

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM COGNIÇÃO HUMANA
GRUPO DE PESQUISA: NEUROCIÊNCIA COGNITIVA DO DESENVOLVIMENTO

ROBERTA PAULA SCHELL COELHO

**O IMPACTO DOS EVENTOS DE VIDA ESTRESSANTES EM ADOLESCENTES
COM TRANSTORNO BIPOLAR**

Prof. Dr. Rodrigo Grassi-Oliveira
Orientador

Porto Alegre
2012

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM COGNIÇÃO HUMANA
GRUPO DE PESQUISA: NEUROCIÊNCIA COGNITIVA DO DESENVOLVIMENTO

ROBERTA PAULA SCHELL COELHO

**O IMPACTO DOS EVENTOS DE VIDA ESTRESSANTES EM ADOLESCENTES
COM TRANSTORNO BIPOLAR**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, com ênfase em Cognição Humana.

Prof. Dr. Rodrigo Grassi-Oliveira
Orientador

Porto Alegre
2012

Catálogo na Fonte

C672i Coelho, Roberta Paula Schell

O impacto dos eventos de vida estressantes em adolescentes com transtorno bipolar / Roberta Paula Schell Coelho. – Porto Alegre, 2012.

91 f.

Diss. (Mestrado) – Faculdade de Psicologia, Pós-Graduação Psicologia, Área de Concentração em Cognição Humana, PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Grassi-Oliveira

1. Psicologia do Adolescente. 2. Transtorno Bipolar. 3. Estresse. I.

Grassi-Oliveira, Rodrigo. II. Título.

Bibliotecário Responsável

Ginamara Lima Jacques Pinto

CRB 10/1204

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM COGNIÇÃO HUMANA
GRUPO DE PESQUISA: NEUROCIÊNCIA COGNITIVA DO DESENVOLVIMENTO

ROBERTA PAULA SCHELL COELHO

**O IMPACTO DOS EVENTOS DE VIDA ESTRESSANTES EM ADOLESCENTES
COM TRANSTORNO BIPOLAR**

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Rodrigo Grassi-Oliveira
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Orientador Presidente

Prof^a. Dra. Izabel Augusta Hazin Pires Loreto
Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof^a. Dra. Claudia Maciel Szobot
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Luterana do Brasil

Porto Alegre, 2012

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço ao Rodrigo Grassi-Oliveira. Ele me foi mais que um professor orientador. Agradeço a confiança e o investimento. Agradeço por me fazer acreditar que pesquisar vai muito além da Academia. Sou grata por me proporcionares conviver com o teu jeito de ser cientista.

Agradeço toda equipe do Programa de Crianças e Adolescentes Bipolares (ProCAB), representados pela Dra. Silzá Tramontina e Dr. Cristian Patrick Zeni, minha especial gratidão.

Agradeço ao Programa de Déficit de Atenção e Hiperatividade, em nome do Prof. Dr. Luis Augusto Paim Rohde, por ter me mostrado o brilho que a Pesquisa nos desperta, além de me fazer perceber que a Ciência não tem hora para acontecer.

À Ingrid Francke, agradeço por tornar nossa afinada caminhada acadêmica bem mais divertida. Tua parceria incansável, lealdade e a tua amizade sincera me fortalecem.

Agradeço ao Grupo Neurociência Cognitiva do Desenvolvimento por fazerem eu me sentir orgulhosa de ser membro dessa equipe que trabalha árduo de uma forma leve e que sabe festejar a vida como poucos. Agradeço em especial a Aline Ferreira, por ser meu *kappa* 100% e a Priscila Oliveira pela disposição e parceria nas nossas pesquisas de domingo a domingo.

Agradeço ao meu sempre e para sempre: Cláudia Tonon, Francine Londero, Mariane Cadore, Caroline Basso, Marcos Alves e Letícia Krueel. Agradeço amigos muito especiais: Karine Muller, Deise Schroeter, Maria Piedad(Pía), Júlia Hermel, Paula Mousquer, Joana Bücker, Clarissa Paim, e Rodrigo Badalotti.

Agradeço amigas de longe e ao mesmo tempo perto: Bia Motta, Mari Eiko e Erika de Souza.

Agradeço à Equipe do Núcleo de Neurologia Cognitiva do Hospital Moinhos de Vento, em especial à minha amiga Heloísa Kaefer. Agradeço também a ela por compartilhar sua sabedoria e experiência comigo, pelo exemplo de profissional que ela é.

Agradeço ao CNPq por fomentar boa parte da minha trajetória acadêmica.

Meu agradecimento especial à banca examinadora, Prof^a Dr^a Claudia Maciel Szobot e Prof^a Dr^a Izabel Augusta Hazin Pires Loreto.

Sou grata à minha Família, sem eles este trabalho não seria possível.

Se eu pudesse agradecer a todos que eu gostaria, me faltaria tempo hábil de finalizar esta dissertação.

RESUMO

O Impacto dos Eventos de Vida Estressantes em Adolescentes com Transtorno Bipolar

O transtorno bipolar com início na infância e adolescência (TBIA) prejudica o crescimento emocional e o desenvolvimento desses indivíduos de forma considerável. Eventos de vida estressantes (EVE) têm sido associados ao desencadeamento de psicopatologias, piorando seu prognóstico e agravando ainda mais o intercurso da doença. Embora o tema tenha relevância científica, na literatura ainda são escassos os estudos sobre TBIA e eventos de vida. Os EVE ocorridos durante a infância e adolescência podem ser classificados como uma exposição a uma única ou a diferentes situações que causam estresse no organismo e que excedem a capacidade da criança ou adolescente de compreender e lidar com este evento. Há aproximadamente 40 anos, as pesquisas sobre eventos de vida, vêm focando seu interesse nas questões etiológicas de morbidades psiquiátricas em geral, através do entendimento das interações genéticas e ambientais. Ao verificar os estudos dessas décadas de produção científica percebe-se uma lacuna quanto aos instrumentos e medidas de avaliação desses eventos. Os estudos demonstram uma associação positiva entre a presença de um ambiente “tóxico” e a vulnerabilidade neuropsicofisiológica. O início desse trabalho teve por objetivo traduzir e adaptar para a língua portuguesa um instrumento denominado *Stressful Life Events Schedule* (SLES) que investiga os EVE ocorridos em adolescentes nos últimos 12 meses, a fim de implementar e embasar com maior robustez os estudos desta temática. O instrumento mostrou-se uma ferramenta útil, de modo geral, e os itens obtiveram boa equivalência entre as versões. A apreciação da equivalência conceitual e de itens propiciou ajustes lingüísticos e adaptações terminológicas de alguns termos. Futuros estudos são necessários para avaliar as demais

propriedades psicométricas do SLES na nossa cultura. O segundo artigo empírico indica a associação entre a sintomatologia de humor e o funcionamento global aos EVE ocorridos no último ano em 23 adolescentes bipolares e 20 controles sem psicopatologia. Para avaliação dos eventos de vida utilizou-se o SLES-Adolescentes (SLES-A) sendo uma entrevista face a face, que é acompanhada por uma escala contendo 79 EVE. Para verificar a intensidade do impacto desses EVE, cada item acompanhava uma escala de quatro pontos (nem um pouco, um pouco, bastante e muito). Os resultados apontaram uma alta correlação entre o número de EVE, os prejuízos funcionais e a sintomatologia do humor do transtorno bipolar. Quanto mais EVE relatados, maior número de sintomas depressivos e maníacos e pior funcionamento global do indivíduo com TB . Os EVE dependentes nesses jovens bipolares (M= 6.82;DP=4.19) apresentaram-se três vezes maiores do que na amostra controle (M=2.25;DP=2.53) (p=0.000). Os EVE de alto impacto ocorreram numa proporção de quatro vezes mais nos adolescentes com TB (M=8.78;DP=7,32) do que nos controles (M=2.20;DP=4.00) (p=0.000). Por fim, não se trata de pensar em uma relação de causalidade, mas sim na relação entre o funcionamento psicossocial adverso associado ao curso da doença. Esta dissertação tem como finalidade a contribuição para um reconhecimento dos fatores de vulnerabilidade psicossocial associados ao TB na adolescência.

Palavras-chave: transtorno bipolar, eventos de vida, estresse, adolescência.

ABSTRACT

The impact of Stressful Life Events in Adolescents with Bipolar Disorder

The BD with the onset in childhood and adolescence causes considerably serious damages to the emotional growth and development of these individuals. Stressful life events (SLE) have been associated to the appearance of psychopathologies, mainly affective ones, by worsening its prognosis and aggravating the illness course. Although there is scientific relevance in the theme, the studies on juvenile bipolar disorder and life events are scarce in the literature.

SLE occurred during childhood and adolescence may be classified as an exposure to a unique or to different situations that cause stress to the organism and exceed the child's or adolescent's capacity to understand and handle such event. For approximately 40 years, the researches on life events have been focusing their interest in etiological issues about psychiatric morbidity in general, through the understanding of genetic and environmental interactions. However, while verifying the studies from these decades of scientific production, a considerable gap can be noticed, regarding the instruments and assessing measures referring to such events. Studies demonstrate a positive association between the presence of a "toxic" environment and the neuropsychophysiological vulnerability.

Even though many of studies propose to verify the adverse events occurred during life, it is noticed the lack of a consensual instrument in the literature for this measure. The beginning of this work had the purpose to translate and adapt to the Portuguese language an instrument denominate *Stressful Life Events Schedule (SLES)*, that investigates the SLE occurred in adolescents in the last 12 months, in order to strongly implement and support with a greater robustness the studies of this theme. The instrument showed as an useful

tool, in an general manner, the items had a good equivalence among the versions. The appreciation of conceptual equivalence and of items enabled linguistic adjustments and terminological adaptations of some terms. Further study is required to evaluate the other psychometric properties of the SLES in our culture. The second article indicated association between the humor symptomatology and global functioning to the SLE occurred in the last year in 23 adolescents with BD and 20 healthy controls without psychopathology. To evaluate the life events it was used the SLES-Adolescents, through having a face to face interview, that is accompanied with a scale having 79 SLE. To verify the severity of impact of these SLE, each item had a four point scale (not at all, a little, somewhat and a lot). This data revealed a frequency of SLE significantly higher in bipolar adolescents than in the healthy controls. Besides that, a positive association between the number of SLE and the seriousness of maniac depressive symptoms, as well as a reduction of the global functioning of individuals with humor disorder was detected. The occurrence of SLE appears associated with maniac and depressive symptoms as well as the reduction of the overall functioning of the individual assailed by bipolar disorder. Finally, this dissertation has the purpose of contributing to an acknowledgment of the psychosocial vulnerability factors associated with bipolar disorder in adolescence.

Key-words: bipolar disorder, stressful life events, stress, adolescence.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	11
LISTA DE SIGLAS	12
ÁREA DE CONHECIMENTO	13
INTRODUÇÃO	14
REFERÊNCIAS	18
ARTIGO I	23
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICE A- Equivalência Semântica do SLES para Crianças.....	40
APÊNDICE B- Equivalência Semântica do SLES para Adolescentes.....	46
APÊNDICE C- Equivalência Semântica do SLES para Pais.....	54
ARTIGO II	62
REFERÊNCIAS	80
CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS	87
ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HCPA/UFRGS..	88
ANEXO B- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUCRS.....	90

LISTA DE TABELAS**ARTIGO I**

Tabela 1- Medida <i>kappa</i> entre avaliadores.....	34
--	----

ARTIGO II

Tabela 1- Dados Sócio-Demográficos.....	70
Tabela 2- Comparação de funcionamento global e sintomas de humor.....	71
Tabela 3- Eventos de Vida Estressantes mais freqüentes.....	71
Tabela 4- Médias dos EVE Dependentes e Independentes.....	72
Tabela 5-Médias dos EVE de Alto impacto.....	73
Tabela 6- Correlação entre EVE, funcionamento global e sintomas de humor.....	73

LISTA DE SIGLAS

ABIPEME	Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado
CGAS	Children Global Assessment Scale
CDRS	Children Depressive Rating Scale-Revised
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
EAM	Escala de Avaliação de Mania
EVE	Eventos de Vida Estressantes
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HPA	Hipotálamo-Pituitária-Adrenal
CGI	Impressão Clínica Global
K-SADS-E	Kiddie- Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Epidemiologic Version
K-SADS-PL	Kiddie- Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- Present Lifetime Version
LEC	Life Events Checklist
LEDS	Life Event and Difficulty Schedule
LER	Life Event Record
M	Média
N	Número de sujeitos
QI	Quociente intelectual
SLES-A	Stressful Life Events Schedule- Adolescents
SLES	Stressful Life Events Schedule
MTN	Modelo Traumagênico Neurodesenvolvimental
TB	Transtorno Bipolar
TBIA	Transtorno Bipolar na Infância e Adolescência
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

ÁREA DO CONHECIMENTO

- 7.07.07.00-6 Psicologia do Desenvolvimento Humano
- 4.01.04.00-1 Psiquiatria
- 7.07.01.00-8 Fundamentos e Medidas da Psicologia

O IMPACTO DOS EVENTOS DE VIDA ESTRESSANTES EM ADOLESCENTES COM TRANSTORNO BIPOLAR

Introdução

O transtorno bipolar é uma doença mental de curso crônico, na qual os episódios de oscilação do humor variam em intensidade, duração e frequência, acarretando prejuízos frequentemente graves ao indivíduo (Belmaker, 2004). Dados epidemiológicos mostram que aproximadamente 2.4% da população geral é acometida por este transtorno (Merikangas, et al., 2011).

As taxas de prevalência do TBIA ainda variam bastante na literatura, devido à heterogeneidade na metodologia dos estudos, aos vieses de seleção, escassez de centros de referência mundial e pela dificuldade diagnóstica deste transtorno, principalmente na infância e adolescência (Biondo, Boarati & Wang, 2012). Um estudo de pesquisa nacional/norte americana de assistência médico ambulatorial realizou um levantamento do número anual estimado de jovens que diagnosticados com TB. Os dados mostraram que entre os anos de 1994-1995 a taxa era de 25/100.000 enquanto que nos anos de 2002-2003, a taxa aumentou para 1003/100.000. O estudo concluiu um aumento recente e rápido no diagnóstico de jovens com TB, destacando-se a necessidade de estudos clínicos epidemiológicos de confiabilidade para determinar a precisão do diagnóstico clínico da criança e do transtorno bipolar adolescente na prática da comunidade (Moreno, et al., 2007). Em um estudo em amostra clínica realizado por Tramontina e colaboradores (2003) foi verificada a prevalência de 7,2% de TBIA, sendo compatível com os achados em estudos norte-americanos. O TBIA apresenta muitas características que convergem com a evolução no transtorno no adulto, porém o início precoce pode ser um fator de pior prognóstico, pelo maior tempo da doença (Biondo, Boarati & Wang, 2012).

O transtorno bipolar com início na infância e adolescência (TBIA) apresenta-se diferente do quadro clínico desse transtorno em adultos. As características clínicas observadas em crianças indicam maior predomínio do curso crônico e menos episódico, irritabilidade, ciclagem rápida do humor (Tillman & Geller, 2003), estados mais mistos, altos índices de comorbidades com outras psicopatologias (Joshi & Wilens, 2009). Já os aspectos clínicos de TB em adolescentes mais velhos se assimilam aos encontrados em adultos (Patel, Belbello & Strakowski, 2006).

O TBIA prejudica o crescimento emocional e o desenvolvimento desses indivíduos de forma considerável. Estudos têm demonstrado que este transtorno também está associado com altas taxa de suicídio, dificuldades sociais, repetência escolar, agressão, comportamentos de risco, tais como promiscuidade sexual e abuso de substâncias, altas taxas de recorrência e baixas taxas de recuperação (Dickstein et al., 2005; Wilens et al., 2003). Os EVE têm sido associados ao desencadeamento precoce do transtorno bipolar, piorando seu prognóstico e agravando ainda mais o curso da doença (Daruy-Filho, Brietzke, Lafer, & Grassi-Oliveira, 2011).

Os EVE ocorridos durante a infância e adolescência podem ser classificados como uma exposição a uma única ou a diferentes situações que causam estresse no organismo, principalmente porque excederiam a capacidade da criança ou adolescente de lidar com este evento. Entre estes eventos estão situações como o abuso físico, emocional, verbal ou sexual, negligência, testemunho de violência, privação social, perda ou separação parental, pobreza, uso de drogas e até mesmo catástrofes ambientais (Brown, et al., 2009; Pechtel & Pizzagalli, 2011)

Há aproximadamente 40 anos, as pesquisas sobre eventos de vida, vêm focando seu interesse nas questões etiológicas de morbidades psiquiátricas em geral, através do entendimento das interações genéticas e ambientais. No entanto, percebe-se uma lacuna

considerável quanto aos instrumentos e medidas de avaliação referentes a esses eventos. Os estudos demonstram uma associação positiva entre a presença de um ambiente “tóxico” e a vulnerabilidade neuropsicofisiológica (Kapczinski, et al.2008). Pesquisas atuais apontam uma associação significativa entre a predisposição genética para a depressão e exposição a eventos negativos de vida (Caspi & Moffitt, 2006; Caspi, et al., 2003)

A partir disso, revela-se a suma importância da avaliação de eventos de vida na infância e adolescência. Mesmo que muitos estudos se proponham a verificar os eventos adversos ocorridos ao longo da vida, percebe-se a falta de um instrumento de consenso na literatura para tal medida. A variabilidade de instrumentos encontrada denota uma fragilidade importante acerca desses métodos de avaliação. Alguns instrumentos não observam a gravidade da ocorrência do evento, outros apresentam uma vasta lista auto-preenchida de itens para pontuação, tornando assim essa heterogeneidade nas medidas de avaliação uma limitação considerável quando se estuda o tema.

O início desse trabalho teve por objetivo traduzir e adaptar para a língua portuguesa um instrumento denominado *Stressful Life Events Schedule* (SLES) (Williamson, et al., 2003) que investiga os eventos estressantes de vida ocorridos em crianças e adolescentes, a fim de implementar e instrumentalizar os estudos desta temática em língua portuguesa. O segundo artigo empírico teve o objetivo de relacionar a intensidade de sintomas de humor e funcionamento global de 23 adolescentes bipolares e 20 controles sem psicopatologia aos EVE ocorridos no último ano.

Estudos têm mostrado que as experiências precoces adversas podem ter efeitos duradouros sobre o sistema de resposta ao estresse, em estruturas cerebrais e no processamento emocional (Crowe & Blair, 2008; De Bellis & Van Dillen, 2005; Pine, 2007). O conhecimento acerca do impacto desses eventos estressantes, embora apontados, seguem sendo apresentados de forma limitada.

Um estudo de Mayer e colaboradores (2009) comparando 434 crianças e adolescentes deprimidos, com idade entre 7 e 14 anos de idade, foi referiu um número duas vezes maior de estressores psicossociais do que encontrados em 724 controles normais. Spence, Sheffield e Donovan (2002) investigaram a relação entre o aparecimento de depressão em um grupo de 700 adolescentes de 12 a 14 anos e eventos negativos de vida, estilo de atribuição e orientação de resolução negativa de problemas relatando e relataram uma interação positiva significativa entre eventos negativos de vida e estilo atribucional. Leverich e colaboradores (2002) avaliaram uma amostra de 631 indivíduos adultos bipolares tipo I e II que apresentavam história positiva de abuso sexual na infância. Os dados indicaram que aqueles que haviam sofrido abuso tinham idade de início do TB mais precoce, um número maior de ciclos, ciclagem mais rápida e maiores taxas de comorbidades e mais tentativas de suicídios.

Embora exista um corpo de evidências a respeito da influência do ambiente no desencadeamento, curso e desfecho das psicopatologias afetivas bipolares, até o momento, a literatura voltou-se mais aos estudos dos transtornos afetivos unipolares. O primeiro e maior estudo a analisar sistematicamente eventos negativos de vida em 446 crianças e adolescentes com transtorno bipolar, revelou que fatores demográficos como idade, nível socioeconômico mais baixo, viver em uma família não intacta e a etnia não-caucasiana esteve significativamente correlacionado com o número total de eventos negativos de vida relatados pelos participantes. (Romero, Birmaher, Axelson, Goldstein, et al., 2009b)

Sob a perspectiva da influência do ambiente estressante na psicopatologia, cabe a reflexão acerca do modelo da carga alostática no transtorno bipolar (Kapczinski, et al., 2008). Alostase é a capacidade que o organismo tem para adaptar-se ao meio, buscando assim a homeostase (equilíbrio) através da mudança (McEwen, 2002). Quando o organismo se depara com um meio ao qual sua resposta alostática é excessiva ou ineficaz,

desencadeia-se assim o que denominamos carga alostática, como se fosse um preço pago pelo organismo para reajustar o seu sistema psicofisiológico interno ao meio externo, custando cada vez mais a ele adaptar-se. Dessa forma, os eventos estressantes e traumáticos ao longo da vida causariam impacto no organismo, custando a ele readaptar-se. Este preço pago pela adaptação pode afetar o organismo tanto de forma estrutural, quanto funcional, especificamente nas regiões encefálicas pré-frontais e na regulação do sistema hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) (Grassi-Oliveira, Ashy, et al., 2008; Kapczinski, et al., 2008; Karlamangla, Singer, McEwen, Rowe, & Seeman, 2002; Kauer-Sant'Anna, et al., 2007).

Em suma, considerando: 1) a relevância científica do tema aliada a escassez de estudos sobre TBIA e EVE; 2) o prejuízo emocional e funcional acarretado ao indivíduo com TBIA, a presente dissertação pretende contribuir com o avanço nos estudos da área para alertar a necessidade de maiores investimentos em intervenção precoce na saúde mental.

Essa pesquisa é parte integrou um projeto de pesquisa maior que objetiva avaliação de crianças e adolescentes bipolares. Este projeto é uma parceria entre o Programa de Crianças e Adolescentes Bipolares do Hospital de Clinicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e o Núcleo de Pesquisa em Estresse e Trauma da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Referências

- Belmaker, R. H. (2004). Bipolar disorder. *The New England Journal of Medicine*, 351(5), 476-486.
- Biondo, M., Boarati, M.A., Wang, Y.P. (2012). Epidemiologia do transtorno bipolar na infância e na adolescência. In: Fu-I L, Boarati MA, Maia APF e cols. *Transtornos*

Afetivos na Infância e Adolescência: Diagnóstico e Tratamento. Porto Alegre: Artmed. 375p.

- Brown, D. W., Anda, R. F., Tiemeier, H., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Croft, J. B., et al. (2009). Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(5), 389-396.
- Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2006). Gene-environment interactions in psychiatry: joining forces with neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, 7(7), 583-590.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., et al. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301(5631), 386-389.
- Crowe, S. L., & Blair, R. J. (2008). The development of antisocial behavior: what can we learn from functional neuroimaging studies? *Developmental Psychopathology*, 20(4), 1145-1159.
- Daruy-Filho, L., Brietzke, E., Lafer, B., & Grassi-Oliveira, R. (2011). Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(6), 427-434.
- De Bellis, M. D., & Van Dillen, T. (2005). Childhood post-traumatic stress disorder: an overview. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14(4), 745-772, ix.
- Grassi-Oliveira, R., Ashy, M., & Stein, L. M. (2008). Psychobiology of childhood maltreatment: effects of allostatic load? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1), 60-68.
- Grassi-Oliveira, R., Stein, L. M., Lopes, R. P., Teixeira, A. L., & Bauer, M. E. (2008). Low plasma brain-derived neurotrophic factor and childhood physical neglect are

- associated with verbal memory impairment in major depression--a preliminary report. *Biological Psychiatry*, 64(4), 281-285.
- Kapczinski, F., Vieta, E., Andreazza, A. C., Frey, B. N., Gomes, F. A., Tramontina, J., et al. (2008). Allostatic load in bipolar disorder: implications for pathophysiology and treatment. *Neuroscience Biobehaviour Reviews*, 32(4), 675-692.
- Karlamangla, A. S., Singer, B. H., McEwen, B. S., Rowe, J. W., & Seeman, T. E. (2002). Allostatic load as a predictor of functional decline. MacArthur studies of successful aging. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55(7), 696-710.
- Kauer-Sant'Anna, M., Tramontina, J., Andreazza, A. C., Cereser, K., da Costa, S., Santin, A., et al. (2007). Traumatic life events in bipolar disorder: impact on BDNF levels and psychopathology. *Bipolar Disorders*, 9 Suppl 1, 128-135.
- Leverich, G. S., McElroy, S. L., Suppes, T., Keck, P. E., Jr., Denicoff, K. D., Nolen, W. A., et al. (2002). Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biological Psychiatry*, 51(4), 288-297.
- Mayer, L., Lopez-Duran, N. L., Kovacs, M., George, C. J., Baji, I., Kapornai, K., et al. (2009). Stressful life events in a clinical sample of depressed children in Hungary. *Journal of Affective Disorders*, 115(1-2), 207-214.
- McEwen, B. S. (2002). The neurobiology and neuroendocrinology of stress. Implications for post-traumatic stress disorder from a basic science perspective. *Psychiatr Clin North Am*, 25(2), 469-494, ix.
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., et al. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241-251.

- Moreno C., Laje G., Blanco C., Jian H., Schmidt AB, Olfson M. (2007). National Trends in the Outpatient Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorder in Youth. *Archives of General Psychiatry*. Sep;64(9):1032-9.
- Patel, N.C., Delbello, M.P., Strakowski, S.M. (2006). Ethnic differences in symptom presentation of youths with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*;8(1):95-9
- Pechtel, P., & Pizzagalli, D. A. (2011). Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. *Psychopharmacology (Berl)*, 214(1), 55-70.
- Pine, D. S. (2007). Research review: a neuroscience framework for pediatric anxiety disorders. *Journal of Child Psychol Psychiatry*, 48(7), 631-648.
- Romero, S., Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, T., Goldstein, B. I., Gill, M. K., et al. (2009a). Prevalence and correlates of physical and sexual abuse in children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 112(1-3), 144-150.
- Romero, S., Birmaher, B., Axelson, D. A., Iosif, A. M., Williamson, D. E., Gill, M. K., et al. (2009b). Negative life events in children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(10), 1452-1460.
- Spence, S. H., Sheffield, J., & Donovan, C. (2002). Problem-solving orientation and attributional style: moderators of the impact of negative life events on the development of depressive symptoms in adolescence? *Journal of Clinical Child Adolescent Psychology*, 31(2), 219-229.
- Tillman, R. & Geller, B. (2003). Definitions of rapid, ultrarapid, and ultradian cycling and of episodes from cycles. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*.13(3):267-71

- Tramontina, S., Schmitz, M., Polanczyk, G., Rohde, L.A.(2003). Juvenile Bipolar Disorder in Brazil: clinical and treatment findings. *Biological Psychiatry*;53(11):1043-9.
- Williamson, D. E., Birmaher, B., Dahl, R. E., & Ryan, N. D. (2005). Stressful life events in anxious and depressed children. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15(4), 571-580.
- Williamson, D. E., Birmaher, B., Ryan, N. D., Shiffrin, T. P., Lusk, J. A., Protopapa, J., et al. (2003). The stressful life events schedule for children and adolescents: development and validation. *Psychiatry Research*, 119(3), 225-241.

ARTIGO I

Tradução e Adaptação Semântica da Versão em Português do Stressful Life Events Schedule

Resumo

Objetivo: O Stressful Life Events Schedule (SLES) é um instrumento com a finalidade de investigar a presença e o impacto de eventos de vida estressantes (EVE) ocorridos nos últimos 12 meses. O objetivo deste trabalho é traduzir e adaptar através de equivalência semântica os itens da escala para a língua portuguesa. **Método:** O processo de tradução e adaptação foi realizado em seis etapas: (1) Tradução; (2) Retrotradução; (3) Revisão técnica e adaptação semântica; (4) Avaliação e validação do conteúdo e do significado geral considerando o contexto da população; (5) Realização de uma medida de confiabilidade com o intuito de analisar o nível de concordância entre os avaliadores em relação ao construto dependência/independência dos EVE; e (6) Produção da versão final do instrumento. **Resultados:** O tempo verbal se manteve na maioria dos itens da escala. Algumas alterações foram necessárias como um acréscimo da variação de alguns termos. **Discussão:** A versão adaptada demonstrou ser de fácil aplicação, não sendo considerado extenso e contemplando um número considerável de EVE. A fomentação de estudos que investigam a presença de EVE é fundamental para a busca e associação de fatores ambientais que possam ter impacto na saúde mental a longo prazo.

Palavras-chave: eventos de vida; transtorno bipolar, tradução, adaptação semântica.

Abstract

The Stressful Life Events Schedule is an instrument to investigate the presence and impact of stressful life events (SLE) occurred during the latest 12 months. **Objective:** The

aim of this study is to translate and adapt, through semantic equivalence, the items from the instrument to the Portuguese language. Method: The translation and adaptation process was carried out in six steps: (1) Translation; (2) Back translation; (3) Technical review and semantic adaptation; (4) Assessment and validation of content and overall meaning, considering the context of the population; (5) It was conducted a measure of reliability with the aim to analyze the level of agreement among the examiners in relation to the dependence/ independence construct; and (6) Production of the final version of the instrument. Results: The verbal conjugation was maintained in most of the scale's items. Some changes were required, such as an addition of the variation of some terms. Discussion: The adapted version proved to be of easy application, not too extensive and contemplating a considerable number of SLE. Further studies to investigate the presence of SLE is crucial to searching and associating environmental factors which that can have long term impact in the mental health.

Key-words: life events; bipolar disorder, translation, semantic adaption.

Introdução

As etapas iniciais do desenvolvimento são um período crucial no qual ocorrem o máximo crescimento cerebral e a formação dos padrões de regulação emocional que influenciam nos desfechos de saúde mental (Shonkoff, Boyce et al. 2009). Pouco se sabe ainda sobre a etiologia dos transtornos mentais ao longo da vida, e o cenário atual da saúde mental na infância e adolescência é alarmante. Em torno de 10-20% de crianças e adolescentes ao redor do mundo apresentam um ou mais quadros psicopatológicos (Kieling, Baker-Henningham et al. 2011). Os estudos científicos têm abordado fatores ambientais e biológicos (genéticos, etc.), porém sem conclusões definitivas.

Estudos em pesquisa básica e avançada revelam que as experiências precoces adversas podem ter efeitos duradouros sobre o organismo, no sistema de resposta ao estresse, em estruturas cerebrais e no processamento emocional (De Bellis and Van Dillen 2005; Pine 2007; Crowe and Blair 2008). Abre-se uma gama de questionamentos acerca do impacto do ambiente na formação do indivíduo, como e o quanto as experiências precoces podem interferir no seu desenvolvimento.

Os primeiros estudos com o uso de instrumentos padronizados na associação entre eventos de vida e psicopatologia em crianças e adolescentes datam do início da década de 70 (Coddington 1972a; Coddington 1972b; Brown, Sklair et al. 1973). Desde então, vem se buscando a superação das limitações encontradas em torno deste tipo de instrumento de avaliação, tais como: o número finito de eventos de vida, os níveis de subjetividade, tempo de exposição, grau de gravidade. Inicialmente, os instrumentos eram predominantemente baseados em métodos de listagem de itens (*checklists*) auto-preenchidos. O primeiro instrumento desenvolvido sobre eventos de vida para aplicação em crianças e adolescentes foi denominado Life Event Record (LER) (Coddington 1972). A partir da LER, foi gerada a Life Events Checklist (LEC) a qual continha 46 eventos e acrescentou-se espaços adicionais para que o respondente pudesse acrescentar demais eventos ocorridos que não constassem na lista (Johnson & McCutcheon, 1980). Além disso, o sujeito deveria indicar se o evento era positivo ou negativo, o grau de incômodo e o estresse provocado. Estes instrumentos foram amplamente publicados em estudos associando eventos adversos e diversas psicopatologias (Banez and Compas 1990; Kashani, Vaidya et al. 1990; Williamson, Birmaher et al. 1995; Williamson, Birmaher et al. 1998). Em 1973, Brown e colaboradores refinaram seus estudos e desenvolveram uma entrevista acompanhada de escala para adultos denominada Bedford College Life Event and Difficulty Schedule (LEDS) que contemplava a ocorrência da data do evento, cálculo do tempo de exposição, o

grau de ameaça percebido, escores para dimensão e tipo do evento (perda, risco), incluindo a atribuição do sujeito se o evento dependia ou não do seu comportamento. A maior limitação encontrada na aplicação deste instrumento foi o tempo de aplicação, sendo aproximadamente 30 horas de entrevista.

Dentre os vieses avaliados, pesquisadores engajam-se para um maior entendimento sobre o impacto dos eventos negativos ao longo da vida. Os EVE ocorridos durante a infância e adolescência podem ser classificados como uma exposição a uma única ou a diferentes situações que causam estresse no organismo e que excedem a capacidade da criança ou adolescente de compreender e lidar com este evento. Entre estes eventos estão situações como: abuso físico, emocional, verbal ou sexual, negligência, testemunho de violência, privação social, perda ou separação parental, pobreza, uso de drogas e até mesmo catástrofes ambientais (Brown, Anda et al. 2009; Pechtel and Pizzagalli 2011).

Pesquisas também têm mostrado que o acúmulo de EVE no início da vida podem contribuir para o aparecimento de psicopatologia ao longo do desenvolvimento (Horesh and Iancu 2010; Sar, Taycan et al. 2010; Angst, Gamma et al. 2011). Os eventos estressantes ocorridos no início do período desenvolvimental estão relacionados a danos neurodesenvolvimentais, podendo causar alterações neuropsicológicas, como déficits cognitivos na memória e aprendizagem (Carrion, Weems et al. 2007; De Bellis, Hooper et al. 2010).

Estudos referem que crianças com história de trauma e provenientes de um ambiente familiar adverso apresentam maiores índices de estresse pós-traumático. Além disto, crianças que vivenciam EVE, apresentam mais dificuldades com os pares e problemas emocionais, além de um maior acometimento de determinadas psicopatologias, como ansiedade e depressão (Copeland, Keeler et al. 2007; Flouri and Panourgia 2011).

Também há evidências de que a presença de sintomas, mesmo sem o preenchimento de critérios para o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), pode indicar efeitos e prejuízos do trauma em crianças (Copeland, Keeler et al. 2007). A investigação de EVE em crianças e em adolescentes abarcando um delineamento longitudinal é fundamental para responder algumas questões sobre fatores relacionados ao surgimento e ao curso de diversas psicopatologias (Dohrenwend, 2006).

Williamson e colaboradores compararam 45 crianças com depressão, 20 crianças com transtorno de ansiedade e 11 crianças controles sem patologia psiquiátrica, usando o LER, e encontraram que o grupo com depressão, particularmente as meninas, estavam mais expostas a eventos traumáticos em relação ao grupo controle (Williamson, Birmaher et al. 2005). Estudos em populações clínicas têm mostrado que os adolescentes que apresentam depressão unipolar têm significativamente mais EVE do que controles e crianças ansiosas (Williamson, Birmaher et al. 2005; Mayer, Lopez-Duran et al. 2009).

Numa perspectiva epidemiológica prospectiva, Pine e colegas avaliaram 776 jovens americanos em 1986 acerca dos seus eventos de vida, através da Life Event Record (Coddington 1972), e utilizaram a Diagnostic Interview Schedule for Children (Costello, Edelbrock et al. 1985) para uma avaliação psicopatológica. Em 1992, os sujeitos refizeram a avaliação psiquiátrica. Através de uma análise de regressão linear, na qual os eventos de vida foram tratados como uma variável independente, os dados revelaram que o número total de eventos de vida durante a adolescência prevê um aumento no risco de desencadeamento de episódios de depressão e ansiedade na adultez (Pine, Cohen et al. 2002).

Romero et al.(2009b) realizaram um estudo para verificar a relação entre EVE, variáveis clínicas e demográficas em 446 jovens entre 7 e 17 anos com transtorno do humor bipolar tipos I (n=260), II (n=32), Sem Outra Especificação (SOE) (n=154),

conforme os critérios da DSM-IV. Os grupos de comparação foram compostos por 65 jovens com depressão e/ou ansiedade e 65 jovens controles sem psicopatologia. Todos os sujeitos preencheram o Life Events Checklist (Johnson & McCutcheon, 1980) e foram entrevistados através da Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL) (Kaufman, Birmaher et al. 1997). Os achados revelaram que tanto os jovens com depressão e/ou ansiedade, quanto os jovens bipolares estão expostos a um número maior de EVE, sendo eles independentes e dependentes, podendo assim levar a implicações a longo prazo e conseqüências negativas num desfecho associadas com estes transtornos.

De acordo com a relevância dos eventos de vida no desenvolvimento e a repercussão que esses podem acarretar para o indivíduo, percebeu-se a necessidade de um instrumento que servisse como auxílio na coleta de dados sobre as experiências vitais, tanto para fins de pesquisa, como para aplicação clínica no nosso idioma. A literatura no tema é ampla, porém observa-se ainda a escassez de estudos na nossa população que utilizem um instrumento que abarque o impacto dos EVE. Frente a essa limitação e baseados na literatura sobre avaliação de EVE na infância e adolescência, Williamson e colaboradores (2003) utilizaram-se dos pontos fortes do instrumento denominado Life Events and Difficulties Schedule (LEDS) e de listas de eventos de vida auto aplicadas, como a Life Events Checklist (LEC) e desenvolveram um instrumento denominado Stressful Life Events Schedule (SLES).

A SLES é uma entrevista face a face que investiga EVE ocorridos nos últimos 12 meses. Essa entrevista é acompanhada por uma escala contendo determinados eventos estressores e uma escala *likert* de quatro pontos (nem um pouco, um pouco, bastante e muito) para verificar a intensidade do impacto desses eventos para o sujeito. Essa entrevista comporta três cadernos: um para ser utilizado em crianças até 12 anos contendo

61 eventos, outro em adolescentes a partir de 12 anos contendo 79 eventos e um para ser utilizado com os pais e/ou responsáveis com 79 questões. Os três cadernos contam com uma última questão em aberto para o preenchimento de outros eventos ocorridos e que não foram contemplados pela escala. O preenchimento da escala pelos pais objetiva uma coleta de dados mais completa e precisa. Os eventos são classificados dentre aqueles que têm maior probabilidade de ocorrer de forma independente (por exemplo, morte de um familiar) ou de forma dependente (por exemplo, desempenho escolar) sobre o comportamento da criança ou adolescente (Williamson, Birmaher et al. 2005).

No estudo de desenvolvimento do instrumento, todas as crianças e adolescentes foram inicialmente entrevistados presencialmente com o SLES a respeito da ocorrência de eventos estressores durante o ano anterior à entrevista. O formato atual de entrevista do SLES envolve perguntar sistematicamente ao informante, se cada um dos eventos ocorreu e, caso a resposta seja positiva, algumas perguntas posteriores são realizadas a fim de investigar mais profundamente informações relevantes para acessar dados do evento. Por exemplo, na sessão de moradia, perguntava-se aos informantes se eles mudaram de residência durante o ano anterior. Caso tivessem, as seguintes questões seriam realizadas: Por que você se mudou? Você queria se mudar? Você teve que mudar de escola também? Você gosta de sua nova casa? Você se sente muito longe de seus amigos, nesta nova casa? Você prefere morar em outro lugar? Estressores contínuos que estavam presentes durante o ano anterior, mas tinham começado fora do período da entrevista foram datados a partir de quando começaram. Para controlar o viés de memória, metade da amostra foi escolhida aleatoriamente para completar a LEC antes de serem entrevistados com o SLES e a outra metade da amostra completou a LEC depois de ser entrevistado com o SLES. Depois dos filhos serem entrevistados, todos os pais foram entrevistados presencialmente com o SLES sobre os eventos de vida estressores que ocorreram na vida

de seus filhos durante o último ano pelo mesmo entrevistador. A fim de examinar a validade convergente entre o SLES e os LEDS, 30 jovens (15 com psicopatologia e 15 controles normais) foram selecionados aleatoriamente dentro de cada um dos grupos e entrevistados com os LEDS, e seu responsável entrevistado com o SLES. A LEDS foi sistematicamente administrada por último, a fim de que qualquer potencial viés de memória permanecesse a favor do LEDS, aumentando assim as chances de que ele obtivesse um melhor desempenho em comparação com o SLES. Estava previsto que a exposição inicial ao LEC e ao SLES pudesse auxiliar os entrevistados a lembrar mais claramente dos eventos que ocorreram durante o ano anterior, bem como aumentar a precisão com que eles datavam os eventos. A etapa final do estudo envolveu uma segunda entrevista com todas as crianças e adolescentes utilizando o SLES. Em média, a segunda entrevista (reteste) foi realizada com a variação de 5 a 15 dias após a entrevista inicial do SLES.

O presente trabalho tem como objetivo traduzir para a língua portuguesa o SLES desenvolvido por Williamson, Birmaher et al. (2003) e explicitar os procedimentos efetuados na adaptação transcultural através de equivalência semântica dos itens tanto para o significado geral, como para o referencial.

Método

O processo de tradução e adaptação foi realizado através da metodologia proposta por Pasquali (2000), sendo realizadas seis etapas consecutivas.

Na **etapa 1** fez-se a tradução da versão original inglês (VO) do instrumento para o português, gerando a versão 1 (V1). Esta foi realizada por um Psiquiatra da Infância e Adolescência brasileiro, proficiente e fluente em língua inglesa (CPZ). Na **etapa 2**, foi realizada a retrotradução (R1) da V1 ao inglês por um profissional bilíngüe (AMF) cuja

língua nativa é o português. Na **etapa 3**, um psiquiatra (RGO) e uma psicóloga (RPSC), de forma independente, fizeram uma revisão técnica e julgamento de equivalência semântica do significado geral e referencial dos termos e das expressões de todos os itens que compõem a escala. Nesta etapa, manteve-se a equivalência semântica entre a primeira e segunda traduções, sob a perspectiva do significado referencial dos termos/palavras originais. Os significados referenciais mencionam a equivalência literal entre as palavras e expressões. Acredita-se que, se o significado referencial é o mesmo no original e na tradução, existe correspondência literal entre eles (Pasquali, 2000). Priorizou-se também o significado geral de cada item do instrumento referido na tradução em relação ao original. O significado geral é muito relevante na medida em que a tradução literal de uma palavra não implica, necessariamente, numa mesma evocação subjetiva vivenciada em diferentes culturas. É fundamental considerar a implicação e significado que as palavras e expressões têm nas diversas culturas, assim como os diferentes níveis educacionais e socioeconômicos. Dessa forma, o significado geral refere-se à adequação e aceitabilidade do estilo empregado ou o uso específico de um termo nos itens do instrumento (Jorge, 2000). Na **etapa 4**, para se avaliar a validação do conteúdo e o significado geral dentro do contexto da população, a versão corrigida foi apresentada para cinco juízes que analisaram as versões original, a traduzida e retrotraduzida. Os processos de tradução e retrotradução foram encaminhados para esse comitê de juízes, composto por uma equipe multidisciplinar especializada (dois psiquiatras, duas psicólogas e uma assistente de pesquisa em psicologia), conhecedores da finalidade do instrumento e do tema a ser analisado. Foi solicitado que lessem o instrumento, verificassem item por item, e sugerissem modificações. Caso a linguagem não parecesse adequada, pedia-se que se anotasse também a razão desta observação para a detecção de possíveis divergências nas traduções. Além disso, pediu-se que fossem verificados se os itens da escala eram pertinentes ao tema que

mensuravam. A validade de conteúdo refere-se à extensão em que o conteúdo de um teste está realmente abrangendo as suposições teóricas sobre o seu objeto de interesse e não conter aspectos que possam ser atribuídos a outros objetos, verificando assim se as dimensões medem e abarcam aquilo que o instrumento tem a intenção de avaliar. A validade de conteúdo considera essencialmente a precisão do conteúdo avaliado, geralmente através de um consenso entre especialistas e da adequação dos itens propostos na escala. Na **etapa 5**, realizou-se uma medida de confiabilidade com o intuito de analisar o nível de concordância entre três avaliadores em relação ao construto dependência/independência dos EVE. E, na **etapa 6**, baseados então na opinião dos juízes, produziu-se a versão final do instrumento (VF). Foi solicitada a permissão de uso e tradução da SLES para os autores.

Resultados

Em geral, as sentenças traduzidas mantiveram-se no pretérito perfeito, mesmo tempo verbal das originais. Na tradução da escala *likert*, optou-se por empregar termos de quantificação frequentemente mais utilizados para um melhor entendimento. A escala original é dividida em quatro termos: “Not at all”, “A little”, “Somewhat” e “A lot”, sendo traduzida como “Nem um pouco”, “Um pouco”, “Bastante” e “Muito”, respectivamente. Uma das alterações também realizada foi o acréscimo da variação dos termos do instrumento, para abranger os dois gêneros, feminino e masculino, por exemplo, “abusado(a)”. A sentença “I was sexually hurt or touched in private parts”, foi traduzida da como “Eu fui machucado(a) ou tocado(a) sexualmente em minhas partes íntimas”, pois partes privadas, que seria a terminologia traduzida, é menos utilizada do que “partes íntimas”. Outro item como “My home was damaged of fire, flood, storm, tornado or other event”, a tradução foi modificada para “Minha casa foi danificada por causa de incêndio, enchente, tempestade, ventania, ou outros eventos”, pois tornados não são comuns na

realidade brasileira. O item “I broke off an engagement” foi adaptado para o português como “Eu terminei um relacionamento”, pois, dentro da faixa etária alvo da escala, noivados são pouco frequentes no Brasil. Na sentença “I was hurt or punched by someone” a versão brasileira ficou como “Eu fui machucado ou apanhei de alguém”, para melhor compreensão da frase pelo público alvo. A sentença “I was bullied at school or in my neighborhood”, foi modificada para “Debocharam de mim na escola ou vizinhança”, pois esta é uma palavra sem uma tradução definitiva, mas entende-se que natureza do bullying seria de um tratamento abusivo para com aquela pessoa. A frase “I started my menstrual cycle (period)” foi adaptada para “Eu menstruei pela primeira vez”, para que houvesse maior equivalência de estilo, pois a expressão “começar um ciclo menstrual”, é de pouco uso na população geral. Em “I did badly on a big test”, a tradução ficou como “Tive maus resultados em um teste importante” a fim de manter o significado original da frase, mesmo esta não sendo uma tradução literal da sentença original.

Para garantir ainda a confiabilidade do construto independência/dependência dos eventos, ou seja, aqueles eventos que eram dependentes do comportamento do adolescente, e eventos que independiam do mesmo, foi realizada uma medida de confiabilidade entre observadores, seguindo os mesmos procedimentos usados na construção do instrumento original. Três dos autores de forma independente classificaram cada um dos eventos como independentes do comportamento do adolescente (por ex. a morte de um familiar, separação dos pais) ou dependente do comportamento do adolescente (por ex.: mau desempenho escolar). Realizamos então a medida *kappa*, com o intuito de analisar o nível de concordância entre os avaliadores em relação à dependência/independência entre sujeito e o fator estressante de vida. Neste método, as medidas variam entre 0 e 1, sendo 0 um índice esperado para uma concordância observada ao acaso e 1 é encontrado em uma concordância perfeita. Estes resultados foram então comparados entre si e resultaram em

três duplas de avaliadores, para cada tipo de protocolo utilizado. Os resultados de concordância obtidos, que estão na tabela a seguir, variaram entre concordância substancial e boa, o que para a natureza da escala é satisfatório. Esses índices de concordância se assemelharam aos apresentados no estudo original do desenvolvimento do instrumento, conferindo assim mais robustez para este estudo. (Tabela 1)

Tabela 1. Medida *Kappa* entre avaliadores

Protocolo SLES	CRIANÇA			ADOLESCENTE			PAIS		
	AB	BC	AC	AB	BC	AC	AB	BC	AC
ED-ED	16	15	14	33	28	30	28	26	26
ED-EI	4	7	7	6	11	9	11	10	9
EI-EI	41	39	40	40	40	40	40	43	44
<i>KAPPA</i>	0.84	0.73	0.72	0.84	0.72	0.77	0.72	0.73	0.76
Concordância	B	S	S	B	S	S	S	S	S

Nota: ED- Evento Dependente EI- Evento Independente S- Substancial B-Boa

Discussão

A literatura tem apresentado uma grande diversidade de métodos para avaliar eventos de vida. Essa heterogeneidade metodológica dificulta o seguimento de uma diretriz para abordagem do tema. Apesar de apresentarem uma significativa relevância tanto para aplicação clínica, como em pesquisa, nacionalmente ainda existem poucos instrumentos

confiáveis e adequados para avaliar EVE em crianças e adolescentes. O presente estudo apresentou a tradução e avaliação da equivalência conceitual, semântica e de itens do SLES, que se mostrou uma ferramenta útil na investigação de EVE.

A construção da versão original teve o propósito de dar conta das limitações apresentadas pelos demais métodos de avaliação já existentes, focando-se assim em adequar o tempo de aplicação, abranger um maior número de EVE, investigar a gravidade do evento percebida pelo respondente, ter uma entrevista face a face para o melhor preenchimento do instrumento. Dessa forma, após a verificação da boa qualidade psicométrica apresentada pelo SLES, optou-se por traduzi-lo e adaptá-lo. De modo geral, os itens obtiveram boa equivalência entre as versões. A apreciação da equivalência conceitual e de itens propiciou ajustes lingüísticos e adaptações terminológicas de alguns termos. Futuros estudos são necessários para avaliar as demais propriedades psicométricas do SLES na nossa cultura.

Os estudos voltados para o levantamento da ocorrência de eventos de vida em etapas precoces do desenvolvimento são fundamentais à medida que alertam para a repercussão que os fatores ambientais têm na saúde mental a longo prazo. É importante que os estudos se voltem para o rastreamento desses ambientes estressantes comuns entre os transtornos mentais, almejando assim uma melhor compreensão dessa associação.

É importante que os pesquisadores estejam atentos e ambicionando substituir os gastos atuais em pesquisas na área de avaliação e intervenção para focarem seus investimentos na área preventiva. Para tanto, é necessário a realização de estudos aliando padrões de resposta ao estresse e capacidade de resiliência a exposição a eventos de vida e fatores neurobiológicos. A partir de um enfoque em intervenção precoce tende-se a evitar o crescimento de indivíduos acometidos por psicopatologias.

As limitações sugeridas por este estudo referem-se novamente a falta de estudos com o mesmo instrumental para traçarmos comparações e propormos futuros refinamentos. Embora a escala abranja um número razoável de eventos, ainda assim acaba limitando-se em não contemplar alguns EVE que possam ter relevância. Por se tratar de uma entrevista acompanhada de uma escala de eventos, é importante um rapport apropriado e que propicie ao respondente um ambiente empático e de acolhimento para que assim a obtenção dos dados seja mais enriquecedora. Recomenda-se, por fim, que a utilização deste instrumento em ambiente de pesquisa seja acompanhada de um índice de concordância entre aplicadores, uma vez que o instrumento depende da variabilidade individual do entrevistador.

*Este trabalho contou com o apoio financeiro das agências de fomento CNPq e Fundo de Amparo à Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Referências

- Angst, J., A. Gamma, et al. (2011). "Childhood adversity and chronicity of mood disorders." *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 261(1): 21-7.
- Banez, G. A. & Compas, B.E. (1990). "Children's and parents' daily stressful events and psychological symptoms." *Journal of Abnormal Child Psychology* 18(6): 591-605.
- Brown, D. W., Anda, R. F. et al. (2009). "Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality." *American Journal of Preventive Medicine* 37(5): 389-96.
- Brown, G. W., Sklair, F. et al. (1973). "Life-events and psychiatric disorders. Some methodological issues." *Psychological Medicine* 3(1): 74-87.
- Carrion, V. G., Weems, C. F. et al. (2007). "Stress predicts brain changes in children: a pilot longitudinal study on youth stress, posttraumatic stress disorder, and the hippocampus." *Pediatrics* 119(3): 509-16.

- Coddington, R. D. (1972a). "The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children. I. A survey of professional workers." *Journal of Psychosomatic Research* 16(1): 7-18.
- Coddington, R. D. (1972b). "The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children. II. A study of a normal population." *Journal of Psychosomatic Research* 16(3): 205-13.
- Copeland, W. E., Keeler, G. et al. (2007). "Traumatic events and posttraumatic stress in childhood." *Archives of General Psychiatry* 64(5): 577-84.
- Costello, E. J., Edelbrock, C. S. et al. (1985). "Validity of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children: a comparison between psychiatric and pediatric referrals." *Journal of Abnormal Child Psychology* 13(4): 579-95.
- Crowe, S. L. & Blair, R. J. (2008). "The development of antisocial behavior: what can we learn from functional neuroimaging studies?" *Development Psychopathology* 20(4): 1145-59.
- De Bellis, M. D., Hooper, S. R. et al. (2010). "Demographic, maltreatment, and neurobiological correlates of PTSD symptoms in children and adolescents." *Journal of Pediatrics Psychology* 35(5): 570-7.
- De Bellis, M. D. & Van Dillen, T. (2005). "Childhood post-traumatic stress disorder: an overview." *Child and Adolescent Psychiatry Clinical North American* 14(4): 745-72, ix.
- Flouri, E. & Panourgia, C. (2011). "Adverse life events and emotional and behavioral problems in adolescence: the role of non-verbal cognitive ability and negative cognitive errors." *Journal of Abnormal Child Psychology* 39(5): 695-709.
- Horesh, N. & Iancu, I. (2010). "A comparison of life events in patients with unipolar disorder or bipolar disorder and controls." *Comprehensive Psychiatry* 51(2): 157-64.

- Johnson, J.H., & McCutcheon, S.M, (1980). "Assessing life stress in older children and adolescents: preliminary findings with Life Events Checklist". In: Sarasin, I.G., Spielberger, C.D.(Eds.), *Stress and Anxiety*. Hemisphere, Washington,DC.
- Jorge, M.R. (2000). Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa em saúde mental. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, editores. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos; p. 53-8.
- Kashani, J. H., Vaidya, A. F.et al. (1990). "Life events and major depression in a sample of inpatient children." *Comprehensive Psychiatry* 31(3): 266-74.
- Kaufman, J., Birmaher, B., et al. (1997). "Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data." *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36(7): 980-8.
- Kieling, C., H. Baker-Henningham, et al. (2011). "Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action." *Lancet* 378(9801): 1515-25.
- Mayer, L., Lopez-Duran, N. L. et al. (2009). "Stressful life events in a clinical sample of depressed children in Hungary." *Journal of Affective Disorders* 115(1-2): 207-14.
- Pasquali, L. (2000). Princípios de elaboração de escalas psicológicas. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW, editores. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos; p. 15-21.
- Pechtel, P. & Pizzagalli, D. A. (2011). "Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature." *Psychopharmacology (Berl)* 214(1): 55-70.
- Pine, D. S. (2007). "Research review: a neuroscience framework for pediatric anxiety disorders." *Journal of Child Psychology Psychiatry* 48(7): 631-48.

- Pine, D. S., Cohen, P., et al. (2002). "Adolescent life events as predictors of adult depression." *Journal of Affective Disorders* 68(1): 49-57.
- Romero, S., Birmaher, B., et al. (2009). "Negative life events in children and adolescents with bipolar disorder." *Journal of Clinical Psychiatry* 70(10): 1452-60.
- Sar, V., Taycan, O., et al. (2010). "Childhood trauma and dissociation in schizophrenia." *Psychopathology* 43(1): 33-40.
- Shonkoff, J. P., Boyce, W.T & McEwen, B. (2009). "Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention." *JAMA* 301(21): 2252-9.
- Williamson, D. E., Birmaher, B., et al. (1995). "Stressful life events in depressed adolescents: the role of dependent events during the depressive episode." *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34(5): 591-8.
- Williamson, D. E., Birmaher, B., et al. (2005). "Stressful life events in anxious and depressed children." *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 15(4): 571-80.
- Williamson, D. E., Birmaher, B., et al. (1998). "Nature of life events and difficulties in depressed adolescents." *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37(10): 1049-57.
- Williamson, D. E., Birmaher, B., et al. (2003). "The stressful life events schedule for children and adolescents: development and validation." *Psychiatry Research* 119(3): 225-41.

APÊNDICE A

Equivalência semântica entre a versão original, versão 1, versão retrotraduzida e a versão final do Stressful Life Events Schedule- Para Crianças

Apêndice A- Equivalência semântica entre a versão original, versão 1, versão retrotraduzida e a versão final do Stressful Life Events Schedule

VO	V1	VR	VF
1. I had trouble with grades or schoolwork.	1. Tive problemas com as notas ou trabalhos na escola.	1. I had problems with grades or schoolwork.	1. Eu tive dificuldades com notas ou trabalhos da escola.
2. My parents were not home because of work.	2. Meus pais não estavam em casa por causa do trabalho.	2. My parents were not at home because of work.	2. Meus pais não estavam em casa por causa do trabalho.
3. My parents hit each other.	3. Meus pais se agrediram.	3. My parents were aggressive to each other.	3. Meus pais se agrediram.
4. My parents have problems at work.	4. Meus pais tiveram problemas no trabalho.	4. My parent had problems at work.	4. Meus pais tiveram problemas no trabalho.
5. I was robbed.	5. Eu fui assaltado.	5. I was robbed.	5. Eu fui assaltado.
6. I got really bad news.	6. Eu tive notícias realmente ruins.	6. I had some really bad news.	6. Eu tive notícias realmente ruins.
7. My parents fought with each other.	7. Meus pais brigaram entre eles.	7. My parents fought with each other.	7. Meus pais brigaram entre eles.
8. I changed schools.	8. Eu mudei de escola.	8. I changed schools.	8. Eu mudei de escola.
9. I moved.	9. Eu mudei de residência.	9. I moved from my old house.	9. Eu mudei de residência.
10. My family had money problems.	10. Minha família teve problemas de dinheiro.	10. My family had problems with money.	10. Minha família teve problemas de dinheiro.
11. My parents got divorced or separated.	11. Meus pais se divorciaram ou se separaram.	11. My parents got divorced or separated.	11. Meus pais se divorciaram ou se separaram.
12. Close friends or family members had trouble with the police.	12. Amigos próximos ou membros da família tiveram problemas com a polícia.	12. Close friends or family members had problems with the police.	12. Amigos próximos ou membros da família tiveram problemas com a polícia.
13. My mom or dad remarried.	13. Minha mãe ou meu pai se casaram novamente.	13. My mother or father remarried.	13. Minha mãe ou meu pai se casaram novamente.
14. I did not get accepted to a school.	14. Eu não fui aceito em uma escola.	14. I wasn't accepted in a school.	14. Eu não fui aceito em uma escola.
15. I had a bad	15. Eu tive um acidente	15. I had an accident or	15. Eu tive um acidente

accident or health problems.	ou problemas de saúde.	health issues.	ou problemas de saúde.
16. Parents (including step-parents) had a baby or are expecting a baby.	16. Meus pais (incluindo padrastos) tiveram ou estão esperando um filho.	16. My parents (including stepparents) had or are expecting a child.	16. Meus pais (incluindo padrastos) tiveram ou estão esperando um filho.
17. I told someone really bad news.	17. Eu contei a alguém notícias realmente ruins.	17. I have told somebody some really bad news.	17. Eu contei a alguém notícias realmente ruins.
18. A close friend died.	18. Um amigo próximo morreu.	18. A close friend died.	18. Um amigo próximo morreu.
19. I started dating someone.	19. Eu comecei a namorar com alguém.	19. I started to date someone.	19. Eu comecei a namorar com alguém.
20. I broke up with my boyfriend/ girlfriend.	20. Eu terminei meu namoro.	20. I broke up my relationship.	20. Eu terminei meu namoro.
21. Someone moved out of my house.	21. Alguém se mudou da minha casa.	21. Someone moved out of my house.	21. Alguém se mudou da minha casa.
22. I was in the hospital or had an operation.	22. Eu estive no hospital ou sofri uma cirurgia.	22. I was in the hospital or had a surgery.	22. Eu estive no hospital ou sofri uma cirurgia.
23. Close friends or family members were robbed.	23. Amigos próximos ou membros da família foram assaltados.	23. Close friends or family members were robbed.	23. Amigos próximos ou membros da família foram assaltados.
24. Close friends or relatives were really sick.	24. Amigos próximos ou membros da família ficaram muito doentes.	24. Close friends or family members got very sick.	24. Amigos próximos ou membros da família ficaram muito doentes.
25. I was fighting more with my parents.	25. Eu estava brigando mais com meus pais.	25. I was fighting more with my parents.	25. Eu estava brigando mais com meus pais.
26. A close relative died.	26. Um parente próximo morreu.	26. Someone close in the family died	26. Um parente próximo morreu.
27. I tried out for a sports team or club and did not make it.	27. Eu tentei entrar em um time ou um clube e não consegui.	27. I tried to get in a team or a club and didn't made it.	27. Eu tentei entrar em um time ou um clube e não consegui.
28. Someone in my home had a baby (not your parents).	28. Alguém em casa teve um bebê (não seus pais).	28. Someone at home had a baby (not your parents).	28. Alguém na minha casa teve um bebê (não meus pais).
29. I had a change in my physical	29. Eu tive uma mudança na minha	29. I had some changes in my appearance that I	29. Eu tive uma mudança na minha

appearance that I did not like (<i>pimples, etc.</i>).	aparência física que eu não gostei (cravos, espinhas, etc.).	didn't like (blackheads, pimples, etc.).	aparência física que eu não gostei (cravos, espinhas, etc.).
30. My family had problems buying or selling a house.	30. Minha família teve problemas para comprar ou vender uma casa.	30. My family had problems to buy or sell a house.	30. Minha família teve problemas para comprar ou vender uma casa.
31. I was hurt or punched by someone.	31. Eu fui machucado ou apanhei de alguém.	31. I was injured or took a beating by someone.	31. Eu fui machucado ou apanhei de alguém.
32. I was caught committing a crime.	32. Eu fui pego cometendo um crime.	32. I was caught committing a crime.	32. Eu fui pego cometendo um crime.
33. Close friends of family were in the hospital or had an operation.	33. Amigos próximos ou família estiveram no hospital ou sofreram uma cirurgia.	33. Close friends or family were in the hospital or had a surgery.	33. Meu amigo próximo ou familiar esteve no hospital ou sofreu uma cirurgia.
34. I was bullied at school or in my neighborhood.	34. Debocharam de mim na minha escola ou vizinhança.	34. Someone at my neighborhood or at my school made fun of me.	34. Debocharam de mim na minha escola ou vizinhança.
35. I did badly on a big test.	35. Tive maus resultados em um teste importante.	35. I had bad results in an important test.	35. Tive maus resultados em um teste importante.
36. Problems with my house (<i>too many people, needs to be fixed up, mice or insects</i>).	36. Problemas com minha casa (pessoas demais, precisava ser consertada, ratos ou insetos).	36. Problems with my house (too many people, needed to be fixed, rats or insects).	36. Houve problemas na minha casa (pessoas demais, precisava ser consertada, ratos ou insetos).
37. I stopped talking to a good friend.	37. Eu parei de conversar com um bom amigo.	37. I stopped talking to a good friend.	37. Eu parei de conversar com um bom amigo.
38. I fought with a good friend.	38. Eu briguei com um bom amigo.	38. I fought with a good friend.	38. Eu briguei com um bom amigo.
39. I had problems with family members, close friends or classmates.	39. Eu tive problemas com membros da família, amigos próximos ou colegas de aula.	39. I had problems with family members, close friends or classmates.	39. Eu tive problemas com membros da família, amigos próximos ou colegas de aula.
40. Someone new	40. Alguém novo se mudou para a minha	40. Someone new moved	40. Alguém novo se mudou para a minha

moved into my house.	casa.	into my house.	casa.
41. My pet died or ran away.	41. Meu animal de estimação fugiu ou morreu.	41. My pet ran away or died.	41. Meu animal de estimação fugiu ou morreu.
42. A family member or close friend saw a doctor about his/ her feelings.	42. Um amigo próximo ou membro da família viu um médico por causa de seus sentimentos.	42. A close friend or family member saw a doctor because of their feelings.	42. Um amigo próximo ou membro da família foi ao médico por causa de seus sentimentos.
43. I found out that I was adopted.	43. Eu descobri que fui adotado (a).	43. I found out I was adopted.	43. Eu descobri que fui adotado (a).
44. My parent was out of work or not working.	44. Meu pai ou mãe estava sem trabalho ou não estava trabalhando.	44. My father or mother was unemployed or was not working.	44. Meu pai ou mãe estava sem trabalho ou não estava trabalhando.
45. I lived with someone other than my mom or dad.	45. Eu morei com outra pessoa (não meu pai e minha mãe).	45. I lived with someone else (not my father or mother).	45. Eu morei com outra pessoa (não meu pai e minha mãe).
46. I had health problems	46. Eu tive problemas de saúde.	46. I had health issues.	46. Eu tive problemas de saúde.
47. My neighborhood was not safe (<i>violence, crime, gangs</i>).	47. Minha vizinhança não era segura (<i>violência, crimes, gangues</i>).	47. My neighborhood wasn't safe (<i>violence, crimes, gangues</i>).	47. Minha vizinhança não era segura (<i>violência, crimes, gangues</i>).
48. A close friend or family member got hurt badly.	48. Um amigo próximo ou membro da família se machucou muito.	48. A close friend or family member got seriously hurt.	48. Um amigo próximo ou membro da família se machucou muito.
49. I had problems being liked by my school friends.	49. Tive problemas porque meus amigos da escola não gostavam de mim.	49. I had problems because my schoolmates didn't like me.	49. Tive problemas porque meus amigos da escola não gostavam de mim.
50. Close friends or family tried to hurt themselves.	50. Amigos ou familiares próximos tentaram se machucar.	50. Friends or close family members tried to hurt themselves.	50. Amigos ou familiares próximos tentaram se machucar.
51. My parent or brother/sister died	51. Meu pai/mãe ou irmão/irmã morreu.	51. My father/mother or brother/sister died.	51. Meu pai/mãe ou irmão/irmã morreu.
52. My parent was fired from a job.	52. Meu pai/mãe foi demitido (a).	52. My father/mother was fired.	52. Meu pai/mãe foi demitido (a).
53. My brothers/sisters	53. Meus irmãos (irmãs)	53. My siblings fought	53. Meus irmãos (irmãs)

fought more with my parents.	brigaram mais com meus pais.	more with my parents.	brigaram mais com meus pais.
54. I saw something bad happen.	54. Eu vi algo ruim acontecer.	54. I saw something bad happen.	54. Eu vi algo ruim acontecer.
55. My parents had trouble getting along.	55. Meus pais tiveram dificuldades em se entender.	55. My parents had difficulty in getting along.	55. Meus pais tiveram dificuldades em se entender.
56. My home was damaged because of fire, flood, storm, tornado or other event.	56. Minha casa foi danificada por causa de incêndio, enchente, tempestade, tornado, ou outros eventos.	56. My house was damaged because of a fire, flood, storm, tornado, or other events.	56. Minha casa foi danificada por causa de incêndio, enchente, tempestade, ventania, ou outros eventos.
57. I stopped going to school.	57. Eu parei de ir para a escola.	57. I stopped going to school.	57. Eu parei de ir para a escola.
58. I fought with someone at school.	58. Eu briguei com alguém na escola.	58. I fought with someone at school.	58. Eu briguei com alguém na escola.
59. I fought more with my brothers/sisters.	59. Eu briguei com meus irmãos/irmãs.	59. I fought with my brothers/sisters.	59. Eu briguei com meus irmãos/irmãs.
60. I was sexually hurt or touched in my private parts.	60. Eu fui machucada ou tocada sexualmente em minhas partes íntimas.	60. I was injured or touched sexually in my private parts.	60. Eu fui machucado(a) ou tocado(a) sexualmente em minhas partes íntimas.
61. I ran away from home.	61. Eu fugi de casa.	61. I ran away from home.	61. Eu fugi de casa.
62. Did any other problems or important things happen?	62. Outros problemas ou outras coisas importantes aconteceram?	62. Other problems or important things happened?	62. Outros problemas ou outras coisas importantes aconteceram?

APÊNDICE B

Equivalência semântica entre a versão original, versão 1, versão retrotraduzida e a versão final do Stressful Life Events Schedule- Para Adolescentes

Apêndice 2- Equivalência semântica entre a versão original, versão 1, versão retrotraduzida e a versão final do Stressful Life Events Schedule- Para Adolescentes

VO	V1	VR	VF
1. I had trouble with grades or schoolwork.	1. Tive problemas com as notas ou trabalhos na escola	1. I had problems with grades or assignments at school.	1. Eu tive dificuldades com notas ou trabalhos da escola
2. Female: I started my menstrual cycle (<i>period</i>).	2. Feminino: eu comecei minha menstruação.	2. Feminine: I started my period.	2. Feminino: Eu menstruei pela primeira vez
3. My parents were not home because of work.	3. Meus pais não estavam em casa por causa do trabalho.	3. My parents were not at home because of their work.	3. Meus pais não estavam em casa por causa do trabalho.
4. I was fired from a job.	4. Fui demitido de um emprego.	4. I got fired from a job.	4. Fui demitido de um emprego.
5. My parents hit each other (<i>fight</i>).	5. Meus pais se agrediram.	5. My parents got aggressive to each other.	5. Meus pais se agrediram.
6. I testified in court.	6. Eu testemunhei no tribunal.	6. I testified in a court.	6. Eu testemunhei no tribunal.
7. Male: My girlfriend was pregnant.	7. Masculino: Minha namorada estava grávida.	7. Masculine: My girlfriend was pregnant.	7. Masculino: Minha namorada estava grávida.
8. My parents have problems at work.	8. Meus pais tiveram problemas no trabalho.	8. My parents had problems at work	8. Meus pais tiveram problemas no trabalho.
9. I was robbed.	9. Eu fui assaltado.	9. I was robbed.	9. Eu fui assaltado.
10. I got really bad news.	10. Eu tive notícias realmente ruins.	10. I had some really bad news.	10. Eu tive notícias realmente ruins.
11. My pet died or ran away.	11. Meu animal de estimação fugiu ou morreu.	11. My pet ran way or died.	11. Meu animal de estimação fugiu ou morreu.
12. I changed schools.	12. Eu mudei de escola.	12. I changed school.	12. Eu mudei de escola.
13. I moved.	13. Eu mudei de	13. I changed	13. Eu mudei de

	residência.	residence.	residência.
14. My family had money problems.	14. Minha família teve problemas de dinheiro.	14. My family had money problems.	14. Minha família teve problemas de dinheiro.
15. My parents divorced or separated.	15. Meus pais se divorciaram ou se separaram.	15. My parents got divorced or separated.	15. Meus pais se divorciaram ou se separaram.
16. My close friends or family members had trouble with the police.	16. Amigos próximos ou membros da família tiveram problemas com a polícia.	16. Close friends or family members had problems with the police.	16. Amigos próximos ou membros da família tiveram problemas com a polícia.
17. I applied for a job and did not get hired.	17. Eu me candidatei a um emprego e não fui admitido.	17. I applied for a job and did not get it.	17. Eu me candidatei a um emprego e não fui admitido.
18. My mom or dad remarried.	18. Minha mãe ou meu pai se casaram novamente.	18. My mother or father got remarried.	18. Minha mãe ou meu pai se casaram novamente.
19. I had problems at my job.	19. Eu tive problemas em meu emprego.	19. I had problems with my job.	19. Eu tive problemas em meu emprego.
20. I did not get accepted to a school.	20. Eu não fui aceito em uma escola.	20. I wasn't accepted in a school.	20. Eu não fui aceito em uma escola.
21. I had a bad accident or health problems.	21. Eu tive um acidente ou problemas de saúde.	21. I had an accident or health problems.	21. Eu tive um acidente ou problemas de saúde.
22. I lived with my boyfriend/ girlfriend.	22. Eu morei com meu/minha namorado (a).	22. I lived with my boyfriend/girlfriend.	22. Eu morei com meu/minha namorado (a).
23. My parents (including step-parents) had a baby or are expecting a baby.	23. Meus pais (incluindo padrastos) tiveram ou estão esperando um filho.	23. My parents (including stepparents) had or are expecting a child.	23. Meus pais (incluindo padrastos) tiveram ou estão esperando um filho.
24. I told someone really bad news.	24. Eu contei a alguém notícias realmente ruins.	24. I told someone some really bad news.	24. Eu contei a alguém notícias realmente ruins.
25. A close friend died.	25. Um amigo próximo morreu.	25. A close friend died.	25. Um amigo próximo morreu.

26. I started dating someone.	26. Eu comecei a namorar com alguém.	26. I started dating someone.	26. Eu comecei a namorar com alguém.
27. I broke up with my boyfriend/ girlfriend.	27. Eu terminei meu namoro.	27. I broke off my relationship.	27. Eu terminei meu namoro.
28. I argued with my boyfriend/ girlfriend.	28. Eu discuti com meu/minha namorado (a).	28. I argued with my boyfriend/girlfriend.	28. Eu discuti com meu/minha namorado (a).
29. I had sex for the first time.	29. Tive relações sexuais pela primeira vez.	29. I had sexual relations for the first time.	29. Tive relações sexuais pela primeira vez.
30. Someone moved out of my house.	30. Alguém se mudou da minha casa.	30. Someone moved into my house.	30. Alguém se mudou da minha casa.
31. I was in the hospital or had an operation	31. Eu estive no hospital ou sofri uma cirurgia.	31. I was in the hospital or had a surgery.	31. Eu estive no hospital ou sofri uma cirurgia.
32. A close friend or family member was robbed	32. Amigos próximos ou membros da família foram assaltados.	32. Close friends or family members got robbed.	32. Um amigo próximo ou membro da família foi assaltado.
33. My close friend or relative was really sick.	33. Amigos próximos ou membros da família ficaram muito doentes.	33. Close friends or family members got very sick.	33. Amigo próximo ou membro da família ficaram muito doentes
34. I had problems with someone at work.	34. Eu tive problemas com alguém no trabalho.	34. I had problems with someone at work.	34. Eu tive problemas com alguém no trabalho.
35. I fought more with my parents.	35. Eu briguei mais com meus pais.	35. I fought more with my parents.	35. Eu briguei mais com meus pais.
36. I argued more with other relatives (<i>not parents</i>)	36. Eu briguei mais com outros familiares (não os pais).	36. I fought more with other family members (not the parents)	36. Eu briguei mais com outros familiares (não os pais).
37. A close relative died.	37. Um parente próximo morreu.	37. A close family member died.	37. Um parente próximo morreu.
38. I tried out for a sports team or club and did not	38. Eu tentei entrar em um time ou um clube e não consegui.	38. I tried to get into a team or a club and did not get in.	38. Eu tentei entrar em um time ou um clube e não consegui.

make it.

39. Someone in my house had a baby (<i>not my parents</i>).	39. Alguém em casa teve um bebê (não seus pais).	39. Someone at home had a baby (not your parents)	39. Alguém na minha casa teve um bebê(não meus pais)
40. I changed in physical appearance and did not like it (<i>acne, etc.</i>).	40. Eu tive uma mudança na minha aparência física que eu não gostei (espinhas, etc.)	40. I had a change in my physical appearance that I did not like (pimples, etc.)	40. Eu tive uma mudança na minha aparência física que eu não gostei (espinhas, etc.)
41. I was sexually harrassed at school or work.	41. Fui assediada sexualmente na escola ou no trabalho.	41. I was sexually harassed at school or at work.	41. Fui assediada sexualmente na escola ou no trabalho.
42. I broke off an engagerment.	42. Eu terminei um noivado.	42. I broke off and engagement.	42. Eu terminei um relacionamento
43. My family had problems buying or selling a house.	43. Minha família teve problemas para comprar ou vender uma casa.	43. My family had problems to sell or to buy a house.	43. Minha família teve problemas para comprar ou vender uma casa.
44. I was physically/sexually abused by my boyfriend/girlfriend.	44. Eu fui fisicamente/sexualmente abusada(o) por meu namorado (a)	44. I was physically/sexually abused by my boyfriend/girlfriend.	44. Eu fui fisicamente/sexualmente abusada(o) por meu namorado (a)
45. I was hurt or punched by someone.	45. Eu fui machucado ou apanhei de alguém.	45. I was injured or got beated by someone.	45. Eu fui machucado ou apanhei de alguém.
46. I was caught committing a crime.	46. Eu fui pego cometendo um crime.	46. I was caught committing a crime.	46. Eu fui pego cometendo um crime.
47. My close friend or family member was in the hospital or had an operation.	47. Amigos próximos ou família estiveram no hospital ou sofreram uma cirurgia.	47. Close friends or family were in the hospital or had a surgery.	47. Meu amigo próximo ou familiar esteve no hospital ou sofreu uma cirurgia
48. Females: I had an abortion.	48. Feminino: Tive um aborto.	48. Feminine: I had an abortion.	48. Feminino: Tive um aborto.
49. I was bullied at school or in my neighborhood.	49. Debocharam de mim na minha escola ou vizinhança.	49. Someone ate my neighborhood or at school made fun of me.	49. Debocharam de mim na minha escola ou vizinhança.
50. I did poorly on an important test.	50. Tive maus resultados em um teste importante.	50. I had bad results in an important test.	50. Tive maus resultados em um teste importante.

51. There were problems with my house (<i>overcrowded, needs to be fixed up, mice or insects</i>).	51. Problemas com minha casa (pessoas demais, precisava ser consertada, ratos ou insetos).	51. Problems with my house (too many people, needed to be fixed, rats or insects).	51. Houve problemas na minha casa (pessoas demais, precisava ser consertada, ratos ou insetos).
52. I stopped talking to a good friend.	52. Eu parei de conversar com um bom amigo.	52. I stopped talking to a good friend.	52. Eu parei de conversar com um bom amigo.
53. I fought with a good friend.	53. Eu lutei com um bom amigo.	53. I fought with a good friend.	53. Eu lutei com um bom amigo.
54. I had problems with family members, close friends, or classmates.	54. Eu tive problemas com membros da família, amigos próximos ou colegas de aula.	54. I had problems with family members, close friends or schoolmates.	54. Eu tive problemas com membros da família, amigos próximos ou colegas de aula.
55. Someone new moved into my house.	55. Alguém novo se mudou para a minha casa.	55. Someone new moved into my house.	55. Alguém novo se mudou para a minha casa.
56. My job effected other aspects of life (<i>school, home life, social life</i>).	56. Meu emprego afetou outros aspectos da minha vida (escola, vida em casa, vida social).	56. My job affected other aspects of my life (school, life at home, social life).	56. Meu emprego afetou outros aspectos da minha vida (escola, vida em casa, vida social).
57. I was sexually hurt or touched in private parts.	57. Eu fui machucada ou tocada sexualmente em minhas partes íntimas.	57. I was hurt or touched in sexually in my private parts.	57. Eu fui machucado(a) ou tocado(a) sexualmente em minhas partes íntimas.
58. A family member or close friend saw a doctor about his/her feelings.	58. Um amigo próximo ou membro da família viu um médico por causa de seus sentimentos.	58. A close friend or family member saw a doctor because of their feelings.	58. Um amigo próximo ou membro da família foi ao médico por causa de seus sentimentos.
59. I found out I was adopted.	59. Eu descobri que fui adotado (a).	59. I found out I was adopted.	59. Eu descobri que fui adotado (a).
60. My parent was out of work or not working.	60. Meu pai ou mãe estavam sem trabalho ou não estava trabalhando.	60. My father or mother were unemployed or were not working.	60. Meu pai ou mãe estavam sem trabalho ou não estava trabalhando.
61. I lived with someone other than my mom or	61. Eu morei com outra pessoa (não meu pai e	61. I lived with someone else (not my	61. Eu morei com outra pessoa (não meu

dad.	minha mãe).	father or mother).	pai e minha mãe).
62. I had long term health problems.	62. Eu tive problemas de saúde de longo prazo.	62. I had long term health problems.	62. Eu tive problemas de saúde que duraram muito tempo.
63. My neighborhood was not safe (<i>violence, crimes, gangs</i>).	63. Minha vizinhança não era segura (<i>violência, crimes, gangues</i>).	63. My neighborhood was not safe (<i>violence, crimes, gangues</i>).	63. Minha vizinhança não era segura (<i>violência, crimes, gangues</i>).
64. A close friend or family member was hurt badly.	64. Um amigo próximo ou membro da família se machucou muito.	64. A close friend or family member got seriously hurt.	64. Um amigo próximo ou membro da família se machucou muito.
65. I had problems being liked by classmates.	65. Tive problemas porque meus amigos da escola não gostavam de mim.	65. I had problems because my schoolmates didn't like me.	65. Tive problemas porque meus amigos da escola não gostavam de mim.
66. My close friends or family tried to hurt themselves.	66. Amigos ou familiares próximos tentaram se machucar.	66. Friends or close family member tried to hurt themselves.	66. Amigos ou familiares próximos tentaram se machucar.
67. My parents or brother/ sister died.	67. Meu pai/mãe ou irmão/irmã morreu.	67. My father/mother or brother/sister died.	67. Meu pai/mãe ou irmão/irmã morreu.
68. My parent was fired from his/ her job.	68. Meu pai/mãe foi demitido (a).	68. My father/mother got fired.	68. Meu pai/mãe foi demitido (a).
69. My brother/ sister fought more with my parents.	69. Meus irmãos (irmãs) brigaram mais com meus pais.	69. My brother/sister fought more with my parents.	69. Meus irmãos (irmãs) brigaram mais com meus pais.
70. I saw something bad happen.	70. Eu vi algo ruim acontecer.	70. I saw something bad happen.	70. Eu vi algo ruim acontecer.
71. Females: I got pregnant.	71. Feminino: Eu engravidei.	71. Feminine: I got pregnant.	71. Feminino: Eu engravidei.
72. My parents had trouble getting along.	72. Meus pais tiveram dificuldades em se entender.	72. My parents had difficulty in getting along.	72. Meus pais tiveram dificuldades em se entender.
73. My home was damaged because of fire, flood, storm, tornado or other event.	73. Minha casa foi danificada por causa de incêndio, enchente, tempestade, tornado, ou outros eventos.	73. My house was damaged because of a fire, flood, storm, tornado, or other events.	73. Minha casa foi danificada por causa de incêndio, enchente, tempestade, ventania, ou outros eventos.
74. I stopped going to	74. Eu parei de ir para a	74. I stopped going to	74. Eu parei de ir para

school.	escola.	school.	a escola.
75. I fought with someone at school.	75. Eu briguei com alguém na escola.	75. I fought with someone at school.	75. Eu briguei com alguém na escola.
76. I fought more with my brother/ sister.	76. Eu briguei mais com meus irmãos/irmãs.	76. I fought more with my brother/sister.	76. Eu briguei mais com meus irmãos/irmãs.
77. Males: My girlfriend had an abortion.	77. Masculino: Minha namorada teve um aborto.	77. Masculine: My girlfriend had an abortion.	77. Masculino: Minha namorada teve um aborto.
78. I told someone that I was bisexual or homosexual.	78. Eu contei para alguém que eu era bissexual ou homossexual.	78. I told someone I was bisexual or homosexual.	78. Eu contei para alguém que eu era bissexual ou homossexual.
79. I ran away from home.	79. Eu fugi de casa.	79. I ran away from home.	79. Eu fugi de casa.
80. Did any other problems or important things happen?	80. Outros problemas ou outras coisas importantes aconteceram?	80. Other problems or important things happened?	80. Outros problemas ou outras coisas importantes aconteceram?

APÊNDICE C

Equivalência semântica entre a versão original, versão 1, versão retrotraduzida e a versão final do Stressful Life Events Schedule- Para Pais

Apêndice C- Equivalência semântica entre a versão original, versão 1, versão retrotraduzida e a versão final do Stressful Life Events Schedule- Para Pais

VO	V1	VR	VF
1. My child had trouble with grades, school, or work.	1. Meu filho teve problemas com as notas ou trabalhos na escola.	1. My child had problems with their grades or schoolwork.	1. Meu filho teve dificuldades com as notas ou trabalhos da escola.
2. My daughter started her menstrual cycle (<i>period</i>).	2. Minha filha começou sua menstruação.	2. My daughter started her period.	2. Minha filha menstruou pela primeira vez.
3. Child's parent(s) were not home because of work.	3. Os pais não estavam em casa por causa do trabalho.	3. Parents were not at home because of their job.	3. Os pais não estavam em casa por causa do trabalho.
4. Child's parent(s) fired from a job.	4. Os pais foram demitidos de um emprego.	4. Parents got fired from a job.	4. Os pais foram demitidos de um emprego.
5. Child's parents hit each other.	5. Os pais se agrediram.	5. Parents got aggressive to each other.	5. Os pais se agrediam.
6. My child testified in court.	6. Meu filho testemunhou no tribunal.	6. My child testified in a court.	6. Meu filho foi testemunha no tribunal.
7. My son's girlfriend was pregnant.	7. A namorada do meu filho estava grávida.	7. My son's girlfriend got pregnant.	7. A namorada do meu filho estava grávida.
8. Child's parent(s) have problems at work.	8. Os pais tiveram problemas no trabalho.	8. Parents had problems at work.	8. Os pais tiveram problemas no trabalho.
9. My child was robbed.	9. Meu filho foi assaltado.	9. My child was robbed.	9. Meu filho foi assaltado.
10. My child got really bad news.	10. Meu filho teve notícias realmente ruins.	10. My child had some really bad news.	10. Meu filho teve notícias realmente ruins.
11. My child was sexually hurt or touched in private parts.	11. Meu filho foi molestado ou tocado sexualmente.	11. My child was molested or sexually touched.	11. Meu filho foi molestado ou tocado sexualmente.
12. My child changed schools.	12. Meu filho mudou de escola.	12. My child changed schools.	12. Meu filho mudou de escola.

13. My child moved.	13. Meu filho mudou de residência.	13. My child changed residences.	13. Meu filho mudou de residência.
14. Our family had money problems.	14. Nossa família teve problemas financeiros.	14. Our family had financial problems.	14. Nossa família teve problemas financeiros.
15. My child's parent(s) divorced or separated.	15. Os pais do meu filho se divorciaram ou se separaram.	15. My child's parents got divorced or separated.	15. Os pais do meu filho se divorciaram ou se separaram.
16. My child's close friends or family members had trouble with the police.	16. Amigos próximos ou membros da família do meu filho tiveram problemas com a polícia.	16. Close friends or family members had problems with the police.	16. Amigos próximos ou membros da família do meu filho tiveram problemas com a polícia.
17. My child applied for a job and did not get hired.	17. Meu filho se candidatou a um emprego e não foi admitido.	17. My child applied for a job and did not get it.	17. Meu filho se candidatou a um emprego e não foi admitido.
18. My child's mom or dad remarried.	18. A mãe ou o pai de meu filho se casaram novamente.	18. My child's mother or father got remarried.	18. A mãe ou o pai de meu filho se casaram novamente.
19. My child was warned or disciplined for work performance.	19. Meu filho foi advertido ou sofreu medidas disciplinares por seu desempenho no emprego.	19. My child got a warning or suffered disciplinary measures for their performance in their job.	19. Meu filho foi advertido ou sofreu suspensão por seu desempenho na escola/ou no emprego.
20. A school did not accept my child.	20. Meu filho não foi aceito em uma escola.	20. My child didn't get accepted in a school.	20. Meu filho não foi aceito em uma escola.
21. My child had a bad accident or health problems.	21. Meu filho teve um acidente ou problemas de saúde.	21. My child had an accident or health problems.	21. Meu filho sofreu um acidente grave ou teve problemas de saúde.
22. My child lived with a boyfriend/ girlfriend.	22. Meu filho morou com sua/seu namorada(o).	22. My child lived with their girlfriend/boyfriend.	22. Meu filho morou com sua/seu namorada(o).
23. Parents (including step-parents) had a baby or are expecting a baby.	23. Os pais de meu filho (incluindo padrastos) tiveram ou estão esperando um filho.	23. My child's parents (including stepparents) had or are expecting a child.	23. Os pais de meu filho (incluindo padrastos) tiveram ou estão esperando um filho.
24. My child told someone <i>really</i> bad	24. Meu filho contou a alguém notícias	24. My child told someone <i>some really</i>	24. Meu filho contou a alguém notícias

news.	<u>realmente</u> ruins.	bad news.	<u>realmente</u> ruins.
25. My child's close friend died. 1 2	25. Um amigo próximo de meu filho morreu.	25. A close friend of my child died.	25. Um amigo próximo de meu filho morreu.
26. My child started dating someone.	26. Meu filho começou a namorar com alguém.	26. My child started dating someone.	26. Meu filho começou a namorar com alguém.
27. My child broke up with a boyfriend/girlfriend.	27. Meu filho terminou seu namoro.	27. My child broke off their relationship.	27. Meu filho terminou seu namoro.
28. My child argued with a boyfriend/girlfriend.	28. Meu filho discutiu com sua namorada (o).	28. My child argued with their girlfriend/boyfriend.	28. Meu filho discutiu com sua namorada (o).
29. My child had sex for the first time.	29. Meu filho teve relações sexuais pela primeira vez.	29. My child had sexual relationships for the first time.	29. Meu filho teve relações sexuais pela primeira vez.
30. Someone moved out of my child's house.	30. Alguém se mudou embora da casa de meu filho.	30. Someone moved from my child's house.	30. Alguém se mudou da casa de meu filho.
31. My child was in the hospital or had an operation.	31. Meu filho esteve no hospital ou sofreu uma cirurgia.	31. My child was in a hospital or had a surgery.	31. Meu filho esteve no hospital ou sofreu uma cirurgia.
32. My child's close friend or family member was robbed.	32. Amigos próximos ou membros da família foram assaltados.	32. Close friends or family members were robbed.	32. Amigos próximos do meu filho ou membros da família foram assaltados.
33. My child's close friend or relative was really sick.	33. Amigos próximos ou membros da família ficaram muito doentes.	33. Close friends or family members got really sick.	33. Amigos próximos ou membros da família ficaram muito doentes.
34. My child had problems with someone at work.	34. Meu filho teve problemas com alguém no trabalho.	34. My child had problems with someone at work.	34. Meu filho teve problemas com alguém no trabalho.
35. My child fought more with parents.	35. Meu filho brigou mais com os pais.	35. My child fought more with their parents.	35. Meu filho brigou mais com os pais.
36. My child argued more with other relatives (<i>not parents</i>).	36. Meu filho brigou mais com outros familiares (não os pais).	36. My child fought more with other family members (<i>not the parents</i>).	36. Meu filho brigou mais com outros familiares (não os pais).
37. A close relative	37. Um parente	37. A close family	37. Um parente próximo

died.	próximo morreu.	member died.	morreu.
38. My child tried out for a sports team or club and did not make it.	38. Meu filho tentou entrar em um time ou um clube e não conseguiu.	38. My child tried to get into a team or club and did not get in.	38. Meu filho tentou entrar em um time ou um clube e não conseguiu.
39. Someone in my child's home is having a baby (<i>not his/ her parents</i>).	39. Alguém em casa teve um bebê (não os pais de meu filho).	39. Someone at home had a baby (not my child's parents).	39. Alguém em casa teve um bebê (não os pais de meu filho).
40. My child changed in physical appearance and did not like it (<i>acne, etc.</i>).	40. Meu filho teve uma mudança física que não gostou (espinhas, etc.).	40. My child had a physical change that they did not like (pimples, etc.).	40. Meu filho teve uma mudança na aparência física que não gostou (espinhas, etc.).
41. My child was sexually harrassed at school or work.	41. Meu filho foi assediado sexualmente na escola ou no trabalho.	41. My child was sexually harassed at school or at work.	41. Meu filho foi assediado sexualmente na escola ou no trabalho.
42. My child broke off an engagement.	42. Meu filho terminou um noivado.	42. My child broke off an engagement.	42. Meu filho terminou um relacionamento.
43. My child's family had problems buying or selling a house.	43. Nossa família teve problemas para comprar ou vender uma casa.	43. Our family had problems to buy or to sell a house.	43. Nossa família teve problemas para comprar ou vender uma casa.
44. My child was physically/ sexually abused by his/her boyfriend/ girlfriend.	44. Meu filho foi fisicamente/sexualment e abusada(o) por sua namorada (o).	44. My child was physically/sexually abused by their girlfriend/boyfriend.	44. Meu filho foi fisicamente/sexualmente abusada(o) por sua namorada (o).
45. My child was hurt or punched by someone (<i>not including spanking</i>).	45. Meu filho foi machucado ou apanhou de alguém.	45. My child was hurt or got beaten by someone.	45. Meu filho foi machucado ou apanhou de alguém.
46. My child was caught committing a crime.	46. Meu filho foi pego cometendo um crime.	46. My child was caught committing a crime.	46. Meu filho foi pego cometendo um crime.
47. My child's close friend or family member was in the hospital or had an operation.	47. Amigos próximos ou membros da família estiveram no hospital ou sofreram uma cirurgia.	47. Close friends or family members were in a hospital or had a surgery.	47. Amigos próximos ou membros da família estiveram no hospital ou sofreram uma cirurgia.
48. My daughter had	48. Minha filha teve	48. My daughter had	48. Minha filha teve

an abortion.	um aborto.	an abortion.	um aborto.
49. My child was bullied at school or in the neighborhood.	49. Debocharam de meu filho na escola ou vizinhança.	49. Someone at school or in the neighborhood made fun of my child.	49. Debocharam de meu filho na escola ou vizinhança.
50. My child did badly on an important test.	50. Meu filho teve maus resultados em um teste importante.	50. My child had bad results in an important test.	50. Meu filho foi mal em um teste importante
51. There were problems with my child's house <i>(overcrowded, needs to be fixed up, mice or insects).</i>	51. Houve problemas com minha casa (pessoas demais, precisava ser consertada, ratos ou insetos).	51. There were problems with my house (too many people, needed to be fixed, rats or insects).	51. Houve problemas na casa do meu filho (pessoas demais, precisava ser consertada, ratos ou insetos).
52. My child stopped talking to a good friend.	52. Meu filho parou de conversar com um bom amigo.	52. My child stopped talking to a good friend.	52. Meu filho parou de conversar com um bom amigo.
53. My child fought with a good friend.	53. Meu filho brigou com um bom amigo.	53. My child fought with a good friend.	53. Meu filho brigou com um bom amigo.
54. My child had problems with family members, close friends, or classmates.	54. Meu filho teve problemas com membros da família, amigos próximos ou colegas de aula.	54. My child had problems with family members, close friends or schoolmates.	54. Meu filho teve problemas com membros da família, amigos próximos ou colegas de aula.
55. Someone new moved into my child's house.	55. Alguém novo se mudou para a casa de meu filho.	55. Someone new moved into my child's house.	55. Alguém novo se mudou para a casa de meu filho.
56. My child's job effected other aspects of life <i>(school, home life, social life).</i>	56. O emprego de meu filho afetou outros aspectos da sua vida (escola, vida em casa, vida social).	56. My child's job affected other aspects of their life (school, life at home, social life).	56. O emprego de meu filho afetou outros aspectos da sua vida (escola, vida em casa, vida social).
57. My child's pet died or ran away.	57. O animal de estimação de meu filho morreu ou fugiu.	57. My child's pet died or ran away.	57. O animal de estimação de meu filho morreu ou fugiu.
58. My child's family member or close friend saw a doctor about his/her feelings.	58. Um amigo próximo ou membro da família viu um médico por causa de seus sentimentos.	58. A close friend or family member saw a doctor because of their feelings.	58. Um amigo próximo ou membro da família viu um médico por causa de seus sentimentos.

59. My child found out he/ she was adopted.	59. Meu filho descobriu que foi adotado (a).	59. My child found out they were adopted.	59. Meu filho descobriu que foi adotado (a).
60. My child's parent was out of work or not working.	60. O pai ou mãe de meu filho estavam sem trabalho ou não estavam trabalhando.	60. My child's father or mother were unemployed or were not working	60. O pai ou mãe de meu filho estavam sem trabalho ou não estavam trabalhando.
61. My child lived with someone other than his/ her mom or dad.	61. Meu filho morou com outra pessoa (não seu pai e mãe).	61. My child lived with someone else (not their father or mother).	61. Meu filho morou com outra pessoa (não seu pai e mãe).
62. My child had health problems.	62. Meu filho teve problemas de saúde.	62. My child had health problems.	62. Meu filho teve problemas de saúde.
63. My child's neighborhood was not safe (<i>violence, crimes, gangs</i>).	63. A vizinhança de meu filho não era segura (<i>violência, crimes, gangues</i>).	63. My child's neighborhood wasn't safe (<i>violence, crimes, gangues</i>).	63. A vizinhança de meu filho não era segura (<i>violência, crimes, gangues</i>).
64. My child's close friend or family member was hurt.	64. Um amigo próximo ou membro da família se machucou.	64. A close friend or family member got hurt.	64. Um amigo próximo ou parente de meu filho se machucou.
65. My child had problems being liked by classmates.	65. Meu filho teve problemas seus colegas da escola não gostavam dele.	65. My child had problems with their schoolmates because they didn't like him/her.	65. Meu filho teve problemas na escola, como os seus colegas não gostarem dele.
66. My child's close friends or family tried to hurt themselves.	66. Amigos ou familiares próximos tentaram se machucar.	66. Friends or close family members tried to hurt themselves.	66. Amigos ou familiares próximos do meu filho tentaram se machucar.
67. My child's parents or brother/ sister died.	67. O pai/mãe ou irmão/irmã de meu filho morreu.	67. My child's father/mother or brother/sister died.	67. O pai/mãe ou irmão/irmã de meu filho morreu.
68. My child's parent was fired from his/ her job.	68. O pai/mãe de meu filho foi demitido(a).	68. My child's father/mother was fired.	68. O pai/mãe de meu filho foi demitido(a).
69. My child's brother/ sister fought more with his/ her parents.	69. Os irmãos (irmãs) brigaram mais com seus pais.	69. Siblings fought more with their parents.	69. Os irmãos (irmãs) brigaram mais com seus pais.
70. My child saw something bad happen.	70. Meu filho viu algo ruim acontecer.	70. My child saw something bad happen.	70. Meu filho viu algo ruim acontecer.

71. My daughter got pregnant.	71. Minha filha engravidou.	71. My daughter got pregnant.	71. Minha filha engravidou.
72. My child's parents had trouble getting along.	72. Os pais de meu filho tiveram dificuldades em se entender.	72. My child's parents had difficulties to get along.	72. Os pais de meu filho tiveram dificuldades em se entender.
73. My child's home was damaged because of fire, flood, storm, tornado or other event.	73. A casa de meu filho foi danificada por causa de incêndio, enchente, tempestade, tornado, ou outros eventos.	73. My child's house was damaged because of a fire, flood, storm, tornado, or other events.	73. A casa do meu filho foi danificada por causa de incêndio, enchente, tempestade, ventania, ou outros eventos.
74. My child stopped going to school.	74. Meu filho parou de ir para a escola.	74. My child stopped going to school.	74. Meu filho parou de ir para a escola.
75. My child fought with someone at school.	75. Meu filho brigou com alguém na escola.	75. My child fought with someone at school.	75. Meu filho brigou com alguém na escola.
76. My child fought more with his/ her brother/ sister.	76. Meu filho brigou mais com seus irmãos/irmãs.	76. My child fought more with their siblings.	76. Meu filho brigou mais com seus irmãos/irmãs.
77. My son's girlfriend had an abortion.	77. A namorada do meu filho teve um aborto.	77. My son's girlfriend had an abortion.	77. A namorada do meu filho teve um aborto.
78. My child told someone that he/ she was bisexual or homosexual.	78. Meu filho contou para alguém que ele era bissexual ou homossexual.	78. My child told someone they were bisexual or homosexual.	78. Meu filho contou para alguém que ele era bissexual ou homossexual.
79. My child ran away from home.	79. Meu filho fugiu de casa.	79. My child ran away from home.	79. Meu filho fugiu de casa.
80. Did any other problems or important things happen?	80. Outros problemas ou outras coisas importantes aconteceram?	80. Other problems or important things happened?	80. Outros problemas ou outras coisas importantes aconteceram?

ARTIGO II

O Impacto dos Eventos de Vida Estressantes em Adolescentes com Transtorno Bipolar e Controles

Resumo

Objetivo: Avaliar uma possível associação entre os EVE ocorridos no último ano com a sintomatologia afetiva e o funcionamento global apresentado por adolescentes com TB e um grupo controle sem transtorno psiquiátrico. Método: 23 adolescentes com TB e 20 adolescentes controles saudáveis, de ambos os sexos, com idades entre 10 e 17 anos. Foram aplicados os seguintes instrumentos: SLES-A para avaliação dos EVE, a Escala de Avaliação Global da Criança (CGAS), a Impressão Clínica Global (CGI), a Escala de Avaliação de Mania (YMRS) e a Escala de Gravidade de Depressão Infantil (CDRS-R) para avaliação do funcionamento global e sintomas de mania e depressão. Resultados: Os adolescentes com TB e os controles não diferiram em idade, sexo, QI e status sócio-econômico. Os EVE dependentes nesses jovens bipolares apresentaram-se três vezes maiores ($M=6.82$; $DP=4.19$) do que na amostra controle ($M=2.25$; $DP=2.53$) ($p=0.000$). Os EVE de alto impacto ocorreram numa proporção de quatro vezes mais nos adolescentes com TB ($M=8.78$; $DP=7,32$) do que nos controles ($M=2.20$; $DP=4.00$) ($p=0.000$). Houve alta correlação entre o número de EVE dependentes de alto impacto e os sintomas depressivos ($r=0.61$; $p \leq .001$). Os prejuízos no funcionamento global dos adolescentes bipolares aparecem associados com o número de EVE de alto impacto ($r=0.62$; $p \leq .001$). Conclusão: Os achados deste estudo indicaram que os adolescentes bipolares com maior número de EVE apresentaram um maior comprometimento funcional e pior sintomatologia do humor.

Palavras-chave: Eventos estressantes de vida, transtorno bipolar, adolescência.

Abstract

Objective: Evaluate the possible association between of this study is to verify the frequency of SLE occurred within the last year and relate them to the affective symptomatology and the global functioning presented in adolescents with bipolar disorder (BD) and a control group without psychiatric disorders. Method: 23 adolescents with BD and 20 adolescents healthy control, both genders, aged between 10 and 17. All participants were interviewed and filled in the Stressful Life Events Schedule-Adolescents (SLES-A), the Children Global Assessment Scale (CGAS), the Clinical Global Impression, the Young Mania Rating Scale (YMRS) and the Children Depressive Scale–Revised (CDRS-R) to observe the global functioning and the symptoms of mania and depression, respectively. Result: The bipolar adolescents and healthy controls did not differ in age, sex, IQ and economic-status presented significantly more SLE than the control group. The bipolar youths (M=6.82; DP=4.19) showed three times more dependent SLE than healthy controls (M=2.25; DP=2.53) ($p=0.000$). And the bipolar youth (M=8.78; DP=7,32) showed four times more high impact SLE than controls (M=2.20; DP=4.00) ($p=0.000$). There is a high correlation between the number of dependent SLE with high impact and depressive symptoms ($r=0.61$; $p \leq .001$). The global functional impairment in bipolar adolescents is associated with number of high impact of SLE ($r=0.62$; $p \leq .001$). The data indicated a positive association between the SLE and the affective symptomatology observed. Conclusion: The findings of this study indicated that bipolar adolescents with higher number of SLE demonstrated higher global functioning impairment and worse humor symptomatology.

Key words: Stressful life events, bipolar disorders, adolescence.

Introdução

As situações psicossociais adversas ocorridas em determinados períodos desenvolvimentais podem provocar marcas psicobiológicas no indivíduo (Grassi-Oliveira, Ashy et al. 2008). A literatura vem mostrando que a exposição precoce a eventos de vida estressantes (EVE) e o desenvolvimento de psicopatologias ao longo da vida apresentam-se fortemente associadas (Alloy, Abramson et al., 2006;. Grassi-Oliveira & Stein, 2008, Vogel, Spitzer et al., 2009). Porém, a relação e o impacto do ambiente no desencadeamento tanto dos transtornos psiquiátricos como nos quadros clínicos comórbidos apresentados na infância e adolescência ainda carece de estudos.

Os EVE podem ser classificados como uma exposição a uma única ou a diferentes situações que causam estresse no organismo e que excedem a capacidade da criança ou adolescente de compreender e lidar com este evento. Entre estes eventos estão situações como: abuso físico, emocional, verbal ou sexual, negligência, testemunho de violência, privação social, perda ou separação parental, pobreza, uso de drogas e até mesmo catástrofes ambientais (Brown, Anda et al. 2009; Pechtel and Pizzagalli 2011). Os eventos ainda podem ser classificados dentre aqueles que têm maior probabilidade de ocorrer de forma independente (por exemplo, morte de um familiar) ou de forma dependente (por exemplo, baixo desempenho escolar, briga entre pares) ao comportamento da criança ou adolescente (Williamson, Birmaher et al. 2005).

EVE são freqüentemente encontrados precedendo o primeiro episódio de um transtorno afetivo (Johnson et al., 2000). O estudo sobre esses EVE é fundamental para o entendimento do impacto psicossocial no curso das psicopatologias.

Apesar da nítida relevância do tema, numa busca assistemática da literatura, encontrou-se, até o momento, poucos estudos realizados avaliando eventos estressantes de vida em adolescentes bipolares (Romero, Birmaher et al. 2009a; Romero, Birmaher et al.

2009b, Rucklidge, 2006, Tillman, et al.,2006; Geller, et al., 2000). Dada a escassez de publicações sobre a temática nesta população, faz-se necessária a realização do presente estudo. Nosso principal objetivo é verificar a frequência dos EVE ocorridos no último ano e relacionar com a sintomatologia afetiva e o funcionamento global apresentado por adolescentes com transtorno bipolar (TB) e um grupo controle sem transtorno psiquiátrico.

Método

Este é um estudo transversal controlado comparativo entre grupos de adolescentes com TB e um grupo sem transtorno psiquiátrico.

Amostra dos Casos

Foram incluídos 36 pacientes ambulatoriais de um programa de tratamento para crianças e adolescentes com transtorno bipolar de um hospital geral, com idades entre 10 e 17 anos, de ambos sexos, diagnosticadas conforme os critérios do DSM-IV. Excluiu-se 13 participantes de acordo com os seguintes critérios de exclusão: QI abaixo de 70; presença de diagnóstico de Transtorno Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia, dependência ou abuso de substâncias.

Amostra dos Controles

Foram incluídos 44 adolescentes de 10 a 17 anos, ambos os sexos, supostamente saudáveis, cadastrados em um serviço de atenção primária e medicina da família que foram convidados a participar do estudo como controles de uma investigação sobre transtorno de humor na adolescência. Excluiu-se 24 participantes de acordo com os seguintes critérios de exclusão: Transtorno psiquiátrico, QI abaixo de 70; presença de diagnóstico de Transtorno Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia, dependência ou abuso de substâncias.

Todos os participantes e seus responsáveis convidados que concordaram em colaborar com este estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A investigação foi aprovada pelos comitês de ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

(GPPG/HCPA n° 09-472) e da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (10/05236).

Cabe o relato que os adolescentes incluídos no estudo fazem parte de um ambulatório de ensino, assistência e pesquisa para crianças e adolescentes acometidos pelo transtorno bipolar. Esses jovens são extensamente avaliados e acompanhados durante dois anos por uma equipe multidisciplinar que inclui psiquiatras, geneticistas, psicólogos e psicopedagogos.

Instrumentos e Procedimentos Diagnósticos

Kiddie- Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia –Epidemiologic Version (K-SADS-E)

O K-SADS-E é entrevista psiquiátrica semi-estruturada para identificar transtornos mentais nas faixas etárias de 6 a 18 anos (Orvaschel and Puig-Antich 1987; Mercadante, Asbahr et al. 1995). O K-SADS-E deriva diagnósticos psiquiátricos conforme o DSM-IV e os entrevistadores são treinados de modo a obter alta confiabilidade para aplicação da entrevista (Polanczyk, et al., 2003). Após a aplicação de entrevista semi-estruturada K-SADS-E por entrevistador treinado todos os casos foram discutidos em comitê clínico, composto por psiquiatras da infância e adolescência com larga experiência clínica.

Estimativa intelectual

Com o propósito de obter a estimativa intelectual dos adolescentes, até mesmo para observarmos o nível de compreensão das escala aplicadas, especialmente da SLES-A verificou-se a variável inteligência através do cálculo da estimativa intelectual, obtida através dos subtestes vocabulário e cubos da Escala de Inteligência Wechsler III (Wechsler, 1991).

Nível sócio-econômico

Com o intuito de caracterizar a amostra como uma população de baixa renda, baseamo-nos nos critérios padrões da Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME), censo 2010 para a avaliação do nível sócio-econômico.

Medidas de Avaliação e Funcionamento Global

Impressão Clínica Global (*Clinical Global Impression-CGI*)

Com o intuito de verificar a impressão global do clínico sobre o impacto da doença no paciente, o psiquiatra assistente de cada participante respondeu ao instrumento CGI, que compreende uma escala de 7 pontos que avalia a Gravidade Global da Doença, sendo os extremos de 1 (normal ou ausência de sintomas) até 7 (sintomas extremamente graves ou desempenho completamente comprometido) pontos (Guy and Bonatto 1970).

Escala de Avaliação Global da Criança (*Children Global Assessment Scale - CGAS*)

A CGAS é uma escala de avaliação global de crianças e adolescentes preenchida pelo clínico de acordo com o funcionamento/comportamento do indivíduo, de modo a fornecer uma graduação em relação e disfunção e prejuízo em casa, na escola e com os amigos durante as últimas duas semanas. Os escores da escala abrangem valores de 1 (indicando uma criança gravemente comprometida) a 100, sendo que quanto maior o valor, melhor classificado o funcionamento do participante (Shaffer, Gould et al. 1983).

Medidas de Avaliação dos Sintomas de Humor

Escala de Gravidade de Depressão Infantil (*Children Depressive Rating Scale-Revised- CDRS-R*)

A CDRS-R (Poznanski, Cook et al. 1979; Poznanski, Mokros et al. 1985; Barbosa, Dias et al. 1997) foi originalmente desenvolvida para avaliar a presença e gravidade de sintomas depressivos em crianças com idades entre 6 e 12 anos. Esta escala foi baseada na Escala Hamilton de Depressão para adultos. Foi realizado um estudo de validação da

CDRS-R em adolescentes, obtendo adequadas propriedades psicométricas para uso nesta população (Mayes, Bernstein et al. 2010). A CDRS-R contém 17 itens, dentre eles, três itens (sono, apetite e velocidade da fala) que são pontuados de 1 a 5, e os demais 14 itens (trabalhos escolares, capacidade de se divertir, isolamento social, choro, ideação suicida, culpa, auto-estima, fadiga, irritabilidade, afeto deprimido, hipoatividade, pensamentos e sentimentos mórbidos, queixas físicas) sendo pontuados de 1 a 7. As pontuações podem variar entre 17 e 113 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, mais indícios da presença de sintomas depressivos. A escala é preenchida pelo clínico através de entrevista com o adolescente e seu responsável.

Escala de Avaliação de Mania (*Young Mania Rating Scale- YMRS*)

Os sintomas de mania foram avaliados pela escala YMRS (Young, Biggs et al. 1978; Vilela, Crippa et al. 2005). A YMRS é uma escala que verifica a gravidade dos sintomas maníacos na última semana e é preenchida pelo clínico após observação e entrevista clínica. Os 11 itens apresentados se referem a humor e afeto elevados, atividade motora e energia aumentada, capacidade de insight e discernimento, sono, interesse sexual, irritabilidade, quantidade e velocidade da fala, linguagem e conteúdo do pensamento, aparência e comportamento disruptivo agressivo. A pontuação total dos 11 itens pode variar entre 0 e 58, sendo que quanto maior o escore, maior é a gravidade e presença de sintomatologia maníaca.

Medida de Avaliação dos EVE

Entrevista Semi-Estrutura para EVE (*Stressful Life Events Schedule- Adolescents* (SLES-A))

A versão SLES-A para adolescentes é uma entrevista face a face que investigou eventos estressantes ocorridos nos últimos 12 meses. Essa entrevista é acompanhada por uma escala auto-preenchida contendo 79 EVE e uma escala *likert* de 4 pontos (nem um

pouco, um pouco, bastante e muito) para verificar a intensidade do impacto desses eventos na percepção do sujeito. Os EVE deste instrumento podem ser classificados como dependentes e independentes, ou seja, aqueles EVE que têm maior probabilidade de ocorrer de forma independente do comportamento do sujeito (por exemplo, a morte de um familiar) ou de forma dependente (por exemplo, o desempenho escolar), dependendo do comportamento do adolescente. O número de EVE total apresentados pela SLES-A equivalem a 79 eventos, dentre estes, 49 são caracterizados como independentes e 30 dependentes (Williamson, Birmaher et al. 2005). O levantamento deste instrumento é feito de uma forma complexa, na qual pode se observar tanto a natureza do evento (dependente/independente), bem como a atribuição de intensidade de estresse gerado pela vivência desse evento (alto impacto/baixo impacto). Foram categorizados como EVE de alto impacto aqueles eventos em que foram atribuídos uma intensidade “bastante” ou “muito” na escala auto-preenchida.

Análise Estatística

Os dados foram organizados em um banco de dados e analisados através do programa SPSS for Windows 19.0. A distribuição das variáveis foi descrita como média e desvio padrão ou frequência e proporção, quando cabíveis. Em todas as análises foram adotados os valores de α como 0,05 e de β como 0,20. Os testes estatísticos utilizados estão descritos junto aos respectivos resultados conforme a característica de cada variável. As variáveis categóricas foram analisadas de acordo com o teste de qui-quadrado (χ^2). Aquelas variáveis contínuas que falharam no teste de distribuição da normalidade foram analisadas pelo teste de Mann-Whitney para medidas não paramétricas, enquanto que para as medidas de distribuição normal fez-se o teste T de student para amostras independentes.

Resultados

De uma maneira geral, os grupos mostraram-se homogêneos quanto a idade, sexo, QI, escolaridade, etnia e nível sócio econômico. Foram incluídos, neste estudo transversal, 23 adolescentes com TB e 20 adolescentes controles sem transtorno psiquiátrico. Os dados demográficos amostrais são melhores descritos na Tabela 1.

Tabela 1. Dados Demográficos

	Bipolares (N=23)	Controles (N=20)	Estatística	gl	<i>p</i>
Idade em anos (DP)	13.30 (1.98)	13.70 (2.38)	U=208.00	-	.58
Sexo Feminino (%)	10 (43.47)	14(70)	$\chi^2=3.05$	1	.08
Nível Sócio-Econômico- Classe C (%)	15(65,2)	11(55)	$\chi^2=.47$	-	.78
Classe D(%)	7(30,4)	8(40)	$\chi^2=.47$	-	.78
Etnia (%Caucasiano)	19 (82.60)	17 (85)	$\chi^2=0.90$	2	.63
QI (DP)	98.95 (10.7)	100 (14.8)	U=224.5	-	.89
Escolaridade em anos (DP)	6.0 (1.8)	6.8 (2.4)	t=1.27	41	.21

Nota: N = número de participantes; DP = desvio padrão; U = Teste de Mann-Whitney; t = teste t de student; χ^2 = qui-quadrado gl=grau de liberdade *p* <0,05

Comparou-se então os grupos quanto a média dos escores obtidos nas escalas de sintomas do humor e funcionamento global. Conforme a Tabela 2, podemos observar que os adolescentes com TB apresentaram um funcionamento global consideravelmente pior do que aquele observado nos controles. A avaliação global dos adolescentes controles aponta para escores duas vezes maior do que aqueles obtidos por adolescentes com TB. Além disso, o nível de sintomas maníacos e depressivos observado nas duas amostras, como esperado, também denota diferenças significativas entre os grupos.

Tabela 2. Comparação das médias dos escores das escalas de humor e funcionamento global

	Bipolares N=23	Controles N=20	t	gl	p
CGI M(DP)	4.45 (1.18)	1.0 (0)	-13.03	40	.00
CGAS M(DP)	46.52 (12.85)	90.70 (3.77)	14.77	39	.00
YMRS M(DP)	19.78 (14.45)	0 (0)	-6.12	41	.00
CDRS M (DP)	43.00 (16.27)	17.60 (0.94)	-6.95	41	.00

Nota: CGI: Clinical Global Impression; CGAS: Children Global Assessment Scale; EAM: Escala de Avaliação de Mania; CDRS: Children Depressive Rating Scale; DP: desvio-padrão; gl: grau de liberdade; $p < .05$

Dentre os 79 EVE que compõem a SLES-A, selecionamos os cinco mais freqüentes, ou seja, aqueles que apresentaram uma ocorrência superior a 50% no grupo de adolescentes com TB, conforme mostra a Tabela 3.

Tabela 3. EVE mais freqüentes da amostra

EVE mais freqüentes	Bipolares (N=23)	Controles (N=20)	χ^2	gl	p
Prejuízo acadêmico global	23 (100%)	12 (60%)	11.303	1	.001
Prejuízo frente a teste	16 (69.6%)	6 (30%)	6.702	1	.010
Notícias ruins	14 (60.9%)	6 (30%)	4.098	1	.043
Problemas financeiros	13 (56.5%)	8 (40%)	1.169	1	.280
Insatisfação com mudança puberal	12 (52.2%)	5 (25%)	3.305	1	.069

Nota: EVE: Eventos de Vida Estressantes χ^2 : Teste Qui-quadrado gl: grau de liberdade $p < 0,05$

A natureza dos eventos pontuados como mais freqüentes é relativamente semelhante entre os grupos, todavia chama a atenção que os adolescentes bipolares relataram prejuízo acadêmico com mais freqüência quando comparados aos controles, ou melhor, a totalidade da amostra de bipolares apresentou dificuldades escolares. Também

foi realizada uma comparação de médias entre os dois grupos a fim de observar a ocorrência de EVE totais; EVE independentes e EVE dependentes conforme a Tabela 4.

Tabela 4. Comparação das médias de EVE Dependentes e Independentes entre grupos

	Bipolares N=23	Controles N=20	U	P
EVEs Total M(dp)	16.65 (9.74)	7.65 (7.45)	137.00	.02
EVEs Independentes M(dp)	9.82 (7.07)	5.40 (5.44)	71.000	.00
EVEs Dependentes M(dp)	6.82 (4.19)	2.25 (2.53)	71.500	.00

Nota: EVE= eventos de vida estressantes M=média dp= desvio padrão

Independentemente do tipo de EVE analisado, os dados mostraram que o número de EVE observado no grupo de adolescentes com TB é nitidamente maior do que nos adolescentes controles. A diferença entre os grupos é estatisticamente significativa no que se refere à ocorrência de EVE entre os grupos. Pela média dos EVE contemplados pela amostra, observa-se que os EVE dependentes nesses jovens bipolares apresentaram-se três vezes maiores do que na amostra controle.

Na comparação entre a ocorrência de EVE de alto impacto, ou seja, eventos percebidos pelo respondente como afetando “bastante” e “muito” a sua vida, utilizou-se o Teste de Mann-Whitney de medidas não paramétricas para comparação dos grupos, conforme a Tabela 5. É importante ressaltar que o conceito de alto impacto apontado neste estudo se refere à intensidade de estresse provocado pela vivência do evento, sendo então atribuído pela percepção do respondente.

Tabela 5. Comparação das médias de EVE de Alto Impacto entre grupos

	Bipolares	Controles	U	p
	M(DP)	M(DP)		
EVE de Alto Impacto Total	8.78 (7.32)	2.20 (4.00)	71.50	.00
EVE de Alto Impacto Independentes	4.60 (5.08)	1.40 (2.60)	123.0	.00
EVE de Alto Impacto Dependentes	3.82 (3.53)	0.80 (1.73)	71.00	.00

Nota: EVE= eventos de vida estressantes M=média DP= desvio padrão U = Teste de Mann-Whitney

Os dados apontam que independentemente do construto de independência/dependência, os eventos percebidos com alto impacto também ocorrem significativamente de forma mais freqüente nos pacientes com TB. Os EVE de alto impacto ocorrem numa proporção de quatro vezes mais nos adolescentes com TB do que nos controles.

Um dos principais objetivos deste estudo foi então correlacionar os escores obtidos nas escalas que avaliam gravidade dos sintomas de humor e funcionamento global com relação a medida de EVE apresentados em ambos grupos, conforme mostra a Tabela 6.

Tabela 6. Correlação entre as escalas de humor, funcionamento global e EVE

	CGI	CGAS	YMRS	CDRS-R	EVEI	EVED	EVEI AI	EVED AI
CGI	-							
CGAS	-.88**	-						
YMRS	.89**	-.83**	-					
CDRS-R	.89**	-.78**	.80**	-				
EVEI	.42**	-.54**	.34**	.25**	-			
EVED	.58**	-.63**	.49**	.56**	.65**	-		
EVEI AI	.47**	-.51**	.41**	.39**	.76**	.54**	-	
EVED AI	.62**	-.61**	.48**	.61**	.47**	.78**	.57**	-

Nota:CGI: Clinical Global Impression- impressão clínica; CGAS: Escala de Funcionamento global; YMRS: Escala de Avaliação de Mania; CDRS-R: Children Depression Rating Scale-Revised-avaliação da sintomatologia depressiva; EVEI: Eventos

de Vida Estressantes Independentes; EVED: Eventos de Vida Estressantes Dependentes; EVEI AI- Eventos de Vida Estressantes Independentes de Alto Impacto; EVED AI- Eventos de Vida Estressantes Independentes de Alto Impacto ** $p \leq .001$

Os dados mostram de forma nítida a relação existente entre os EVE e a gravidade da sintomatologia do humor, associando-se também ao prejuízo funcional global apresentado pelos adolescentes bipolares desta amostra. Segundo Cohen (1988), são sugeridos os seguintes níveis de correlação: acima de 0.5 sendo grande, entre 0.5 e 0.3 sendo moderada e entre 0.1 e 0.3 sendo pequena. Portanto, cabe-nos ressaltar a alta correlação verificada entre todos os EVE e o funcionamento global. Os EVE de alto impacto obtiveram uma correlação moderada com as escala de avaliação de mania.

Discussão

O presente estudo identificou que os adolescentes com TB experienciaram um número muito maior de EVE durante o período de doze meses que antecederam a pesquisa em comparação com um grupo controle. Embora, a metodologia utilizada na literatura para medir EVE seja heterogênea (Johnson & McMurrich, 2006), os achados deste estudo corroboram dados já existentes na literatura em amostras de adolescentes bipolares (Tillman, Geller, et al. 2006; Romero et al., 2009).

Embora pareça evidente que indivíduos acometidos por psicopatologias apresentem um acúmulo de EVE maior do que a população em geral, estes dados são escassos na literatura. Este é um dos poucos estudos a comparar e verificar a frequência e gravidade auto-percebida de EVE, quanto a natureza de dependência e independência em adolescentes bipolares.

O papel do estresse ao longo do desenvolvimento parece estar sendo negligenciado frente às linhas de pesquisa sobre psicopatologia na infância e adolescência. Os achados do presente estudo demonstram a relevância de se pesquisar a influência do impacto causado

pelos eventos adversos ocorridos ao longo da vida na sintomatologia e curso do transtorno bipolar, principalmente nesta faixa etária.

Os resultados também indicaram uma alta correlação entre o número de EVE, os prejuízos funcionais e a sintomatologia do humor do transtorno bipolar. Quanto mais EVE relatados, maior número de sintomas depressivos e maníacos, apresentando um pior funcionamento global do indivíduo com transtorno bipolar. Estudos comparativos voltados para a temática do funcionamento psicossocial em adolescentes como e sem TB (Rucklidge, 2006) e filhos de adultos bipolares e saudáveis (Bella, Goldstein et al, 2011) alertaram para a relação entre vulnerabilidade e prejuízos associados a presença de EVE em ambientes adversos. O Modelo Traumagênico Neurodesenvolvimental (MTN) proposto por Read et al.(2001), fornece um excelente arcabouço teórico para os achados apresentados neste estudo. Esse modelo postula que os eventos traumáticos precoces em pacientes esquizofrênicos podem não apenas atuar como fatores desencadeantes, mas também moldando as anormalidades do neurodesenvolvimento e delineando a alta sensibilidade aos estressores comuns na esquizofrenia. Tal modelo visou facilitar entendimento sobre o paradigma diátese-estresse, referindo que a hipersensibilidade ao estresse, hiperativação no eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), anormalidades nos sistemas dopaminérgico, serotoninérgicos e noradrenérgicos e alterações neuroestruturais (dano hipocampal, atrofia cerebral, aumento ventricular e assimetria cerebral) estariam diretamente relacionados a exposição a EVE.

Estudos sobre trauma precoce têm se utilizado de um aporte teórico voltado aos modelos que consideram o meio psicossocial como relevante no neurodesenvolvimento biológico. Este é o caso das investigações realizadas sobre o sistema neuroendocrinológico de resposta ao estresse ocorrido no eixo HPA. Acredita-se que a elevada frequência de EVE poderia provocar uma hiperativação persistente desse eixo, levando a alterações

neurobiológicas a longo prazo (Neigh, Gillespie & Nemeroff, 2009). Post (2007) sugere que os EVE e os episódios de humor deixam marcas e vulnerabilidades ao longo da vida, ou seja, mudanças neurobiológicas que mediarão o aumento da reatividade a estressores subsequentes. O efeito kindling (Hlastala, Frank et al., 2000; Post, 2007; Kapczinski, Vieta et al., 2008) estabelece que mesmo que inicialmente os episódios afetivos no TB poderiam estar relacionados a estressores psicológicos, após vários episódios afetivos o indivíduo parece diminuir o próprio limiar para os fatores desencadeantes desses episódios, até que finalmente estes passariam a ocorrer de modo espontâneo (Post, 2007). Tendo em vista o acúmulo de EVE referidos neste estudo, torna-se essencial dirigir a atenção para o desenvolvimento de estratégias que ajudem estes jovens a evitar ou a lidar com estressores psicossociais (*coping*).

Um dos primeiros estudos comparativos entre uma amostra de adolescentes com TB, uma amostra de adolescentes com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e com controles saudáveis revelou que os bipolares apresentaram significativamente mais EVE do que os outros dois grupos (Tillman, Geller 2006). Este estudo também avaliou através da CGAS a gravidade de sintomatologia psiquiátrica e os prejuízos globais decorrentes do TB. Os escores obtidos na avaliação de funcionamento global (CGAS) pelo grupo de adolescentes bipolares foram 43.3(dp=7.6) e os controles 84.1(dp=4.6) (Tillman, Geller,2006). Este estudo reforça os achados do presente estudo, em que o funcionamento global dos adolescentes com TB obtiveram um escore semelhante na CGAS 46.52 (dp=12.85) e controles atingiram 90.70(dp=3.77).

Ultimamente, a literatura apontou um estudo referindo que níveis sócio econômicos muito baixos por si só já poderiam ser um fator de vulnerabilidade para adversidades ambientais e o desencadeamento de psicopatologias (Shonkoff, Boyce & McEwen,2009). Em outro estudo recente, foram avaliados 446 adolescentes entre 7 e 17

anos que preenchiam critérios para TB, comparando-os com 65 jovens saudáveis e 65 jovens com transtorno de ansiedade quanto às taxas eventos de vida, variáveis clínicas e sócio-demográficas (Romero, Birmaher et al.,2009a). Os resultados indicaram associação entre baixo nível sócio econômico, famílias não-intactas, comorbidades com transtornos de conduta e maiores taxas de EVE dependentes e independentes.

Observando a amostra do nosso estudo, destacamos os cinco eventos mais freqüentes encontrados na nossa amostra. É importante grifar que a amostra de bipolares, em sua totalidade apresentou dificuldades escolares. Embora muitos estudos apontem para o deterioro no funcionamento cognitivo em adolescentes bipolares (Doyle, Wilens et al. 2005;), é relevante observarmos a perspectiva psicossocial, visto que a literatura também associa as dificuldades escolares (Goldstein, Birmaher et al. 2009) aos problemas de relacionamento entre pares, oscilação da auto-estima, entre outros (Rucklidge,2006). Estudos nesta temática revelam também que EVE como notas baixas, rompimento de namoros, perda de emprego e conflitos familiares estão associadas com a persistência de psicopatologia geral ou depressão recorrente (Birmaher, et al., 2000). Da mesma forma, estudos incluindo amostras comunitárias têm demonstrado que eventos estressantes de vida, como dificuldades acadêmicas ou com colegas prevêm síndromes internalizantes (Carter, et al. 2006).

Este estudo corrobora a ideia de que os transtornos de humor, como um continuum que podem partilhar mecanismos ambientais (EVE), interações biológicas, bem como a tendência de geração de stress (EVE dependente) (Romero et al.,2009a) Os achados deste estudo convergem para a hipótese de elevados índices de EVE dependentes atuando como geradores de estresse, tendo em vista que esta amostra de adolescentes bipolares apresentou o triplo de eventos do que os relatados pelos controles, e ainda obteve-se uma forte associação entre EVE dependentes e a piora da sintomatologia clínica.

Ainda sob uma perspectiva psicobiológica, Read, et al.(2001) apontam para a importância de estudarmos mais o que se passa no cotidiano das crianças e adolescentes com psicopatologias, no intuito de observarmos a possível presença de uma “vulnerabilidade constitucional” a fim de delinear esses transtornos mentais. Dessa forma, sob a perspectiva da influência do ambiente estressante na psicopatologia, cabe-nos a reflexão acerca do modelo da carga alostática (McEwen & Lasley, 2003) no transtorno bipolar (Kapczinski, Vieta, et al., 2008). Alostase é a capacidade de adaptação que o organismo tem para adaptar-se ao meio, buscando assim a homeostase (busca do equilíbrio) através da mudança. Quando o organismo se depara com um meio ao qual sua resposta alostática é excessiva ou ineficaz, desencadeia-se assim a carga alostática, como se fosse um preço pago pelo organismo para reajustar o seu sistema psicofisiológico interno ao meio externo. Assim, os eventos estressantes e traumáticos ao longo da vida causariam impacto no organismo, custando a ele readaptar-se. Este “preço a ser pago” pela adaptação pode afetar o organismo tanto de forma estrutural, quanto funcional, especificamente nas regiões encefálicas pré-frontais, na regulação do sistema HPA(Grassi-Oliveira, Ashy, et al., 2008; Kapczinski, et al., 2008) no sistema imunológico e endocrinológico (Brietzke, Kapczinski et al.,2011).

Por fim, os achados encontrados corroboram a noção de que os adolescentes bipolares experienciam um comprometimento funcional significativamente maior do que os controles. Numa perspectiva cognitiva, estes indivíduos apresentam uma tendência a pensamentos mal adaptativos ou disfuncionais. Assim sendo, a percepção e processamento dos EVE podem ser até mesmo mais importantes do que a gravidade do evento em si. As distorções cognitivas utilizadas parecem interferir na compreensão e enfrentamento dos EVE, e até mesmo precipitá-los (Newman,et al.2002).

Os resultados deste estudo devem levar em conta algumas limitações. Deve-se considerar a baixa frequência desse diagnóstico na população, adolescentes com este diagnóstico confirmado por uma equipe de larga experiência clínica propiciando maior robustez na avaliação da amostra e os critérios de exclusão bem delineados com a perda amostral, configuram a busca pelo rigor metodológico deste estudo. Ao mesmo tempo, como a amostra deriva de um ambulatório com discussão semanal de casos clínicos, não foi realizado o cegamento da equipe de avaliação. Além disso, a falta de estudos na área de instrumentação na avaliação de EVE deve servir de cautela e exemplo para estimular e propiciar uma comparação mais homogênea dos achados.

Frente a isso, o desenvolvimento de instrumentos que avaliem EVE devem ser estimulados. As intervenções psicossociais, estratégias psicoeducativas que reforcem medidas de enfrentamento (*coping*) precisam ser aprimoradas e mais investigadas. A literatura tem demonstrado que pacientes bipolares apresentam características específicas em termos cognitivos e comportamentais. Tais fatores cognitivos podem constituir a sua própria diátese (vulnerabilidade) para o desenvolvimento de sintomas do TB, não sendo apenas sinais periféricos. A expressão sintomática dessas vulnerabilidades cognitivas se dá muitas vezes na direção de um episódio depressivo ou maníaco (Gonçalves, Santin & Kapczinski, 2008). Este deve ser um aspecto relevante a ser considerado na identificação das vulnerabilidades, constituindo uma área promissora para pesquisas que resultem em mais avanços rumo ao melhor entendimento do TB.

Referências

- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Smith, J.M., Gibb, B.E., Neeren, A.M. (2006) Role of parenting and maltreatment histories in unipolar and bipolar mood disorders: mediation by cognitive vulnerability to depression. *Clinical Child and Family Psychology Review*. Mar;9(1):23-64.
- Barbosa, G. A., Dias, M. R. et al. (1997). "Escala para avaliação de Depressão em Crianças Revisada (CDRS-R): Uma análise exploratória." *Infanto Revista Neuropsiquitria da Infância e Adolescência*.5(1): 15-18.
- Birmaher, B., Brent, D.A., Kolko, D., Baugher, M., Bridge, J., Holder, D., et al. (2000) "Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder". *Archives of General Psychiatry* 2000;57(1):29–36.
- Brietzke, E., Kapczinski, F., Grassi-Oliveira, R., Grande, I., Vieta, E., McIntyre, R.(2011) Insulin dysfunction and allostatic load in bipolar disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, Volume 11, Number 7, July , pp. 1017-1028(12).
- Brown, D. W., Anda, R. F. et al. (2009). "Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality." *American Journal of Preventive Medicine* 37(5): 389-96.
- Carter, J.S., Garber, J., Ciesla, J.A., Cole, D.A. (2006) "Modeling relations between hassles and internalizing and externalizing symptoms in adolescents: a four-year prospective study". *Journal of Abnormal Psychology*;115(3):428–42.
- Gonçalves, D.M., Santim, A., Kapczinski, F. (2008) Intervenções Psicoterápicas: Novos Horizontes para o Tratamento do Transtorno Bipolar. In: Cordioli, AV. e cols. *Psicoterapia: Abordagens Atuais*.3ed.Artmed,Porto Alegre.
- Doyle, A.E., Wilens, T.E., Kwon, A., Seidman, L.J., Faraone, S.V., Fried, R., Swezey, A., Snyder, L., Biederman, J. (2005) "Neuropsychological functioning in youth with bipolar disorder". *Biological Psychiatry*, 58(7): 540-8

- Goldstein, T.R., Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, B.I., Gill, M.K., Esposito-Smythers, C., Ryan, N.D., Strober, M.A., Hunt, J., Keller, M. (2009) "Psychosocial functioning among bipolar youth". *Journal of Affective Disorders*, 114, 174-183.
- Grassi-Oliveira, R., M. Ashy, Stein, L.M. (2008). "Psychobiology of childhood maltreatment: effects of allostatic load?" *Revista Brasileira de Psiquiatria* 30(1): 60-8.
- Grassi-Oliveira, R., & Stein, L. M. (2008). "Childhood maltreatment associated with PTSD and emotional distress in low-income adults: The burden of neglect". *Child and Abuse Neglect*, 32(12), 1089-1094.
- Guy, W. & Bonatto, R. R. (1970). CGI: Clinical Global Impressions. Manual for the ECDEU Assessment Battery. C. Chase, *National Institute of Mental Health*: 12-16.
- Hlastala, S.A., Frank E., Kowalski, J., Sherril, J.T., Tu X.M., Anderson, B. & Kupfer, D.J. (2000) "Stressful Life Events, Bipolar Disorder, and the "Kindling Model". *Journal of Abnormal Psychology*, 109(4), 777-786.
- Johnson, S.L. & McMurrich (2006) "Life Events and Juvenile Bipolar Disorder: Conceptual issues and early findings". *Development and Psychopathology* 18, 1169-1179.
- Kapczinski, F., Vieta, E., Andreazza, A.C., Frey, B.N., Gomes, F.A., Tramontina, J., Kauer-Sant'anna, M., Grassi-Oliveira, R., Post, R.M. (2008) "Allostatic load in bipolar disorder: implications for pathophysiology and treatment". *Neuroscience Biobehavioral Reviews*; 32(4):675-92.
- Mayes, T. L., Bernstein, I. H., et al. (2010). "Psychometric properties of the Children's Depression Rating Scale-Revised in adolescents." *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 20(6): 513-6.
- McEwen, B., & Lasley, E. N. (2003). "Allostatic load: When protection gives way to

- damage". *Adv Mind Body Med*, 19(1), 28-33.
- Mercadante, M. T., Asbahr, F. et al. (1995). K-SADS : Entrevista semi-estruturada para diagnóstico em psiquiatria da infância, versão epidemiológica. Quarta versão (Orvaschel H, Puig-Antich J, 1987) com permissão dos autores. São Paulo:SP, PROTOC:Hospital de Clínicas.
- Neigh, G. N., Gillespie, C. F., & Nemeroff, C. B. (2009). The neurobiological toll of child abuse and neglect. *Trauma Violence Abuse*, 10(4), 389-410.
- Newman, C.F., Leahy, R.L., Beck, A.T., Reilly-Harrington, N.A., Gyulai, L. (2002) Bipolar Disorder: A Cognitive Therapy Approach. Waschington DC: APA.
- Orvaschel, H. & Puig-Antich, J. (1987). Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-Age Children Epidemiologic 4th Version. Fort Lauderdale,FLA.: Nova University Center for Psychological Study.
- Pechtel, P. & Pizzagalli, D. A. (2011). "Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature." *Psychopharmacology* (Berl) 214(1): 55-70.
- Polanczyk, G. V., Eizirik, M. et al. (2003). "Interrater agreement for the schedule for affective disorders and schizophrenia epidemiological version for school-age children (K-SADS-E)." *Revista Brasileira de Psiquiatria* 25(2): 87-90.
- Poznanski, E., Mokros, H. B., et al. (1985). "Diagnostic criteria in childhood depression." *American Journal of Psychiatry* 142(10): 1168-73.
- Poznanski, E. O., Cook, S. C. et al. (1979). "A depression rating scale for children." *Pediatrics* 64(4): 442-50.
- Post, R.M. (2007). Kindling and sensitization as models for affective episode recurrence, cyclicity, and tolerance phenomena. *Neuroscience Biobehaviour Review*;31(6):858-73.

- Read, J., Perry, B.D., Moskowitz, A., Connolly, J. (2001) The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: a traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry*. Winter;64(4):319-45.
- Romero, S., B. Birmaher, et al. (2009a). "Negative life events in children and adolescents with bipolar disorder." *Journal of Clinical Psychiatry* 70(10): 1452-60
- Romero, S., B. Birmaher, et al. (2009b). "Prevalence and correlates of physical and sexual abuse in children and adolescents with bipolar disorder." *Journal of Affect Disorders* 112(1-3): 144-50.
- Rucklidge, J. (2006) Psychosocial functioning of adolescents with and without pediatric bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 91, 181-188.
- Shaffer, D., Gould, M. S., et al. (1983). "A children's global assessment scale (CGAS)." *Archives of General Psychiatry* 40(11): 1228-31.
- Tillman, R., Geller, B., Nickelsburg, M.J., Bolhofner, K., Craney, J.L., DelBello, M.P., Wigh, W. (2003) "Life events in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention-deficit hyperactive and normal controls". *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13 (3):243-51.
- Vilela, J. A., J. A. Crippa, et al. (2005). "Reliability and validity of a Portuguese version of the Young Mania Rating Scale." *Brazilian Journal of Medical Biology Research* 38(9): 1429-39.
- Vogel, M., Spitzer, C., Kuwert, P., Moller, B., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2009). Association of childhood neglect with adult dissociation in schizophrenic inpatients. *Psychopathology*, 42(2), 124-130
- Wechsler, D. (1991). *Wechsler Intelligence Scale for Children: WISC III Manual*. San Antonio, Psychological Corporation.

Williamson, D. E., Birmaher, B. et al. (2005). "Stressful life events in anxious and depressed children." *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 15(4): 571-80.

Young, R. C., Biggs, J. T. et al. (1978). "A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity." *Brazilian Journal of Psychiatry* 133: 429-35.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente ao cenário atual da saúde mental na infância e adolescência, é alarmante a lacuna ainda existente de estudos voltados às estratégias preventivas primárias. Em torno de 10-20% de crianças e adolescentes ao redor do mundo apresentam um ou mais quadros psicopatológicos (Kieling, Baker-Henningham et al. 2011). Os manuais e critérios diagnósticos acerca da psicopatologia infanto-juvenil permanecem por vezes dando margem a classificações arbitrárias. A ciência tem subsidiado uma idéia de dimensionalidade frente aos diagnósticos em saúde mental. Para minimização de vieses na heterogeneidade das amostras as pesquisas têm buscado avançar em instrumentos de avaliação tanto para o diagnóstico quanto para intervenções e tratamento das mais diversas patologias. Baseados na escassez de instrumentos na língua portuguesa para avaliar o tema da presença e gravidade de EVE em uma amostra clínica, esta dissertação teve como foco inicial contribuir com a tradução e adaptação semântica da SLES (Williamson, Birmaher et al., 2003). Anteriormente a construção do instrumento, os autores propuseram-se a analisar na literatura os pontos fortes e fracos daquelas escalas já existentes sobre o tema. Na SLES, foram cautelosos na abrangência do número de eventos, atribuição do evento como dependente e independente, e observação da gravidade percebida pelo respondente e também por seu responsável. No entanto, o levantamento dos dados desta escala é muito complexo, por apresentar muitas formas da apreciação dos dados, e a previsão do tempo de aplicação proposta é referida como 1 hora, quando na realidade extrapola-se esse tempo ao aplicar tanto no indivíduo como no seu responsável. Porém, a escala se mostrou útil no rastreamento da frequência de EVE e na observação do seu impacto percebido pelo respondente. Este foi um estudo inicial, sendo necessários mais estudos para verificar as demais propriedades psicométricas desta escala.

O segundo estudo proposto nesta dissertação relacionou a intensidade de sintomas de humor e funcionamento global de 23 adolescentes bipolares e 20 controles sem psicopatologia aos EVE ocorridos no último ano. Foi observado que todas as médias de EVE apresentadas pelo grupo dos bipolares são significativamente maiores do que as referidas pelos controles, tanto nos eventos totais, como nos independentes e nos dependentes. Nossos resultados também indicaram uma associação positiva entre o número de EVE, os prejuízos funcionais e a sintomatologia do humor do transtorno bipolar. Quanto mais EVE apresentados, maior número de sintomas depressivos e maníacos e pior funcionamento global do indivíduo com transtorno bipolar. Não se trata de pensarmos em uma relação de causalidade, mas sim no impacto e prejuízo deste funcionamento psicossocial adverso associado ao curso da doença.

É também relevante pensarmos ainda que os dois eventos dependentes que lideram o ranking de frequências são classificados como dependentes do comportamento do indivíduo. Observando os dois EVE dependentes mais frequentes (sendo 100% de ocorrência nos adolescentes bipolares) referiram dificuldades acadêmicas, aliando esses achados aos prejuízos cognitivos acarretados pelo próprio curso da doença (Doyle, Wilens et al. 2005) alerta-se para que possamos pensar em como cuidar, proteger e reabilitar estes adolescentes. Para tanto, é crucial investimentos em intervenção precoce, criação de estratégias psicoeducativas que angariem profissionais não só da saúde, mas também da educação.

De modo geral, a presente dissertação contribuiu para o avanço nos estudos que apontam para a relação entre EVE e maior prejuízo funcional, maior gravidade na sintomatologia do humor em adolescentes bipolares quando comparados a controles e a outras psicopatologias (Tillman, Geller et al.,2003; Rucklidge, 2006; Goldstein, Birmaher et al.,2009). Assim, chama-se a atenção para a investigação de possíveis complicadores na

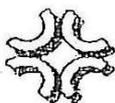
manutenção da estabilidade do humor nesta doença grave, de severo impacto funcional, como o transtorno do humor bipolar. Espera-se com este trabalho, impulsionar a área de pesquisas a fim de aumentar as estratégias preventivas e de detecção precoce das psicopatologias, avançando assim a fomentação de políticas públicas em saúde mental.

Referências

- Doyle, A.E., Wilens, T.E., Kwon, A., Seidman, L.J., Faraone, S.V., Fried, R., Swezey, A., Snyder, L., Biederman, J.(2005) Neuropsychological functioning in youth with bipolar disorder, *Biological Psychiatry*, 58(7): 540-8
- Goldstein, T.R., Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, B.I., Gill, M.K., Esposito-Smythers C., Ryan, N.D., Strober, M.A., Hunt, J., Keller, M. (2009) Psychosocial functioning among bipolar youth. *Journal of Affective Disorders*, 114, 174-183.
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L.A., Srinath, S., Ulkuer, N. & Rahman, A. (2011) Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet* 378(9801): 1515-25.
- Rucklidge, J. (2006) Psychosocial functioning of adolescents with and without pediatric bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 91, 181-188.
- Tillman, R., Geller, B., Nickelsburg, M.J., Bolhofner, K., Craney, J.L., DelBello, M.P., Wigh, W. (2003) Life events in a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype compared to attention-deficit hyperactive and normal controls. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13 (3):243-51.
- Williamson, D.E., Birmaher, B., et al. (2003). The stressful life events schedule for children and adolescents: development and validation. *Psychiatry Research* 119(3): 225-41.

ANEXO A

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HCPA



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 09-472

Versão do Projeto: 15/12/2009

Versão do TCLE: 22/12/2009

Pesquisadores:

SILZA TRAMONTINA

ROBERTA PAULA SCHELL COELHO

CRISTIAN PATRICK ZENI

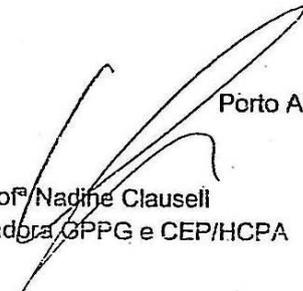
THAMIS ALINE ZENI

LUIS AUGUSTO PAIM ROHDE

Título: PERFIL NEUROPSICOLÓGICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM
TRANSTORNO DE HUMOR BIPOLAR

Este projeto foi ~~Aprovado~~ em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/HCPA.

Porto Alegre, 22 de dezembro de 2009.


Prof.^a Nadine Clauseli
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA

ANEXO B

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUCRS



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-491/11

Porto Alegre, 23 de março de 2011.

Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 10/05236 intitulado **"Perfil neuropsicológico em crianças e adolescentes com transtorno do humor bipolar"**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilmo. Sr.
Prof. Rodrigo Grassi de Oliveira
FAPSI
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep