential effect of number of previous episodes of affective disorder on response to lithium or divalproex in acute mania. *American Journal of Psychiatry*. 156(8):1264-6.
- Taylor M, Bressam RA, Pam Neto P, Brietzke E. (2011). Early intervention for bipolar disorder: current imperatives, future directions. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 33(suppl.2): s197-212.
- Taylor S, Stanton A. (2007). Coping Resources, Coping Processes, and Mental Health. *Annual Review of Clinical Psychology*. 3:377-401.
- Teasdale JD. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion* 2:247-74.
- Tham A, Engelbrektson K, Mathe AA, Johnson L, Olsson E, Aberg-Wistedt A. (1997). Impaired neuropsychological performance in euthymic patients with recurring mood disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*. 58(1):26-9.
- Tondo L, Baldessarini RJ, Hennen J, Floris G, Silvetti F, Tohen M.. (1998). Lithium treatment and risk of suicidal behavior in bipolar disorder patients. *Journal of Clinical Psychiatry*. 59:405-14.
- Torres IJ, Boudreau VG, Yatham LN. (2007). Neuropsychological functioning in euthymic bipolar disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 116(Suppl 434): 17-26.
- Tuncay T (2014). Coping and Quality of Life in Turkish Women Living with Ovarian Cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP* 15(9):4005-4012.

Vaillant GE. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*. 103:44-50.

Van der Gucht E, Morriss R, Lancaster G, Kinderman P, Bentall RP. (2009). Psychological processes in bipolar affective disorder: negative cognitive style and reward processing. *The British Journal Psychiatry*. 194:146-51.

Ward RM, Hay MC, (2014). Depression, coping, hassles, and body dissatisfaction: Factors associated with disordered eating. *Eating Behaviors*. 17:14–18.

Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, et al. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. *American Journal of Psychiatry*. 163(6):1001-8.

WHO 2004 World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Part 3: disease incidence, prevalence and disability.

[http://who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/](http://who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/). Acessado em 20 de junho de 2015.

Yatham LN, Kennedy SH, Shaffer A, Parikh SV, Beaulieu S, O'Donovan C et al. (2013). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar Disorders*. 15:1–44.

Zubieta JK, Huguelet P, O'Neil RL, Giordani BJ. (2001). Cognitive function in euthymic bipolar I disorder. *Psychiatry Research*. 102(1):9-20.

## ANEXOS

### ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pacientes

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PACIENTES

Gostaríamos de convidá-lo a participar do estudo: "FATORES ASSOCIADOS À VULNERABILIDADE VERSUS RESILIÊNCIA NO TRANSTORNO DE HUMOR BIPOLAR – UM ESTUDO COM FAMILIARES EM ALTO RISCO". Em caso de qualquer dúvida quanto ao estudo você poderá contatar a pesquisadora executora Mirela P Vasconcelos Moreno ou a pesquisadora supervisora Marcia Sant'Anna pelo telefone: (51) 3359-8845 (Laboratório de Psiquiatria Molecular – HCPA) ou o Comitê de Ética pelo telefone: (51) 3359-8304.

#### Qual o objetivo desta pesquisa?

Esse estudo tem por objetivo entender melhor como funciona a relação entre o Transtorno de Humor Bipolar e os familiares de primeiro grau dos pacientes com essa doença. Ou seja, conhecer características clínicas dos familiares dos pacientes com Transtorno de Humor Bipolar e tentar avaliar se há associação dessas características com o Transtorno de Humor Bipolar.

#### O que acontecerá neste estudo?

Depois que você responder às questões em estudo através de questionários, será feito um exame de sangue. Esse exame será utilizado para observar se há alterações de substâncias encontradas no sangue e para pesquisar possíveis alterações genéticas; ambos relacionados ao Transtorno de Humor Bipolar.

#### Quais os benefícios em participar deste estudo?

A sua participação neste estudo poderá, no âmbito pessoal, permitir a identificação de algum possível problema antes não conhecido, e no âmbito coletivo, ajudar a desenvolver maior conhecimento sobre familiares de primeiro grau de pacientes com Transtorno de Humor Bipolar.

#### Quais são os direitos dos participantes?

Os pesquisadores desse estudo talvez precisem examinar os seus registros, a fim de verificar informações. No entanto, os seus registros médicos serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados desse estudo poderão ser enviados para publicação em um jornal científico, mas você não será identificado por nome. Sua participação ou do seu familiar no estudo é voluntária, de forma que caso você decida, em qualquer momento do estudo, não participar, isto não afetará o tratamento normal a que você tem direito. Além disso, sua participação na pesquisa não significa que seu familiar será acompanhado em programa de ambulatório desta instituição. Em caso de necessidade de atendimento médico, o participante (familiar) será encaminhado à Unidade Básica de Saúde mais próxima a sua casa ou, tratando-se de emergência psiquiátrica, ao Posto

da Cruzeiro do Sul – PACS (participantes residentes em Porto Alegre) ou ao IAPI (participantes residentes na Zona Norte de Porto Alegre) ou ao Hospital São Pedro (participantes que não residem em Porto Alegre).

Os procedimentos da pesquisa não serão cobrados do participante, e este receberá uma segunda via desse Termo para arquivo em documentos pessoais.

**Quais são os riscos que envolvem este estudo?**

Este estudo possui riscos mínimos que são inerentes do procedimento de punção venosa, como mal-estar passageiro e/ou manchas roxas no local. Além disso, você poderá sentir-se desconfortável ao responder o questionário proposto, pois no mesmo constam perguntas relativas à sua vida pessoal.

**Quais são as responsabilidades dos participantes?**

Os participantes desse estudo comprometem-se a responder os questionários sem omitir informações.

**Declaro que:**

1. Concordo voluntariamente em fazer parte desse estudo. Estou ciente de que tenho total liberdade de desistir do estudo a qualquer momento. Concordo em liberar as informações dos meus registros médicos sob o entendimento de que elas serão tratadas confidencialmente.

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente

Data: ( \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ )

Nome do responsável legal (se aplicado): \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável

Data: ( \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ )

Assinatura do pesquisador

Data: ( \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ )

HCPA / GFR  
 VERSÃO APROVADA  
 31 / JAN / 2011  
 100503 TAV

## ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Familiares

### TÉRMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA FAMILIARES

Gostaríamos de convidá-lo a participar do estudo: "FATORES ASSOCIADOS À VULNERABILIDADE VERSUS RESILIÊNCIA NO TRANSTORNO DE HUMOR BIPOLAR – UM ESTUDO COM FAMILIARES EM ALTO RISCO". Em caso de qualquer dúvida quanto ao estudo você poderá contatar a pesquisadora executora Mirela P Vasconcelos Moreno ou a pesquisadora supervisora Marcia Sant'Anna pelo telefone: (51) 3359-8845 (Laboratório de Psiquiatria Molecular – HCPA) ou o Comitê de Ética pelo telefone: (51) 3359-8304.

#### Qual o objetivo desta pesquisa?

Esse estudo tem por objetivo entender melhor como funciona a relação entre o Transtorno de Humor Bipolar e os familiares de primeiro grau dos pacientes com essa doença. Ou seja, conhecer características clínicas dos familiares dos pacientes com Transtorno de Humor Bipolar e tentar avaliar se há associação dessas características com o Transtorno de Humor Bipolar.

#### O que acontecerá neste estudo?

Depois que você responder às questões em estudo através de questionários, será feito um exame de sangue. Esse exame será utilizado para observar se há alterações de substâncias encontradas no sangue e para pesquisar possíveis alterações genéticas, ambos relacionados ao Transtorno de Humor Bipolar.

#### Quais os benefícios em participar deste estudo?

A sua participação neste estudo poderá, no âmbito pessoal, permitir a identificação de algum possível problema antes não conhecido, e no âmbito coletivo, ajudar a desenvolver maior conhecimento sobre familiares de primeiro grau de pacientes com Transtorno de Humor Bipolar.

#### Quais são os direitos dos participantes?

Seus dados médicos obtidos no estudo serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados desse estudo poderão ser enviados para publicação em um jornal científico, mas você não será identificado por nome.

Sua participação na pesquisa não significa que você será acompanhado em programa de ambulatório desta instituição. Em caso de necessidade de atendimento médico, o participante será encaminhado à Unidade Básica de Saúde mais próxima a sua casa ou, tratando-se de emergência psiquiátrica, ao Posto da Cruzeiro do Sul – PACS (participantes residentes em Porto Alegre) ou ao IAPI (participantes residentes na Zona Norte de Porto Alegre) ou ao Hospital São Pedro (participantes que não residem em Porto Alegre).

HCPA / GPPG  
 VERSÃO APROVADA  
 31 / JAN / 2011  
 100503 TRV

Os procedimentos da pesquisa não serão cobrados do participante, e este receberá uma segunda via desse Termo para arquivo em documentos pessoais.

O participante tem direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem que haja prejuízo ao tratamento regular que seu familiar realiza no PROTAHBI.

**Quais são os riscos que envolvem este estudo?**

Este estudo possui riscos mínimos que são inerentes do procedimento de punção venosa, como mal-estar passageiro e/ou manchas roxas no local. Além disso, você poderá sentir-se desconfortável ao responder o questionário proposto, pois no mesmo constam perguntas relativas à sua vida pessoal.

**Quais são as responsabilidades dos participantes?**

Os participantes desse estudo comprometem-se a responder os questionários sem omitir informações.

**Declaro que:**

1. Concordo voluntariamente em fazer parte desse estudo. Estou ciente de que tenho total liberdade de desistir do estudo a qualquer momento. Concordo em liberar as informações dos meus registros médicos sob o entendimento de que ela será tratada confidencialmente.

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente

Data: ( / / )

Nome do responsável legal (se aplicado): \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável

Data: ( / / )

Assinatura do pesquisador

Data: ( / / )

HCPA / GPPG  
VERSÃO APROVADA  
31 JAN 2011  
100503 TRV



## ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Controles

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CONTROLES

Gostaríamos de convidá-lo a participar do estudo: "FATORES ASSOCIADOS À VULNERABILIDADE VERSUS RESILIÊNCIA NO TRANSTORNO DE HUMOR BIPOLAR – UM ESTUDO COM FAMILIARES EM ALTO RISCO". Em caso de qualquer dúvida quanto ao estudo você poderá contatar a pesquisadora executora Mirela P Vasconcelos Moreno ou a pesquisadora supervisora Marcia Sant'Anna pelo telefone: (51) 3359-8845 (Laboratório de Psiquiatria Molecular – HCPA) ou o Comitê de Ética pelo telefone: (51) 3359-8304.

#### O que é o grupo controle, nesse estudo?

É um grupo de pessoas sem doença psiquiátrica e sem familiar com doença psiquiátrica que se disponibilizará a contribuir fornecendo seus dados que serão usados como referência padrão no estudo.

#### Qual o objetivo desta pesquisa?

Esse estudo tem por objetivo entender melhor como funciona a relação entre o Transtorno de Humor Bipolar e os familiares de primeiro grau dos pacientes com essa doença.

#### O que acontecerá neste estudo?

Depois que você responder às questões em estudo através de questionários, será feito um exame de sangue. Esse exame será utilizado para observar se há alterações de substâncias encontradas no sangue e para pesquisar possíveis alterações genéticas; ambos relacionados ao Transtorno de Humor Bipolar.

#### Quais os benefícios em participar deste estudo?

A sua participação neste estudo poderá, no âmbito pessoal, permitir a identificação de algum possível problema antes não conhecido, e no âmbito coletivo, ajudar a desenvolver maior conhecimento sobre familiares de primeiro grau de pacientes com Transtorno de Humor Bipolar.

#### Quais são os direitos dos participantes?

Seus dados serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados desse estudo poderão ser enviados para publicação em um jornal científico, mas você não será identificado por nome.

HCPA / GPPG  
VERSÃO APROVADA  
31/11/2011

Sua participação na pesquisa não significa que você será acompanhado em programa de ambulatório desta instituição. Em caso de necessidade de atendimento médico, o participante será encaminhado à Unidade Básica de Saúde mais próxima a sua casa ou, tratando-se de emergência psiquiátrica, ao Posto da Cruzeiro do Sul ou ao IAPI ou ao Hospital São Pedro.

Os procedimentos da pesquisa não serão cobrados do participante, e este receberá uma segunda via desse Termo para arquivo em documentos pessoais.

O participante tem direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer tipo de prejuízo.

**Quais são os riscos que envolvem este estudo?**

Este estudo possui riscos mínimos que são inerentes do procedimento de punção venosa, como mal-estar passageiro e/ou manchas roxas no local. Além disso, você poderá sentir-se desconfortável ao responder o questionário proposto, pois no mesmo

constam perguntas relativas à sua vida pessoal.

**Quais são as responsabilidades dos participantes?**

Os participantes desse estudo comprometem-se a responder os questionários sem omitir informações.

**Declaro que:**

1. Concordo voluntariamente em fazer parte desse estudo. Estou ciente de que tenho total liberdade de desistir do estudo a qualquer momento. Concordo em liberar as informações dos meus registros médicos sob o entendimento de que ela será tratada confidencialmente.

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente

Data: (   /   /   )

Nome do responsável legal (se aplicado): \_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável

Data: (   /   /   )

Assinatura do pesquisador

Data: (   /   /   )

HCPA / Gênesis  
VERSÃO APROVADA  
31 JAN / 2011  
ECCSC B THV



**Dados Sociais**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Prontuário HCPA: \_\_\_\_\_

Nome

completo: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) F ( ) M

Fone: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Tempo de Eutimia: \_\_\_\_\_

Situação Conjugal: 1- solteiro 2- casado ou companheiro fixo  
 3- separado ou divorciado 4- viúvo

Ocupação: 1- estudante 2- com ocupação (remunerada):  
 3- sem ocupação (não aposentado) 4- dona de casa  
 5- em auxílio-doença 6- aposentado por invalidez  
 7- aposentado por tempo serviço

Regime de trabalho:

Horário aproximado: \_\_\_\_\_

Você trabalha regularmente nesse horário? 1- sim 2- não

Caso não trabalhe regularmente nesse horário, descreva:

\_\_\_\_\_

**História clínica**

Transtorno Bipolar: ( ) Tipo I ( ) Tipo II (\*critério de exclusão) ( )

Esquizofrenia

Episódio atual (se não estiver eutímico):

\_\_\_\_\_

Número de episódios: \_\_\_\_\_ depressivos \_\_\_\_\_ maníacos

Primeiro episódio: ( ) 1-Depressivo ( ) 2 -Maníaco Sintomas Psicóticos: ( ) Sim ( ) Não

Idade do primeiro episódio: \_\_\_\_\_

Idade em que recebeu diagnóstico/tratamento específico: \_\_\_\_\_

Hospitalizações Psiquiátricas: 1- sim 2- não Se sim, quantas: \_\_\_\_\_

Idade da primeira internação: \_\_\_\_\_ Episódio: ( ) depressivo ( ) maníaco

Hospitalização no primeiro episódio: ( ) sim ( ) não

Tentativa de suicídio: ( ) Sim ( ) Não Quantas: \_\_\_\_\_

História familiar 1º grau: ( ) Sim ( ) Não

Caso sim, qual familiar e qual transtorno:

( ) pai \_\_\_\_\_

( ) mãe \_\_\_\_\_

( ) irmãos \_\_\_\_\_

( ) filhos \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ No de Anos estudados: \_\_\_\_\_

Repetência escolar? ( ) sim ( ) não Se sim, quantos anos? \_\_\_\_\_

Tabagismo Passado: ( ) 1- sim ( ) 2- não Se sim, tempo de uso: \_\_\_\_\_ anos

Tabagismo Atual: ( ) 1 – sim ( ) 2 - não Se sim, maior nº cigarros/dia: \_\_\_\_\_

Uso prévio de substâncias químicas, álcool, drogas: ( ) Sim ( ) Não  
Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Uso atual de substâncias químicas, álcool, drogas: ( ) Sim ( ) Não  
Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Frequencia: \_\_\_\_\_

Algum problema de saúde? ( ) Sim ( ) Não Qual?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ( ) HAS ( ) Dislipidemia  
( ) DM (exclui para PC-R e Trauma) ( ) NAC (exclui para PC-R)  
( ) Doença cerebrovascular (exclui para PC-R)

( ) Doença cardiovascular ateroscleróticas (exclui para PC-R)

**Medicações utilizadas (TODAS):**

Medicação genérico)	(nome)	Dose/dia (com unidade)	(com)	Finalidade
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

Se drug free, há quanto tempo sem uso de medicação: \_\_\_\_\_

Peso atual (medido): \_\_\_\_\_ Kg    Altura(medida): \_\_\_\_\_ m

Circ.cintura: \_\_\_\_\_

PA (medida): \_\_\_\_\_ mmHg    IMC: \_\_\_\_\_ [Peso ÷ (altura)<sup>2</sup>]

**Estadiamento Clínico:**

- 0 – História familiar de TB. Sintomas de humor/ansiedade sem critérios para TB
- 1 – Períodos bem definidos de eutimia entre episódios
- 2 – Sintomas inter-episódios principalmente relacionados a comorbidades
- 3 – Marcado prejuízo cognitivo e de funcionamento
- 4 – Incapaz de viver autonomamente devido a prejuízo cognitivo e funcional

**Fatores relacionados ao sexo feminino**

(Obs: codificar para sexo masculino: 9- não se aplica)

Uso atual de método anticoncepcional: 1-sim 2-não

Se sim, Qual (is): 1-Anticoncepcional oral (pílula) 2- DIU 3-Camisinha  
4- Diafragma 5- coito interrompido 6- L.Tubária 7- Vasectomia do marido  
8- tabelinha 10- outro, qual: \_\_\_\_\_

Idade da menarca: \_\_\_\_\_

Gestações: \_\_\_\_\_

Em até 4 ( quatro) semanas após o(s) parto(s) tomou medicação psiquiátrica?

1- sim 2 – não Qual? \_\_\_\_\_

Menopausa: 1-sim 2-não Se sim, idade: \_\_\_\_\_ anos.

Terapia de Reposição Hormonal (atual): 1-sim 2-não

**-----Se a pcte usa método anticoncepcional hormonal, finalizar entrevista e iniciar escalas**

Data da última menstruação : \_\_\_\_\_

Data da penúltima menstruação : \_\_\_\_\_

Data da antepenúltima menstruação: \_\_\_\_\_

Tempo médio do ciclo menstrual ( média dos últimos 3 meses ) : \_\_\_\_\_ dias

Quantos dias de Fluxo menstrual: \_\_\_\_\_ dias

Você possui ciclos regulares? 1- sim 2- não

Há quanto tempo possui ciclos regulares ( 28 +/- 5 dias ) ou irregulares ( mantém esse padrão de ciclo menstrual) ? \_\_\_\_\_ meses

Data prevista para a próxima menstruação( primeiro dia) : \_\_\_\_\_

– Data prevista para próxima Fase Folicular ( 4 ao 9 dia ) : \_\_\_\_\_

– Data prevista para próxima Fase Lútea ( - 9 ao – 4 dia ) : \_\_\_\_\_

Você costuma ter “cólicas“ durante ou poucos dias antes de ficar menstruada?

1- sim 2 – não

## ANEXO E – Escala *Brief COPE*

### BRIEF COPING SCALE    Iniciais: \_\_\_\_\_ Protocolo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responda as perguntas marcando os números de acordo com a frequência: (1)Nunca; (2)Poucas vezes; (3)Muitas vezes; (4)Sempre

<b>Brief Coping Scale</b>	Nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Sempre
1 - Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação	1	2	3	4
2 - Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação	1	2	3	4
3- Tenho dito para mim próprio(a): "isto não é verdade"	1	2	3	4
4- Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor	1	2	3	4
5 - Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos)	1	2	3	4
6- Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objectivo	1	2	3	4
7- Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação	1	2	3	4
8- Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer desta forma comigo	1	2	3	4
9- Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento	1	2	3	4
10- Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação	1	2	3	4
11- Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas	1	2	3	4
12- Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva	1	2	3	4
13- Faço críticas a mim próprio	1	2	3	4
14- Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer	1	2	3	4
15- Procuo o conforto e compreensão de alguém	1	2	3	4
16- Desisto de me esforçar para obter o que quero	1	2	3	4
17- Procuo algo positivo em tudo o que está a acontecer	1	2	3	4
18- Enfrento a situação levando-a para a brincadeira	1	2	3	4
19- Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras	1	2	3	4
20- Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer	1	2	3	4
21- Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos (emoções)	1	2	3	4
22-Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual	1	2	3	4
23- Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo	1	2	3	4
24- Tento aprender a viver com a situação	1	2	3	4
25- Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação	1	2	3	4
26- Culpo-me pelo que está a acontecer	1	2	3	4
27 - Rezo ou medito	1	2	3	4
28- Enfrento a situação com sentido de humor	1	2	3	4