

ÉRIKA LEONARDO DE SOUZA

Avaliação do *coping* em adultos com transtorno bipolar e a relação com traços de personalidade

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Alberto Moreno

Co-orientador: Prof. Dr. Rodrigo Grassi-Oliveira

**São Paulo
2011**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Souza, Érika Leonardo de

Avaliação do *coping* em adultos com transtorno bipolar e a relação com traços de personalidade / Érika Leonardo de Souza.-- São Paulo, 2011.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Psiquiatria.

Orientador: Ricardo Alberto Moreno.

Co-orientador: Rodrigo Grassi-Oliveira.

Descritores: 1. Transtorno bipolar 2. *Coping* 3. Estresse psicológico 4. Personalidade

USP/FM/DBD-160/11

DEDICATÓRIA

A meu pai, por ter em todos os momentos dividido os sonhos comigo.

A minha mãe, pela presença constante e carinhosa.

A meus alunos, pelas significativas relações estabelecidas, pela possibilidade de vislumbrar a realidade de outro ponto de vista e pela intensa troca de conhecimento acadêmico e humano.

A meus pacientes, que lutam diariamente contra o transtorno bipolar.

AGRADECIMENTOS

A meu orientador Prof. Dr. Ricardo Alberto Moreno e a meu co-orientador Prof. Dr. Rodrigo Grassi-Oliveira, Rubem Alves, em *Cenas da Vida* diz que: “*As inteligências dormem. Inúteis são todas as tentativas de acordá-las por meio da força e das ameaças. As inteligências só entendem os argumentos do desejo: elas são ferramentas e brinquedos do desejo*”. Obrigada, por terem me despertado tão intenso desejo de realizar este trabalho, por terem me ensinado tanto sobre valores acadêmicos e pelo inestimável ganho profissional e pessoal.

Agradeço, especialmente, aos pacientes e indivíduos do grupo controle que gentilmente aceitaram participar deste estudo.

Às minhas “codoutorandas” Adriana Segre, Alessandra Baccaro e Leticia de Castro, pelo apoio estrutural, emocional e amizade que me dispensaram e a este estudo durante os anos do doutorado.

A Thiago Viola, pela coleta de dados em Porto Alegre e por ter divulgado parte do trabalho em forma de Iniciação Científica.

À Prof^a Clarice Gorenstein, pela gentil colaboração na tradução e adaptação do *Coping Inventory for Prodromes of Mania* e por ter permitido acesso ao banco de dados do grupo controle.

À banca de qualificação composta pelo Prof. Dr. Wang Yuan Pang, Dr^a Mariângela Gentil Savoia e Dr^a Cristiana Castanho de Almeida Rocca, pelas importantes contribuições a este trabalho.

Aos colegas do Gruda, Janette Zamudio Canales, Danielle Soares Bio, Karina Pellegrinelli, Dr. Odeilton Tadeu Soares, Dr. Frederico Navas Demetrio, Dr. Luis Felipe Costa e Dra. Aline Valente Chaves, pela constante amizade, apoio e discussão do conhecimento científico.

A Maria Conceição Albano Ferreira, por ser uma das pessoas mais generosas que conheço, presenteando-me com sua amizade, compreensão e apoio, tornando minha vida em São Paulo mais leve e segura.

À minha amiga Sara Escorsi-Rosset, pela amizade desde a época do colégio, por todas as aventuras, alegrias, tristezas que passamos juntas, por compartilharmos a mesma profissão e, por ser, desde a escolha pela Psicologia até hoje, minha inspiração profissional.

À minha querida amiga Carla Vasconcelos Dalio, por constantemente me mostrar o valor do perdão e por acreditar lindamente que as pessoas sempre tentam fazer o melhor que podem.

A Verônica Paula Martino, pela sincera amizade, sempre pronta a oferecer conforto e realidade nos momentos difíceis.

A Roberta Coelho, uma querida amizade surgida em minha passagem por Porto Alegre, pelo apoio e escuta nos momentos de dificuldades com a tese.

À Psicóloga Miréia Roso, por ter me apresentado o universo das abordagens psicossociais do Transtorno Bipolar e por ter me visto uma psicoterapeuta que eu ainda não via.

A Nayara Rodrigues, pela ajuda administrativa em todos os momentos desta pesquisa.

A Eliza Fukushima, secretária da pós-graduação, sempre disponível e solícita nas orientações e dúvidas com relação a documentos e prazos, assim como pela competência em providenciar rapidamente a cotutela deste trabalho.

À Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pelo apoio financeiro dado a esta pesquisa.

*“E então por que eu iria querer ter alguma coisa a ver com essa doença? Porque acredito sinceramente que, em consequência dela, senti mais coisas e com maior profundidade; tive mais **experiências**, mais intensas; amei mais e fui mais amada; ri mais vezes por ter chorado mais vezes; apreciei mais as primaveras apesar de todos os invernos; vesti a morte ‘bem junto ao corpo como calça jeans’, aprendi a apreciá-la, e à vida, mais; vi o que há de melhor e mais terrível nas pessoas e aos poucos aprendi os valores do afeto, da lealdade e de ir até o fim. Conheci os limites da minha mente e do meu coração, e percebi como os dois são frágeis e como, em última análise, são incognoscíveis. Em depressão, engatinhei para poder atravessar um quarto e fiz isso meses a fio. No entanto, normal ou maníaca, corri mais, pensei mais rápido e amei mais do que a maioria das pessoas que conheço. E creio que boa parte disso está relacionada à minha doença – à intensidade que ela confere às coisas e à perspectiva que ela me impõe. Creio que ela me fez testar os limites da minha mente (que, embora deficiente, está firme) bem como os limites da minha criação, família, formação e dos meus amigos.”*

(Kay Redfield Jamison – Uma mente inquieta)

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de Siglas	
Lista de Figuras	
Lista de Tabelas	
Resumo	
<i>Summary</i>	

1	INTRODUÇÃO.....	1
1.1	Apresentação do problema e referencial teórico.....	3
1.2	O conceito de <i>coping</i>	7
1.3	<i>Coping</i> e Transtorno Bipolar.....	18
1.4	Personalidade e Transtorno Bipolar.....	28
2	JUSTIFICATIVA.....	38
3	OBJETIVOS.....	40
3.1	Objetivo geral.....	41
3.2	Objetivos específicos.....	41
4	HIPÓTESES.....	42
5	MÉTODOS.....	44
5.1	Amostra.....	45
5.1.1	Grupo de pacientes com Transtorno Bipolar.....	45
5.1.1.1	Critérios de inclusão.....	45
5.1.1.2	Critérios de exclusão.....	46
5.1.2	Grupo Controle: voluntários sadios.....	46
5.1.2.1	Critérios de inclusão.....	47
5.1.2.2	Critérios de exclusão.....	47
5.3	Instrumentos utilizados para avaliação clínica e diagnóstica.....	48
5.3.1	Entrevista Clínica (anexo 1).....	48
5.3.2	Entrevista Clínica Estruturada para o DSM IV – Versão Clínica (SCID - CV).....	49
5.3.3	Escala de Avaliação de Mania de Young (YMRS) (anexo 2).....	49
5.3.4	Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D) (anexo 3).....	50
5.4	Instrumento de avaliação do Nível Socioeconômico: Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (anexo 4).....	51
5.5	Instrumentos utilizados para avaliação do <i>Coping</i>	51
5.5.1	<i>Coping Inventory for Prodromes of Mania</i> (CIPM) (anexo 5).....	51
5.5.2	Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (anexo 6).....	52
5.5.3	<i>Brief COPE</i> (anexo 7).....	53
5.6	Instrumento utilizado para avaliação dos traços de personalidade: Inventário de Personalidade – NEO PI-R.....	56
5.7	Procedimentos.....	58
5.7.1	Tradução, adaptação e análise da consistência interna do <i>Coping Inventory for Prodromes of Mania</i> (CIPM).....	60
5.7.2	Procedimento de seleção da amostra de voluntários.....	61
5.8	Aspectos Éticos.....	62

5.9	Análise estatística	64
6	RESULTADOS	66
6.1	Análise descritiva e comparativa da amostra estudada	67
6.2	Análises <i>Coping Inventory for Prodromes of Mania</i>	70
6.2.1	Processo de tradução, adaptação e análise de consistência interna	70
6.2.2	Análise das médias dos escores no grupo de bipolares e comparação entre bipolares tipo 1 e tipo 2.....	74
6.3	Habilidades de <i>Coping</i>	76
6.3.1	Comparação das estratégias e estilos de <i>coping</i> entre bipolares e controles saudáveis.....	76
6.4	Correlações entre as escalas de <i>coping</i>	78
6.5	Traços de Personalidade	79
6.5.1	Comparação dos traços de personalidade entre bipolares e controles saudáveis.....	79
6.6	Associações entre <i>coping</i> e personalidade: modelo de regressão linear múltipla entre os fatores do NEO PI-R e as estratégias e estilos de <i>coping</i>	81
7	DISCUSSÃO	85
7.1	<i>Coping</i> nos pródromos da mania / hipomania.....	86
7.2	Comparação das habilidade de <i>coping</i> entre bipolares e controles.....	91
7.3	Comparação dos traços de personalidade entre bipolares e controles.....	94
7.4	Associações entre traços de personalidade e <i>coping</i> no transtorno bipolar	96
7.5	Limitações do estudo	99
8	CONCLUSÃO.....	101
9	ANEXOS.....	105
	Anexo 1 - Entrevista Clínica	106
	Anexo 2 - Escala de Young para Avaliação da Mania.....	109
	Anexo 3 - Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão.....	110
	Anexo 4 - Critério Brasil 2008: Sistema de Pontos.....	112
	Anexo 5 - Inventário de Estratégias de Enfrentamento para Pródromos da Mania (Wong e Lam 1999).....	113
	Anexo 6 - Escala Modos de Enfrentamento de Problemas - EMEP	115
	Anexo 7 - Brief COPE.....	118
	Anexo 8 - Aprovação pelo Comitê de Ética CAPPesq-HCFMUSP.....	120
	Anexo 9 - Aprovação de Alterações do Protocolo de Pesquisa.....	121
	Anexo 10 - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa HMIPV	122
	Anexo 11 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	123
10	REFERÊNCIAS	126

LISTAS

Lista de Siglas

CCEB	Critério de classificação econômica Brasil
CIPM	<i>Coping Inventory for Prodromes of Mania</i>
DSM-III-R	Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais 3ª edição revisada
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais 4ª edição revisada
EMEP	Escala de modos de enfrentamento de problemas
FAPESP	Fundação de amparo à pesquisa do estado de São Paulo
GRUDA	Grupo de estudos de doenças afetivas
HAM-D	Escala de avaliação de depressão de Hamilton
MANCOVA	Análises de covariância multivariadas
NEO PI-R	Inventário de personalidade NEO Revisado
ProGruda	Programa Transtornos Afetivos
SCID-CV	Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Versão Clínica
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciencies</i>
TB	Transtorno Bipolar
YMRS	Escala de avaliação de mania de Young

Listas de Figuras

- Figura 1** - Papel da relação entre *coping* e personalidade no modelo de carga alostática do TB. Frente a um evento estressor, determinados padrões de personalidade como altos níveis de Neuroticismo, estão relacionados à maior reatividade ao estresse e interpretação disfuncional dos eventos (ex., avaliações negativas dos eventos), o que determina estratégias de *coping* disfuncionais. Com isso, o estressor não é adequadamente gerenciado, o que aumenta a carga alostática, com conseqüente aumento da recorrência e cronicidade7
- Figura 2** - Modelo de processamento de estresse e *coping* (Lazarus e Folkman, 1984).....9

Listas de Tabelas

Tabela 1 - Estudos sobre <i>coping</i> em bipolares	27
Tabela 2 - Estudos sobre personalidade em bipolares utilizando o modelo teórico do <i>Big Five Model</i>	36
Tabela 3 - Diferenças com relação à idade, anos de estudo, sexo, escore total na HAM-D e na YMRS entre bipolares e controles	69
Tabela 4 - Avaliação da equivalência semântica entre o instrumento original em inglês (O), a versão traduzida para o português (T), a versão novamente traduzida para o inglês (R) e a versão final em português (F).....	72
Tabela 5 - Comparação das médias dos escores do CIPM entre bipolares 1 e 2	74
Tabela 6 - Comparação das médias dos escores da CIPM no grupo de bipolares	75
Tabela 7 - Comparação das médias dos escores da EMEP e da <i>Brief COPE</i> entre bipolares e controles	77
Tabela 8 - Comparação das médias dos escores dos traços de personalidade e suas facetas (NEO PI-R) entre bipolares e controles	80
Tabela 9 - Modelos de regressão linear múltipla entre <i>coping</i> e traços de personalidade nos bipolares e controles.....	83
Tabela 10 - Modelos de regressão linear múltipla entre <i>coping</i> e as facetas dos traços de personalidade no grupo de bipolares	84

RESUMO

Souza EL. *Avaliação do coping em adultos com transtorno bipolar e a relação com traços de personalidade* [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2011. 139p.

Evidências indicam que o estresse psicológico pode desempenhar um papel importante no desencadeamento e evolução do Transtorno Bipolar. Faz-se importante estudar as maneiras como os pacientes lidam com o estresse (*Coping*). Os objetivos deste estudo foram investigar as relações entre *coping* e traços de personalidade em bipolares e controles saudáveis; comparar estratégias e estilos de *coping* e traços de personalidade de pacientes bipolares com controles saudáveis; comparar estratégias de *Coping* nos pródromos da mania de pacientes bipolares I e II. Foram realizadas entrevistas diagnósticas e confirmada a eutimia dos pacientes resultando no total de 35 bipolares (foram considerados eutímicos pacientes com escore ≤ 12 na Escala de Avaliação de Mania de Young e ≤ 7 na Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton). O grupo de comparação foi constituído por 40 indivíduos saudáveis do ponto de vista psiquiátrico. Foram avaliadas as habilidades de *coping* (*Coping Inventory for Prodromes of Mania*, Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas e *Brief COPE*) e os traços de personalidade (Inventário de Personalidade – NEO PI-R). As comparações das médias dos escores da escala *Coping Inventory for Prodromes of Mania* foram realizadas pelo teste *Mann-Whitney*. As comparações das médias dos escores das estratégias e estilos de *coping* e dos traços de personalidade foram realizadas por análises multivariadas de covariância. As associações entre estratégias e estilos de *coping* e traços de personalidade foram realizados pelos modelos de regressão linear múltipla. Os resultados mostraram que os bipolares apresentam mais estratégias e estilos de *coping* focalizados na emoção do que 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. Estes resultados suportam 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.

Descritores: 1. Transtorno Bipolar 2. *Coping* 3. Estresse Psicológico
4. Personalidade

SUMMARY

Souza EL. *Assessment of coping and its relationship with personality traits in adults with bipolar disorder* [Thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2011. 139p.

Evidence indicates that psychological stress may play a key role in triggering the onset and evolution of Bipolar Disorder. Investigations into the ways patients cope with stress are therefore valuable. The aims of this study were to: (i) investigate the relationship between coping and personality traits in bipolar and control subjects;(ii) compare coping strategies and style besides personality traits in bipolar patients against those of healthy controls;(iii) compare coping strategies between bipolar I and II patients in the prodromes of mania. Diagnostic interviews were conducted confirming euthymia among participants and detecting a total of 35 bipolar patients (scores ≤ 12 on the Young Mania Assessment Scale and ≤ 7 on the Hamilton Depression Rating Scale indicated euthymia). The control group for comparison comprised 40 psychiatrically-healthy individuals. Coping skills (Coping Inventory for Prodromes of Mania, Ways of Coping Checklist and *Brief COPE*) and personality traits (Personality Inventory – NEO PI-R) were assessed. Mean scores on the Coping Inventory for Prodromes of Mania were compared using Mann-Whitney’s test. Mean scores for coping strategies and styles as well as personality traits were compared by multivariate covariance analyses. Associations between coping strategies and styles and personality traits were determined by multiple linear regression models. Results showed that bipolar patients made greater use of emotion-focused strategies than problem-focused strategies, exhibited high levels of Neuroticism and low levels of Extroversion and Conscientiousness. Positive associations between Neuroticism and emotion-focused coping, and negative associations between Neuroticism and problem-focused coping (strategies), were found. Regarding coping styles, positive associations were identified between problem-focused coping and Conscientiousness, while negative associations were found between Extroversion and problem-focused coping. These results support the hypothesis that associations between personality traits and coping skills play a key role in the modulation between stress and relapse in Bipolar Disorder.

Descriptors: 1. Bipolar Disorder 2. Coping 3. Psychological stress
4. Personality

1 INTRODUÇÃO

O tratamento principal do Transtorno Bipolar (TB) é o medicamentoso, apesar disso, nos últimos anos, ficou claro o impacto do transtorno na qualidade de vida e no funcionamento social, cognitivo e ocupacional dos pacientes, o que exigiu que os objetivos do tratamento fossem, além da recuperação apenas sintomática e que também incluíssem a recuperação funcional (Roso et al., 2005).

Com isso, intensos esforços estão sendo feitos no sentido de investigar se as intervenções psicossociais adicionam eficácia ao tratamento medicamentoso (Lam et al., 2005; Lauder et al., 2010; Pellegrinelli, 2010). Dentre os principais objetivos das abordagens psicossociais, estão educar o paciente sobre o transtorno, aderência ao tratamento, ensinar técnicas de manejo de estresse e resolução de problemas, entre elas, o desenvolvimento de estratégias de *coping* funcionais.

Apesar disso, poucos são os estudos científicos que se propuseram a investigar de modo sistemático as habilidades de *coping* em bipolares. A escassez de estudos, que investigaram o *coping* em bipolares, suscitou as seguintes questões: quais as estratégias de *coping* de pacientes bipolares? Quais são essas estratégias frente aos sinais prodrômicos da (hipo) mania? Além disso, o entendimento do *coping* como um estilo de resposta, associado a traços de personalidade levantou a questão se esta associação

também existiria nos bipolares e quais suas implicações clínicas. Na tentativa de responder a tais questões, este trabalho foi realizado.

Nesta introdução, o problema de pesquisa e o referencial teórico para este estudo serão apresentados mais explicitamente. Em seguida, descreveremos as teorias sobre o *coping*, associações entre *coping* e personalidade, e os trabalhos científicos realizados com pacientes bipolares.

1.1 Apresentação do problema e referencial teórico

O Transtorno Bipolar é uma doença mental crônica, altamente incapacitante, caracterizada por alterações no estado do humor, com recorrência de episódios depressivos, maníacos e até mesmo mistos ao longo da vida. Estima-se que afeta de 1% a 3% da população (Belmaker, 2004), e, na população da cidade de São Paulo, a prevalência é de 1% (Andrade et al., 2002). Está associada a importante incapacitação dos pacientes, a elevada taxa de mortalidade, altos custos no tratamento e importante sofrimento ao paciente e seus familiares (Lafer et al., 2004).

Coping refere-se ao conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas pelos indivíduos para lidarem com demandas excessivas que exijam a ativação da resposta ao estresse (Lazarus, Folkman, 1984). Neste estudo, será utilizado o termo em inglês *coping*, em virtude do entendimento que o termo “enfrentamento”, comumente usado na literatura nacional, não descreva o construto adequadamente. O conceito de

coping seria de que, para o manejo de exigências ou demandas internas ou externas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais do indivíduo, complexos processos cognitivos, comportamentais e biológicos, seriam ativados com o intuito de adaptar o indivíduo a evitar e/ou escapar à fonte de estresse, agir nessa fonte para reduzir seus efeitos ou ajustá-la quando nem a evitação ou a confrontação são possíveis (Compas, 2006).

O processo de *coping* tem sido alvo de conjecturas, não só das abordagens psicossociais de tratamento do Transtorno Bipolar, mas também de modelos fisiopatológicos. É interessante notar que, apesar da preocupação dos pesquisadores, poucos trabalhos têm sido desenvolvidos no sentido de esclarecer como se dá esse processo nos bipolares.

De acordo com um recente modelo de fisiopatologia do Transtorno Bipolar (Kapczinski et al., 2008), as habilidades de *coping* podem desempenhar um papel na modulação da relação entre estresse e recorrência de episódios, ao mesmo tempo podem ser diretamente afetadas pelos danos neurofuncionais e neuroestruturais (por exemplo, prejuízos pré-frontais) associados ao curso recorrente do transtorno (Monkul et al., 2005; Robinson et al., 2006). Este modelo assume que o estresse e os eventos vitais são fatores importantes no início e curso do transtorno (Post, 2007). Consequentemente, a ciclicidade dos episódios pode impor seu próprio ritmo, sendo necessário cada vez menos estresse, para que este atue como um gatilho de novos episódios (Post e Weiss, 1989), fenômeno conhecido como efeito *kindling*.

O termo carga alostática refere-se a um sistema fisiológico múltiplo e cumulativo, que é necessário para a adaptação (McEwen, 1998). Apesar da característica de proteção da adaptação alostática, a repetição contínua do processo acarretaria um alto preço ao sujeito, sobretudo se os processos alostáticos atingirem níveis extremos e tornarem-se ineficientes, como por exemplo, no caso de estresse crônico (McEwen, 2006). No Transtorno Bipolar, os custos da carga alostática podem ser verificados por meio do comprometimento clínico progressivo, pela alta prevalência de doenças e mortalidade e os déficits cognitivos (Kapczinski et al., 2008). O processo de *coping* poderia então ser concebido como um produto e um modulador da carga alostática (Grassi-Oliveira et al., 2010). Frente ao modelo exposto acima, entende-se a importância do esclarecimento do *coping* em bipolares.

Alguns teóricos afirmam que o *coping* deveria ser redefinido como um processo da personalidade (Vollrath, 2001). Em recente metanálise, Connor-Smith e Flachsbart (2007) mostram que a maioria dos estudos encontra relações entre traços específicos de personalidade, com base no modelo dos cinco grandes fatores e as estratégias de *coping*. As associações entre *coping* e personalidade foram investigadas em pacientes deprimidos. Os resultados desses estudos mostram associações negativas entre *coping* focalizado no problema e neuroticismo e associações positivas entre *coping* focalizado na emoção e neuroticismo (MacWilliams et al., 2003; Uehara et al., 1999) e associações positivas entre *coping* focalizado no problema e extroversão (Uehara et al., 1999). Em pacientes bipolares, essas associações ainda não foram estudadas.

Os estudos sobre as relações entre *coping* e traços de personalidade ao longo das últimas três décadas, bem como os achados sobre personalidade no TB nos fizeram incrementar o papel do *coping* na modulação entre estresse e recorrência no TB. Nossa hipótese é que, frente a um evento estressor, determinados padrões de personalidade, por exemplo, altos níveis de Neuroticismo, estão relacionados a uma maior reatividade ao estresse e interpretação disfuncional dos eventos (por ex., avaliação negativa dos eventos). Isto determina estratégias de *coping* disfuncionais, o estressor não é adequadamente gerenciado, o que aumenta a carga alostática, com consequente aumento de recorrência e cronicidade do TB (Figura 1).

Compreender as complexas interações entre *coping* e traços de personalidade no TB vai exigir um entendimento mais amplo do funcionamento do paciente e, assim, ampliar o conhecimento sobre possíveis alvos das intervenções psicossociais neste transtorno, dada a importância do paciente bipolar ser capaz de utilizar estratégias de *coping* funcionais frente a eventos vitais estressantes, rompendo o ciclo estresse – recorrência.

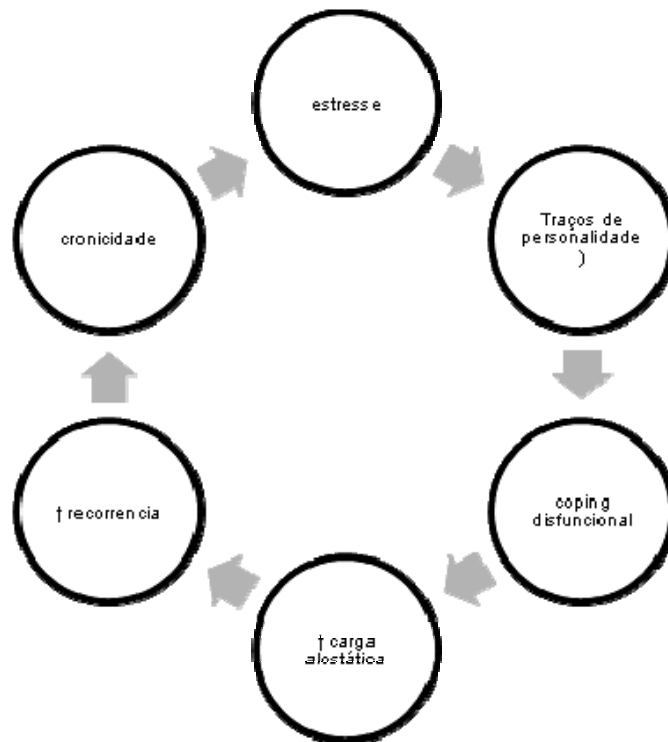


Figura 1 - Papel da relação entre *coping* e personalidade no modelo de carga alostática do TB. Frente a um evento estressor, determinados padrões de personalidade como altos níveis de Neuroticismo estão relacionados à maior reatividade ao estresse e interpretação disfuncional dos eventos (ex., avaliações negativas dos eventos), o que determina estratégias de *coping* disfuncionais. Com isso, o estressor não é adequadamente gerenciado, o que aumenta a carga alostática, com conseqüente aumento da recorrência e cronicidade

1.2 O conceito de *coping*

Os pesquisadores da Psicologia do Ego foram os primeiros a conceber o conceito de *coping*, que estava relacionado aos mecanismos de defesa contra conflitos sexuais e agressivos, sendo as motivações internas e inconscientes (Vaillant, 1994).

Nos anos de 1960, surgiu a segunda geração dos estudos sobre o *coping*, apontando para novas perspectivas no estudo do tema desenvolvidas sobretudo pelo grupo de Richard S. Lazarus e Susan Folkman.

Os autores partiram de um modelo cognitivo para o desenvolvimento de suas pesquisas. Definiram o *coping* como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e que são avaliadas, como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais (Lazarus e Folkman, 1984).

O *coping* é entendido como um **processo** ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente (contexto), sua função é administrar a situação estressora, em vez de controlar ou dominar a mesma. A noção de avaliação é fundamental (lembrando que o modelo teórico dos autores é o cognitivo), ou seja, como o fenômeno é percebido, interpretado ou cognitivamente representado na mente do indivíduo (Lazarus e Folkman, 1984). Portanto, são ações deliberadas, o que de fato pensa ou faz para lidar com a situação e que podem ser **aprendidas, usadas e descartadas**. O *coping* é entendido como um processo dinâmico. Pressupõe a possibilidade de mudança, o que vai contra a abordagem da Psicologia do Ego (mecanismo de defesa) e também da visão do *coping* como um traço de personalidade, imutável. Os dados da Figura 2 mostram o modelo de processamento de estresse e *coping* (Lazarus e Folkman, 1984)

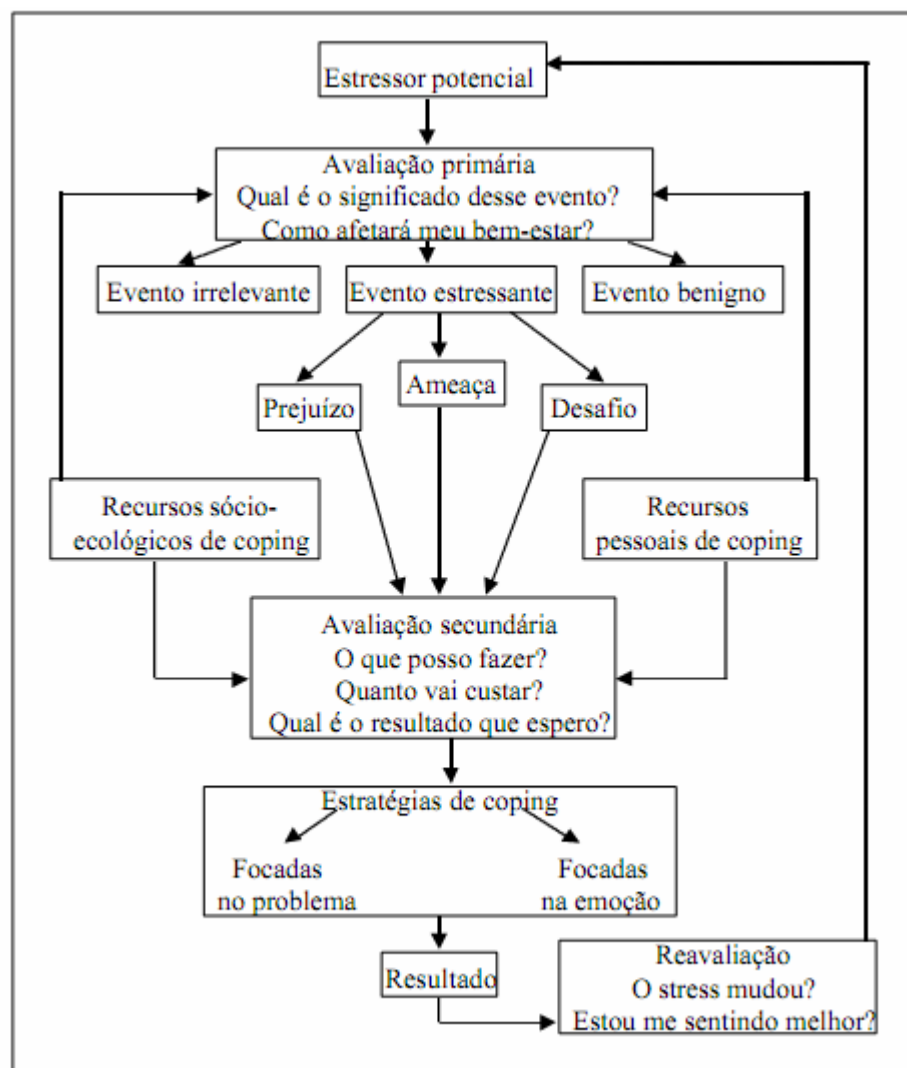


Figura 2 - Modelo de processamento de estresse e *coping* (Lazarus e Folkman, 1984)

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

É importante diferenciar entre resposta de *coping* e resposta ao estresse. A resposta de *coping* é uma ação intencional, física ou mental, iniciada em resposta a um estressor que foi percebido e avaliado. Já a de estresse é qualquer resposta que envolva uma reação emocional ou

comportamental espontânea. Assim, nem todas as respostas ao estresse podem ser consideradas como *coping*.

No modelo de *coping* proposto por Lazarus e Folkman (1984), o *coping* deve ser visto como independente de seu resultado. Qualquer tentativa de administrar o estressor é considerada *coping*, independente de obter sucesso ou não. Dessa maneira, não pode ser visto como intrinsecamente bom ou mau, adaptativo ou não adaptativo, pois o contexto deve ser sempre levado em consideração. Se o processo do *coping* é adaptativo ou mal-adaptativo depende da pessoa, em particular, a natureza do estressor, a disponibilidade de recursos de *coping*. Por exemplo, a negação, que é considerada patogênica para a maioria dos psicólogos do ego, pode ser útil em circunstâncias definidas, como por exemplo, em doenças físicas. Na doença coronariana, a negação seria prejudicial, por exemplo, atrasando a busca por ajuda profissional, mas pode facilitar o processo de recuperação do paciente no período pós-cirúrgico (Lazarus, 1983; 1993).

Apesar disso, algumas respostas de *coping* que reduzem rapidamente o estresse têm um alto custo na qualidade de vida do indivíduo, por exemplo, *coping* evitativo e descarga emocional, que são tradicionalmente caracterizados como *coping* mal-adaptativo (Dakof e Taylos, 1990).

Estratégias de Coping

O modelo de Lazarus e Folkman usa o termo **Estratégias de Coping**, que reflete comportamentos e/ou pensamentos usados para lidar com o

agente estressor. Lazarus e Folkman (1984) classificam essas estratégias em dois tipos, levando em conta sua função.

O ***coping* focalizado na emoção** diz respeito ao esforço para regular o estado emocional associado ao estresse, minimizando o mal-estar causado pelo estresse e pode ser dirigido ao somático e/ou aos sentimentos. São exemplos de *coping* focados na emoção: fumar um cigarro, tomar tranquilizantes, sair para correr, relaxamento (somático), bem como culpar as pessoas, culpar a si mesmo, demonstração de raiva (expressão de emoções negativas), concentrar-se em pensamentos negativos (ruminação), e tentativas de escapar das situações (negação, pensamento fantasioso) (Carver e Connor-Smith, 2010)

O ***coping* focalizado no problema** é dirigido ao estressor, ou seja, um esforço para atuar na situação que deu origem ao estresse, tentando modificá-la. Por exemplo, se as demissões em uma empresa são esperadas, as estratégias focalizadas no problema podem incluir trabalhar mais no emprego como tentativa de evitar a demissão (Carver e Connor-Smith, 2010). Este tipo de estratégia tem como função alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente que está causando a tensão e inclui estratégias como negociar para resolver um conflito interpessoal. Geralmente, inclui reestruturação cognitiva e uso de estratégias de resolução de problemas, ou seja, pressupõe o uso dos recursos cognitivos do sujeito.

Lazarus (2006) afirma ser desejável abandonar a ideia de que o *coping* focalizado no problema e o na emoção são tipos independentes de

coping, pois, na maioria das situações de estresse, esses dois tipos de estratégias complementam-se. Por exemplo, o *coping* focalizado no problema pode diminuir a ameaça de uma situação e com isso diminuir a angústia gerada por essa situação. Uma estratégia focalizada na emoção, como o relaxamento ou técnicas de respiração, que são focalizadas na emoção, trazem calma e tranquilidade ao sujeito, o que pode contribuir para que o sujeito lance mão de estratégias focalizadas no problema.

Assim como não é correto fazer a distinção entre estratégia de *coping* adaptativa e mal-adaptativa, também não se entende o *coping* focalizado no problema como adaptativo e o focalizado na emoção como mal-adaptativo. Além disso, o construto “*coping* focalizado no problema” vem sofrendo modificações. Estratégias denominadas busca de suporte social, planejamento, entre outros, são um desmembramento do *coping* focalizado no problema (Carver e Scheier, 1989).

O uso de um tipo ou outro de estratégia depende da avaliação que o sujeito faz da situação estressora (Lazarus e Folkman, 1984). A avaliação primária é um processo cognitivo por meio da qual o sujeito avalia qual o risco envolvido em determinada situação de estresse. Na avaliação secundária, o indivíduo analisa quais são os recursos disponíveis e as opções para lidar com o problema. Em situações que são avaliadas como “modificáveis”, o *coping* focalizado no problema tende a ser mais empregado, e o focalizado na emoção, mais utilizado em situações avaliadas como inalteráveis.

Nem sempre a avaliação que o indivíduo faz do agente estressor é livre de distorções cognitivas. Em transtornos mentais, como por exemplo, no Transtorno Bipolar, as distorções cognitivas que esses pacientes podem apresentar são conhecidas pela literatura (Newman et al., 2006). Assim, a avaliação do evento estressor é mediada por essas distorções, influenciando diretamente no tipo de *coping* utilizado.

Estilos de Coping

As pessoas desenvolvem formas que lhes são habituais de lidar com o estresse e que podem influenciar suas reações em novas situações. São os estilos de *coping*, definidos por Carver e Scheier (1994), como a tendência a usar uma reação de *coping* em maior ou menor grau, frente a situações de estresse. Segundo esta perspectiva, as pessoas possuem um conjunto de estratégias de *coping* que se mantêm relativamente fixas (ou estáveis) através do tempo e situações, sendo assim entendidas como um traço.

No estudo de 1989, Carver e colaboradores realizaram uma análise teste reteste, 6 e 8 semanas depois, do inventário desenvolvido por eles, o COPE. Os resultados indicam correlações elevadas, sugerindo que a tendência encontrada nas respostas de *coping* medidas por esse instrumento são relativamente estáveis.

Mesmo que a intenção inicial não fosse alterar o modelo proposto por Lazarus e Folkman, a ideia de estilos de *coping* contraria este modelo, pois

para estes autores, *coping* é um processo em mudança constante, orientado para o processo em vez de centrado no traço.

Mais recentemente, em uma tentativa de convergir as abordagens ao *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; d) e é influenciado pelos recursos sociais.

Carver et al. (1989) reconhecem a provável obviedade da existência de estilos de *coping*, visto que as pessoas abordam cada situação de estresse com um repertório de estratégias relativamente fixas por meio do tempo e das circunstâncias. A favor desta perspectiva, defendem ainda que, provavelmente, há modos preferidos de *coping* em funções das dimensões da personalidade.

***Coping* e Personalidade**

As relações entre *coping* e personalidade constituem a terceira fase da evolução do conceito. Os pesquisadores voltaram-se para essa convergência motivados, em parte, pelo acúmulo de evidências que indicam que fatores situacionais não são capazes de explicar toda a variação nas estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos.

Dada a exposição ao estresse, a personalidade pode influenciar as respostas de *coping* de várias maneiras, por exemplo, pela interpretação do evento e pelas expectativas dos resultados (Carver e Connor-Smith, 2010).

O traço extroversão envolve emoções positivas, sociabilidade, assertividade e alta energia (Costa e MacCrane, 1992). A assertividade e a alta energia, por exemplo, podem fornecer os recursos necessários para iniciar e persistir na solução de problemas (Vollrath, 2001). O afeto positivo deverá facilitar a reestruturação cognitiva e uma orientação para os outros, assim como o acesso a uma rede social deve facilitar as estratégias de *coping* voltadas para a busca de apoio social.

O neuroticismo reflete as tendências para sentir medo, tristeza, angústia (Costa e MacCrane, 1992). Dada a vulnerabilidade ao sofrimento, o neuroticismo deve conduzir a estratégias de *coping* focalizadas na emoção e na evitação da ameaça. Essas estratégias tendem a ser reforçadas pelo alívio de curto prazo que propiciam (Lengua et al., 1999), reduzindo assim a motivação para o indivíduo voltar-se ao estressor e tentar gerenciá-lo de modo mais eficiente e duradouro.

Conscienciosidade implica persistência, autodisciplina, organização, (Costa e MacCrane, 1992). A autodisciplina deve facilitar a resolução de problemas e tornar menos provável as estratégias que visam ao afastamento do problema (Lengua et al., 1999, Vollrath, 2001).

Amabilidade envolve altos níveis de confiança e preocupação com os outros (Costa e MacCrane, 1992). Indivíduos com alta amabilidade tendem a

ter redes sociais importantes (Bowling et al., 2005, Tong et al., 2004). Esse traço pode prever o apoio social no *coping*.

Abertura à experiência envolve a tendência a ser imaginativo, criativo, curioso, flexível, em sintonia com os sentimentos e inclinado para novas atividades e ideias (Costa e MacCrane, 1992). Estas tendências podem facilitar o envolvimento nas estratégias de *coping* focalizadas no problema, considerando que exigem novas perspectivas, como a reestruturação cognitiva e a resolução de problemas, mas também pode facilitar o uso de estratégias como pensamento fantasioso (Carver e Connor-Smith, 2010).

Connor-Smith e Flachsbart (2007) realizaram metanálise sobre o tema, usando 165 amostras, com o total de 33.094 participantes. Para os autores, a avaliação das relações entre *coping* e personalidade pressupõe a avaliação das facetas da personalidade, estratégias de *coping* específicas e análises multivariadas. Os resultados encontrados na metanálise foram:

- Extroversão e Conscienciosidade predizem mais *coping* focalizado no problema e reestruturação cognitiva, neuroticismo menos;
- Neuroticismo prediz estratégias como pensamento fantasioso, desinvestimento e *coping* focalizado na emoção;
- Neuroticismo e extroversão predizem busca de suporte;
- Personalidade tem um papel preditivo de *coping* em amostras com indivíduos jovens, sob estresse e em amostras que avaliaram estilos de *coping* em vez de estratégias.

Na literatura, existe uma variedade de instrumentos que se propõem a avaliar o *coping* e o fato dificulta a comparação dos resultados dos estudos.

Abaixo serão descritos dois estudos que utilizaram como instrumento de avaliação de *coping* o *Ways of Coping*, desenvolvido por Folkman e Lazarus (1988), no qual a Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas, utilizada neste doutorado foi baseada.

O'Brien e DeLongis (1996) e Shewchuk et al. (1999) investigaram as associações entre estratégias de *coping*, utilizando o *Ways of Coping* e as dimensões do modelo dos Cinco Grandes Fatores em estudantes universitários. Estes estudos sugerem:

- associação negativa entre *coping* focalizado no problema e neuroticismo;
- associação positiva entre *coping* focalizado na emoção e neuroticismo;
- associação positiva entre *coping* focalizado no problema e conscienciosidade;
- associação negativa entre *coping* evitativo e conscienciosidade; e
- associação positiva entre *coping* social e extroversão.

Recentemente, foram realizados estudos genéticos para investigar as relações entre *coping* e personalidade. Os resultados indicam que o *coping* e os traços de personalidade dividem influências genéticas comuns, sendo construtos diferentes, mas, apresentando algumas associações. Assim, pode-se dizer que as influências genéticas sobre a personalidade influenciam modestamente as preferências individuais pelos estilos de *coping* (Kato e Pedersen, 2005; Jang et al., 2007).

As associações entre *coping* e personalidade foram investigadas em pacientes deprimidos. Os resultados desses estudos mostram associações negativas entre *coping* focalizado no problema e neuroticismo e associações

positivas entre *coping* focalizado na emoção e neuroticismo (MacWilliams et al., 2003; Uehara et al., 1999) e associações positivas entre *coping* focalizado no problema e extroversão (Uehara et al., 1999). Em pacientes bipolares, essas associações ainda não foram estudadas, sendo um dos objetivos desta pesquisa.

1.3 *Coping* e Transtorno Bipolar

Evidências indicam que o estresse psicológico pode desempenhar um papel importante no desencadeamento e evolução do Transtorno Bipolar (Post e Leverich, 2006). Ellicott et al. (1990) afirmam que pacientes bipolares que vivenciam eventos estressores são cinco vezes mais propensos a apresentar uma recorrência do que pacientes que não estão passando por esse tipo de evento. Em artigo de revisão, Paykel (2001) mostra que eventos vitais podem estar relacionados ao início e desenvolvimento da doença, mas não de forma independente, estando relacionados à genética e suporte social. Johnson (2005) mostra que um aumento de eventos vitais negativos pode estar relacionado ao desencadeamento de um episódio depressivo e que eventos vitais que envolvem a busca por um objetivo específico podem estar relacionados ao desencadeamento de um episódio maníaco em pacientes bipolares.

Horesh e Iancu (2010) tiveram como objetivo explorar a associação entre eventos vitais estressantes e o desenvolvimento de doença afetiva.

Pacientes bipolares e unipolares foram comparados a indivíduos saudáveis. Os resultados indicam que, em unipolares e bipolares, o maior impacto dos eventos vitais estressantes sobre o aparecimento dos transtornos afetivos foi encontrado no ano antes da primeira depressão ou episódio maníaco. Isto sugere que, nesse período crucial, o acúmulo de eventos vitais estressantes contribui para a precipitação de um mecanismo de resposta patológica. Uma vez estabelecido, este mecanismo poderia ser reativado no futuro por eventos estressantes menos severos e em menor número.

A vulnerabilidade do paciente bipolar ao estresse pode ser explicada do ponto de vista cognitivo. O paciente, partindo de suas crenças / esquemas, interpreta os eventos estressores. A experiência subjetiva que ocorre com bases nessas interpretações interage com a biologia, determinando o afeto e o comportamento do paciente (Newman, 2006). Por exemplo, indivíduos com estilos de pensamento mal-adaptativos, quando se deparam com um evento vital negativo, tendem a responder ampliando as implicações negativas desse evento. O estresse resultante pode gerar reações biológicas e comportamentais (*coping*), por exemplo, perda de sono, deixar os problemas acumularem-se, gerando sintomas, com consequente impacto no curso e prognóstico do transtorno.

Uma vez que tais experiências estressantes são susceptíveis de ocorrer para um número significativo de pessoas e de terem sido consideradas de difícil controle, a escolha da estratégia de *coping* poderia ser um alvo potencial de intervenções psicossociais.

De fato, estudos controlados avaliando intervenções psicossociais no transtorno bipolar relataram melhora funcional moderada (o funcionamento social / adaptação e satisfação de vida aumentada) (Miklowitz e Otto, 2007). As intervenções psicossociais para o transtorno bipolar, muitas vezes, incluem elementos, tais como: automonitoramento, identificação de sinais precoces de recaída e técnicas para gerir situações adversas e eventos estressantes da vida (Zaretsky et al., 2007; Reinares et al., 2008). Embora o *coping* possa ser considerado como um mecanismo de ação dessas intervenções, seu papel ainda não foi rigorosamente avaliado (Parikh et al., 2007).

Apesar do número limitado de estudos sobre *coping* no Transtorno Bipolar, alguns pesquisadores vêm estudando esse processo no controle dos sintomas, especialmente, na fase prodrômica das crises. Esta fase da mania/hipomania é usualmente definida como o período que vai do reconhecimento dos primeiros sintomas até aquele em que os sintomas atingem sua severidade máxima. Este período pode durar 1 ou 2 dias até uma ou várias semanas. Durante essa fase, os sintomas serão, com probabilidade, leves e não necessariamente causarão problemas ao indivíduo (Miklowitz, 2002).

Wong e Lam (1999) definem os pródromos do transtorno bipolar como sinais ou sintomas cognitivos, comportamentais e afetivos que podem fazer com que o paciente reconheça o início de um episódio.

Para Miklowitz (2002) e Colom e Vieta (2006), os principais sinais prodrômicos da mania/hipomania são: diminuição no número de horas de

sono, sentimento de “tempo perdido” em relação às horas gastas com sono, impaciência, irritabilidade ou aumento no número de desentendimentos ou discussões, aumento do nível de energia, novos interesses ou retomada de interesses antigos (por exemplo, ouvir músicas que costumava ouvir há 15 anos), falar mais rápido, dirigir mais rápido, iniciar novos projetos, aumento do desejo sexual, mudança do estilo de vestir-se. Outros sinais incluem: mudanças no comportamento: maquiagem (mulheres), distorções sutis: nas cores, (perceber as cores mais brilhantes e nítidas), prestar atenção demasiada em luminosos, mudanças súbitas de preferência: marca de cigarro, tipo de jornal, posição (no futebol), caminho para ir ao trabalho; livro, comida, sensações diferentes corporais: sentir o sangue borbulhar, cabeça explodindo ou quente, etc.

Em 1997, o primeiro estudo sistemático foi realizado (Lam e Wong, 1997) e, nos últimos 13 anos, as pesquisas sobre *coping* em Bipolares foram desenvolvidas como lentas mas, continuamente. Este estudo teve como objetivo investigar os pródromos do paciente bipolar e suas estratégias de *coping*; investigar se o reconhecimento dos pródromos e o uso de estratégias de *coping* adaptativas estão relacionados a um bom funcionamento social; investigar se a aceitação da doença e a aderência à medicação têm um efeito desejável no funcionamento social. Quarenta pacientes com Transtorno Bipolar, segundo DSM-IV, eutímicos, foram entrevistados por meio dos seguintes instrumentos: *MRC Social Performance Schedule*, *The insight Questionnaire*, *The Mania Scale*, *The Beck Depression Inventory*, *The Coping with Prodromes Interview*. Os

resultados mostram que 25% dos sujeitos não foram capazes de reconhecer os sinais precoces do episódio depressivo, comparados com apenas 7,5% dos que não foram capazes de reconhecer os sinais precoces da crise de mania, ou seja, parece ser mais fácil para o paciente bipolar reconhecer os pródromos da mania do que da depressão.

Os pacientes relataram estratégias cognitivas e comportamentais de *coping* nos pródromos da depressão, mas, apenas estratégias comportamentais nos pródromos da mania. Os níveis de depressão, como os sujeitos enfrentam os pródromos da mania e sua habilidade em reconhecer os sinais precoces de depressão contribuem significativamente para o nível de funcionamento social.

Lam et al. (2001) estudaram, prospectivamente, durante um período de 18 meses, quais os tipos de estratégias de *coping* em pacientes bipolares foram relacionadas com bom prognóstico e redução da reincidência e encontraram uma relação entre a redução da estimulação, priorização de tarefas, redução do número de tarefas para quantidades realistas com menores chances de ocorrer uma recaída maníaca. Por outro lado, o mesmo estudo relatou que um número maior de pacientes que faziam uso de álcool ou que utilizavam outras estratégias passivas na fase prodrômica tinha mais depressão recorrente. Uma característica comum desse tipo de estudo é que as pessoas precisam reconhecer os sintomas prodrômicos e decidir se eles são sintomas leves ou pródromos falsos, bem como se estão propensos a desenvolver em um episódio (Lam e Wong, 2005). A capacidade de reconhecer precocemente os sintomas contribui para os níveis adequados

de funcionamento psicossocial dos pacientes (Lam e Wong, 1997). Estratégias de *coping* como aceitação da doença, ao contrário de sua negação, podem contribuir na aderência ao tratamento (Greenhouse et al., 2000).

Perry et al. (1999) investigaram a eficácia de ensinar pacientes com transtorno bipolar a identificarem sintomas precoces de recaídas e buscar prontamente tratamento em serviços de saúde, atitude que é considerada uma estratégia de *coping*. Concluem que essas estratégias estão associadas a importante melhora clínica, melhora no funcionamento social e nos empregos.

Os estudos de Lam e Wong culminaram no desenvolvimento de uma escala específica para avaliar as estratégias de *coping* frente aos sinais prodrômicos das crises de mania/hipomania (Wong e Lam, 1999). A *Coping Inventory for Prodromes of Mania* (CIPM) foi desenvolvida para avaliar como pacientes bipolares lidam com os sinais prodrômicos da mania/hipomania. Consiste de 23 questões, e a análise fatorial mostra quatro fatores: redução da estimulação, *coping* focalizado no problema, busca de ajuda profissional, negação ou culpa. Todos os fatores apresentam boa estabilidade e consistência interna (α de Cronbach variando entre 0,70 e 0,85, exceto para busca de ajuda profissional, que foi de 0,50).

Quanto às diferenças entre os subtipos de transtorno bipolar, um estudo recente demonstrou que indivíduos com transtorno bipolar tipos I e II apresentam diferentes mecanismos de *coping* nos pródromos da mania/hipomania. Os bipolares tipo I foram mais propensos a procurar ajuda

profissional e a reduzir a estimulação; e os bipolares II foram mais propensos a lançar mão da estratégia negação e culpa. Além disso, os bipolares tipo I tenderam a utilizar uma série mais ampla de estratégias de *coping* que os indivíduos do tipo II. É importante notar que não houve associação entre características demográficas e clínicas e estratégia de *coping* (Parikh et al., 2007).

Cho e Ryu (2010) compararam as estratégias de *coping* nos pródromos da mania entre pacientes bipolares com e sem características psicóticas. Os pacientes psicóticos apresentaram escores mais altos na estratégia busca de ajuda profissional e em negação e culpa.

Em artigo de revisão, Christensen e Kessing (2005) mostram que poucos estudos sobre estratégias de *coping* nos transtornos afetivos incluem pacientes com transtorno bipolar exclusivamente. A maioria dos estudos mostra que estratégias de *coping* emocionalmente orientadas e/ou estilos evitativos de *coping* estão associados a recaídas de episódios depressivos, e as estratégias focadas no problema e orientadas para uma tarefa estão associadas a bons prognósticos. Parecem existir diferenças nas estratégias de *coping* de homens e mulheres. Por exemplo, os homens tenderiam a usar mais estratégias que envolvam distração, e as mulheres mais estratégias sobre expressão emocional. A relação entre estratégias de *coping* e idade ainda não está clara e nem existe uma resposta se as estratégias eficientes de *coping* aumentam ou diminuem com a idade.

Goosens et al. (2008) encontraram diversas diferenças nos estilos de *coping* de homens e mulheres. Compararam uma amostra de 157 pacientes

(65% de mulheres) com 1.075 homens e 712 mulheres da população holandesa e concluíram que os homens bipolares utilizam mais busca de suporte social, mais reações paliativas e menos expressão de emoções do que o grupo controle. As mulheres bipolares utilizam menos pensamentos reasseguradores, menos abordagens ativas de *coping*, mais esquivas e mais reações passivas do que o grupo controle.

Este parece ser o único estudo transversal que avaliou estilos de *coping* em pacientes bipolares, fora do contexto dos pródromos de (hipo)mania. Uma limitação importante do estudo foi a participação de sujeitos com sintomatologia depressiva ou (hipo)maníaca, o que pode ter influenciado os resultados. Outra questão diz respeito à avaliação do grupo de comparação. Não há menção de uma avaliação psiquiátrica do grupo.

O fosso entre teoria do *coping* e uso clínico deste ainda permanece, embora a relevância clínica do *coping* seja promissora, e não esteja clara. É difícil fazer uma distinção clara entre os processos de *coping* e sintomas. A complexa interação entre estressores, *coping*, personalidade e transtornos afetivos precisa ser mais bem entendida, pois assim estratégias de *coping* podem ser incluídas de forma mais sistemática no tratamento do paciente.

Dessa forma, há uma necessidade de desenvolver novas medidas que sejam válidas e confiáveis e que combinem a avaliação do *coping*, de eventos de vida e personalidade em uma entrevista semiestruturada. Estudos de longo prazo, capazes de detectar as respostas de *coping* antes e depois do início do transtorno de humor podem fornecer novas informações

sobre a relação entre estratégias de *coping* e transtornos afetivos (Christensen e Kessing, 2005).

Os dados da Tabela 1 mostram os estudos na área.

Tabela 1 - Estudos sobre *coping* em bipolares

Estudo	N	Avaliação diagnóstica / sintomas	Condições no momento da avaliação	Instrumento de avaliação de <i>coping</i>	Grupo de comparação	Resultados
Lam e Wong (1997)	40 bipolares	DSM-IV MAS BDI	eutímicos	<i>The Coping with Prodromes Interview</i>	Ausente	Os níveis de depressão, como os sujeitos enfrentam os pródromos da mania e sua habilidade em reconhecer os sinais precoces de depressão contribuem significativamente para o nível de funcionamento social
Greenhouse et al (2000)	32 bipolares I	SCID	Sem informação	Brief COPE	Sem grupo de comparação	Baixos níveis de aceitação e altos níveis de negação estão relacionados à aderência a medicação.
Lam et al (2001)	40 bipolares	DSM-IV MAS BDI	eutímicos	<i>The Coping with Prodromes Interview</i>	Follow up – 18 meses	Relação entre a redução da estimulação, priorização de tarefas, redução do número de tarefas para quantidades realistas com menores chances de ocorrer uma recaída maníaca
Parikh et al (2007)	147 bipolares I 56 bipolares II	SCID HDRS CARS-M	Eutímicos	CIPM	Bipolares I x Bipolares II	Bipolares I = ↑ busca de ajuda profissional Bipolares II = ↑ negação e culpa
Goossens et al (2008)	157 pacientes ambulatoriais (65% mulheres)	DSM-IV	20 com sintomas depressivos; 105 eutímicos; 29 com sintomas (hipo) maníacos	UCL	1.075 homens 712 mulheres normais (C)	Bipolares = ↓ abordagens ativas na resolução de problemas; ↑ <i>coping</i> evitativo; ↑ reações passivas Homens Bipolares = ↑ reações paliativas; ↑ busca de suporte social; ↓ expressão de emoções Mulheres Bipolares = ↓ pensamento reassegurador; ↓ abordagens ativas de <i>coping</i> ; ↑ esquiva; ↑ reações passivas
Cho e Ryu (2010)	72 bipolares (34 psicóticos e 38 não psicóticos)	HDRS <8 YMRS < 6	Eutímicos	CIPM	Bipolares Psicóticos x não psicóticos	Pacientes Psicóticos = ↑ Busca de ajuda profissional; ↑ negação e culpa

NOTA: UCL: *Utrecht Coping List*; MAS: *The Mania Scale*; HDRS: *Hamilton Depression Rating Scale*; YMRS: *Young Mania Rating Scale*; CIPM: *Coping Inventory for Prodromos os Mania*; BDI: *Beck Depression Inventory*; CARS-M: *Clinical Administered Scale for Mania*

1.4 Personalidade e Transtorno Bipolar

É importantes salientar as relações existentes entre transtornos de humor e personalidade. Goodwin e Jamison (2007), citando os trabalhos de Klerman (1973); Hirschfeld e Klerman (1979); Akiskal et al (1983) mostram quatro modelos básicos sobre as complexas interações entre personalidade e doença afetiva:

- a) Personalidade como uma predisposição à doença afetiva: o modelo pressupõe que os padrões da personalidade precedem e, portanto, predispoem o indivíduo a desenvolver doenças afetivas;
- b) Personalidade como uma expressão da doença afetiva: os traços de personalidade são vistos, como manifestações de formas leves e moderadas da doença afetiva. O temperamento do indivíduo é considerado ligado à predisposição genética para mania e depressão;
- c) Personalidade como um modificador da doença afetiva: determina a apresentação clínica do transtorno, resposta à psicoterapia e medicação e a aderência ao tratamento. Considera-se que a capacidade de lidar com o estresse e as complicações da doença afetiva é fortemente influenciada pela estrutura pré-mórbida da personalidade e do caráter;
- d) Personalidade alterada pela doença afetiva: nesse modelo, diversas consequências da doença, incluindo mudanças nos padrões da autoestima e interação social; dificuldade para manter relacionamentos significativos e empregos; e flutuações frequentes no humor, na energia, percepção e pensamentos são consideradas causas e refletem

alterações de curta e longa duração na personalidade, que podem ser reversíveis ou irreversíveis.

Um dos modelos de personalidade mais utilizado no estudo das diferenças individuais é o Modelo dos Cinco Grandes Fatores (*Big Five Model*). Evidências para este modelo provêm de três áreas principais: análise fatorial de grandes conjuntos de termos linguísticos relacionados aos traços, pesquisas interculturais testando a universalidade dos traços, e a relação entre questionários e outros questionários e avaliações (Pervin e John, 2004).

A seguir os cinco fatores e suas respectivas facetas (Flores-Mendoza et al., 2007, p. 16-19):

- a) Neuroticismo:** trata-se do domínio mais penetrante da personalidade que contrasta ajustamento ou estabilidade emocional ao neuroticismo ou mau ajustamento. O núcleo deste fator é a tendência geral para experimentar afetos negativos, tais como: medo, tristeza, vergonha, raiva, culpa e nojo. Inclui mais do que suscetibilidade a estresse psicológico. Nesse fator, altos escores indicam propensão a apresentar ideias irracionais, pouca habilidade em controlar os impulsos e a lidar pobremente com o estresse. Resultados mais baixos indicam indivíduos emocionalmente estáveis, calmos, moderados, tranquilos e capazes de encarar situações estressantes sem se aborrecerem ou perturbarem-se. As facetas que compõem este fator, são:

-
- **Ansiedade:** relacionada à sensação de apreensão, medo, tensão e extrema preocupação;
 - **Raiva/Hostilidade:** representa a tendência a vivenciar raiva e estados relacionados, como frustração e amargura;
 - **Depressão:** representa diferenças individuais normais na tendência a experienciar afeto negativo;
 - **Embaraço/Constrangimento:** as emoções relacionadas à vergonha e embaraço formam o núcleo desta faceta. Embaraço/constrangimento é semelhante à timidez e ansiedade social;
 - **Impulsividade:** refere-se à inabilidade de controle de anseios e ímpetos. O termo não deve ser confundido com espontaneidade, ousadia ou rapidez na tomada de decisão; e
 - **Vulnerabilidade:** refere-se à suscetibilidade ao estresse e às agressões psicológicas.
- b) **Extroversão:** Inclui os traços sociabilidade, assertividade e busca de excitação e estimulação. Neste fator, altos escores indicam pessoas que tendem a ser alegres e bem dispostas. É fortemente relacionado ao interesse por ocupações empreendedoras. Deve-se ter cuidado ao associar baixos escores em extroversão à introspecção ou reflexão, sendo essas características mais associadas a altos escores no traço abertura a experiências. As facetas que compõem este fator são:
- **Acolhimento** (acolhimento caloroso): relacionado a afeto e amizade;

- **Gregarismo:** caracteriza a preferência pela companhia de outras pessoas, estimulação social;
 - **Assertividade:** relacionada à dominância, liderança e independência. Não se deve confundir com agressividade verbal;
 - **Atividade:** representa agilidade, energia, vigor e necessidade de movimento;
 - **Busca de sensações:** caracteriza busca de excitação e estimulação; e
 - **Emoções positivas:** tendência a experienciar emoções positivas, tais como alegria, amor e animação. Diversos estudos têm demonstrado, que é a faceta mais relevante para predição de felicidade.
- c) **Abertura à experiência:** trata-se de uma importante dimensão da personalidade; no entanto, é muito menos conhecida do que o neuroticismo e a extroversão. Os elementos desse fator – imaginação ativa, sensibilidade estética, atenção aos próprios sentimentos, preferência pela variedade, curiosidade intelectual e independência de julgamento – têm, frequentemente, desempenhado um papel nas teorias e medidas da personalidade. Propostas alternativas ao *Big Five Model* com frequência rotulam esse fator de intelecto, que não é equivalente à inteligência. No sentido analítico fatorial, as medidas de habilidade cognitiva formam um sexto fator, considerado externo aos domínios da personalidade.

- **Fantasia:** relacionada a uma imaginação vívida e uma vida fantasiosa ativa;
 - **Estética:** apreciação, profunda harmonia e gosto pelas diversas formas de arte e da beleza;
 - **Sentimentos:** receptividade dos próprios sentimentos e emoções. Avalia a emoção como parte importante da vida;
 - **Ações variadas:** disposições para atividades diferentes, conhecimento de novos lugares ou situações. Sempre que pode, evita a rotina;
 - **Ideias:** relacionada à curiosidade intelectual. Esse traço é visto não só como uma busca ativa dos próprios interesses intelectuais, mas também uma abertura mental e uma disposição a considerar ideias novas e, talvez, até não convencionais; e
 - **Valores:** prontidão para reexaminar valores sociais, familiares, políticos e/ou religiosos.
- d) **Amabilidade:** primeiro, é uma dimensão de tendências interpessoais, assim como extroversão. Trata-se da predisposição a sensibilizar-se pela situação dos outros e a colocar-se no lugar deles, acarretando muitas vezes um comportamento de complacência. É tentador ver o lado cordial desse domínio como preferível socialmente e como psicologicamente saudável, mas esse traço não seria uma vantagem na sala de audiência ou no trabalho científico em que o pensamento crítico e céptico contribui para análises mais acuradas.

-
- **Confiança:** disposição a acreditar que os outros são honestos e bem-intencionados;
 - **Franqueza:** relacionada à própria sinceridade, à lealdade para com a verdade;
 - **Altruísmo:** representa uma preocupação ativa com o bem-estar dos outros, demonstrando generosidade e disposição para assistir os que precisam de ajuda;
 - **Complacência:** considera as reações aos conflitos interpessoais. Tendência a deferir em favor dos outros, a fim de evitar situações disruptivas;
 - **Modéstia:** relacionada à humildade, simplicidade e menor vaidade. Não se deve confundir com falta de autoestima; e
 - **Sensibilidade:** caracteriza atitudes de simpatia, compaixão e preocupação pelo lado humano das políticas sociais.
- e) **Conscienciosidade:** Nas teorias de personalidade, particularmente na teoria psicodinâmica, existe especial atenção ao controle dos impulsos. Durante o curso do desenvolvimento, a maioria dos indivíduos aprende a administrar seus desejos, quando isso não ocorre, presume-se um sinal de alto neuroticismo. Mas, autocontrole também pode se referir a processos mais ativos de planejamento, organização e condução de tarefas. Diferenças individuais nessa tendência são a base da conscienciosidade. Anteriormente, essa dimensão foi chamada de

caráter, pois observa-se que altos escores associam-se à escrupulosidade.

- **Competência:** refere-se à percepção da pessoa de que é capaz, sensível, prudente e efetiva. É a faceta mais altamente associada com à autoestima e controle interno;
- **Ordem:** caracteriza atitudes de organização, planejamento, preparação e metodismo;
- **Senso do dever:** relacionado ao cumprimento das obrigações sociais, morais ou éticas;
- **Esforço por realizações:** caracteriza a tendência a aspirar altos níveis e atitudes para alcançá-los;
- **Autodisciplina:** representa a habilidade em começar tarefas e conduzi-las até o fim, independente de tédio, fastio ou outras distrações. Essa faceta não deve ser confundida com impulsividade; e
- **Ponderação:** caracteriza a tendência a pensar, a deliberar cuidadosamente antes de agir.

Os achados dos estudos prévios sobre personalidade em bipolares com base no *Big Five Model* são inconsistentes. Por exemplo, os escores de Neuroticismo e Extroversão vêm sendo encontrados elevados ou iguais nos bipolares, assim como Extroversão vem sendo verificada alta, baixa ou iguais na comparação com os controles saudáveis.

Quando comparados a pacientes unipolares, os bipolares parecem não apresentar diferenças nos traços de personalidade (Nowakowska et al., 2005; Smille et al., 2009; Jylhä et al., 2010).

De modo geral, estudos que comparam bipolares I e II relatam altos escores de gregarismo, acolhimento, extroversão, emoções positivas, competência e esforço por realizações nos tipos I e altos escores de depressão, impulsividade, estética e no neuroticismo e suas facetas nos tipos II (Ren e Dia, 2001; Kim, 2010).

Um recente estudo realizado pelo STEP-BD avaliou traços no TB em três momentos distintos ao longo de 2 anos: eutímia, episódio depressivo e episódio maníaco. Na eutímia, os resultados indicam altos níveis de Neuroticismo e Abertura e baixos níveis de Extroversão, Amabilidade e Conscienciosidade. Episódios depressivos foram associados a um aumento dos níveis de Neuroticismo e diminuição dos de Extroversão, Conscienciosidade e Abertura e episódios de mania foram associados apenas a aumento da Extroversão, sendo esses efeitos consistentes ao longo do tempo (Barnett et al., 2010).

Os dados da Tabela 2 mostram um resumo dos principais estudos na área.

Tabela 2 - Estudos sobre personalidade em bipolares utilizando o modelo teórico do *Big Five Model*

Estudo	N	Avaliação diagnóstica / sintomas	Condições no momento da avaliação	Instrumento de avaliação de personalidade	Grupo de comparação	Resultados
Lozano e Johnson (2001)	39 TB I	SCID MHRSD BRMS	Indiferente (<i>baseline</i> e <i>follow up</i>)	NEO-FFI	O mesmo – <i>baseline</i> e <i>follow up</i>	↑ Neuroticismo prediz ↑ sintomas depressivos ↑ Conscienciosidade (esforço por realizações) prediz ↑ sintomas maníacos
Ren e Dia (2001)	35 TB I 24 TB II 59 normais	Critérios DSM-IV HDS BRSD	Pacientes em remissão HDS ≥ 8 BRSD ≥ 5	NEOPI-R	Controles Saudáveis	TB I = ↑ gregarismo; ↑ acolhimento TB II = ↑ depressão; ↑ impulsividade; ↑ estética
Nowakowska et al. (2005)	49 TB 25 DM 32 CC 47 CS	SCID	Humor eutímico por pelo menos 4 semanas antes da entrada no estudo	TEMPS-A NEOPI-R TCI	Controles Saudáveis	TB, DM e CC = ↑ Neuroticismo; ↓ Conscienciosidade comparados aos CS TB e CC = ↑ Abertura comparados aos CS
Murray et al. (2007)	116 estudantes de psicologia 60 indivíduos população geral	Amostra não clínica	Amostra não clínica	GBI NEOPI-R PANAS	_____	T-Depressão determinada pelo Neuroticismo T-Mania determinada pela Extroversão e Amabilidade (negativa)
Smille et al. (2009)	50 TB 50 DM 50 CS	Critérios DSM-IV	Pacientes em remissão (sem descrição desta avaliação)	EPQ-R	Controles Saudáveis	↑ Neuroticismo em TB e DM (x controle) ↓ Extroversão em TB e DM (x controle) = TB e DM
Jylhä et al. (2010)	191 TB 371 DM 347 CS	SCID HAMD BECK BAI YMRS	Indiferente	EPQ-R	Comparou TB I, TB II e deprimidos	TB ↑ Neuroticismo; ↓ Extroversão Sem diferenças entre TB I, TB II e DM

(continua)

Tabela 2 - Estudos sobre personalidade em bipolares utilizando o modelo teórico do *Big Five Model* (conclusão)

Estudo	N	Avaliação diagnóstica / sintomas	Condições no momento da avaliação	Instrumento de avaliação de personalidade	Grupo de comparação	Resultados
Kim et al. (2010)	85 TB I 43 TB II	Sem informações	Humor eutímico por pelo menos 8 semanas antes da entrada no estudo	NEOPI-R	Comparou TB I com TB II	TB I = ↑ Extroversão e na faceta emoções positivas ↑ competência e esforço por realizações (facetas de conscienciosidade) TB II = ↑ Neuroticismo e nas facetas ansiedade, depressão, embaraço/constrangimento e vulnerabilidade
Barnett et al. (2010)	2247	Critérios do STEP-BD: <i>Affective Disorders Evaluation</i> , YMRS, MDRS, <i>Clinical Monitoring Form for Mood Disorders</i> , SCID	Eutímicos Mania Depressão	NEO-FFI	Sem grupo de comparação. Os pacientes foram comparados em três momentos: <i>baseline</i> , 12 meses e 24 meses	Eutímia: ↑ Neuroticismo e Abertura e ↓ Extroversão, Amabilidade e Conscienciosidade. Episódios depressivos: ↑ do Neuroticismo e ↓ da Extroversão, Conscienciosidade e Abertura, Mania: ↑ da Extroversão

TB: Transtorno Bipolar; DM: Depressão Maior; CC: Controle criativo; CS: controle saudável; SCID: *Structured Clinical Interview for DSM-IV*; MHRS: *Modified Hamilton Rating Scale for Depression*; BRMS: *Bech-Rafaelsen Mania Scale*; HAMD: *Hamilton Depression Rating Scale*; BDI: *Beck Depression Inventory*; BAI: *Beck Anxiety Inventory*; YMRS: *Young Mania Rating Scale*; NEO-FFI: *NEO Five Factor Inventory*; HDS: *Hamilton Depression Scale*; BRSD: *Behavior Rating Scale for Dementia*; TEMPS-A: *The Affective Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego*; TCI: *Temperament and Character Inventory*; EPQ-R: *Eysenck Personality Questionnaire*; GBI: *General Behavior Inventory*; PANAS: *Positive and negative affect scales*; MADRS: *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale*.

2 JUSTIFICATIVA

-
- a) Os modelos aqui expostos deixam clara a importância de vulnerabilidade do paciente bipolar ao estresse na recorrência e ciclicidade do transtorno. Conhecer quais estratégias os pacientes utilizam para enfrentar tais situações é importante, pois, frente às estratégias disfuncionais, as abordagens psicossociais poderiam promover às estratégias de *coping* mais eficientes, rompendo o ciclo estresse-recorrência;
- b) Avaliar as estratégias de *coping* frente aos sinais prodrômicos de uma crise de mania/hipomania e desenvolver estratégias funcionais é um importante recurso das abordagens psicossociais, objetivando minimizar e/ou prevenir os episódios de mania aguda, bem como os prejuízos psicológicos e sociais desses episódios;
- c) A literatura científica refere inúmeros estudos sobre como a personalidade influencia a exposição a estressores, a interpretação destes e a forma de lidar com o estresse (*coping*). Compreender as complexas interações entre *coping* e traços de personalidade no Transtorno Bipolar vai exigir um entendimento mais amplo do funcionamento do paciente e ampliar o conhecimento sobre possíveis alvos das intervenções psicossociais.
- d) Escassez de estudos sistematizados sobre habilidades de *coping* no Transtorno Bipolar, assim como ausência de estudos sobre as associações entre *coping* e personalidade neste transtorno.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar as relações entre *coping* e traços de personalidade em bipolares e controles saudáveis

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS

- a) Comparar estratégias de *Coping* de pacientes bipolares com controles saudáveis;
- b) Comparar estilos de *Coping* de pacientes bipolares com controles saudáveis;
- c) Comparar estratégias de *Coping* nos pródromos da mania de pacientes bipolares I e II;
- d) Comparar traços de personalidade (Neuroticismo, Extroversão, Abertura, Amabilidade e Conscienciosidade) de pacientes bipolares com controles saudáveis; e
- e) Investigar a influência dos diferentes traços de personalidade no uso de estratégias e estilos de *coping*.

4 HIPÓTESES

Com base na literatura científica estudada, as hipóteses para este estudo são:

Hipótese 1: Existem associações entre traços de personalidade e *coping*, sendo:

- a) Associação negativa entre *coping* focalizado no problema e no Neuroticismo;
- b) Associação positiva entre *coping* focalizado no problema e na Extroversão.

Hipótese 2: Os bipolares apresentam médias de escores mais altas em estratégias e estilos de *coping* focalizados na emoção.

Hipótese 3: Os bipolares apresentam médias de escores mais baixas em estratégias e estilos de *coping* focalizados no problema.

Hipótese 4: Nos pródromos da mania, bipolares tipo II apresentam médias de escores mais altas em negação e culpa; e os bipolares I apresentam médias de escores mais altas em busca de ajuda profissional e redução da estimulação.

5 MÉTODOS

5.1 Amostra

5.1.1 Grupo de pacientes com Transtorno Bipolar

Participaram do estudo 35 pacientes bipolares, de ambos os sexos atendidos no ambulatório do ProGruda – IPq – HC – FMUSP, em São Paulo - SP e no ambulatório do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, em Porto Alegre - RS.

5.1.1.1 Critérios de inclusão

- a) Homens e mulheres com idades entre 18 e 60 anos;
- b) Preencher critério DSM-IV-TR para Transtorno Bipolar tipo I ou tipo II – avaliação realizada por meio da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM IV – Versão Clínica (SCID - CV) (First et al., 1997; Del Bem et al., 2001);
- c) Estar eutímico no momento da avaliação e na última semana. Critérios para a eutímia: 1) score total na escala de mania de Young (YMRS) ≤ 12 ; 2) score total na Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D) ≤ 7 ;
- d) Ser alfabetizado;
- e) Estar em acompanhamento no ambulatório do ProGruda ou do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas.

5.1.1.2 Critérios de exclusão

- a) Apresentar transtorno mental orgânico ou dificuldade cognitiva significativa, como demência ou retardo mental;
- b) Dependência de substâncias nos últimos 3 meses (exceto nicotina e cafeína);

5.1.2 Grupo Controle: voluntários sadios

A amostra consistiu de indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 21 e 50 anos, sem história pessoal ou familiar de transtornos psiquiátricos. Os sujeitos que fizeram parte deste estudo pertenciam a uma amostra maior selecionada para participar do "Estudo Psicobiológico da Regulação Emocional a partir dos Efeitos de Antidepressivos", Projeto Temático FAPESP (no. 01/00189-9), coordenado pelos Professores Doutores Valentim Gentil Filho e Clarice Gorenstein, desenvolvido no LIM-23, Laboratório de Psicofarmacologia, Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP). A pesquisa foi divulgada por meio de cartazes, anúncios na imprensa leiga, chamadas em rádios, cartas aos grupos de pesquisa do IPq-HCFMUSP onde eram solicitadas pessoas que se sentiam bem e cujo humor não sofria grandes alterações, apesar dos problemas cotidianos.

5.1.2.1 Critérios de inclusão

- a) Idade entre 21 e 50 anos (inferior a 48 anos para mulheres);
- b) Escolaridade mínima de 1º. grau completo;
- c) Residência em São Paulo (capital);
- d) Escores abaixo do ponto de corte no questionário de rastreamento psiquiátrico (5/6 para homens e de 7/8 para mulheres) (SRQ-20; Harding et al., 1980; Mari e Willians, 1986);
- e) Ausência de patologia psiquiátrica atual e pregressa investigada pela Entrevista Clínica Estruturada para o DSM IV – Versão Clínica (SCID - CV) (First et al., 1997; Del Bem et al., 2001);
- f) Ausência de história familiar de transtorno psiquiátrico em parentes de primeiro grau (Questionário de Rastreamento Familiar, Family History Screen; Weissman et al., 2000);
- g) Ausência de patologias clínicas agudas e crônicas;
- h) Ausência de alterações em exames laboratoriais e em eletrocardiograma.

5.1.2.2 Critérios de exclusão

- a) Tentativa de suicídio;
- b) Escore na Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton de 21 itens maior que sete;
- c) Escore menor que 20 no fator autodirecionamento do Inventário de Temperamento e Caráter (Cloninger et al., 1993; Fuentes et al., 2000), sugestivo de transtorno de personalidade;

- d) Gravidez, ausência de método contraceptivo eficaz, amamentação ou história de parto nos últimos 6 meses;
- e) História de tratamento com medicamentos psicoativos nos 6 meses anteriores à seleção;
- f) Início de psicoterapia em período inferior aos 6 meses anteriores à seleção; e
- g) Índice de massa corpórea IMC [$\text{peso}/(\text{altura})^2$] > 30.

5.3 Instrumentos utilizados para avaliação clínica e diagnóstica

5.3.1 Entrevista Clínica (anexo 1)

A entrevista clínica com base no modelo da Associação Brasileira de Transtorno Bipolar tem como objetivo levantar dados sobre as características sociodemográficas, características clínicas da doença e tratamento.

Para este trabalho, foram utilizados os seguintes dados: idade, situação conjugal, ocupação, escolaridade, idade do primeiro episódio, tempo de doença (o paciente era questionado sobre o reconhecimento de seu primeiro episódio de humor independente do primeiro diagnóstico formal), idade em que recebeu o diagnóstico, tipo do primeiro episódio, presença de psicose no primeiro episódio, número de tentativas de suicídio, realização de psicoterapia, realização de psicoeducação.

5.3.2 Entrevista Clínica Estruturada para o DSM IV – Versão Clínica (SCID - CV)

A “Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV” tem sido largamente utilizada, mostrando-se um instrumento útil para o aprimoramento da confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico. É baseada na Entrevista Clínica Estruturada para o DSM III-R, sendo introduzidas algumas modificações em relação a esta primeira versão, com o objetivo de aumentar a validade dos critérios diagnósticos.

Existem duas versões da escala: a de pesquisa e a clínica, que se diferencia da versão de pesquisa por não apresentar uma avaliação completa de algumas categorias diagnósticas específicas, como transtornos somatoformes, transtornos alimentares e alguns transtornos de ansiedade, sendo sugerida, nesses casos, a consulta ao DSM-IV para confirmação do diagnóstico. A SCID-CV também não apresenta questões para avaliação de gravidade e dos especificadores dos transtornos mentais (Del Bem et al., 2001).

5.3.3 Escala de Avaliação de Mania de Young (YMRS) (anexo 2)

Escala composta por 11 itens, pontuados de 0 a 4 e de 0 a 8 (irritabilidade, fala, conteúdo do pensamento e comportamento disruptivo-agressivo, pontuados em dobro para compensar a ausência de cooperação do paciente). É a escala mais utilizada em estudos clínicos com pacientes

maníacos, com elevado índice de confiabilidade entre avaliadores (em torno de 0,93 para a pontuação total e entre 0,66 e 0,92 para os itens individuais (Young et al., 1978; Vilela e Loureiro, 2000).

5.3.4 Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D)

(anexo 3)

Há mais de 40 anos, a escala de avaliação para depressão de Hamilton foi desenvolvida, porém ainda é a escala administrada pelo pesquisador para avaliar a depressão mais utilizada mundialmente. Sua validade tem sido demonstrada em vários estudos, nos quais os escores são comparados em grupos de pacientes com doenças de gravidade diferente e em estudos em que os escores são comparados com a gravidade total da doença.

A escala enfatiza sintomas somáticos, o que a torna particularmente sensível a mudanças vivenciadas por um paciente gravemente deprimido. Possui três versões, de 17, 21 e 24 itens. A versão de 17 itens é a mais utilizada e será a empregada no presente trabalho.

Os itens da escala são pontuados de 0 a 2 ou de 0 a 4, com uma pontuação variando de 0 a 50 pontos para a versão de 17 itens. Pontuações de 7 ou menos podem ser consideradas normais; entre 8 e 13 indicam depressão leve; entre 14 e 18, depressão moderada; entre 19 e 22, grave e de 23 ou acima, depressão muito grave (Hamilton, 1960; Moreno e Moreno, 2000).

5.4 Instrumento de avaliação do Nível Socioeconômico: Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (anexo 4)

Este instrumento de avaliação é usado para estimar o poder de compra dos indivíduos e famílias urbanas no País; nesta pesquisa, foi utilizado como um indicador do nível socioeconômico dos participantes.

5.5 Instrumentos utilizados para avaliação do *Coping*

5.5.1 *Coping Inventory for Prodromes of Mania (CIPM)* (anexo 5)

A *Coping Inventory for Prodromes of Mania (CIPM)* (Wong e Lam, 1999) é uma escala desenvolvida especificamente para avaliar as estratégias de *coping* frente aos sinais prodrômicos da mania/hipomania. Consiste de 23 questões e a análise fatorial mostra quatro fatores:

- a) redução da estimulação: diz respeito aos esforços empreendidos pelo sujeito para evitar a estimulação ou diminuir as tarefas;
- b) *coping* focalizado no problema: diz respeito aos comportamentos ativos na tentativa de remover ou contornar os sinais prodrômicos ou amenizar seus efeitos;
- c) busca de ajuda profissional; e
- d) negação ou culpa: diz respeito à recusa em acreditar que os sintomas existem ou descontando nos outros.

Todos os fatores apresentaram boa estabilidade e consistência interna (α de Cronbach variando entre 0,70 e 0,85, exceto para busca de ajuda profissional, que foi de 0,50).

Esta escala foi traduzida e adaptada para uso nesta pesquisa.

5.5.2 Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (anexo 6)

Vitaliano et al. (1985), procedendo à análise da estrutura fatorial do *Ways of Coping Checklist* (Folkman e Lazarus, 1980) e as revisões teóricas do conceito chegaram a um instrumento composto por 57 itens. No Brasil, foi traduzida e adaptada por Gimenes e Queiroz (1997) e, posteriormente, validada para a população brasileira por Seidl et al. (2001). A análise psicométrica realizada por Seidl et al. (2001) reduziu o instrumento para 45 itens.

É um questionário tipo likert, composto por 45 itens que englobam pensamentos e ações das quais as pessoas fazem uso para lidar com as demandas internas e externas de um evento estressor específico.

A versão validada para a população brasileira identifica quatro modos de enfrentamento:

- a) estratégias de enfrentamento focalizadas no problema: representam condutas de aproximação em relação ao estressor, desempenhadas pelo indivíduo, no sentido de solucionar o problema, lidar ou manejar a situação estressora. Inclui também itens que envolvem esforços ativos

- eminentemente cognitivos voltados à reavaliação do problema (reestruturação cognitiva), percebendo-os de modo positivo;
- b) estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção: referente às reações emocionais negativas como raiva e tensão, pensamentos fantasiosos e irrealistas voltados à solução mágica do problema, bem como respostas de esquiva. Inclui ainda reações de culpabilização de outra pessoa ou de si próprio pelo aparecimento ou pelas consequências do problema. Abarcam, portanto, estratégias cognitivas e comportamentais que podem cumprir a função paliativa no enfrentamento e/ou resultar em afastamento do estressor;
- c) Práticas religiosas / pensamento fantasioso: representa pensamentos e comportamentos religiosos que possam auxiliar no enfrentamento do problema. Também inclui itens de pensamento fantasioso permeados por sentimentos de esperança e fé; e
- d) Busca de suporte social: procura de apoio instrumental, emocional ou de informação, como estratégia de enfrentamento da situação causadora de estresse.

Todos os fatores apresentaram boa estabilidade e consistência interna (α de Cronbach variando entre 0,70 e 0,84).

5.5.3 Brief COPE (anexo 7)

O COPE original é uma escala composta por 60 itens distribuídos em 15 escalas, com quatro itens por escala, que são apresentados em termos

da ação que as pessoas implementam, e a resposta é dada em uma escala likert com quatro alternativas (de 0 a 3 – entre “nunca faço isto” até “faço sempre isto”). Esta resposta pode ser alterada de acordo com o que o investigador queira investigar – *coping* como traço ou *coping* como estado (“fiz isto” ou “costumo fazer isto”) (Carver et al., 1989).

O Brief COPE foi desenvolvido na tentativa de diminuir a sobrecarga dos respondentes, dada a existência de instrumentos relativamente longos. Esta versão reduzida é constituída por 28 itens e composta por 14 escalas que são:

- 1) *Coping* ativo: iniciar uma ação ou fazer esforços para remover ou circunscrever o estressor;
- 2) Planejamento: pensar sobre o modo de se confrontar com o estressor, planejar os esforços de *coping* ativos;
- 3) Utilizar suporte instrumental: procurar ajuda, informações ou conselhos sobre o que fazer;
- 4) Utilizar 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) Autoculpa: 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 que o estressor está interferindo, por meio de devaneios, sono ou autodistração;
- 12) Desinvestimento comportamental: desistir ou deixar de se esforçar da tentativa para alcançar o objetivo com o qual o estressor está interferindo;
- 13) Uso de substâncias: utilizar álcool ou outras drogas, que podem até ser medicamentos, como um meio de se afastar do estressor; e
- 14) Humor: fazer piadas sobre o estressor.

De acordo com Carver (1997), essas escalas podem ser utilizadas de acordo com as necessidades do pesquisador. Sendo assim, para este trabalho, as 14 escalas foram reagrupadas teoricamente em três fatores:

- 1) *Coping* focalizado no problema: a) *Coping* ativo; b) Planejamento; c) Utilizar suporte instrumental; d) Utilizar suporte social / emocional; e) reinterpretação positiva; f) aceitação;
- 2) *Coping* focalizado na emoção – funcional: a) Religião; b) expressão de sentimentos; c) autodistração; d) humor; e
- 3) *Coping* focalizado na emoção – disfuncional: a) autculpabilização; b) negação; c) desinvestimento comportamental; d) uso de substâncias.

Para certificar que esse agrupamento teórico estava em conformidade com os dados, executou-se uma análise fatorial exploratória que confirmou o

agrupamento teórico realizado, explicando 67% da variância. Os fatores apresentaram bons índices de consistência interna ($\alpha = 0,75$; 0,68 e 0,74, respectivamente).

Neste estudo, foi usada uma adaptação do instrumento para o português de Portugal (Ribeiro e Rodrigues, 2004).

5.6 Instrumento utilizado para avaliação dos traços de personalidade: Inventário de Personalidade – NEO PI-R

O Inventário de Personalidade NEO Revisado (Costa e MacCrane, 1992) mais conhecido como NEO PI-R, é um instrumento de avaliação da personalidade normal e está baseado no modelo pentafatorial da personalidade. Pressupõe haver cinco grandes fatores latentes, ou domínios, nas respostas das pessoas: Neuroticismo (*Neuroticism*) Extroversão (*Extraversion*), Abertura (*Openness*), Amabilidade (*Agreeableness*) e Conscienciosidade (*Conscientiousness*).

Na década de 1970, foi desenvolvido por Paul Costa e Robert MacCrae, do *National Institute on Aging* para identificar as diferenças individuais na personalidade. Baseado na psicologia do traço pressupõe mecanismos psicológicos subjacentes ao comportamento humano que são relativamente estáveis e consistentes ao longo do ciclo vital. Calcula-se que, até 2005, foi utilizado em, quase, 2.000 investigações (Flores-Mendoza et

al., 2007). O modelo teórico utilizado pelos autores na construção do instrumento foi o *Big Five Model*.

A precisão da versão brasileira do NEO PI-R foi avaliada por dois métodos: consistência interna pelo cálculo do Alfa de Cronbach, das 30 facetas e dos cinco fatores e estabilidade temporal por meio de teste e reteste. Todos os coeficientes dos fatores nos dois métodos utilizados estão acima de 0,80 e, portanto, podem ser considerados bastante adequados. Os coeficientes de precisão das facetas também foram satisfatórios na maior parte das escalas (os resultados foram semelhantes aos obtidos com a versão original americana). Pode-se concluir, portanto, que as escalas no NEO PI-R apresentam níveis adequados de precisão.

Diferentes estudos de validade com o NEO PI-R foram realizados: 1) Validade por análise da estrutura interna do teste por intermédio de análises fatoriais para o total de itens, facetas e domínios; 2) Congruência fatorial entre as versões americana, portuguesa e brasileira; 3) Validade de constructo (validade convergente e discriminante) e 4) Validade por critério externo. De forma geral, as diferentes análises realizadas mostraram que a estrutura fatorial interna do instrumento adaptado está adequada ao que teoricamente se esperava para o NEO PI-R. Os resultados dos estudos de validade de constructo e por critérios externos também foram favoráveis, permitindo concluir que há evidências positivas de validade do teste (Flores-Mendoza et al., 2007).

5.7 Procedimentos

Os pacientes para o estudo foram recrutados na unidade ambulatorial do ProGruda – IPq – FMUSP (São Paulo) e do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (Porto Alegre), seguindo os critérios de inclusão / exclusão já especificados nos itens 5.1.1.1 e 5.1.1.2.

Em Porto Alegre, os pacientes foram convocados pessoalmente no dia do ambulatório. Após verificação prévia com o médico responsável a respeito da eutimia clínica do paciente, era agendada uma nova data para a entrevista. Foram convocados 15 pacientes; cinco não aceitaram participar da pesquisa, totalizando dez que foram avaliados em Porto Alegre.

Em São Paulo, os pacientes foram convocados por meio de uma lista gerada em pesquisas anteriores (pacientes com Entrevista Clínica Estruturada para o DSM IV – Versão Clínica (SCID - CV) já realizada), bem como no ambulatório de pesquisa do ProGruda. Os pacientes que já haviam participado de pesquisas prévias eram atendidos no Ambulatório Didático do ProGruda. Desta forma, semanalmente os dados dessa lista de pacientes eram cruzados com os agendamentos do Ambulatório Didático. A autora e assistentes treinados compareciam ao ambulatório. Inicialmente, era averiguada com o médico responsável pelo caso a eutimia clínica do paciente. Caso este estivesse eufímico, era convidado a participar da pesquisa, se aceitasse, era agendada uma nova data para a realização da entrevista, já que o tempo dispendido para a coleta de dados da pesquisa (quase 2 horas) era incompatível com suas atividades no dia de seu retorno

médico. Desta maneira, foram agendadas 45 entrevistas; 25 pacientes não compareceram, totalizando 20 pacientes participantes.

Os outros pacientes foram recrutados no Ambulatório de Pesquisa do ProGruda (cinco pacientes). Uma lista dos casos atendidos nesse ambulatório foi gerada, e uma pesquisa nos prontuários indicou quais pacientes estavam clinicamente eutímicos. Estes foram convocados por telefone e compareceram aos agendamentos.

Na data agendada, a entrevista de esclarecimento e/ou contrato foi realizada, tendo sido explicado ao participante todos os pormenores da pesquisa, de acordo com os itens explicitados no “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, sendo este assinado nesta entrevista. Em seguida, um avaliador, às cegas, administrou a Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D) e a Escala de Avaliação de Mania de Young (YMRS).

A entrevista clínica, as escalas de *coping* e a de personalidade foram administradas pela autora da pesquisa e assistentes treinados.

Os dados foram armazenados no programa SPSS for Windows 17.0; assim, dados brutos de cada escala que avaliou o *coping* e da escala de personalidade foram agrupados conforme os fatores descritos nos itens 5.5 e 5.6 respectivamente.

5.7.1 Tradução, adaptação e análise da consistência interna do *Coping Inventory for Prodromes of Mania (CIPM)*

O *Coping Inventory for Prodromes of Mania (CIPM)* foi traduzido e retrotraduzido (*backtranslation*) e, posteriormente, submetido à revisão técnica por especialistas na área e pelo autor da escala.

O processo de tradução e adaptação da escala seguiu as normas quanto à equivalência cultural (Flaherty, 1987; Flaherty et al., 1988; Ellis et al., 1989), bem como as orientações do *International Test Commission* (Hambleton, 1993; Hambleton, 1994; Van de Vijver e Hambleton, 1996) no que diz respeito à adaptação cultural de instrumentos de medida em psicologia.

A primeira etapa consistiu na tradução do instrumento original do inglês realizada por um profissional experiente na área de Transtorno Bipolar e com suficientes conhecimentos na língua inglesa. Na segunda etapa, o instrumento foi novamente traduzido para o inglês (*backtranslation*) por um tradutor bilíngue, com conhecimentos na área do conteúdo da escala, cuja língua nativa é o inglês. Na terceira etapa, foi feita a revisão técnica por dez pesquisadores em Transtorno Bipolar, *Coping* e pelo autor da escala. A partir das sugestões, foram feitas modificações no instrumento para uma versão final, sendo escolhidos e incorporados itens oriundos das etapas anteriores ou optando por certas modificações para melhor atender aos critérios mencionados, sobretudo no que diz respeito às sugestões dadas pelo autor da escala. Esta fase tem como objetivo uma validação de

conteúdo dos itens da escala (verificar a adequabilidade dos itens ao tema estudado).

Como medida de fidedignidade da escala, foi feita a análise da consistência interna do instrumento por meio do alfa de *Cronbach* dos resultados dos quatro fatores da escala gerados pela amostra de 35 pacientes. Medidas de consistência interna são procedimentos estatísticos que procuram avaliar a extensão da inconsistência entre os itens de um teste. Especificamente, o alfa de Cronbach leva em conta a correlação entre os itens. O coeficiente varia de 0 (ausência total de consistência interna dos itens) a 1 (100% de consistência interna). O parâmetro ideal encontra-se entre 0,70 e 0,90, sendo considerados índices insatisfatórios os abaixo de 0,70 (Urbina, 2007).

5.7.2 Procedimento de seleção da amostra de voluntários

Os sujeitos que atenderam à solicitação de voluntários para a pesquisa foram submetidos a uma entrevista telefônica para exclusão de possível psicopatologia (SRQ-20, Harding et al., 1980), de patologias clínicas relatadas e checagem dos critérios sociodemográficos de exclusão. Uma vez aprovados na avaliação telefônica, os sujeitos passaram para a fase da avaliação psiquiátrica e clínica que foi realizada no Laboratório de Investigações Médicas, LIM-23, no IPq – HC – FMUSP. A presença de patologia psiquiátrica ao longo da vida foi avaliada por meio de entrevista semiestruturada SCID (Del Bem et al., 2001). Os indivíduos que

apresentaram patologia no momento da entrevista foram encaminhados à triagem geral do Instituto de Psiquiatria.

O histórico familiar de patologias psiquiátricas foi avaliado pelo Questionário de História Familiar (*Family History Screen*; Weissman, 2000); desse modo, os sujeitos aprovados na avaliação psiquiátrica foram submetidos a exame físico detalhado e exames subsidiários (TSH, T4, hemograma completo, dosagem de prolactina, VHS, urina I, TGO, TGP e eletrocardiograma). Aqueles com suspeita de disfunção no exame clínico ou alteração dos exames laboratoriais foram encaminhados para tratamento específico no Hospital das Clínicas. Todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre Informado. O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética do HCFMUSP (Protocolo no. 048/01 em 02 de março de 2001). O estudo obedeceu às recomendações adotadas pela 18^a Assembleia Médica Mundial, Helsinque, Finlândia, 1964, bem como suas subseqüentes revisões nas 29^a, 35^a, 41^a Assembleias (Tóquio, Veneza, Hong Kong, respectivamente).

5.8 Aspectos Éticos

O projeto “Identificação das Estratégias de *Coping* de pacientes bipolares I e II” foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq, do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina – USP (Protocolo de Pesquisa 0431/08, em 25 de junho de 2008)

(anexo 8). Em 2 de março de 2011, esta mesma comissão aprovou, *ad-referendum*, as alterações realizadas no projeto inicial, após exame de sua qualificação, incluindo a mudança do título do projeto para “Avaliação do *Coping* em adultos com Transtorno Bipolar e a relação com traços de personalidade” (aprovação em 02/03/2011 de carta datada de 26/08/2010 – anexo 9).

Em Porto Alegre, o projeto “Carga alostática, cognição e estratégias de enfrentamento no curso do Transtorno Bipolar” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV) (Protocolo nº 31/09, em 11/11/2009), projeto que está sob a responsabilidade do Prof. Dr. Rodrigo Grassi de Oliveira, da PUCRS, que assume a cotutela deste doutorado (anexo 10).

Todos os pacientes participantes da pesquisa em São Paulo e em Porto Alegre, e os controles sadios assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelos respectivos Comitês de Ética em Pesquisa antes da realização da coleta de dados, após terem sido suficientemente esclarecidos sobre os procedimentos e seus direitos (anexo 11). O estudo obedeceu às recomendações adotadas pela 18ª Assembleia Médica Mundial, Helsinque, Finlândia, 1964, bem como suas subsequentes revisões nas 29ª, 35ª, 41ª Assembleias (Tóquio, Veneza, Hong Kong, respectivamente).

5.9 Análise estatística

A análise estatística foi realizada utilizando o programa SPSS for Windows, versão 17.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL).

Os dados apresentaram distribuição normal (teste Kolmogorov Smirnov), possibilitando o uso de testes paramétricos. A homogeneidade da variância entre os grupos foi confirmada pelo teste de Levene, possibilitando o uso de análises de covariância multivariadas (MANCOVA).

A análise dos dados sociodemográficos e clínicos foi realizada por meio do teste t de Student (idade, anos de estudo, tempo de doença, escore total HAMD e YMRS) e do Qui-quadrado (sexo).

Para comparação das médias dos escores das estratégias de *coping* nos pródromos da mania (CIPM), foi realizado o teste não paramétrico Mann-Whitney, por se considerar que a divisão do grupo de bipolares em dois subtipos gerou amostras pequenas do ponto de vista estatístico. Uma comparação entre as estratégias de *coping* (CIPM) no grupo de bipolares foi realizada por meio do teste t pareado.

As médias dos escores dos fatores das escalas de *coping* e de personalidade foram comparadas pelas análises de covariância multivariadas (MANCOVA), introduzindo a idade e o sexo, como covariáveis.

As correlações entre as estratégias e os estilos de *coping* foram realizadas pela correlação de Pearson.

As associações entre *coping* e personalidade foram feitas por meio de modelos de regressão linear múltipla. Em seguida, os coeficientes de

regressão do grupo de bipolares e do grupo controle foram comparados para testar a hipótese nula H_0 : Bipolares = controles. Para isso, primeiro, criou-se uma variável *dummy* chamada bipolar (codificando 1 para bipolar e 0 para controle), e outra variável chamada BipNeuroticismo (produto do bipolar e o escore total do Neuroticismo).

Assim, as variáveis bipolares o escore total do Neuroticismo e o BipNeuroticismo foram usadas como preditores na equação da regressão. Procedimento semelhante foi feito para as outras variáveis de personalidade (Extroversão – BipExtroversão; Conscienciosidade – BipConscienciosidade). Uma diferença significativa no coeficiente da variável BipNeuroticismo (BipExtroversão e BipConscienciosidade) refuta a hipótese nula (Grassi-Oliveira et al., 2008).

Para todas as análises, foi considerado nível de significância de 5%.

6 RESULTADOS

6.1 Análise descritiva e comparativa da amostra estudada

Participaram do estudo 35 pacientes com diagnóstico de Transtorno Bipolar (20 tipo 1 e 15 tipo 2) e 40 controles saudáveis.

Os dados da Tabela 3 mostram a comparação entre os grupos com relação à idade, anos de estudo, sexo, nível socioeconômico, escolaridade, situação conjugal, ocupação e escore total na HAM-D e na YMRS. Diferenças significativas na idade ($p = 0,002$) foram encontradas, sendo os bipolares mais velhos que os controles, assim como no sexo ($p = 0,007$), e entre os bipolares foram encontradas mais mulheres. Não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas quanto ao nível socioeconômico ($p = 0,226$).

Não houve diferenças significativas em relação aos anos de estudo dos sujeitos ($p = 0,071$), porém houve diferença em relação à escolaridade ($p = 0,006$), tendo uma proporção maior de indivíduos com 2º grau completo no grupo de bipolares e com 3º grau incompleto no grupo controle. Quanto à situação conjugal, foram verificadas diferenças significativas ($p = 0,041$), sendo encontrada uma proporção maior de indivíduos solteiros no grupo controle (62,5%), e no grupo de bipolares a situação conjugal foi distribuída entre solteiros (37,1%), casados / companheiro fixo (37,1%) e separados / divorciados (20%).

No grupo de bipolares, a análise das características clínicas mostra que o tempo médio de doença foi de 16,66 anos ($\pm 13,48$), sendo a idade média do primeiro episódio 26,03 anos ($\pm 11,79$). A média de idade do diagnóstico foi de 35,51 anos ($\pm 12,70$). Quanto ao tipo de primeiro episódio, 57,1% (N = 20) relataram depressão, seguido de episódio misto (20%, N = 7), mania (17,1%; N = 6) e hipomania (5,7%; N = 2). 31,4% dos pacientes apresentaram psicose no primeiro episódio (N = 11), 48% (N = 17) já tiveram, pelo menos, uma hospitalização psiquiátrica e 54,3% (N = 19) já tentaram suicídio. Com relação aos tratamentos psicossociais, 57,1% (N = 20) já realizaram psicoterapia e 22,9% (N = 8) já fizeram psicoeducação.

Tabela 3 - Diferenças com relação à idade, anos de estudo, sexo, escore total na HAM-D e na YMRS entre bipolares e controles

Variável	TB (N = 35)	Controle (N = 40)	P
Idade (Média, DP)	42,91 (±13,83)	33,63 (±10,98)	0,002^a
Anos de estudo (Média, DP)	11,29 (±4,32)	12,72 (±2,75)	0,071 ^a
Sexo			0,007^b
(N/%) Masculino	7 (20%)	20 (50%)	
Feminino	28 (80%)	20 (50%)	
NSE			0,226 ^b
(N/%) A2	3 (8,6%)	9 (22,5%)	
B1	7 (20%)	9 (22,5%)	
B2	9 (25,7%)	10 (25%)	
C1	11 (31,4%)	11 (27,5%)	
C2	5 (14,3%)	1 (2,5%)	
Escolaridade			0,006^b
(N/%) 1º grau incompleto	2 (5,7%)	2 (5%)	
1º grau completo	1 (2,9%)	3 (7,5%)	
2º grau incompleto	5 (14,3%)	2 (5%)	
2º grau completo	17 (48,6%)	10 (25%)	
3º grau incompleto	3 (8,6%)	19 (47,5%)	
3º grau completo	7 (20%)	4 (10%)	
Situação Conjugal			0,041^b
(N/%) Solteiro	13 (37,1%)	25 (62,5%)	
Casado / companheiro fixo	13 (37,1%)	13 (32,5%)	
Separado / divorciado	7 (20%)	2 (5%)	
Viúvo	2 (5,7%)	0	
Ocupação			0,000^b
(N/%) Estudante	1 (2,9%)	18 (45%)	
Com ocupação (remunerada)	14 (40%)	18 (45%)	
Sem ocupação (não aposentado)	7 (20%)	2 (5%)	
Dona de casa	8 (22,9%)	2 (5%)	
Em auxílio doença	1 (2,9%)	0	
Aposentado por invalidez	2 (5,7%)	0	
Aposentado por tempo de serviço	2 (5,7%)	0	
Sintomas			
Escore Total HAM-D (média, DP)	4,00 (±2,46)	0,17 (±0,38)	0,000^a
Escore Total YMRS (média, DP)	2,40 (±2,0)	0,17 (±0,38)	0,000^a

NOTA: TB = Transtorno Bipolar, NSE = Nível socioeconômico, HAM-D = Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton, YMRS = Escala de Avaliação de Mania de Young

^a Teste t de Student

^b Qui-Quadrado

6.2 Análises *Coping Inventory for Prodromes of Mania*

6.2.1 Processo de tradução, adaptação e análise de consistência interna

As etapas de tradução e validação de conteúdo estão apresentadas nos dados da Tabela 4. Após tradução e retrotradução, a escala foi enviada para o autor original para revisão. A versão final levou em conta esta revisão, que apontou as seguintes correções:

- a) Item 9 *"Said stop tom y Racing thoughts"* – A tradução realizada (Tentei desligar meus pensamentos acelerados – *"I tried to stop my Racing thoughts"*) não condiz com o sentido do item original, sendo este mais específico do que a tradução realizada. Segundo o autor da escala, há uma série de condutas que podem ser feitas no sentido de parar os pensamentos acelerados, por exemplo, ignorar, distrair, entre outros. Este item tem o sentido estrito de "dizer pare".
- b) Item 11 *"Prioritised things and did the mininal essential activities only"*. A tradução realizada (Fiz apenas aquilo que considerei mais importante – *"I only dia things I thought were importante"*). Na tradução, houve perda do sentido da palavra priorização e do fato dos pacientes fazerem apenas, o que é essencial. O autor atenta para o fato de que, quando os pacientes estão em mania, muitas coisas podem ser importantes para eles.
- c) Item 16 *"Enjoyed the feelings"*. Na tradução realizada (Eu gostei de como me sentia – *"I like the way I felt"*), houve perda do sentido da palavra

enjoyed como “curtir, desfrutar”. O paciente bipolar pode gostar de como se sente na mania (e, de fato, é isso que a observação clínica mostra), porém como estratégia de *coping* funcional nos pródromos da mania, ele não deve desfrutar desses sentimentos.

- d) Item 22 “*Tried to make up by taking on more*”. Na tradução (Tentei consertar, mas acabei exagerando – *I tried to remedy it but ended up going over the top*), houve perda do sentido da “supercompensação” descrito pelo item original. Por exemplo, os pacientes podem falhar em algumas tarefas no trabalho, em uma fase prodrômica ou em um episódio. Em vez de perceber seu estado mental e diminuir as suas tarefas e atividades, eles assumem mais tarefas, a fim de supercompensar seus sentimentos de fracasso e inferioridade.

Tabela 4 - Avaliação da equivalência semântica entre o instrumento original em inglês (O), a versão traduzida para o português (T), a versão novamente traduzida para o inglês (R) e a versão final em português (F)

O	T	R	F
1. Sought professional help	Procurei por ajuda profissional	I sought professional help	Procurei por ajuda profissional
2. Tried to monitor and restrain my behaviour	Tentei observar e controlar meu comportamento	I tried to observe and control my behavior	Tentei observar e controlar meu comportamento
3. Reminded myself of the time I was in hospital because of manic depression	Lembrei-me da vez em que eu estive internado por causa da doença bipolar	I remembered the time I was hospitalized because of bipolar disorder	Lembrei-me da vez em que eu estive internado por causa da doença bipolar
4. Tried not to act too astily or follow my first hunch	Tentei não agir de forma precipitada ou seguir meu primeiro impulso	I tried not to act rashly or on impulse	Tentei não agir de forma precipitada ou seguir meu primeiro impulso
5. Generally avoided being with people	Tentei evitar estar com pessoas	I tried to avoid being with people	Tentei evitar estar com pessoas
6. Took it out on other people	Descontei em outras pessoas	I took it out on other people	Descontei em outras pessoas
7. Tried to relax, e.g., going for a walk, exercising, listening to music etc	Tentei relaxar, por exemplo, saindo para uma caminhada, fazendo exercícios, ouvindo música, etc	I tried to relax, for example, going out for a walk, doing exercise, listening to music, etc	Tentei relaxar, por exemplo, saindo para uma caminhada, fazendo exercícios, ouvindo música, etc
8. Tried to recognise and monitor my mood	Tentei identificar e observar meu humor	I tried to identify and observe my mood	Tentei identificar e observar meu humor
9. Said "stop" to my racing thoughts	Tentei desligar meus pensamentos acelerados	I tried to stop my racing thoughts	Eu disse "pare" para meus pensamentos acelerados
10. Went on as if nothing had happened, hoping that the symptoms would go away	Segui em frente como se nada tivesse acontecido, na esperança que os sintomas desaparecessem	I went ahead as if nothing had happened in the hope that the symptoms would go away	Segui em frente como se nada tivesse acontecido, na esperança que os sintomas desaparecessem
11. Prioritised things and did the minimal essential activities only	Fiz apenas aquilo que considerei mais importante	I only did things I thought were important	Eu organizei as coisas por ordem de importância e fiz apenas o que era necessário
12. Looked out for other hypomanic symptoms	Procurei outros sintomas de "hipomania"	I looked for other symptoms of "hypomania"	Procurei outros sintomas de hipomania

(Continua)

Tabela 4 - Avaliação da equivalência semântica entre o instrumento original em inglês (O), a versão traduzida para o português (T), a versão novamente traduzida para o inglês (R) e a versão final em português (F) (conclusão)

O	T	R	F
13. Denied or ignored the symptoms	Neguei ou ignorei os sintomas	I denied or ignored the symptoms	Neguei ou ignorei os sintomas
14. Made sure that I did not overwork by having breaks between tasks	Procurei não trabalhar demais, fazendo intervalos entre as tarefas	I tried not to work too much, taking breaks between tasks	Procurei não trabalhar demais, fazendo intervalos entre as tarefas
15. Blaming other people	Culpei outras pessoas	I blamed other people	Culpei outras pessoas
16. Enjoyed the feelings	Eu gostei de como me sentia	I liked the way I felt	Eu curti meus sentimentos
17. Followed my instinct and acted accordingly	Segui os meus instintos e agi de acordo com eles	I followed my instincts and acted on them	Segui meus instintos e agi de acordo com eles
18. Avoided situations which I might talk too much or inappropriately	Evitei situações nas quais eu poderia falar muito ou de forma inadequada	I avoided situations in which I might speak too much or inappropriately	Evitei situações nas quais eu poderia falar muito ou de forma inadequada
19. Distracted myself or actively switched off from racing thoughts	Distraía-me ou me forçava a desligar dos pensamentos acelerados	I distracted myself or forced myself to disconnect from the racing thoughts	Distraía-me ou me forçava a desligar dos pensamentos acelerados
20. Became irritable and ignored what others said	Fiquei irritado e ignorei o que os outros diziam	I got irritated and ignored what others said	Fiquei irritado e ignorei o que os outros diziam
21. Started my medication again	Voltei a tomar meus remédios	I started taking my medicines again	Voltei a tomar meus remédios
22. Tried to make up by taking on more	Tentei consertar, mas acabei exagerando	I tried to remedy it but ended up going over the top	Eu tentei consertar as coisas, fazendo mais coisas
23. Maintained a balance of rest and activity	Mantive um equilíbrio entre descanso e atividades	I kept a balance between rest and activities	Mantive um equilíbrio entre descanso e atividades

Os seguintes índices de consistência interna foram encontrados (alfa de Cronbach) dos fatores da escala: Redução da Estimulação – 0,616; *Coping* focalizado no problema – 0,728; Busca de ajuda profissional – 0,534; Negação ou culpa – 0,553.

6.2.2 Análise das médias dos escores no grupo de bipolares e comparação entre bipolares tipo 1 e tipo 2

Apesar dos dados apresentarem distribuição normal, optou-se por realizar a comparação das médias dos escores da CIPM entre bipolares 1 e 2 por meio do teste não paramétrico Mann-Whitney em razão do fato da amostra dos subtipos do transtorno ser pequena. Essa comparação não indicou diferenças estatisticamente significativas entre dois grupos, porém existe diferença considerada marginal no fator negação ou culpa ($p = 0,073$), e os bipolares 1 apresentam escores mais altos (Tabela 5).

Tabela 5 - Comparação das médias dos escores do CIPM entre bipolares 1 e 2

	TB (N=35) Média (DP)	TB I (N = 20) Média (DP)	TB II (N = 15) Média (DP)	p*
Redução da estimulação	2,09 (0,61)	2,12 (0,63)	2,06 (0,59)	0,639
Coping focalizado no problema	2,02 (0,58)	2,00 (0,65)	2,06 (0,51)	0,451
Busca de ajuda profissional	2,18 (0,79)	2,30 (0,86)	2,02 (0,69)	0,511
Negação ou culpa	2,22 (0,50)	2,33 (0,40)	2,07 (0,60)	0,073

* p-valor relativo ao teste Mann-Whitney comparando TB 1 e TB 2

Para verificar se existem diferenças entre as estratégias de *coping* nos pródromos da mania dentro do grupo de bipolares, foi utilizado o teste t pareado, comparando as estratégias uma a uma. Não foram verificadas diferenças significativas, ou seja, parece não existir uma preferência significativa no uso de estratégias de *coping* nos pródromos da mania. Os dados podem ser visualizados nos dados da Tabela 6.

Tabela 6 - Comparação das médias dos escores da CIPM no grupo de bipolares

	t	df	p*
Redução da estimulação*Coping Focalizado no problema	0,716	34	0,479
Redução da estimulação*Busca de ajuda profissional	-0,643	34	0,524
Redução da estimulação* Negação ou culpa	-0,848	34	0,402
Coping focalizado no problema*Busca de ajuda profissional	-1,151	34	0,258
Coping Focalizado no problema*Negação ou Culpa	-1,435	34	0,160
Busca de ajuda profissional*Negação ou culpa	-0,246	34	0,808

* p-valor relativo ao teste t pareado

6.3 Habilidades de *Coping*

6.3.1 Comparação das estratégias e estilos de *coping* entre bipolares e controles saudáveis

Para análise das habilidades de *coping*, foram feitas análises de covariância multivariadas (MANCOVA), introduzindo a idade e o sexo como covariáveis, já que a comparação entre os grupos mostrou diferenças significativas nessas variáveis.

Após covariar para sexo e idade, a MANCOVA identificou um efeito principal de grupo nas estratégias ($F(4,68) = 10,71; p < 0,000$) e estilos de *coping* ($F(3,69) = 9,87; p < 0,000$)

Na comparação entre os grupos (Tabela 7), observou-se que os bipolares apresentam médias de escores significativamente mais altas de estratégias de *coping* focalizadas na emoção ($p < 0,000$) e mais baixas de estratégias focalizadas no problema ($p < 0,000$) (EMEP). Um resultado semelhante pode ser observado na medida de estilos de *coping* (*Brief COPE*), na qual os bipolares apresentam médias de escores mais baixas de *coping* focalizado no problema ($p = 0,029$) e mais altas de *coping* focalizado na emoção, tanto funcional ($p = 0,039$) como disfuncional ($p < 0,000$) (Tabela 7).

Uma MANCOVA foi realizada comparando os bipolares I e II, tendo como covariáveis idade, sexo, escore da HAM-D e da YMRS. Com relação às estratégias de *coping* (EMEP), não foram verificados efeitos de grupo

(F (4,26) = 2,469; p = 0,070), de idade (F (4,26) = 1,183; p = 0,342), de sexo (F (4,26) = 0,690; p = 0,605), do escore da HAM-D (F (4,26) = 0,0334; p = 0,852) e do escore da YMRS (F (4,26) = 1,547; p = 0,218).

Com relação aos estilos de *coping*, também não foram encontrados efeitos de grupo (F (3,27) = 1,389; p = 0,267), de idade (F (3,27) = 0,763; p = 0,525), de sexo (F (3,27) = 1,054; p = 0,105), do escore da HAM-D (F (3,27) = 0,458; p = 0,714) e do escore da YMRS (F (3,27) = 0,370; p = 0,775).

Tabela 7 - Comparação das médias dos escores da EMEP e da *Brief COPE* entre bipolares e controles

	TB Média (DP) (N=35)	Controles Média (DP) (N = 40)	F	p*	Effect size	Poder
EMEP						
<i>Coping</i> Focalizado no problema	3,18 (±0,54)	3,77 (±0,43)	25,47	0,000	0,264	0,999
<i>Coping</i> Focalizado na Emoção	2,82 (±0,80)	2,01 (±0,46)	28,59	0,000	0,287	1,000
Práticas religiosas / pensamento fantasioso	3,37 (±0,86)	2,67 (±0,88)	3,61	0,061	0,048	0,467
Busca de suporte social	3,04 (±0,67)	3,11 (±0,60)	0,16	0,689	0,002	0,068
Brief COPE						
<i>Coping</i> Focalizado no problema	1,77 (±0,41)	1,96 (±0,47)	4,97	0,029	0,066	0,595
<i>Coping</i> Focalizado na Emoção – funcional	1,75 (±0,50)	1,35 (±0,45)	4,44	0,039	0,059	0,547
<i>Coping</i> Focalizado na Emoção – disfuncional	0,95 (±0,52)	0,42(± 0,29)	21,19	0,000	0,230	0,995

* p-valor relativo a uma MANCOVA tendo como covariáveis sexo e idade

6.4 Correlações entre as escalas de *coping*

Nas análises de correlação entre os fatores da EMEP e da *Brief COPE*, o *coping* focalizado no problema (EMEP) foi correlacionado com *coping* focalizado no problema (*Brief COPE*) ($r = 0,468$; $p < 0,000$) e com *coping* focalizado na emoção – disfuncional ($r = -0,302$; $p = 0,009$). O *coping* focalizado na emoção (EMEP) foi correlacionado com as três escalas da *Brief COPE* (*coping* focalizado no problema: $r = -0,265$; $p < 0,022$; *coping* focalizado na emoção – funcional: $r = 0,251$; $p < 0,030$; *coping* focalizado na emoção – disfuncional: $r = 0,516$; $p < 0,000$). O fator práticas religiosas / pensamento fantasioso (EMEP) foi correlacionado com ambos os fatores de *coping* focalizado na emoção da *Brief COPE*, sendo funcional: $r = 0,538$; $p < 0,000$; disfuncional: $r = 0,448$; $p < 0,000$. O fator busca de suporte social (EMEP) foi correlacionado somente com *coping* focalizado no problema (*Brief COPE*) ($r = 0,352$; $p = 0,002$).

6.5 Traços de Personalidade

6.5.1 Comparação dos traços de personalidade entre bipolares e controles saudáveis

Após covariar para sexo e idade, a MANCOVA identificou um efeito principal de grupo nos traços de personalidade ($F(5,67) = 10,17; p < 0,000$) (Pillai's Trace).

Os bipolares apresentaram médias de escores mais altas em Neuroticismo ($p < 0,000$), mais baixas em Extroversão ($p = 0,002$) e em Conscienciosidade, quando comparados ao grupo controle (Tabela 8). Todas as facetas do Neuroticismo têm médias de escores mais elevadas entre os bipolares ($p < 0,000$). No traço Extroversão, as facetas Acolhimento ($p = 0,005$), Gregarismo ($p < 0,000$), Assertividade ($p = 0,053$) e Emoções positivas ($p = 0,008$) estão mais baixas entre os pacientes. No traço Conscienciosidade, as facetas Competência ($p < 0,001$), Ordem ($p = 0,016$), Esforço por Realizações ($p = 0,025$), Autodisciplina ($p < 0,000$) e Ponderação ($p = 0,006$) encontram-se mais baixas nos bipolares.

Uma MANCOVA foi realizada comparando os bipolares I e II, tendo como covariáveis idade, sexo, escore da HAM-D e da YMRS. Não foram encontrados efeitos de grupo ($F(5,25) = 1,025; p = 0,424$), de idade ($F(5,25) = 0,370; p = 0,069$), de sexo ($F(5,25) = 1,835; p = 0,268$), do escore da HAM-D ($F(5,25) = 1,603; p = 0,243$) e do escore da YMRS ($F(5,25) = 1,931; p = 0,279$).

Tabela 8 - Comparação das médias dos escores dos traços de personalidade e suas facetas (NEO PI-R) entre bipolares e controles

	TB Média (DP) (N=35)	Controles Média (DP) (N=40)	F	p*	Effect size	Poder
NEUROTICISMO	111,71 (±20,13)	78,50 (±22,39)	46,30	0,000	0,395	1,000
N1: Ansiedade	18,60 (±3,38)	14,75 (±3,40)	23,01	0,000	0,245	0,997
N2: Raiva/hostilidade	17,74 (±5,79)	12,40 (±5,12)	16,17	0,000	0,186	0,978
N3: Depressão	20,74 (±5,17)	12,15 (±5,26)	47,71	0,000	0,402	1,000
N4: Embaraço/constrangimento	19,17 (±3,68)	14,90(±5,21)	21,80	0,000	0,235	0,996
N5: Impulsividade	18,34 (±5,48)	14,02 (±4,44)	20,66	0,000	0,225	0,994
N6: Vulnerabilidade	17,11 (±5,73)	10,27 (±4,20)	26,22	0,000	0,270	0,999
EXTROVERSÃO	96,28 (±24,46)	117,15 (±16,57)	10,57	0,002	0,130	0,894
E1: Acolhimento	19,62 (±6,06)	23,25 (±3,31)	8,29	0,005	0,105	0,811
E2: Gregarismo	13,42 (±5,90)	18,45 (±3,31)	14,53	0,000	0,170	0,964
E3: Assertividade	14,08 (±4,84)	17,00 (±4,39)	3,87	0,053	0,052	0,493
E4: Atividade	15,25 (±4,65)	17,75 (±3,53)	3,39	0,070	0,046	0,444
E5: Busca de sensações	17,20 (±5,39)	19,42 (±3,84)	0,35	0,554	0,005	0,090
E6: Emoções positivas	16,68 (±5,90)	21,27 (±4,91)	7,34	0,008	0,094	0,762
OPENESS	101,97 (±19,05)	111,25 (±13,86)	2,00	0,162	0,027	0,287
O1: Fantasia	17,57 (±5,73)	17,40 (±4,00)	1,10	0,297	0,015	0,179
O2: Estética	18,97 (±3,75)	17,75 (±3,99)	0,61	0,435	0,009	0,121
O3: Sentimentos	17,34 (±4,24)	19,12 (±3,32)	0,50	0,478	0,007	0,108
O4: Ações variadas	13,60 (±3,06)	16,05 (±3,66)	10,44	0,002	0,128	0,890
O5: Ideias	17,08 (±5,35)	20,45 (±3,69)	3,92	0,052	0,052	0,497
O6: Valores	17,40 (±4,37)	20,47 (±2,95)	6,03	0,016	0,078	0,678
AMABILIDADE	116,71 (±18,24)	115,07 (±16,61)	0,85	0,358	0,012	0,150
A1: Confiança	18,00 (±5,16)	18,40 (±5,27)	0,79	0,376	0,011	0,142
A2: Franqueza	17,74 (±5,69)	17,50 (±4,54)	2,16	0,146	0,030	0,306
A3: Altruísmo	22,65 (±5,02)	22,97 (±2,82)	0,002	0,892	0,000	0,052
A4: Complacência	16,57 (±4,80)	18,10 (±4,81)	4,55	0,036	0,060	0,558
A5: Modéstia	19,48 (±3,81)	16,70 (±4,15)	3,33	0,072	0,045	0,437
A6: Sensibilidade	22,25 (±3,56)	21,40 (±2,88)	0,00	0,966	0,000	0,050
CONSCIENCIOSIDADE	103,71 (±20,34)	124,30 (±17,54)	20,64	0,000	0,225	0,994
C1: Competência	18,74 (±4,29)	21,97 (±3,10)	13,11	0,001	0,156	0,946
C2: Ordem	16,31 (±4,78)	18,77 (±4,35)	6,04	0,016	0,078	0,679
C3: Senso do dever	21,51 (±5,02)	22,70 (±3,82)	3,81	0,055	0,051	0,487
C4: Esforço por realizações	17,97 (±4,63)	21,07 (±3,41)	5,27	0,025	0,069	0,620
C5: Autodisciplina	13,94 (±5,43)	20,65 (±4,45)	32,28	0,000	0,313	1,000
C6: Ponderação	15,22 (±6,06)	19,12 (±5,26)	8,01	0,006	0,101	0,797

6.6 Associações entre *coping* e personalidade: modelo de regressão linear múltipla entre os fatores do NEO PI-R e as estratégias e estilos de *coping*

Considerando as diferenças nos traços Neuroticismo, Extroversão e Conscienciosidade, foi investigada a influência dos mesmos nas estratégias e estilos de *coping* nos bipolares e controles, utilizando um modelo de regressão linear múltipla, composto pelos fatores das escalas de *coping* (variáveis dependentes) e pelos fatores de personalidade (variáveis independentes). As equações de regressão podem ser observadas nos dados da Tabela 9.

Os resultados mostram que Neuroticismo impactou negativamente o uso de estratégias de *coping* focalizado no problema (EMEP) no grupo de bipolares ($\beta = -0,46$; $p = 0,005$) e controles ($\beta = -0,30$; $p = 0,049$). Além disso, foi observado que no grupo controle o traço Conscienciosidade influenciou positivamente o uso das estratégias focadas no problema ($\beta = 0,36$; $p = 0,020$).

Em relação às estratégias de *coping* focalizadas na emoção (EMEP), foram influenciadas pelo Neuroticismo em ambos os grupos (bipolares: $\beta = 0,62$; $p < 0,000$; controles: $\beta = 0,53$; $p < 0,000$).

O estilo de *coping* focalizado no problema (*Brief COPE*) foi impactado pela Conscienciosidade também em ambos os grupos (bipolares: $\beta = 0,46$; $p = 0,005$; controles: $\beta = 0,33$; $p = 0,036$).

O estilo de *coping* focalizado na emoção – disfuncional (*Brief COPE*) foi impactado negativamente pela Extroversão no grupo de bipolares ($\beta = -0,41$; $p = 0,014$) e positivamente pelo Neuroticismo no grupo controle ($\beta = 0,38$; $p = 0,014$).

Com o intuito de observar se as relações entre os traços de personalidade e *coping* eram distintas entre o grupo controle e o grupo de bipolares, foi realizada uma comparação entre os coeficientes de regressão. Quando os coeficientes de regressão foram comparados, foram encontradas diferenças significativas (rejeição da hipótese nula) somente no *coping* focalizado na emoção (EMEP) ($p = 0,018$).

Tabela 9 - Modelos de regressão linear múltipla entre *coping* e traços de personalidade nos bipolares e controles

	R	ΔR^2	ΔF	gl	β	p
Coping Focalizado no problema (EMEP)						
Bipolar	0,46	0,21	9,06	1,33		0,005
Neuroticismo					-0,46	0,005
Controle	0,55	0,78	4,15	1,37		0,049
Neuroticismo					-0,30	0,049
Conscienciosidade					0,36	0,020
Coping Focalizado na Emoção (EMEP)						
Bipolar	0,62	0,39	21,36	1,33		0,000
Neuroticismo					0,62	0,000
Controle	0,53	0,28	15,37	1,38		0,000
Neuroticismo					0,53	0,000
Coping Focalizado no problema (Brief COPE)						
Bipolar	0,46	0,21	9,11	1,33		0,005
Conscienciosidade					0,46	0,005
Controle	0,33	0,11	4,70	1,38		0,036
Conscienciosidade					0,33	0,036
Coping Focalizado na Emoção – disfuncional (Brief COPE)						
Bipolar	0,41	0,16	6,72	1,33		0,014
Extroversão					-0,41	0,014
Controle	0,38	0,14	6,56	1,38		0,014
Neuroticismo					0,38	0,014

Para investigar o papel que as facetas dos traços de personalidade poderiam exercer nas estratégias e estilos de *coping* foi feita uma análise de regressão linear múltipla apenas com os pacientes bipolares (Tabela 10), incluindo no modelo as facetas dos traços associados às estratégias e estilos de *coping*. Os resultados indicam que a faceta depressão (Neuroticismo) influencia negativamente o uso de estratégias de *coping* focalizadas no problema (EMEP) ($\beta = -0,44$; $p = 0,007$). As estratégias focalizadas na emoção (EMEP) foram influenciadas pelas facetas Impulsividade ($\beta = 0,48$; $p = 0,001$) e Ansiedade ($\beta = 0,41$; $p = 0,003$) (Neuroticismo). Na análise dos estilos de *coping*, a faceta Autodisciplina (Conscienciosidade) influencia o *coping* focalizado no problema ($\beta = 0,44$; $p = 0,008$) e a faceta Assertividade (Extroversão) influencia negativamente o *coping* focalizado na emoção – disfuncional ($\beta = -0,34$; $p = 0,042$).

Tabela 10 - Modelos de regressão linear múltipla entre *coping* e as facetas dos traços de personalidade no grupo de bipolares

	R	ΔR^2	ΔF	gl	β	p
Coping Focalizado no problema (EMEP)	0,44	0,19	8,12	1,33		0,007
<i>Depressão</i> ¹					-0,44	0,007
Coping Focalizado na Emoção (EMEP)	0,71	0,16	10,35	1,32		
<i>Impulsividade</i> ¹					0,48	0,001
<i>Ansiedade</i> ¹					0,41	0,003
Coping Focalizado no problema (Brief COPE)	0,44	0,19	8,06	1,33		0,008
<i>Autodisciplina</i> ²					0,44	0,008
Coping Focalizado na Emoção – disfuncional (Brief COPE)	0,34	0,12	4,47	1,33		0,42
<i>Assertividade</i> ³					-0,34	0,42

1 – Facetas do Neuroticismo

2 – Faceta da Abertura

3 – Faceta da Extroversão

7 DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo que avalia de modo sistemático as habilidades de *coping* de bipolares, incluindo estratégias e estilos, assim como é o primeiro trabalho sobre as associações entre *coping* e traços de personalidade em bipolares.

7.1 *Coping* nos pródromos da mania / hipomania

Na literatura, existem poucos trabalhos utilizando a *Coping Inventory for Prodromes of Mania*, e as hipóteses para o presente estudo foram derivadas do trabalho de Parikh et al. (2007), que encontraram que bipolares tipo I utilizam mais busca de ajuda profissional e redução de estimulação, e os bipolares tipo II, mais negação e culpa como estratégias de *coping* nos pródromos da mania.

Desta forma, as hipóteses do presente estudo com relação às estratégias de *coping* nos pródromos da mania não foram confirmadas; sendo verificados resultados marginais com relação às diferenças nas estratégias de *coping* entre bipolares tipo I e tipo II, os tipo I apresentam maiores escores no fator negação e culpa.

A *Coping Inventory for Prodromes of Mania* foi traduzida e adaptada para uso no presente trabalho e alguns fatores desse processo são importantes de serem discutidos.

Uma questão diz respeito aos índices de consistência interna, foi verificado o coeficiente alfa de Cronbach dos fatores da escala, sendo esta uma medida de fidedignidade do instrumento. Encontramos resultados insatisfatórios nos fatores Busca de ajuda profissional (0,53) e em Negação / Culpa (0,55), resultado quase satisfatório no fator Redução da estimulação (0,61) e satisfatórios no fator *Coping* focalizado no problema (0,72). No estudo de Parikh et al. (2007), foram encontrados índices de consistência interna satisfatórios, variando de 0,62 a 0,80, exceto no fator Redução da estimulação, com alfa de 0,58. No estudo de Wong e Lam (1999), foram verificados índices satisfatórios, variando de 0,72 a 0,85, exceto no fator Busca de ajuda profissional (0,53).

Os resultados do presente estudo com relação à consistência interna indicam que a interpretação dos dados deve ser feita com cautela. De acordo com Pasquali:

...será maior o índice alfa quando a variância esperada de cada item for pequena e for grande a variância que eles em conjunto produzem. Significa que a soma das variâncias dos itens individuais se reduz e aumenta a variância que eles têm em comum, que é aquela que garante a congruência (consistência interna) entre os itens do mesmo teste. Isso significa que, no extremo, toda variância produzida pelo teste seria covariância. Assim, a fórmula de Cronbach mostra que, se todos os itens variarem do mesmo jeito, isto é, se não houver variância ente os itens individualmente, o alfa será igual a 1; quer dizer que os itens serão totalmente homogêneos, de fato idênticos, produzindo exatamente a mesma variância. Como tal evento não é de se esperar, o alfa dará o tanto de congruência ou covariação que os itens têm dentro do teste (...) Como é que a consistência interna de um conjunto de itens (isto é, um teste) fala da precisão da medida dos mesmos? A lógica atrás dessa suposição é de que quanto menos variabilidade um mesmo item produz numa amostra de sujeitos, menos erros ele provoca (Pasquali, 2003, p. 204-205).

Em geral, as fontes de erro geradoras de problemas de precisão em um instrumento dizem respeito ao contexto no qual a testagem ocorre, ao testando e ao teste em si.

Uma questão relacionada ao teste em si refere-se ao processo de tradução / adaptação do instrumento. Neste processo, devem ser consideradas duas questões: a) o significado referencial representa as ideias ou objetos do mundo que uma única ou um conjunto de palavras alude, sendo presumido que se o significado referencial é o mesmo no original e na tradução, existe uma correspondência literal entre eles; b) o significado geral, que transcende a literalidade dos termos e assertivas e considera os aspectos culturais da população-alvo, cujo objetivo é avaliar a pertinência, adequação e aceitabilidade do estilo empregado ou o uso específico de um termo nos itens do instrumento (Pasquali, 2000).

Embora tenha se levado em conta estritamente as orientações do autor da escala no processo de tradução e adaptação (significado referencial), é provável que alguns itens tenham problemas na questão do significado geral dos termos, por exemplo, no item 9, “Eu disse pare para meus pensamentos acelerados”. A prioridade foi dada no sentido de manter o significado dos itens com relação aos sintomas de mania, o que faz sentido visto ser uma escala que avalia estratégias de *coping* frente aos primeiros sinais de uma crise de mania. Mas, é provável que os pacientes não tenham entendido algumas questões, o que compromete a validade dos resultados.

Além disso, a questão do reconhecimento dos pródromos está sendo considerada chave na discussão dos dados gerados por esse instrumento no presente estudo. Durante a coleta de dados, apesar de não ter sido realizada nenhuma medida objetiva, dados de observação indicam que muitos pacientes não sabiam reconhecer os pródromos de uma crise de mania / hipomania. De modo geral, a literatura na área afirma que os bipolares são capazes de reconhecer os pródromos de uma crise de mania, mas as porcentagens de reconhecimento são variáveis.

Wong e Lam (1999) relatam as seguintes porcentagens de reconhecimento de pródromos de mania: Redução do sono – 53%; aumento da atividade – 45%; falar mais – 34%; euforia – 32%; pensamentos acelerados – 29%; irritabilidade – 25%; aumento da energia e produtividade – 22%; gastos excessivos – 19%; pensamentos e ideias bizarras – 18%; planos grandiosos – 16%; redução do apetite – 13%; aumento do desejo sexual – 12%; excitabilidade – 10%. Mantere et al. (2008) encontraram que 45% dos bipolares I e 50% dos bipolares II foram capazes de reconhecer os pródromos. O estudo foi realizado com pacientes na vigência de um episódio e esperava-se que os bipolares tipo I fossem mais capazes de reconhecer os pródromos pelo fato dos sintomas de mania serem mais pronunciados neste subtipo de transtorno. Goossens et al. (2010) encontraram que 72% dos pacientes foram capazes de reconhecer os pródromos em uma amostra de pacientes ambulatoriais.

No presente estudo, os pacientes são procedentes de um serviço terciário de atendimento público à saúde. Isso implica um alto nível de

gravidade e cronicidade do quadro, no qual a alta frequência de sintomas residuais e episódios mistos podem afetar a habilidade de diferenciar sintomas prodrômicos de sintomas residuais. Além disso, a não realização de psicoeducação sistemática, como ocorreu no presente estudo (77,1% dos pacientes nunca realizaram psicoeducação) também pode estar relacionada à dificuldade no reconhecimento dos pródromos.

Por fim, alguns sintomas prodrômicos são inespecíficos, por exemplo, aumento nos níveis de ansiedade e agitação, assim como a curta duração da fase prodrômica, que pode variar de 1 a 84, com média de 20,5 dias (Molnar et al., 1988), também dificultam o reconhecimento dos pródromos.

Conclui-se que a escala em questão não foi válida para avaliar o *coping* nos pródromos de uma crise de mania/hipomania. Mas, é preciso uma melhor adequação dos itens, levando em conta tanto as especificidades da doença como a compreensão dos itens pelos pacientes. Além disso, os estudos com este instrumento devem levar em conta a capacidade do paciente reconhecer os pródromos de uma crise, sendo o fato investigado previamente, pois só assim ele poderá responder o que faz e/ou pensa nessa situação. Caso contrário, o instrumento não se constitui em uma medida válida para investigar *coping* nos pródromos de uma crise de mania.

7.2 Comparação das habilidades de *coping* entre bipolares e controles

No presente estudo, avaliamos as estratégias de *coping* dos bipolares, assim como os estilos, em comparação com controles saudáveis. Segundo Carver e Scheier, 1994, estilo de *coping* é a tendência a usar uma reação de *coping* em maior ou menor grau, frente a situações de estresse. Segundo esta perspectiva, as pessoas possuem um conjunto de estratégias de *coping*, que se mantêm relativamente estáveis ao longo do tempo e situações, sendo assim entendidas como um traço. Ou seja, as estratégias de *coping* seriam determinadas pelos estilos.

Em geral, as escalas que avaliam estratégias de *coping*, fazem-no levando em conta um evento específico (neste estudo, no instrumento usado, os sujeitos escolheram um evento que lhes estivesse causando estresse no momento atual), enquanto as que os instrumentos avaliam os estilos focam no como o indivíduo lida com o estresse de modo geral. As relações entre *coping* situacional (estratégias) e *coping* disfuncional (estilos) ficam demonstradas pelos resultados deste estudo, pois foram verificadas correlações significativas entre fatores que avaliam habilidades semelhantes.

Além disso, nossos resultados mostram que os bipolares utilizam mais estratégias de *coping* focalizadas na emoção e menos no problema, quando comparados aos controles. Na análise dos estilos de *coping*, encontramos resultados semelhantes, o que corrobora a ideia de uma associação positiva entre *coping* situacional e disposicional. Os resultados indicam estilos de *coping* mais focalizados na emoção do que no problema,

tanto comportamentos e pensamentos considerados funcionais (religiosidade, expressão de sentimentos, autodistração e humor) como disfuncionais (autoculpar-se, negação, desinvestimento comportamental, uso de substâncias).

Vale ressaltar que, mesmo considerado funcional, esse modo de abordar o problema não visa a atuar na situação que deu origem ao estresse, tentando modificá-la (*coping* focalizado no problema), mas, sim, regular o estado emocional associado ao estresse, minimizando o mal-estar causado por este. Desse modo, são consideradas ações paliativas, podendo trazer calma e tranquilidade ao sujeito, o que pode contribuir para que lance mão de estratégias focalizadas no problema (Lazarus, 2006). Mesmo sendo consideradas de certo modo funcionais, pesquisas indicam que elas são menos eficientes a reduzir o estresse emocional, quando comparadas às respostas focalizadas no problema (Mitchell et al., 1983; Penley et al., 2002), o que, em nosso referencial teórico estaria associado à recorrência e cronicidade do TB.

De modo geral, os instrumentos que avaliam *coping* focalizado na emoção, como um dos utilizados neste estudo (EMEP), incluem uma ampla série de pensamentos e comportamentos, tais como reações emocionais negativas, como raiva ou tensão, pensamentos fantasiosos e irrealistas voltados à solução mágica do problema, bem como respostas de esquiva, reações de culpabilização de outra pessoa ou de si próprio pelo aparecimento ou pelas consequências do problema. Abarcam, portanto, estratégias cognitivas e comportamentais que podem cumprir função

paliativa no enfrentamento e/ou resultar em afastamento do estressor (*avoidance coping*). Este último tipo de *coping*, é o que está mais consistentemente associado a diferentes sintomas de transtornos mentais (Vollrath et al., 2003). Portanto, é importante que se faça uma distinção entre tipos de *coping* focalizado na emoção (Connor-Smith e Flachsbart, 2007). Em nosso estudo, no instrumento que avaliou os estilos de *coping* (*Brief COPE*), nós realizamos essa distinção.

Os resultados deste estudo estão de acordo com a literatura prévia a respeito de *coping* em bipolares. Apesar de escassos e mais centrados nos pródromos de episódios de mania/hipomania, os estudos são unânimes em evidenciar que os bipolares utilizam mais estratégias focalizadas na emoção e que isso está relacionado à recorrência do transtorno (Lam et al., 2001; Greenhouse et al., 2000; Goossens et al., 2008).

O trabalho de Goossens et al. (2008) parece ser o único estudo transversal que avaliou estilos de *coping* em pacientes bipolares, fora do contexto dos pródromos de (hipo)mania. Os autores encontraram diversas diferenças nos estilos de *coping* de homens e mulheres. Compararam uma amostra de 157 pacientes (65% de mulheres) com 1.075 homens e 712 mulheres da população holandesa e concluíram que os homens bipolares utilizam mais busca de suporte social, mais reações paliativas e menos expressão de emoções do que o grupo controle. As mulheres bipolares utilizam menos pensamentos reasseguradores, menos abordagens ativas de *coping*, mais esquiva e mais reações passivas do que o grupo controle. Um padrão de *coping* passivo, como por exemplo, ser totalmente acuado

(*overwhelmed*) pelo problema está associado a um número maior de episódios de depressão e mania. Infelizmente, a diferença na metodologia adotada, sobretudo em relação ao instrumento de medida de *coping* e os tipos de *coping* avaliados, torna difícil a comparação desses resultados com nosso estudo.

De qualquer forma, as similaridades entre *coping* disposicional (estilos de *coping*) e situacional (estratégias de *coping*) é evidência indireta para a influência de diferenças individuais no comportamento de *coping*, isto é, a similaridade é consistente com a noção de que comportamentos específicos de *coping* (estratégias) têm bases disposicionais (traços de personalidade) (Suls e David, 1996).

7.3 Comparação dos traços de personalidade entre bipolares e controles

Com relação à personalidade, nossos achados indicam alto Neuroticismo e baixa Extroversão e Conscienciosidade, assim como a maioria das facetas desses traços nos bipolares.

Em trabalhos prévios, encontramos resultados semelhantes quanto ao alto Neuroticismo em bipolares (Nowakowska et al., 2005; Smille et al., 2009; Jylhä et al., 2010; Kim et al., 2010; Barnett et al., 2010), quanto à baixa Extroversão (Kim et al., 2010; Smille et al., 2009; Jylhä et al., 2010; Barnett et al., 2010) e baixa Conscienciosidade (Nowakowska et al., 2005; Barnett et

al., 2010). Diferente de nossos resultados, o estudo de Nowakowska et al. (2005) indica altos níveis do traço Openess e o estudo de Kim et al. (2010) indica alta Extroversão e alta Conscienciosidade. É interessante observar que o estudo de Barnett et al. (2010) encontrou altos níveis de Extroversão, quando os pacientes foram avaliados em mania.

Barnett et al. (2010) discutem se a mudança nos níveis de Neuroticismo e Extroversão devem-se a uma genuína influência das flutuações do humor na personalidade ou a uma inerente limitação das medidas de autorrelato. De fato, nem todos os estudos controlaram a presença dos sintomas ou constituíram suas amostras somente com pacientes em remissão e talvez isso possa explicar as diferenças nos resultados. No caso da Extroversão, muitas das características associadas aos altos níveis deste traço, como exemplo, o fato do indivíduo ser falante, bem disposto, com muita energia, gostar de estimulação e excitação sobrepõe-se às características da mania.

Assim, ainda permanece a discussão se certas características apresentadas pelos pacientes devem-se a seu perfil de personalidade ou se a sintomas da doença. Esta distinção torna-se difícil, pois a personalidade e os transtornos afetivos estão intrincados de diferentes maneiras, como por exemplo, a personalidade ser alterada pela doença afetiva, pois diversas consequências da doença, incluindo mudanças nos padrões da autoestima e interação social, dificuldade para manter relacionamentos significativos e empregos e flutuações frequentes no humor, na energia, percepção e pensamentos são consideradas causas e refletem alterações de curta e

longa duração na personalidade, que podem ser reversíveis ou irreversíveis. Além disso, a personalidade pode modificar a doença ao determinar a apresentação clínica do transtorno, resposta à psicoterapia e medicação e aderência ao tratamento, bem como a capacidade de lidar com o estresse (Goodwin e Jamison, 2007).

Estabelecer uma relação causal entre personalidade e TB só seria possível por meio de estudos longitudinais, com avaliações nas fases prodrômicas da doença, seguindo as mudanças na personalidade de indivíduos que desenvolvem e que não desenvolvem TB (Barnett et al., 2010).

7.4 Associações entre traços de personalidade e *coping* no transtorno bipolar

Pelo nosso conhecimento, não existem estudos prévios sobre associações entre traços de personalidade e *coping* em bipolares, e nossa hipótese da existência de associações entre traços de personalidade disfuncionais e *coping* disfuncional foi confirmada.

Nossos resultados mostram que o Neuroticismo encontra-se de modo negativo associado às estratégias de *coping* focalizadas no problema e positivamente associado às estratégias pautadas na emoção. Diversos estudos mostram associações semelhantes (ver Connor-Smith e Flachsbart, 2007 e Carver e Connor-Smith, 2010). Altos níveis de Neuroticismo podem

implicar estratégias de *coping* focalizadas na emoção e na evitação da ameaça. Essas estratégias tendem a ser reforçadas pelo alívio de curto prazo que propiciam (Lengua et al., 1999), reduzindo assim a motivação para o indivíduo se voltar ao estressor e tentar gerenciá-lo de modo mais eficiente e duradouro.

A faceta Depressão (traço Neuroticismo), que diz respeito à tendência de experienciar afeto negativo, impactou negativamente o uso de estratégias de *coping* focalizadas no problema. Nessas estratégias, é requerido o uso dos recursos cognitivos do indivíduo, incluindo avaliação adequada do agente estressor. Indivíduos com altos escores em depressão, como os bipolares, tendem a interpretar estímulos ambíguos de forma negativa ou ameaçadora (Watson e Hubbard, 1996).

Sendo assim, torna-se mais difícil voltar-se ao estressor e tentar gerenciá-lo de modo mais eficiente e duradouro, que é o objetivo maior das estratégias focalizadas no problema. Nesse cenário, a evitação da ameaça torna-se uma necessidade. Dessa forma, altos escores de Neuroticismo estão associados ao uso de estratégias de *coping* focalizadas na emoção, que têm por objetivo regular o estado emocional associado ao estresse, minimizando o mal-estar causado pelo mesmo, podendo ser dirigidas ao somático e/ou aos sentimentos (Carver e Connor-Smith, 2010).

Nos bipolares, as facetas impulsividade (traço Neuroticismo - inabilidade de controle de anseios e ímpetos) e ansiedade (traço neuroticismo - relacionada à sensação de apreensão, medo, tensão, extrema preocupação) impactaram positivamente o uso de estratégias

focalizadas na emoção. Sendo assim, altos níveis de emoções disfóricas, dificuldades no controle dos impulsos e uma tendência a interpretar negativamente os eventos vitais podem explicar o fato dos bipolares utilizarem mais estratégias focalizadas na emoção e menos estratégias focalizadas no problema.

O traço Extroversão impactou negativamente o estilo de *coping* focalizado na emoção, em específico com relação a comportamentos e pensamentos considerados disfuncionais (autoculpar-se, negação, desinvestimento comportamental e uso de substâncias). Associações parecidas foram encontradas em deprimidos (Uehara et al., 1999).

O afeto positivo (faceta da Extroversão) é tido como um facilitador da reestruturação cognitiva e uma orientação para os outros, assim como o acesso a uma rede social, típica de indivíduos com altos escores em Extroversão pode facilitar as estratégias de *coping* voltadas à busca de apoio social (Connor-Smith e Flachsbart, 2007). Mais especificamente, é a faceta Assertividade que impacta de modo negativo no estilo de *coping* focalizado na emoção (disfuncional). Para o processo de *coping*, níveis adequados de assertividade podem fornecer os recursos necessários para iniciar e persistir na solução de problemas (Vollrath, 2001), que está mais relacionado às estratégias focalizadas no problema. Ou seja, quanto menor as habilidades em se afirmar em interações sociais, defender seus direitos, expressar suas opiniões, sentimentos, necessidades e insatisfações e solicitar mudanças de comportamento das outras pessoas, sem desrespeitar

os direitos dos outros, maior será a possibilidade de enfrentar o estresse de modo disfuncional.

O traço Conscienciosidade, que representa o grau de organização, persistência, controle e motivação em alcançar objetivos impactou positivamente nos estilos de *coping* focalizados no problema. Estudos com outras populações também encontraram associações semelhantes (ver (Connor-Smith e Flachsbart, 2007). Especificamente, é a faceta autodisciplina (habilidade em começar tarefas e conduzi-las até o fim, independente de tédio, fastio ou outras distrações) que impacta positivamente no uso do *coping* focalizado no problema. De fato, a autodisciplina deve facilitar a resolução de problemas e tornar menos provável as estratégias que visam ao afastamento do problema (Lengua et al., 1999; Vollrath, 2001). Nesse estudo, os bipolares apresentam autodisciplina significativamente mais baixa do que os controles, fato que, em termos de personalidade, colabora na explicação do uso mais prevalente do *coping* focalizado na emoção do que no problema.

7.5 Limitações do estudo

Algumas limitações do estudo podem ter influenciado nos resultados. A amostra foi constituída por pacientes de serviços terciários de saúde pública, o que denota quadros mais graves e maior cronicidade da doença. Embora estivessem eufímicos no momento da avaliação, existem sintomas

subsindrômicos, que podem ser atestados pelos resultados das escalas de sintomas ser diferente de 0. Além disso, uma limitação inerente aos estudos transversais, que não explicita relações de causa e efeito. Por fim, ainda existem as limitações dos inventários de autorrelato, que partem do pressuposto de que o sujeito é capaz de lançar um olhar objetivo sobre si próprio, objetividade esta que pode ser influenciada por fatores, como sintomas subsindrômicos, déficits cognitivos, entre outros.

O presente estudo sugere alguns desdobramentos. É necessário que se faça a revisão da adaptação da *Coping Inventory for Prodromes of Mania*, incluindo instruções mais claras a respeito do reconhecimento dos pródromos de uma crise.

Além disso, esta pesquisa suscita uma questão com reconhecida relevância clínica e científica: qual o papel das habilidades de *coping* e das relações destas com traços de personalidade no desenvolvimento e curso do transtorno bipolar? Para sanar essa questão, serão necessários estudos longitudinais, com avaliações nas fases prodrômicas da doença e, posteriormente, ao diagnóstico.

8 CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve o objetivo de investigar as diferenças nas habilidades de *coping* (estratégias e estilos) e nos traços de personalidade entre bipolares e controles e as associações entre *coping* e personalidade nesses pacientes. Temos a hipótese de que traços de personalidade disfuncionais estão associados ao *coping* no TB, e as hipóteses foram confirmadas, exceto as relacionadas aos pródromos da mania.

O presente estudo encontrou que:

- a) pacientes bipolares tipo I apresentam uma tendência (significância estatística marginal) a escolher, como estratégia de *coping* nos pródromos da mania negação e culpa. Dentro do grupo de bipolares, não existe uma preferência por um tipo de estratégias de *coping* nesse contexto;
- b) Quando comparados aos controles, os bipolares apresentam mais estratégias e estilos de *coping* focalizados na emoção do que no problema;
- c) Quando comparados aos controles, os bipolares apresentam altos níveis do traço Neuroticismo e baixos níveis dos traços Extroversão e Conscienciosidade; e
- d) 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 verificadas associações positivas entre *coping* focalizado no problema e

Conscienciosidade e negativas entre Extroversão e *coping* focalizado no problema.

Com base nos dados analisados, concluiu-se que as associações entre personalidade e *coping*, como forma de romper o ciclo estresse-recorrência no TB, são fundamentais. Fornecem um entendimento mais amplo de como esses pacientes manejam os eventos vitais. Cabe aqui retomar o conceito de *coping* introduzido por Lazarus e Folkman (1984), como sendo ações deliberadas, o que de fato o indivíduo pensa ou faz para lidar com a situação, que pode ser **aprendida, usada e descartada**.

O *coping* é entendido como um processo dinâmico, pressupondo a possibilidade de mudança. Mas, a observação clínica mostra que nem sempre o paciente é bem-sucedido no aprendizado dessas estratégias, existindo outros fatores influenciando a aprendizagem, como por exemplo, os traços de personalidade.

É importante ressaltar que entender o *coping* como disposicional, associado a traços de personalidade nos remete à questão da estabilidade ao longo do tempo. Tanto os traços de personalidade como as habilidades de *coping* parecem ser estáveis ao longo do tempo (Rantanen et al., 2007; Suls e David, 1996), o que não significa que ambos não sejam passíveis de mudanças após intervenção, um processo que podemos denominar de adaptação dos traços. De fato, estudos mostram mudanças no *coping* (Litt et al., 2008), inclusive no TB (Kramer, 2010).

Portanto, um trabalho de reestruturação cognitiva deverá preceder o desenvolvimento de estratégias de *coping* focalizadas no problema, assim

como o treino de habilidades sociais, como a assertividade, o que pode colaborar na diminuição de *coping* focalizado na emoção com características disfuncionais.

9 ANEXOS

ANEXO 1 - Entrevista Clínica

ProGruda
Programa do Grupo de Estudos de Doenças Afetivas
Ipq – HC - FMUSP

Protocolo n°

Data do preenchimento: ____/____/____

Entrevistador: _____

1. Identificação

1.1. Prontuário HC: _____

1.2. Nome Completo: _____

1.3. Sexo: 1- masculino 2- feminino

1.4. Data de nascimento: ____/____/____

1.5. Idade: ____ anos

1.6. Etnia: 1- branco 2- não-branco

1.7. Situação Conjugal: 1- solteiro 2- casado ou companheiro fixo
3- separado ou divorciado 4- viúvo1.8. 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

1.9. Renda Individual: 1- sim 2- não

1.10. Renda Familiar: R\$ _____ (US\$ _____)

1.11. Escolaridade: ____ Grau 1-Completo 2- Incompleto
(____ anos de estudo completos)

1.12. Repetência escolar: _____ anos repetidos

1.13. Sabe ler e escrever? 1- sim 2- Não

1.14. Endereço : _____

1.15. Cidade: _____ CEP: _____ - _____

1.16. Telefone para contato: 1- _____

2 - _____

2. Características da Doença

2.1. Idade do 1º episódio: _____ anos (Tempo de evolução da doença: _____ anos)

2.2. Tipo do 1º episódio: 1 – Mania 2 – Depressão 3 – Misto
 4- Hipomania 9- Não sabe

2.3. Idade que recebeu diagnóstico médico: _____ anos

2.4. Idade que usou medicação psiquiátrica pela primeira vez: _____ anos

(com indicação médica) Qual: _____

2.5. Idade que usou estabilizador do humor pela primeira vez: _____ anos

(com indicação médica) Qual: _____

2.6. Presença psicose no 1º episódio: 1-Sim 2-Não 9- Não sabe

2.7. 1º crise desencadeada por substância: 1- Sim 2- Não

Se sim: 1- Antidepressivo, Qual:

2- Maconha

3- Cocaína

4- Álcool

5 - Anorexígeno, qual: () Anfetamina () Sibutramina

6- Estimulantes (energéticos)

7- Hormônios, qual: () anabolizantes () tireóide

7- Outros, Qual: _____

2.8. Hospitalizações Psiquiátricas: 1- sim 2- não Se sim, quantas: _____

2.9. Idade na 1ª hospitalização psiquiátrica: _____ anos

Tipo de episódio(DSM-IV): 1 - Mania 2 - Depressão 3 - Misto

4- Hipomania 9- Não sabe

2.10. Idade na última hospitalização: _____ anos

Tipo de episódio (DSM-IV): 1 - Mania 2 - Depressão 3 - Misto

4- Hipomania 9- Não sabe

2.11. Ciclador rápido (4 ou mais episódios em um ano): 1- sim 2- não

2.12. Realizou ECT: 1-sim 2- não

Se sim, quantas séries: _____

2.13. Realizou Psicoterapia: 1-sim 2 – não

2.14. Realizou Psicoeducação: 1-sim 2 – não

2.15. Tentativa de suicídio: 1-sim 2-não

Se sim, número: _____vezes

Tipo tentativa: 1- arma fogo 2- enforcamento 3-cortar pulsos 4- medicação

5- pular de local alto 6-outro, qual: _____

ANEXO 2 - Escala de Young para Avaliação da Mania

Investigador:..... DATA:..../..../..... No. Paciente:.....

Escala de Young para Avaliação da Mania

Guia para avaliação dos itens - quando vários sintomas são fornecidos para um grau específico de gravidade, a presença de apenas um dos sintomas é suficiente para a pontuação. Os sintomas são fornecidos como guias.

1. HUMOR EXPANSIVO/ELEVADO

- 0 Ausente
- 1 Leve ou possivelmente elevado quando questionado
- 2 Elevação subjetiva definida; otimista, alegre; autoconfiante; apropriado ao conteúdo
- 3 Elevado, inapropriado ao contexto; jocoso
- 4 Eufórico; riso inapropriado; cantando

2. Aumento da energia e atividade motora

- 0 Ausente
- 1 Aumento subjetivo
- 2 Animado; aumento de gesticulação
- 3 Energia excessiva; às vezes hiperativo; inquieto/impaciente (pode ser acalmado)
- 4 Excitação motora; hiperatividade contínua (não pode ser acalmado)

3. Interesse sexual

- 0 Normal; sem aumento
- 1 Leve ou possivelmente aumentado
- 2 Aumento subjetivo bem definido quando questionado
- 3 Conteúdo sexual espontâneo; discorre sobre assuntos sexuais; hipersexualizado segundo auto-relato
- 4 Atos sexuais evidentes (direcionados a pacientes, equipe ou entrevistador)

4. Sono

- 0 Não relata diminuição do sono
- 1 Dorme menos do que o habitual (até 1 hora a menos)
- 2 Dorme menos do que o habitual (por 1 hora ou mais)
- 3 Relata diminuição da necessidade de sono
- 4 Nega necessidade de sono

5. Irritabilidade

- 0 Ausente
- 2 Aumento subjetivo
- 4 Irritável em alguns momentos durante a entrevista; episódios recentes de raiva ou importunação na enfermaria
- 6 Frequentemente irritável durante a entrevista.
- 8 Hostil, não-cooperativo; entrevista impossível

6. Discurso (velocidade e quantidade)

- 0 Sem aumento
- 2 Sente-se mais falante
- 4 Aumento da velocidade ou quantidade em alguns momentos, prolixo em alguns momentos
- 6 Aumento consistente da velocidade e quantidade; difícil interromper
- 8 Pressão de discurso; ininterruptível, discurso contínuo

7. Distúrbio de linguagem-pensamento

- 0 Ausente
- 1 Circunstancial; leve distraibilidade; pensamentos rápidos
- 2 Distraído; perde intenção do pensamento; muda de assunto frequentemente; pensamentos acelerados
- 3 Fuga de idéias; tangencialidade; difícil para acompanhar; rimando, ecolalia
- 4 Incoerente; comunicação impossível

8. Conteúdo

- 0 Normal
- 2 Planos questionáveis, novos interesses
- 4 Projetos especiais; hiperreligioso
- 6 Idéias grandiosas ou paranóides; idéias de referência
- 8 Delírios; alucinações

9. Comportamento disruptivo-agressivo

- 0 Ausente, cooperativo
- 2 Sarcástico; fala alto às vezes, vigilante
- 4 Querelante; faz ameaças na enfermaria
- 6 Ameaça entrevistador; grita; entrevista difícil
- 8 Agressivo; destrutivo; entrevista impossível

10. Aparência

- 0 Traje e cuidados pessoais apropriados
- 1 Um pouco descuidado
- 2 Desleixado; moderadamente desalinhado; trajes exagerados
- 3 Desalinhado; parcialmente trajado; maquiagem extravagante
- 4 Completamente descuidado; enfeitado; vestes bizarras

11. INSIGHT

- 0 Presente; admite doença; concorda com necessidade de tratamento
- 1 Possivelmente doente
- 2 Admite mudanças de comportamento, mas nega doença
- 3 Admite possível mudança de comportamento, mas nega doença
- 4 Nega qualquer mudança de comportamento

ANEXO 3 - Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão

Investigador:..... DATA:...../...../..... No. Paciente:.....

ESCALA DE HAMILTON PARA AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO

Instruções: Em cada item escolha o escore que melhor caracteriza o paciente na última semana. Assinale sua opção no espaço apropriado ().

1. Humor deprimido (tristeza, desesperança, desamparo, menos valia)

- 0 () Ausente.
 1 () Sentimentos são relatados somente se perguntados.
 2 () Sentimentos são relatados espontaneamente com palavras.
 3 () Comunica estes sentimentos não verbalmente, ou seja, na expressão facial, postura, voz e a tendência ao choro.
 4 () Paciente comunica quase exclusivamente esses sentimentos, espontaneamente, tanto em seu relato verbal como na comunicação não verbal.

2. Sentimentos de culpa

- 0 () Ausentes.
 1 () Auto-recriminação; acha que decepcionou outras pessoas.
 2 () Idéias de culpa ou rumações sobre erros ou ações do passado.
 3 () Acha que a doença atual é um castigo; delírios de culpa.
 4 () Ouve vozes que acusam ou denunciam e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras.

3. Suicídio

- 0 () Ausente.
 1 () Acha que a vida não vale a pena.
 2 () Gostaria de estar morto ou qualquer cogitação sobre possível morte para si mesmo.
 3 () Idéias ou gestos suicidas.
 4 () Tentativa de suicídio (Qualquer tentativa séria marque 4).

4. Insônia inicial

- 0 () Sem dificuldade para iniciar o sono.
 1 () Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, ou seja, mais que meia hora.
 2 () Queixa-se de dificuldade para conciliar o sono todas as noites.

5. Insônia intermediária

- 0 () Sem dificuldades.
 1 () Queixa-se de ficar com inquietude e perturbação durante a noite.
 2 () Acorda durante a noite – qualquer saída da cama marcar 2 (exceto para necessidades fisiológicas).

6. Insônia terminal (madrugada)

- 0 () Sem dificuldade.
 1 () Acorda de madrugada mas, volta a dormir.
 2 () Não consegue voltar a dormir se acordar de madrugada ou sair da cama.

7. Trabalho e atividades

- 0 () Sem dificuldades.
 1 () Pensamentos e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionados a atividades, trabalho ou passatempos.
 2 () Perda de interesse em atividades, passatempos ou trabalho relatado diretamente pelo paciente ou indiretamente, por meio de falta de iniciativa, vacilação (sente que precisa se forçar para trabalhar ou desenvolver atividades).
 3 () Redução do tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. Marque 3 se não ocupa pelo menos três horas/dia em atividades (trabalho ou passatempos), exceto as de rotina.
 4 () parou de trabalhar devido à doença atual. Marque 4 se o paciente não desenvolve atividades além das de rotina ou deixa de executá-las sem ajuda.

8. Retardo (lentificação do pensamento e discurso, dificuldade de concentração, diminuição da atividade motora)

- 0 () Pensamento e discurso normal.
 1 () Discreta lentificação durante a entrevista.
 2 () Óbvia lentificação durante a entrevista.
 3 () Entrevista difícil.
 4 () Estupor.

9. Agitação

- 0 () Nenhuma.
 1 () Inquietude.
 2 () Brinca com as mãos ou cabelos, etc.
 3 () Movimenta-se, não consegue sentar-se quieto durante a entrevista.
 4 () Retorce as mãos, rói unhas, puxa cabelos, morde lábios.

10. Ansiedade psíquica

- 0 () Sem problemas.
 1 () Tensão e irritabilidade subjetivas.
 2 () Preocupação excessiva com trivialidades.
 3 () Atitude apreensiva aparente na fisionomia ou no discurso.
 4 () Medos expressos espontaneamente.

Investigador:.....

DATA:...../...../.....

No. Paciente:.....

11. Ansiedade somática (concomitantes fisiológicos da ansiedade: GI: boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, eructação; CV: palpitação, cefaléias. Resp.: hiperventilação, suspiros,; sudorese ter que urinar frequentemente)
0 () Ausente.
1 () Leve: Sintomas menores relatados quando inquirido.
2 () Moderado: Paciente descreve espontaneamente sintomas não incapacitantes.
3 () Grave: Maior número e frequência que 2; acompanhado de estresse subjetivo e prejudica o funcionamento normal.
4 () Incapacitante: Numerosos sintomas, persistentes ou incapacitantes na maior parte do tempo; ataques de pânico.

12. Sintomas somáticos (apetite, digestivo)
0 () Nenhum.
1 () Perda de apetite, mas come sem necessidade de encorajamento. Peso no abdome.
2 () Dificuldades para comer sem encorajamento ou insistência. Pede ou requer laxantes ou medicação para sintomas gastrointestinais.

13. Sintomas somáticos (gerais)
0 () Nenhum.
1 () Peso ou lassidão em membros, costas ou cabeça. Dores nas costas, cabeça ou musculares. Perda de energia e fadigabilidade.
2 () Marque 2 para qualquer sintoma bem definido.

14. Sintomas genitais (perda da libido, distúrbios menstruais)
0 () Ausentes ou informação insuficiente.
1 () Leves: redução da libido ou desempenho sexual insatisfatório; tensão pré-menstrual leve.
2 () Graves: desinteresse ou impotência; tensão pré-menstrual grave.

15. Hipocondria
0 () Ausente.
1 () Auto-observação (corporal) aumentada.
2 () Preocupação excessiva com a saúde.
3 () Queixas frequentes, pedidos de ajuda, etc.
4 () Delírio hipocondríaco.

16. Perda de peso (avalié A ou B)
A. De acordo com o paciente.
0 () Nenhum.
1 () Provável emagrecimento associada à doença atual.
2 () Perda de peso indubitável (de acordo com o paciente).
B. Com base em medidas semanais.
0 () Menos de 0,5 Kg de perda de peso na semana.
1 () Mais de 0,5 Kg de perda de peso na semana.
2 () Mais de 1 Kg de perda de peso na semana.

17. Crítica
0 () Reconhece estar deprimido e doente ou não estar deprimido esta semana.
1 () Reconhece estar doente, mas atribui isso à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, ao vírus, à necessidade de descanso, etc.
2 () Nega estar doente.

ANEXO 4 - Critério Brasil 2008: Sistema de Pontos



Critério Brasil 2008: Sistema de Pontos

Posse de itens	Não tem	Tem (quantidade)			
		1	2	3	4
Televisores em cores	0	1	2	3	4
Videocassete/DVD	0	2	2	2	2
Rádios	0	1	2	3	4
Banheiros	0	4	5	6	7
Automóveis	0	4	7	9	9
Empregadas mensalistas	0	3	4	4	4
Máquinas de lavar	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer(*)	0	2	2	2	2

(*) Independente ou 2ª porta da geladeira

Grau de instrução do chefe de família

Nomenclatura antiga	Pontos	Nomenclatura atual
Analfabeto/Primário incompleto	0	Analfabeto/ até 3ª Série Fundamental
Primário completo	1	4ª. Série Fundamental
Ginásial completo	2	Fundamental completo
Colegial completo	4	Médio completo
Superior completo	8	Superior completo

Pontuação mínima = 0 Pontuação máxima = 46

Pontos de corte das classes

Classe E 0 a 7 pontos
Classe D 8 a 13 pontos
Classe C2 14 a 17 pontos
Classe C1 18 a 22 pontos
Classe B2 23 a 28 pontos
Classe B1 29 a 34 pontos
Classe A2 35 a 41 pontos
Classe A1 42 a 46 pontos

ANEXO 5 - Inventário de Estratégias de Enfrentamento para Pródromos da Mania (Wong e Lam 1999)

Por favor, pense sobre como você, no passado, tentava lidar com os problemas associados com **os primeiros sintomas da mania/hipomania**, isto é, o estágio inicial de um episódio maníaco completo. Por favor, identifique se você usou uma das estratégias abaixo mencionadas. Em caso afirmativo, circule o número que melhor descreve a frequência com que você a usou.

	1 Nunca	2 Algumas Vezes	3 Frequen- temente	4 O tempo todo
1. Procurei por ajuda profissional				
2. Tentei observar e controlar o meu comportamento				
3. Me lembrei da vez em que eu estive internado por causa da doença bipolar				
4. Tentei não agir de forma precipitada ou seguir meu primeiro impulso				
5. Tentei evitar estar com pessoas				
6. Descontei em outras pessoas				
7. Tentei relaxar, por exemplo, saindo para uma caminhada, fazendo exercícios, ouvindo música, etc				
8. Tentei identificar e observar meu humor				
9. Eu disse "pare" para meus pensamentos acelerados				
10. Segui em frente como se nada tivesse acontecido, na esperança que os sintomas desaparecessem				

	1 Nunca	2 Algumas Vezes	3 Frequen- temente	4 O tempo todo
11. Eu organizei as coisas por ordem de importância e fiz apenas o que era necessário				
12. Procurei outros sintomas de hipomania				
13. Neguei ou ignorei os sintomas				
14. Procurei não trabalhar demais, fazendo intervalos entre as tarefas				
15. Culpei outras pessoas				
16. Eu curti meus sentimentos				
17. Segui os meus instintos e agi de acordo com eles				
18. Evitei situações nas quais eu poderia falar muito ou de forma inadequada				
19. Me distraia ou me forçava a desligar dos pensamentos acelerados				
20. Fiquei irritado e ignorei o que os outros diziam				
21. Voltei a tomar meus remédios				
22. Eu tentei consertar as coisas fazendo mais coisas				
23. Mantive um equilíbrio entre descanso e atividades				

ANEXO 6 - Escala Modos de Enfrentamento de Problemas - EMEP

As pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Pense em uma situação ou problema atual que esteja produzindo estresse para você. Escreva aqui esta situação ou problema: _____. Para responder ao questionário, tenha em mente as coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar esta condição, no momento atual.

Veja um exemplo:

1	Eu estou buscando ajuda profissional para enfrentar meu problema de saúde	1 Eu nunca faço isso	2 Eu faço isso um pouco	3 Eu faço isso às vezes	4 Eu faço isso muito	5 Eu faço isso sempre
---	---	--------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo enquanto à busca de ajuda profissional para enfrentar seu problema de saúde. Se você não está buscando ajuda profissional, marque com um X ou um círculo o número 1 (*eu nunca faço isso*); se você busca sempre esse tipo de ajuda, marque o número 5 (*eu faço isso sempre*). Se a sua busca de ajuda profissional é diferente dessas duas opções, marque 2, 3 ou 4, conforme ela ocorre.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação. Pedimos que você responda a todas as questões, não deixando nenhuma em branco. Obrigada pela participação.

Leia cada item abaixo e indique, na categoria apropriada, o que você faz na situação.

- 1 – eu **nunca** faço isso
- 2 – eu faço isso **um pouco**
- 3 – eu faço isso **às vezes**
- 4 – eu faço isso **muito**
- 5 – eu faço isso **sempre**

		1 Nunca	2 Um pouco	3 Às vezes	4 muito	5 sempre
1	Eu levo em conta o lado positivo das coisas					
2	Eu me culpo					
3	Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação					
4	Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo					
5	Procuro um culpado para a situação					
6	Espero que um milagre aconteça					
7	Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite					
8	Eu rezo / oro					

		1 Nunca	2 Um pouco	3 Às vezes	4 Muito	5 Sempre
9	Converso com alguém sobre como estou me sentindo					
10	Eu insisto e luto pelo que eu quero					
11	Eu me recuso a acreditar que isso esteja acontecendo					
12	Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer					
13	Desconto em outras pessoas					
14	Encontro diferentes soluções para o meu problema					
15	Tento ser uma pessoa mais forte e otimista					
16	Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida					
17	Eu me concentro nas coisas boas da minha vida					
18	Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto					
19	Aceito a simpatia e a compreensão de alguém					
20	Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema					
21	Pratico mais a religião desde que tenho esse problema					
22	Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim					
23	Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema					
24	Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido					
25	Eu acho que as pessoas foram injustas comigo					
26	Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou					
27	Tento esquecer o problema todo					
28	Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente					
29	Eu culpo os outros					

		1 Nunca	2 Um pouco	3 Às vezes	4 muito	5 sempre
30	Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores					
31	Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver meu problema					
32	Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia					
33	Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo					
34	Procuo me afastar das pessoas em geral					
35	Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer					
36	Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez					
37	Descubro quem mais é ou foi responsável					
38	Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor					
39	Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela					
40	Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui					
41	Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo					
42	Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo					
43	Converso com alguém para obter informações sobre a situação					
44	Eu me apego à minha fé para enfrentar a situação					
45	Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema					

ANEXO 7 - Brief COPE**Brief COPE**

Identificação:

Idade: _____ *Sexo:* _____

Nós estamos interessados em como as pessoas reagem quando enfrentam situações difíceis ou estressantes em suas vidas.

Existem várias maneiras de lidar com o estresse. Este questionário pede para indicar o que VOCÊ geralmente faz e sente quando enfrenta situações estressantes. Obviamente, diferentes situações exigem diferentes respostas, mas pense naquilo que VOCÊ geralmente costuma fazer quando está frente a uma situação difícil e estressante.

Responda cada um dos seguintes itens com base nas possibilidades de resposta abaixo. Tente responder pensando cada item um a um. Pense bem ao escolher suas respostas e responda o mais verdadeiro possível. Responda todos os itens. Não existem repostas certas ou erradas, assim escolha a resposta que mais VOCÊ se identifica – e não o que a maioria das pessoas diz ou faz .

Indique com um “X” o que VOCÊ costuma fazer quando tem que enfrentar uma situação estressante escolhendo umas das alternativas abaixo para cada afirmação:

0 = Eu não costumo fazer isso

1 = Eu costumo fazer isso pouco

2 = Eu costumo fazer isso as vezes

3 = Eu costumo muito fazer isso

		0	1	2	3
1	Busco outras atividades para me distrair da situação				
2	Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação				
3	Digo para mim mesmo: "isto não é verdade"				
4	Uso álcool ou outras drogas para me sentir melhor				
5	Procuro apoio emocional de alguém				
6	Simplesmente desisto de tentar atingir o meu objetivo				
7	Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação				
8	Recuso -me a acreditar que isto esteja acontecendo desta forma comigo				
9	Sinto e expesso os meus sentimentos de aborrecimento				
10	Uso álcool ou outras drogas para me ajudar a enfrentar os problemas				
11	Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva				
12	Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer				
13	Procuro o conforto e compreensão de alguém				
14	Desisto de me esforçar para obter o que quero				
15	Procuro algo positivo em tudo o que está acontecendo				
16	Enfrento a situação levando-a para a brincadeira				
17	Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar, ou ir às compras				
18	Tento aceitar as coisas tal como estão acontecendo				
19	Fico aborrecido e expesso os meus sentimentos (emoções)				
20	Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual				
21	Tento aprender a viver com a situação				
22	Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação				
23	Rezo ou medito				
24	Enfrento a situação com humor				
25	Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação				
26	Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo				
27	Faço críticas a mim mesmo				
28	Culpo-me pelo que está acontecendo				

ANEXO 8 - Aprovação pelo Comitê de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Recebido em 10/06/08, às 14:00
Departamento de Psicologia da FMUSP



APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 25/06/2008, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **0431/08**, intitulado: "**IDENTIFICAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE COPING EM PACIENTES BIPOLARES I E II**" apresentado pelo Departamento de **PSIQUIATRIA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **Dr. Ricardo Alberto Moreno**

Pesquisador (a) Executante: **Érika Leonardo de Souza**

CAPPesq, 27 de Junho de 2008

Prof. Dr. Eduardo Massad
Presidente da Comissão de
Ética para Análise de Projetos
de Pesquisa

ANEXO 9 - Aprovação de Alterações do Protocolo de Pesquisa

Recebido: 11/03/11 às 16h
 ECK
 Departamento de Psiquiatria de FMUSP



APROVAÇÃO

O Coordenador da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 02.03.11, **APROVOU, ad-referendum** as alterações abaixo realizadas no Protocolo de Pesquisa nº 0431/08, intitulado "IDENTIFICAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE COPING DE PACIENTES BIPOLARES I E II", apresentado pelo Departamento de **PSIQUIATRIA**.


Carta datada de 26.08.10:

- Inclusão de um grupo controle
- Alteração no número de pacientes participantes da pesquisa
- Inclusão de um instrumento de pesquisa – Brief COPE
- Inclusão da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul-PUCRS na pesquisa
- Alteração do título para: "AVALIAÇÃO DO COPING EM ADULTOS COM TRANSTORNO BIPOLAR E A RELAÇÃO COM TRAÇOS DE PERSONALIDADE"
- Alteração nos objetivos do projeto

Pesquisador (a) Responsável: **PROF. DR. RICARDO ALBERTO MORENO**

Pesquisador (a) Executante: **ÉRIKA LEONARDO DE SOUZA**

CAPPesq, 02 de março de 2011


PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
 Coordenador
 Comissão Ética para Análise
 de Projetos de Pesquisa

Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do HCFMUSP da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
 Rua Ovídio Pires de Campos, 225, 5º andar - CEP 05403 010 - São Paulo - SP
 Fone: 011 - 30696442 fax: 011 - 3069 6492 - e-mail: cappesa@hcnet.usp.br

ANEXO 10 - Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas



Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal da Saúde
Hospital Materno Infantil Presidente Vargas




Porto Alegre, 12 de Novembro de 2009.

Ilmo (a) Sr. (a)
Rodrigo Grassi de Oliveira

Informamos que o projeto de pesquisa intitulado "Carga alostática, cognição e estratégias de enfrentamento no curso do transtorno bipolar" do(a)s pesquisador(a) Rodrigo Grassi de Oliveira, protocolado neste CEP sob nº 31/09, foi **Aprovado**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HMIPV, em 11/11/2009 estando ética e metodologicamente adequado às Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos - (Resolução 196/96) - do Conselho Nacional de Saúde. Informamos que os autores deverão encaminhar relatórios semestrais sobre o andamento do projeto, bem como relatório final quando do término do mesmo.

Atenciosamente,


Dr Ricardo Meyer
Presidente do Comitê de Ética em
Pesquisa/HMIPV

Av. Independência, 661 - Cep: 90035-076 - Porto Alegre-RS
Fone: (51) 3289.3000 - Fax: (51) 3226.9075

ANEXO 11 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL**

1. NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :SEXO: M F

DATA NASCIMENTO.:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA : IDENTIFICAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE *COPING*
EM PACIENTES BIPOLARES I E II

PESQUISADOR: Prof. Dr. Ricardo Alberto Moreno

CARGO/FUNÇÃO: Médico Assistente

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº: 48154

UNIDADE DO HCFMUSP: GRUPO DE ESTUDOS DE DOENÇAS AFETIVAS - GRUDA

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO

RISCO MÉDIO

RISCO BAIXO

RISCO MAIOR

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 24 meses

1. Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem como objetivo investigar como pacientes com Transtorno Bipolar lidam com as situações de estresse.

2. Procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais:

Você responderá a alguns questionários que confirmarão o seu diagnóstico. Em seguida, responderá a dois questionários que vão avaliar como você lida com as situações de estresse e também sobre a sua personalidade.

Se concordar em participar do estudo, você terá que comparecer ao Hospital das Clínicas uma vez e permanecer por aproximadamente duas horas.

3. Desconfortos e riscos esperados:

Não é esperado nenhum desconforto durante a avaliação.

4. Benefícios que poderão ser obtidos

Os benefícios incluem conhecer melhor como o paciente com transtorno bipolar enfrenta situações de estresse. Com isso podem ser desenvolvidas formas melhores de lidar com o estresse nesses pacientes.

5. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo:

O médico responsável pelo caso poderá solicitar um breve relatório sobre os dados obtidos.

6. Você poderá ter acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr. Ricardo Alberto Moreno, que pode ser encontrado no endereço Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785, 3º. Andar, Ala norte, sala 12, telefone 3069-6648. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappel@hcnet.usp.br

7. Você tem liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.

8. Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente.

9. Viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

10. Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

10 REFERÊNCIAS

Andrade L, Walters E, Gentil V: Prevalence of ICD-10 Mental Disorders in a Catchment a Area in the City of São Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37(7):316-325.

Barnett JH, Huang J, Perlis RH, Young MM, Rosenbaum JF, Nierenberg AA, Sachs G, Nimgaonkar VL, Miklowitz DJ, Smoller JW. Personality and bipolar disorder: dissecting state and trait associations between mood and personality. *Psychol Med.* 2010;40(1):1-12.

Belmaker R. Bipolar disorder. *N Engl J Med.* 2004;351:476-486.

Bowling N, Beehr T, Swader W. Giving and receiving social support at work: the roles of personality and reciprocity. *F Vocat Behav.* 2005;67:479-89.

Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med.* 1997;4(1):92-100.

Carver C, Connor-Smith J. Personality and coping. *Annu Rev Psychol.* 2010;61:679-704.

Carver C, Scheier M. Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *J Pers Soc Psychol.* 1994;66:184-195.

Carver C, Scheier M, Weintraub J. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol.* 1989;56:267-283.

Cho H, Ryu V. Difference of manic prodrome and coping strategy between psychotic and no psychotic bipolar patients. *Bipolar Disorders* 2010;12(1):14.

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

Cloninger C, Svrakic D, Przybeck T. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50:975-990.

Colom F, Vieta E. *Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder*. Cambridge: Cambridge University Press; 2006.

Compas B. Psychobiological processes of stress and coping: Implications for resilience in children and adolescents--comments on the papers of romeo & mcewen and fisher et al. *Ann N Y Acad Sci*. 2006;1094:226-234.

Connor-Smith J, Flachsbart C. Relations between personality and coping: A meta-analysis. *J Pers Soc Psychol*. 2007;93:1080-1107.

Costa Jr, McCrae R. *Professional Manual: Revised NEO Personality Inventory*. Florida: Psychological Assessment Resources, Inc; 1992.

Dakof G, Taylor S. Victims' perceptions of social support: What is helpful from whom? *J Pers Soc Psychol*. 1990;58:80-89.

Del-Bem CM, Vilela J, Crippa J, Hallak J, Lebate C, Zuardi A. Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM IV - Versão Clínica" traduzida para o português. *Rev Bras Psiq*. 2001;23:156-159.

DSM-IV-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Trad. Cláudia Dorneles. 4.ed. rev. Porto Alegre: ArtMed; 2002.

Ellicott A, Hammen C, Gitlin M, Brown G, Jamison K. Life events and the course of bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. 1990;147:1194-1198.

Ellis B, Minsel B, Becker P. Evaluation of attitude survey translations: an investigation using item response theory. *Int J Psychol*. 1989;24:665-84.

First MB, Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID). Washington, DC, USA: APA Press; 1997.

Flaherty J. Appropriate and inappropriate research methodologies for Hispanic mental health. In: Gaviria M. Health and Behavior: research agenda for Hispanics. Chicago: University of Illinois; 1987.

Flaherty J, Gaviria F, Pathack D, Mithell T, Wintrob R, Richiman J, Birz S. Development instruments for cross. *Cultural Psychiatry Research: J Nerv Ment Dis*. 1988;176:257-63.

Flores-Mendoza C, Primi R, Nascimento E, Nunes C. NEO PI-R Inventário de Personalidade NEO Revisado e Inventário de Cinco Fatores. NEO Revisado NEO-FFI-R. Manual profissional para uso no Brasil. Vetor Editora; 2007 .

Folkman S, Lazarus R. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav*. 1980;21:219-239.

Folkman S, Lazarus R. Manual for the ways of coping questionnaire. Consulting Psychologist Press; 1988.

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

Fuentes D, Tavares H, Camargo CHP, Gorenstein C. Inventário de Temperamento e de Caráter de Cloninger. Validação da versão em Português. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW (eds.). Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. 2000. p.363-76.

Gimenes M, Queiroz B. As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In: Gimenes M, Fávero M. A mulher e o câncer. São Paulo: Psy; 1997. p.171-195.

Goodwin FK, Jamison KR. Manic-Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression. New York: Oxford University Press; 2007.

Goossens PJ, Knoppert-van der Klein EA, van Achterberg T. Coping styles of outpatients with a bipolar disorder. Arch Psychiatr Nurs. 2008;22(5):245-53.

Goossens PJ, Kupka RW, Beentjes TA, van Achterberg T. Recognizing prodromes of manic or depressive recurrence in outpatients with bipolar disorder: a cross-sectional study. Int J Nurs Stud. 2010;47(10):1201-7.

Grassi-Oliveira R, Stein LM, Lopes RP, Teixeira AL, Bauer ME. Low plasma brain-derived neurotrophic factor and childhood physical neglect are associated with verbal memory impairment in major depression--a preliminary report. Biol Psychiatry. 2008;64(4):281-5.

Grassi-Oliveira R, Daruy-Filho L, Brietzke E. New perspectives on coping in bipolar disorder. Psychol Neurosci. 2010;3(2):161-165.

Greenhouse W, Meyer B, Johnson S. Coping and medication adherence in bipolar disorder. J Affect Disord. 2000;59:237-241.

Hambleton R. Translating achievement tests for use in cross-national studies. *Eur J Psychol Assess.* 1993;9:57-68.

Hambleton R. Guidelines for adapting educational and psychological tests: a progress report. *Eur J Psychol Assess.* 1994;10:229-244.

Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960;23:56-62.

Harding TW, De Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med.* 1980; 10:231-41.

Horesh N, Iancu I. A comparison of life events in patients with unipolar disorder or bipolar disorder and controls. *Compr Psychiatry.* 2010;51:157-164.

Jang K, Thordarson D, Stein M, Cohan S, Taylor S: Coping styles and personality: A biometric analysis. *Anxiety Stress Coping.* 2007;20:17-24.

Johnson S. Life events in bipolar disorder: Towards more specific models. *Clin Psychol Rev.* 2005;25:1008-1027.

Jylhä P, Mantere O, Melartin T, Suominen K, Vuorilehto M, Arvilommi P, Leppämäki S, Valtonen H, Rytsälä H, Isometsä E. Differences in neuroticism and extraversion between patients with bipolar I or II and general population subjects or major depressive disorder patients. *J Affect Disord.* 2010;125(1-3):42-52.

Kapczinski F, Frey B, Kauer-Sant'Anna M, Grassi-Oliveira R. Brain-derived neurotrophic factor and neuroplasticity in bipolar disorder. *Expert Rev Neurother.* 2008;8:1101-1113.

Kato K, Pedersen N. Personality and coping: A study of twins reared apart and twins reared together. *Behav Genet.* 2005;35:147-158.

Kim B, Lim J, Kim S, Joo Y. Comparative study of personality traits in patients with bipolar I and II disorder from the Five-Factors model perspective. *Bipolar Disorder.* 2010;12(1):31.

Kramer U. Defence and coping in bipolar affective disorder: stability and change of adaptational processes. *Br J Clin Psychol.* 2010;49(Pt 3):291-306.

Lafer B, Soares J, Sanches M, Del Porto J. Transtorno Bipolar: da genética à reabilitação psicossocial. *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26(3):1-2.

Lam D, Wong G. Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders. *Psychol Med.* 1997;27:1091-1100.

Lam D, Wong G: Prodromes, coping strategies and psychological interventions in bipolar disorders. *Clin Psychol Rev.* 2005;25:1028-1042.

Lam DH, Hayward P, Watkins ER, Wright K, Sham P. Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years. *Am J Psychiatry.* 2005;162(2):324-9.

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

Lauder SD, Berk M, Castle DJ, Dodd S, Berk L. The role of psychotherapy in bipolar disorder. *Med J Aust.* 2010;193(4 Suppl):S31-5.

Lazarus R. Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosom Med.* 1993;55:234-247.

Lazarus R. Emotions and interpersonal relationships: Toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *J Pers.* 2006;74:9-46.

Lazarus R, DeLongis A. Psychological stress and coping in aging. *Am Psychol.* 1983;38:245-254.

Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping.* New York: Springer Pub. Co.; 1984.

Lengua L, Sandler I, West S, Wolchik S, Curran P. Emotionality and self-regulation, threat appraisal, and coping in children of divorce. *Dev Psychopathol.* 1999;11:15-37.

Litt MD, Kadden RM, Kabela-Cormier E, Petry NM. Coping skills training and contingency management treatments for marijuana dependence: exploring mechanisms of behavior change. *Addiction.* 2008;103(4):638-48.

Lozano B, Johnson S. Can personality traits predict increases in manic and depressive symptoms? *J Affect Disord.* 2001;63:103-111.

Mantere O, Suominen K, Valtonen HM, Arvilommi P, Isometsa E. Only half of bipolar I and II patients report prodromal symptoms. *J Affect Disord.* 2008;111(2-3):366-71.

Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148:23-6.

McEwen B. Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load. *Ann N Y Acad Sci*. 1998;840:33-44.

McEwen B. Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. *Dialogues Clin Neurosci*. 2006;8(4):367-81.

McWilliams L, Cox B, Enns M. Use of the Coping Inventory for Stressful Situations in a clinically depressed sample: Factor structure, personality correlates, and prediction of distress. *J Clin Psychol*. 2003;59(4):423-437.

Mitchell RE, Cronkite RC, Moos RH. Stress, coping, and depression among married couples. *J Abnorm Psychol*. 1983;92(4):433-48.

Miklowitz DJ. *The Bipolar Survival Guide: what you and your family need to know*. New York: The Guilford Press; 2002.

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

Monkul E, Malhi G, Soares J. Anatomical mri abnormalities in bipolar disorder: Do they exist and do they progress? *Aust N Z J Psychiatry*. 2005;39:222-226.

Moreno R, Moreno D. Escalas de Avaliação para Depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery Asberg (MADRS). In: Gorenstein C, Andrade L,

Zuardi A. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. 2000. p.71-87.

Molnar G, Feeney MG, Fava GA. Duration and symptoms of bipolar prodromes. *Am J Psychiatry*. 1988;145(12):1576-8.

Murray G, Goldstone E, Cunningham E. Personality and the predisposition(s) to bipolar disorder: Heuristic benefits of a two-dimensional model. *Bipolar Disord*. 2007;9:453-461.

Newman C, Leahy R, Beck A, Reilly-Harrington N. Transtorno Bipolar: Tratamento pela terapia cognitiva. São Paulo: Roca; 2006.

Nowakowska C, Strong C, Santosa C, Wang P, Ketter T. Temperamental commonalities and differences in euthymic mood disorder patients, creative controls, and healthy controls. *J Affect Disord*. 2005;85:207-215.

O'Brien T, DeLongis A. The interactional context of problem-, emotion-, and relationship-focused coping: The role of the big five personality factors. *J Pers*. 1996;64:775-813.

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

Pasquali L. *Psicometria: teoria dos testes na Psicologia e na Educação*. Petrópolis: Vozes; 2003.

Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas Psicológicas. In: Gorenstein C, Andrade L, Zuardi A. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. 2000. p.15-21.

Paykel E. The evolution of life events research in psychiatry. *J Affect Disord.* 2001;62:141-149.

Pellegrinelli K, Moreno R. Impacto da psicoeducação na recuperação sintomática e funcional dos pacientes bipolares. São Paulo: USP Faculdade de Medicina; 2010.

Penley JA, Tomaka J, Wiebe JS. The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review. *J Behav Med.* 2002;25(6):551-603.

Pervin L, John O. *Personalidade Teoria e Pesquisa.* Porto Alegre: Artmed; 2004.

Perry A, Tarrier N, Morriss R, McCarthy E, Limb K. Randomized controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ.* 1999;318:149-153.

Post R, Leverich G. 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. *Dev Psychopathol.* 2006;18:1181-1211.

Post R. Role of bdnf in bipolar and unipolar disorder: Clinical and theoretical implications. *J Psychiatr Res.* 2007;41:979-990.

Post RM, Weiss SR. Sensitization, kindling, and anticonvulsants in mania. *J Clin Psychiatry.* 1989;50 Suppl:23-30; discussion 45-7.

Rantanen J, Metsapelto RL, Feldt T, Pulkkinen L, Kokko K. Long-term stability in the Big Five personality traits in adulthood. *Scand J Psychol.* 2007;48(6):511-518.

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

Ren X, Dia X. Personality of recovered bipolar patients in an assessment with the revised NEO Personality Inventory. *Chin J Clin Psychol.* 2001;9:52–53.

Ribeiro J, Rodrigues A. Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do BRIEF Cope. *Psicologia, Saúde e Doenças.* 2004;5(1):3-15.

Robinson L, Thompson J, Gallagher P, Goswami U, Young A, Ferrier I, Moore P. A meta-analysis of cognitive deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2006;93:105-115.

Roso M, Moreno R, Moreno D. Aspectos psicossociais da terapêutica. In: Moreno R, Moreno D. *Da Psicose Maníaco-Depressiva ao Espectro Bipolar.* São Paulo: Segmento Farma; 2005. p.383-405.

Seild E, Tróccoli B, Zannon C. Análise Fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.* 2001;17:225-234.

Smillie LD, Bhairo Y, Gray J, Gunasinghe C, Elkin A, McGuffin P, Farmer A. Personality and the bipolar spectrum: normative and classification data for the Eysenck Personality Questionnaire-Revised. *Compr Psychiatry*. 2009; 50(1):48-53.

Shewchuk R, Elliot T, MacNair-Semands R, Harkins S. Trait influences on stress appraisal and coping: An evaluation of alternative frameworks. *J Applied Social Psychology*. 1999;29(4):685-704.

Suls J, David JP. Coping and Personality: third time's the charm? *J Personality*. 1996;64(4):993-1005.

Tong E, Bishop G, Diong S, Enkelmann H, Why Y. Social support and personality among male police officers in Singapore. *Personal Individ Differ*. 2004;36:109-23.

Uehara T, Sakado K, Sakado M, Sato T, Someya T. Relationship between stress coping and personality in patients with major depressive disorder. *Psychother Psychosom*. 1999;68:26-30.

Urbina S. *Fundamentos da Testagem Psicológica*. Porto Alegre: Artmed; 2007.

Vaillant G. Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *J Abnorm Psychol*. 1994;103:44-50.

Van de Vijver F, Hambleton R. translating tests: some practical guidelines. *European Psychologists*. 1996;1:89-99.

Vilela J, Loureiro S. Escala de Avaliação de mania de Yong. Estudo das qualidades psicométricas da versão brasileira. In: Gorenstein C, Andrade L,

Zuardi A. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p.113-23.

Vitaliano P, Russo J, Carr J, Maiuro R, Becker J. The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behav Res.* 1985;20:3-26.

Vollrath M. Personality and stress. *Scand J Psychol.* 2001;42:335-347.

Vollrath M, Alnæs R, Torgersen S. Differential effects of coping in mental disorders: a prospective study in psychiatric outpatients. *J Clin Psychol.* 2003;59(10):1077-1088.

Watson D, Hubbard B. Adaptational Style and Dispositional Structure: Coping in the Context of the Five-Factor Model. *J Pers.* 1996;64(4),737-774.

Weissman M, Wickramaratne P, Adams P, Wolk S, Verdeli H, Olfson M. Brief screening for family psychiatric history: The family history screen. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57:675-682.

Wong G, Lam D. The development and validation of the coping inventory for prodromes of mania. *J Affect Disord.* 1999;53:57-65.

Young R, Biggs J, Ziegler V, Meyder D. A rating scale for mania: reliability, validity and sensibility. *Br J Psychiatry.* 1978;133:429-35.

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