



Vol. 16 No. 4

Diciembre de 2013

ESTILOS Y ESTRATEGIAS DE ADAPTACIÓN EN PACIENTES CON TRASTORNO DISTÍMICO

Mara Rúbia de Camargo Alves Orsini¹, Guilherme Nogueira², Daniel Bartholomeu³,
José Maria Montiel⁴, Juliana Francisca Cecato⁵ e José Eduardo Martinelli⁶
Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Universidade São Francisco
Brasil

¹ Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, mestrado e doutorado em Psicologia pela Universidade de Brasília. Coordenadora do Laboratório de Pesquisa e Avaliação em Saúde Mental e Personalidade. Atualmente, é Professora Adjunto I no curso de Psicologia da Universidade Federal de Goiás - UFG. Correo electrónico: mararubia.mr@gmail.com

² Discente da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás – UFG. Correo electrónico: guyhermegyn@hotmail.com

³ Psicólogo, Mestre e Doutor em Avaliação Psicológica em Contexto de Saúde Mental pela Universidade São Francisco. É colaborador do Laboratório de Pesquisa em Psicologia do Esporte (Lepespe) e coordenador do Laboratório de Psicodiagnóstico e Neurociências Cognitivas (LaPeNC). Atualmente é Professor do Centro Universitário FIEO – UNIFIEO/SP - Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Psicologia Educacional - Fundação Instituto de Ensino para Osasco. *Contacto:* Correo electrónico: d_bartholomeu@yahoo.com.br

⁴ Psicológica em Contexto de Saúde Mental pela Universidade São Francisco. Pesquisador colaborador do Laboratório de Psicodiagnóstico e Neurociências Cognitivas (LaPeNC) - Unisal - Americana. Atualmente é Professor do Centro Universitário FIEO – UNIFIEO/SP - Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Psicologia Educacional - Fundação Instituto de Ensino para Osasco. Correo electrónico: montieljm@hotmail.com

⁵ Psicóloga, Bióloga pela Universidade São Francisco. Mestrado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de Jundiaí, e Pós Graduanda em Psicopedagogia pela Anhanguera Educacional. Correo electrónico: cecatojuliana@hotmail.com

⁶ Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina de Jundiaí, mestrado em Gerontologia pela Universidade Estadual de Campinas e doutorado em Educação pela Universidade Estadual de Campinas. Médico responsável pela disciplina de Geriatria e Gerontologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí - FMJ e pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia Comendador Hermenegildo Martinelli. Correo electrónico: julicecato@yahoo.com.br

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue conocer las principales estrategias de afrontamiento en una muestra de pacientes con distimia y comprobar cómo se formaron estas estrategias en este grupo de diagnóstico. Se analizó una base de datos con 24 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de trastorno distímico, estas entrevistas se analizaron para hacer una comparación de los mismos con el material de la literatura, para que pudieran observar cuales estrategias de afrontamiento utilizadas por el grupo de pacientes distímicos. Por medio de los resultados descritos se puede observar que los pacientes que estaban usando la estrategia de afrontamiento centrado en sólo excitación fuera de foco tuvieron un mayor estrés. Por lo tanto, es evidente que muchos pacientes recurren a la medicación, la actividad física, la religiosidad, es mejor no dejar tan vulnerables al estrés al ocuparse de otras cosas y, por decirlo así, no tener mucho tiempo para experimentar la razón por la que les ha causado estrés.

Palabras clave: afrontamiento, salud mental, trastorno distímico.

STYLES AND COPING STRATEGIES IN PATIENTS WITH DYSTHYMIC DISORDER

ABSTRACT

The aim of this study was to understand the main coping strategies in a sample of dysthymic patients and check how these strategies were shaped in this diagnostic group. We analyzed a database with 24 case histories of patients diagnosed with Dysthymic Disorder, these interviews were analyzed to make a comparison of these with the material of literature, so that we could observe what coping strategies used by the group of dysthymic patients. By means of the described results we observed that patients who were using the coping strategy focused on only excitement took out of focus the stressor. Thus, is evident that many patients resorted to medication, physical activity, religiosity, its best not to be vulnerable to stress, to occupy themselves with other things and, so to speak, not having much time to experience the reason that caused them stress.

Key words: Coping, mental health, dysthymic disorder.

OS ESTILOS E AS ESTRATÉGIAS DE COPING EM PORTADORES DE TRANSTORNO DISTÍMICO

RESUMO

O objetivo deste estudo foi compreender as principais estratégias de *coping* em uma amostra de pacientes distímicos e verificar como essas estratégias se configuraram neste grupo diagnóstico. Foram analisados um banco de dados com 24 anamneses de pacientes diagnosticados com o Transtorno Distímico, essas entrevistas foram analisadas buscando fazer-se uma comparação destas com o material do levantamento bibliográfico, para que se pudesse observar quais as estratégias de *coping* utilizadas pelo grupo de pacientes distímicos. Por meio dos resultados descritos pode-se observar que os pacientes que estavam recorrendo à estratégia de *coping* focado na emoção apenas tiravam fora do foco o evento estressor. Logo, evidencia-se que muitos pacientes recorriam à medicação, atividade física, religiosidade, tudo para não se deixarem tão vulneráveis ao estresse, para se ocuparem com outras coisas e, por assim dizer, não terem tanto tempo para vivenciar o motivo que lhes causava estresse.

Palavras chave: Estratégias de *coping*; Saúde Mental; Transtorno Distímico.

O conceito de *coping* tem sido descrito como o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados pelo indivíduo para enfrentar eventos estressores. Esses esforços, por serem despendidos para a adaptação do sujeito a circunstâncias adversas e estressantes, crônicas ou agudas, passaram a ser objeto de estudo da Psicologia Social, Clínica e da Personalidade, sendo intrinsecamente ligados ao estudo das diferenças individuais (Antoniazzi, Dell'aglio & Bandeira, 1998). Folkman e Lazarus (1985) afirmam que, a partir da década de 60, diversas pesquisas passaram a relacionar *coping* não apenas com traços de personalidade, mas com a relação sujeito-ambiente. Nessa perspectiva, conceituam *coping* como o processo de interação entre o indivíduo e o ambiente para uma boa administração da situação estressora. O controle da circunstância adversa não é o foco principal das ações de *coping*. As ações de *coping* estariam submetidas à percepção que o indivíduo tem do evento, ou seja, de como avalia a situação. Só após essa avaliação, é que se dá o início de esforços cognitivos e comportamentais para diminuir ou tornar toleráveis as demandas próprias ou do ambiente externo que surgem da sua interação com o meio. As ações de *coping* têm como objetivo, na maioria das vezes, a redução do estresse (Folkman & Lazarus, 1980).

Esta definição implica que as estratégias de *coping* são ações deliberadas que podem ser aprendidas, usadas e descartadas, portanto, não podem ser confundidas com mecanismos de defesa inconscientes e não intencionais, como negação, deslocamento e regressão. Os mecanismos de defesa são tidos como rígidos e tendem a ser inadequados à realidade externa, particularmente quando sua exacerbação promove processos não adaptativos para o indivíduo. Os mecanismos de defesa são originários de questões do passado e derivados de elementos inconscientes. Ao contrário, as ações de *coping* são tidas como flexíveis e propositas, adequadas à realidade e orientadas para o futuro, com derivações conscientes. (Folkman & Lazarus, 1980). Se as ações de *coping*, físicas ou mentais, são definidas como intencionais em direção a eventos externos ou internos. Segundo Santos (1995), o evento estressor pode ser o mesmo para diversos sujeitos, porém as maneiras como reagirão a esses eventos podem ser completamente diferentes. A maneira escolhida para enfrentar determinada situação depende de recursos individuais e de experiências anteriores bem-sucedidas. As variáveis moderadoras das estratégias de *coping* se relacionam a recursos pessoais, físicos e/ou psicológicos, e sociais do indivíduo, como por exemplo: saúde física, gênero, crenças ideológicas, moral, inteligência, temperamento, influências adquiridas na infância, experiências anteriores, relacionamento conjugal, redes sociais, circunstâncias econômicas e posição de controle sobre o evento estressor, bem como a interação entre esses recursos (Antoniazzi, Dell'aglio & Bandeira, 1998).

Folkman e Lazarus (1980) classificam o *coping* focalizado no problema e o *coping* focalizado na emoção. O *coping* focalizado no problema constitui-se em um esforço para atuar na situação que deu origem ao stress, tentando mudá-la. Por exemplo, negociar ou solicitar ajuda prática de outras pessoas. O *coping* focalizado no problema, e dirigido internamente, geralmente inclui reestruturação cognitiva como, por exemplo, a redefinição do elemento estressor. O *coping* focalizado na emoção é definido como um esforço, em nível físico ou psicológico, para regular o estado emocional resultante do evento estressante. Por exemplo, beber, sair para dançar, tomar calmante, assistir ao programa preferido na TV, ir à academia. O uso

de estratégias de *coping* focalizando o problema ou a emoção depende da percepção do sujeito, ou seja, da avaliação que ele faz da situação estressora na qual está envolvido. O desenvolvimento de perturbações emocionais, como as depressivas, pode estar relacionado a estratégias de *coping* inadequadas ou ineficazes (Borges, Manso, Tomé & Matos, 2006). Ainda segundo os mesmos autores, em diversos estudos, verifica-se a presença de uma relação diretamente proporcional entre estratégias de *coping* inadequadas e a manifestação de diferentes psicopatologias. A depressão, por exemplo, costuma estar associada ou presente na maioria dos transtornos emocionais. Ela aparece como um sintoma de determinada doença, em comorbidade com outros estados emocionais ou como causa desses transtornos. A depressão, enquanto categoria nosológica, está intimamente ligada aos transtornos de humor. Um tipo de depressão que se torna bem comum na atualidade é o Transtorno Distímico, que possui uma sintomatologia leve e crônica, ou seja, o indivíduo tem humor deprimido por pelo menos dois anos, embora em um grau menos severo (Associação Psiquiátrica Americana, 2002).

Spanemberg e Juruena (2004) definem a Distímia como uma forma de depressão com sintomas menos intensos do que as chamadas depressões maiores, e caracteriza-se também por ser crônica e não-episódica. Uma vez que os sintomas são brandos e há cronicidade do transtorno seu diagnóstico torna-se dificultado, já que o indivíduo passa a se definir como triste e, assim, dizer que esse é seu modo-de-ser, que a tristeza é, praticamente, uma característica de sua personalidade. O próprio DSM-IV (APA, 2002) descreve que os pacientes com Distímia se veem como desinteressados e incapazes, e que esses sintomas passam a fazer parte da história de vida do paciente e apenas são relatados quando investigados diretamente. Outra característica importante do Transtorno Distímico é que seu surgimento ocorre em estágios mais precoces do desenvolvimento humano, se comparado às depressões maiores. Os indivíduos apresentam sintomas que persistem ao longo de vários estágios da vida, sendo comum que esse transtorno surja por volta dos 21 anos (APA, 2002).

O enfrentamento da Distímia pelo paciente pode acontecer, por exemplo, com o trabalho, uma vez que os pacientes podem depositar suas reservas de energia

neste, nada sobrando para atividades sociais e familiares, o que prejudica suas relações interpessoais. Assim sendo, a Distímia consiste em um afastamento de atividades diárias ao invés de enfrentá-las, fazendo o paciente buscar algo além para fugir disso que lhe é aversivo (Spanemberg & Juruena, 2004). A possível relação entre formas de enfrentamento (*coping*) e a presença de sintomatologia depressiva acentua a necessidade de estudos sobre o assunto. O início de um estudo sobre o *coping* em pacientes distímicos pode facilitar o entendimento sobre essa relação, ampliando-se, através desta compreensão, as possibilidades e as alternativas de se pensar intervenções mais efetivas, no que se refere às dimensões de *coping*, características deste grupo de pacientes.

Objetivos:

Compreender as principais estratégias de *coping* em uma amostra de pacientes distímicos e verificar como essas estratégias se configuraram neste grupo diagnóstico.

METODO

Para a realização do trabalho foi feito um levantamento bibliográfico acerca dos temas *coping* e Transtorno Dístimico, em que o material utilizado constituiu-se de livro, artigos de periódicos científicos e materiais disponibilizados. Foram analisados um banco de dados com 24 anamneses de pacientes diagnosticados com o Transtorno Distímico, essas entrevistas foram analisadas buscando fazer-se uma comparação destas com o material do levantamento bibliográfico, para que se pudesse observar quais as estratégias de *coping* utilizadas pelo grupo de pacientes distímicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pode-se observar que o *coping* focado na emoção, o qual visa regular o estado emocional resultante do evento estressante, é o mais utilizado como forma de enfrentamento do transtorno. Em duas entrevistas (de um homem e de uma mulher)

podemos notar que os pacientes usaram a terapia para mudar a forma de lidar com o evento estressor, como é ilustrado na seguinte fala:

Com a terapia melhorou bastante minha visão de mundo, minha visão de que o mundo me afetava, e na verdade era o contrário, isso mudou bastante. (Homem, 37 anos)

Três mulheres enfrentaram o estresse sintomático da Distímia através de uma atividade física, em que se ocupam e deixam de lado o problema por alguns instantes, e um homem tentou se livrar do isolamento que vivia frequentando eventos de lazer, como exemplo temos os seguintes trechos das entrevistas:

Procurei também atividade física, eu comecei a fazer e me ajudou muito. Hoje eu falo até que é um refúgio, então quando eu começo a ficar em crise, às vezes, eu nem tenho vontade de ir, mas eu vou assim mesmo e saio de lá melhor.

(Mulher, 33 anos)

Eu acabo me cansando desse tipo de contato com as pessoas e fico mais isolado mesmo, em bares e festas pequenas que tento ficar mais perto dos amigos e coisa assim.

(Homem, 41 anos)

A religião também foi usada como um recurso poderoso para mudar a forma que o paciente lidava com a situação estressora. Seis pacientes, de ambos os sexos afirmaram ter melhorado consideravelmente ao buscar esse recurso, uma paciente chega a afirmar:

Quando estou deprimida, não gosto de conversar com ninguém. Já procurei ajuda na religião e a ajuda é satisfatória, porque desde que me apaguei com mais fervor, a religião católica me ajuda a [me] manter com mais força. (Mulher, 39 anos)

Na presente amostra, o tratamento psiquiátrico foi uma alternativa utilizada pelos pacientes. Isso foi observado uma vez que estes buscavam ajuda médica, por iniciativa própria ou por conselho de algum familiar, amigo ou líder religioso, para melhorar o seu estado. Fica muito claro que o meio mais utilizado, tanto por homens quanto por mulheres entrevistados, como forma de *coping* focado na emoção é a medicação, uma vez que esta, através de seus mecanismos de ação, possibilita que o indivíduo possa encarar a situação estressora de forma menos prejudicial. Observou-se, ainda, que o médico, ou fazia o tratamento medicamentoso de forma isolada, ou podia indicar tratamento psicológico, bem como alguma outra medida julgada pertinente. Aproximadamente 67% dos pacientes entrevistados afirmaram utilizar algum medicamento e que este gerou melhora, como se pode observar nos trechos a seguir:

O remédio me ajuda a ir trabalhar, fazer as coisas que eu preciso fazer, conversar com as pessoas, pagar as contas. Porque sem remédio eu não sou nada, não.

(Homem, 36 anos)

De repente você está alegre, disposta, começa a melhorar, é incrível como o remédio faz efeito.

(Mulher, 46 anos)

Adivinha? Estava com estafa, procurei um psiquiatra e comecei a tomar remédio... Tomo remédio e me sinto bem.

(Mulher, 31 anos)

Eu senti a possibilidade de uma nova crise, então, para não acontecer isso, eu achei melhor procurar ajuda. Até então eu estava sem nenhum acompanhamento, então eu procurei um médico e ele identificou [Distímia], eu estou sem acompanhamento psicológico agora, só psiquiátrico.

(Homem, 37 anos).

Outro recurso utilizado pelos pacientes distímicos foi lidar diretamente com o evento estressor, procurando modificá-lo em sua origem, o que consiste em *coping*

focando no problema. Foi possível verificar que alguns pacientes usaram deste recurso como forma de enfrentamento. O tratamento psicológico foi uma forma utilizada pelos pacientes entrevistados para tentar mudar o evento estressor. Cinco pacientes, de ambos os sexos, relataram que puderam enfrentar o problema que lhes angustiava depois de algum tratamento psicológico, como no exemplo:

A psicóloga foi muito boa para minha vida. Já não vivo mais sem análise. Você sabe, não é, o que a análise faz por uma pessoa? Eu realmente estava muito mal naquela época, mas agora, eu passei por tudo isso.

(Mulher, 31 anos)

Alguns pacientes mostraram exemplos de situações de enfrentamento da origem do problema através de medidas por eles tomadas, como:

Às vezes, eu ficava muito chateada, muito magoada com as coisas e agora não. Eu não fico mais com nada guardado assim. Eu sei lidar com ela [irmã] agora. Ultimamente teve uma discussão de uma irmã minha com a outra lá em casa horrorosa e eu falei assim 'eu não aguento mais, eu não tenho mais resistência pra ficar com esses assuntos todo dia toda hora discutindo'.

(Mulher, 55 anos).

No exemplo acima, observa-se que a paciente, a partir de certo momento, enfrenta a situação causadora de estresse manifestando diretamente seu desagrado e procurando, dessa forma, alterar a origem do evento estressor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dos resultados descritos pode-se observar que os pacientes que estavam recorrendo à estratégia de *coping* focado na emoção apenas tiravam fora do foco o evento estressor. Logo, evidencia-se que muitos pacientes recorriam à medicação, atividade física, religiosidade, tudo para não se deixarem tão vulneráveis ao estresse, para se ocuparem com outras coisas e, por assim dizer, não terem tanto tempo para vivenciar o motivo que lhes causava estresse. Os

pacientes que foram identificados utilizando como estratégia o *coping* focado no problema precisavam de alguma forma lidar com o evento estressor e fazer com que a situação que gerou, originou esse problema mudasse. A terapia e a análise foram usadas por alguns pacientes que buscavam enfrentar aquilo que lhes afligiam.

Enquanto eram classificadas as estratégias de *coping* utilizadas pelos pacientes, foi possível perceber que as duas estratégias apresentadas por Folkman e Lazarus (1980) mesclavam-se em vários pontos. Os pacientes que utilizavam como estratégia o *coping* focado no problema conseguiam agir sobre a situação estressora, muitas vezes, porque antes tinham mudado a forma de lidar emocionalmente com esta, ou seja, por terem também utilizado, previamente, o *coping* focado na emoção. A fala de uma paciente alertou bastante sobre isto:

Primeiro conscientizar que precisa fazer um tratamento, que tem que ter tratamento, que tem que ter medicamento, que sem o medicamento não tem como. Foi difícil porque eu não queria tomar medicamento, protelei muito tempo só com a terapia, mas não tinha melhora, às vezes, nem era possível fazer terapia porque eu chorava muito, chorava o tempo todo.

(Mulher, 33 anos)

A fala dessa paciente ilustra muito bem a necessidade de ambas as estratégias de *coping* serem utilizadas. No caso, a paciente começou buscando a terapia para enfrentar aquilo que lhe era angustiante, ou seja, *coping* focado no problema, mas os resultados não foram benéficos, porque o evento era demasiadamente aversivo para ela, tanto que na terapia ela apenas chorava quando se colocava frente ao problema. Foi preciso buscar tratamento também psiquiátrico, para que o remédio fosse inserido como uma estratégia de *coping* focado na emoção, uma vez que o remédio tenta agir de forma a abrandar os sintomas desgastantes que o evento estressor causa ao paciente.

Assim, observa-se que o *coping* focado na emoção é, aparentemente, uma estratégia menos assertiva ou eficaz já que o evento estressor continua presente. A análise das entrevistas deixa claro que esta é a estratégia mais utilizada pelos

pacientes da amostra. Pode-se inferir que dentre os prováveis aspectos relacionados à cronicidade da Distímia esteja o uso predominante desta estratégia de *coping*, uma vez que o estresse continuará presente de uma forma ou de outra. Cabe aos profissionais de saúde, especialmente aqueles ligados à saúde mental, trabalhar com o paciente para que este busque enfrentar o problema que lhe angustia e, assim, alcançar melhores condições de vida.

Por fim, observou-se, também, que o descontentamento pessoal e a dificuldade em lidar com o transtorno parecem motivar a busca por todo o tipo de tratamento. Daí, então, a importância de se conhecer o Transtorno Distímico. Isso porque, o não conhecimento do Transtorno, tanto por parte dos profissionais, quanto por parte destes pacientes, faz com que existam prejuízos para os últimos, no sentido de serem tidos como pessoas mal-humoradas e pessimistas. Neste sentido, o desconhecimento acerca do Transtorno Distímico contribui para que estes sujeitos recorram a um padrão de funcionamento, que se repete ao longo da vida, com estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção. Desta forma, supõe-se que esta forma de enfrentamento apenas parece mudar quando os profissionais da saúde mental, ou não, possuindo clareza do diagnóstico, surgem para ajudar estes pacientes a lidarem diretamente com o Transtorno, possibilitando o aumento dos recursos para atender à demanda destes pacientes, através do enfrentamento focalizado no problema.

REFERÊNCIAS

- Andreasen N. C & Hoenk, P. R. (1992). The predictive value of adjustment disorders: a follow-up study. ***American Journal Psychiatry***, 139:584.
- Antoniuzzi, A. S., Dell'aglio, D. D. & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. ***Estudos de psicologia***, 3 (2), 35-42.
- Arriaga, F., Cavaglia, F. & Lara, E. (1998). Conceito de distímia: utilidade clínica e estudo nosológico. ***Acta Médica Portuguesa***, 11, 1095-1099.
- Associação Psiquiátrica Americana (APA). (2002). ***DSM-IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais***. (4ª ed.) Porto Alegre: Artmed.

- Borges, A. I., Manso, D. S., Tomé, G. & Matos, M. G. (2006). Depressão e coping em crianças e adolescentes portugueses. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, **2** (2), 78-92.
- Campos, R. N. & Campos, J. A. O., Sanches, M. (2010). A evolução histórica dos conceitos de transtorno de humor e transtorno de personalidade: problemas no diagnóstico diferencial. **Revista de Psiquiatria Clínica**, **37** (4), 162-166.
- Câmara, S. G., & Carlotto, M. S. (2007). Coping e gênero em adolescentes. **Psicologia em Estudo**, **12** (1), 87-93.
- Dell'Aglio, D. D. (2003). O processo de coping em crianças e adolescentes: adaptação e desenvolvimento. **Temas em Psicologia**, **11** (1), 38-45.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. **Journal of Health And Social Behavior**, 219-239.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. **Journal Of Personality And Social Psychology**, **2**, 150-170.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1984). **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer.
- Kocsis, J. H., Zisook, S., Davidson, J., Shelton, R., Yonkers, K., Hellerstein, D. J., et al. (1997). Double-blind comparasion of sertraline, imipramine and placebo in the treatment of dysthymia: psychosocial outcomes. **The American Journal of Psychiatry**, **154**, 390-5.
- Kimura, M. & Silva, J. V. (2009). Índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, **43** (Edição Especial), 1099-1104.
- Lima, A. F. B. S. & Fleck, M. P. A. (2009). Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, **31** (3), 15-47.
- Lopes, A. J. (2009). Luto e melancolia versus Distímia. **Estudos de Psicanálise**, **32**, 13-22.
- Orsini, M. R. de C. A. & Ribeiro, C. R. (2012). Impacto da cronicidade do transtorno distímico na qualidade de vida. **Estudos de Psicologia I**, **29** (1), 709-717.
- Ribeiro, J. L. P. & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. **Psicologia, Saúde e Doenças**, **5** (1), 3-15.

- Santos, O. A. (1995). ***Ninguém morre de trabalhar: o mito do stress***. (3ª ed.). São Paulo: Texto Novo.
- Spanemberg, L. & Juruena, M. F. (2004). Distímia: características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior. ***Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul***, **26** (3), 300-311.