



UC/FPCE 2013

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Entrevista para as Perturbações de Ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins
(e-mail: catia.casanova@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, na subárea de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Perturbações Psicológicas e Saúde, sob orientação da Professora Doutora Maria do Céu Salvador

Entrevista para as Perturbações de Ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica

A avaliação da psicopatologia de modo extensivo e compreensivo é fundamental em qualquer processo psicoterapêutico ou de investigação. Normalmente, tanto clínicos como investigadores encontram-se dependentes da validade e fiabilidade de instrumentos que permitam determinar diagnósticos e, uma interferência neste processo pode afetar a definição do diagnóstico e, conseqüentemente, a eficácia do tratamento. Como tal, é fundamental a utilização de instrumentos que se encontrem validados em termos de fiabilidade, sensibilidade e especificidade.

A Entrevista para as Perturbações de Ansiedade segundo o DSM-IV (*Anxiety Disorders Interview Schedule for Children - ADIS-C*; Siverman & Albano, 1996), tem vindo a demonstrar a sua eficácia e fiabilidade em diversas investigações internacionais e, como em Portugal as suas características psicométricas não se encontram estudadas, este será o objeto de estudo da presente investigação que contará com a análise da validade concorrente, discriminante, com a concordância inter-avaliadores e com a avaliação da aceitabilidade por parte dos adolescentes.

A amostra deste estudo foi constituída por 240 adolescentes (172 do grupo clínico e 68 do grupo não-clínico, todos eles avaliados pela ADIS-C) com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos de idade. O protocolo de avaliação era constituído, para além da ADIS-C, por instrumentos de autoavaliação, especificamente, a Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA), a Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (SAS-A), o Reação aos Testes (RT), a Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC), o Inventário da Depressão para Crianças (CDI) e o Inventário do Comportamento (YSR) e por instrumentos de heteroavaliação, designadamente, o Inventário de Competências Sociais e de Problemas do Comportamento em Crianças e Adolescentes (CBCL) e o Inventário de Comportamento da Criança para Professores (TRF).

Os resultados revelaram-se bons na validade concorrente e discriminante, na concordância inter-avaliadores e na aceitabilidade da entrevista sendo indicativos de boas capacidades para gerar diagnósticos clínicos válidos, fiáveis e fidedignos.

O recurso a este instrumento pode, assim, conferir vantagens à avaliação diagnóstica em meio clínico, nomeadamente, na diminuição da variabilidade no processo de recolha de informação, fornecendo uma maior agilidade no que concerne ao reconhecimento de comorbilidade (Ulloa *et al*, 2006). Apontam-se, também, contribuições ao nível da investigação uma vez que a ADIS-C pode ajudar na delimitação de sintomatologia e seleção de população clínica através de uma avaliação clara e objetiva.

Palavras-Chave: ADIS-C, validade, fiabilidade, diagnóstico, adolescentes, ansiedade, características psicométricas.

Anxiety Diagnostic Interview Schedule for Children- IV (ADIS-C) applied to an adolescent population: concurrent validity, discriminant validity, inter-rater agreement and acceptability of the clinical interview

An extensive evaluation of psychopathology is critical in the psychotherapeutic or research processes. Usually, researchers and clinicians are dependent on the accuracy of tools used to determine diagnosis, and an interference in this process can affect both assessment reliability and treatment efficacy. As such, it is essential to use validated tools concerning reliability, sensitivity and specificity.

The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children (ADIS-C; Silverman & Albano, 1996) has shown its efficacy and reliability in several international investigations. In Portugal its psychometric properties have not been studied and this will be the object of study of this research. We will include the analysis of concurrent validity, discriminant validity, inter-rater agreement and acceptability assessed by adolescents.

The sample consisted of 240 adolescents (172 in the clinical group and 68 in the non-clinical group, all assessed by the ADIS-C) aged between 14 and 18 years old. The protocol consisted, in addition to the ADIS-C, for self-assessment instruments, particularly the Anxiety Scale and Avoidance in Social Situations for Adolescents (EAESSA), the Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A), the Reaction to Tests (RT), the Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC), the Children's Depression Inventory (CDI) and the Youth Self-Report (YSR) and hetero instruments, particularly the Children's Behavior CheckList (CBCL) and the Teachers Report Form (TRF).

The concurrent validity, discriminant, the inter-rater agreement and acceptability of the interview obtained good results. Thus, ADIS-C showed good ability to generate valid and reliable diagnoses.

The use of this instrument may confer advantages to the clinical environment, particularly in the reduction of variability in the process of information collection, providing greater ability to detect comorbidities (Ulloa *et al*, 2006) and investigations with the ADIS-C can help delimitation of symptoms and selection of clinical population through a clear and objective evaluation.

Key Words: ADIS-C, validity, reliability, diagnosis, adolescents, anxiety, psychometric properties.

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria do Céu Salvador pelo olhar atento, disponibilidade constante e conhecimento incrível! Pela partilha, paciência, alegria e dedicação... Por ser um exemplo profissional e pessoal.

A todos os diretores das escolas que participaram nesta investigação, em particular ao Dr. António José Cunha e à Dra. Elisabete Sampaio, pelo profissionalismo incrível, pelo apoio e disponibilidade constantes, é por vocês que estes projetos têm “pernas”.

A todos os adolescentes que participaram nesta investigação, especialmente aos que tive o prazer de entrevistar, por serem o motivo e o alento desta formação, por mostrarem que no final todo o esforço vale a pena.

Às colegas desta investigação por todos os momentos partilhados, em especial à Cátia pelas horas de viagens comuns, pela alegria, pelo carinho e, acima de tudo, pela amizade. Também em especial à Sandra e à Maria João, por toda a dedicação, disponibilidade, paciência e boa disposição.

Aos amigos de curso porque apesar da distância continuaram sempre lá. A vocês: Ágata, Lili, João, Filipa, Pipa, Maria, Joana, Laura, Tânia, Inês e Cíntia, que são para a vida, agradeço as mensagens diárias de incentivo, a paciência e a estabilidade disto que somos “nós”!

À Joana e ao Tomás por tantas vezes me apoiarem sem dar conta, só pela voz, pelas mensagens ou pelos simples beijinhos e abraços.

Às melhores manas do mundo por estarem sempre presentes e por não me deixarem desistir: à Mónica agradeço ser a exigência, a força e a guia que me faz refletir a cada passo e crescer a cada conversa; à Sónia por ser a que me chama à razão, a que me incentiva e a que me faz ver que há vida muito para além do trabalho; à Vera, porque depois da tua partida passei a viver tudo a dobrar... Obrigada por seres a minha força oculta! Isto também é teu...

À, sem dúvida, melhor mãe de todos os tempos, pela coragem, pelo amor, pela dedicação e esforço! Se isto aconteceu foi por ti... Obrigada por seres a única voz capaz de me acalmar, por seres o despertador de tantos dias difíceis e pelos miminhos de todos os dias...

Em memória daquele que foi um grande homem, o meu Pai... Uma inspiração de humanidade, coragem e sensatez...

Aos restantes amigos por compreenderem a minha ausência e mesmo assim estarem sempre lá! Em especial ao Primo Marcos, à Joana, à Tixa, à Jo, ao Tó Luís, ao Pedro, ao Diogo, ao Nuno Miguel, à Filipa, à Marta, ao Tiago, ao Francisco Tiago, à Joana Fernandes, à Noémí e ao David, por me fazerem acreditar que eu era capaz de chegar até aqui.

Ao Rodrigo por tantas vezes suportar o desânimo, o mau feitio e a ausência! Por incentivar e acreditar... Por me querer ver chegar longe, por nunca me deixar desistir e por não desistir de mim!

A todas as pessoas que contribuíram, de alguma forma, para que a concretização desta investigação.

Enquadramento Conceptual

Adolescência: um processo de construção psicológica ou psicopatológica?

A adolescência é um período de marcadas transformações ao nível físico, cognitivo e emocional. Nesta fase, existe uma série de processos internos que se renovam com o objetivo de abandonar os elementos mais infantis e dar lugar a uma nova identidade através de novas experiências, dúvidas, ilusões, ousadias, conquistas internas e externas que marcam uma nova forma de ser e estar no mundo. É, portanto, considerada uma fase transitória necessária para a obtenção de maturidade (Medeiros, 2000). Assim, e como em todos os períodos de transição, está subjacente um sentimento constante de desafio e ansiedade. Nesta altura, surge o desejo de estabelecer novos vínculos fora do âmbito familiar e é precisamente nas relações com os pares que o adolescente passa a partilhar visões e pensamentos que o vão, aos poucos, diferenciando dos pais e reafirmam, assim, a sua singularidade (Zalk, Zalk & Kerr, 2011). Este processo, que envolve a criação de vínculos com pares cujos interesses e valores sejam comuns (Newman & Newman, 1976 *cit in* Zalk, Zalk & Kerr, 2011) proporciona ao adolescente um sentido na sua identidade auxiliando assim a maturação para interações sociais futuras (Brown, 1990). Deste modo, a pertença a um grupo e a interação social entre pares fornece a experiência necessária para os relacionamentos interpessoais. No entanto, este processo decorre de forma complexa e, em muitos casos, envolve elevados níveis de ansiedade tornando este período o mais propício ao desenvolvimento de perturbações psicopatológicas, mais concretamente, de perturbações de ansiedade, que se revelam as perturbações mais prevalentes em crianças e adolescentes (Alyahri & Goodman, 2008; Cartwright-Hatton, McNicol & Doubleday, 2006). Para além das perturbações de ansiedade (Verduin & Kendall, 2003), os adolescentes são altamente vulneráveis a outras perturbações psiquiátricas, nomeadamente, Perturbação Depressiva Major (Lewinsohn, Zinbarg & Seeley, 1997), Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) (Kendall, Brady & Verduin, 2001) e abuso de substâncias (Schuckit & Hesselbrock, 1994 *cit in* Connolly, Suarez & Sylvester, 2011). Este tipo de perturbações apresenta também uma grande prevalência nesta fase já que é precisamente nesta altura que é dada uma maior importância e relevância à aceitação por parte dos pares, à procura constante de um lugar próprio no sistema social fora da família, à consciência da importância das impressões que podem causar nos outros, ao confronto com situações novas, e desempenho de novos papéis e às rápidas transformações corporais (Pereira, 1998). Todas estas características aumentam a probabilidade do adolescente ser criticado e ridicularizado, daí que estejam particularmente vulneráveis ao aparecimento da ansiedade

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

social (Cunha & Salvador, 2000; Prinstein & La Greca, 2002) bem como a maiores níveis de isolamento e depressão (Prinstein & La Greca, 2002).

Apesar da elevada prevalência, as perturbações de ansiedade passam, muitas vezes despercebidas e sem tratamento (Chavira, Stein, Baley & Stein, 2004; Kroenke, Spitzer, Williams, Monohan & Lowe, 2007). Por esse motivo, reduzir esta taxa é um desafio para a saúde pública (McGrandles & Duffy, 2012), uma vez que este tipo de perturbações aumentam o insucesso escolar (Woodward & Fergusson, 2001), o risco de abuso de substâncias, o desenvolvimento de problemas de comportamento (Connolly, Suarez & Sylvester, 2011), a utilização prolongada de serviços médicos, acabam por comprometer o funcionamento global do sujeito (Marquenie, Schade & van Balkom, 2007) e, a longo prazo, têm consequências que se encontram subestimadas e que são a causa de sofrimento considerável e incapacidade para os indivíduos e para as suas famílias (Waghorn, Chant, White & Whiteford, 2005).

Dada a elevada prevalência, as graves consequências e os gastos sociais elevados, é fundamental desenvolver e investir em métodos de avaliação das perturbações de ansiedade cada vez mais fidedignos para que, quando necessário, seja possível a definição fidedigna de diagnósticos para fins de investigação, a prevenção desta casuística clínica, a avaliação precoce e a definição de um tratamento objetivo e estruturado (Breinholsta, Esbjørna, Reinholdt-Dunnea & Stallard, 2012).

Métodos de Avaliação da Psicopatologia na Adolescência

Uma avaliação abrangente é tanto mais válida quanto mais recursos for capaz de incluir (Connolly, Suarez & Sylvester, 2011). Assim, o processo de avaliação deve incluir vários recursos como questionários de autorresposta, entrevistas clínicas estruturadas ou semi-estruturadas, instrumentos de relato por parte dos pais e dos professores e observação direta por parte do clínico. Este tipo de avaliação detalhada e compreensiva deve realizar-se independentemente da sintomatologia apresentada pelo adolescente já que uma falha neste processo pode comprometer a compreensão e intervenção terapêutica (Cunha, Gouveia, Salvador & Alegre, 2004). Ainda que esta atitude deva ser mantida em qualquer processo terapêutico, no que concerne a crianças e adolescentes, é fundamental que os recursos de avaliação sejam ainda mais específicos e objetivos, não só pela condição da idade mas também porque existem elevadas taxas de comorbilidade entre as perturbações mais comuns nesta fase, as perturbações de ansiedade, e as perturbações do humor (McGrandles & Duffy, 2012). Assim, Henker, Whalen, Jammer & Delfino (2002) referem que a ansiedade na adolescência pode preceder o aparecimento de perturbações depressivas e, quando isso ocorre, podem levar a episódios depressivos prolongados.

Desta forma, na avaliação da psicopatologia durante a adolescência (13-18 anos) é essencial recorrer a métodos diversificados que aumentem a

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

identificação precoce e adequada das Perturbações de Ansiedade. Para isso, é importante que estes métodos tenham em consideração áreas importantes como a história do início e desenvolvimento dos sintomas de ansiedade, *stress* associado, história médica, história escolar, história social, história psiquiátrica familiar, história do desenvolvimento com considerações relativas ao temperamento, e avaliação do estado mental (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2007). Para além da recolha desta informação específica sobre o adolescente, é essencial recorrer a instrumentos diferenciados e diversificados sobre o impacto que a sintomatologia possa ter no funcionamento global do adolescente (Connolly, Suarez & Sylvester, 2011). Deste tipo de informação deve constar uma variável de acordo, ou seja, é vantajoso incluir uma variedade de perspetivas, nomeadamente, a perspetiva do adolescente, dos pais/cuidadores e dos professores (Choudhury, Pimentel & Kendall, 2003).

Para além do papel fundamental dos pais/cuidadores, é importante que os próprios adolescentes sintam que os métodos de avaliação são adequados a si e que se consiga, do mesmo modo, estabelecer uma relação terapêutica adequada para fomentar a partilha de informação adequada e objetiva.

Ainda que os questionários de autorresposta sejam de grande utilidade já que permitem uma recolha rápida de informação relativa à perspetiva do adolescente, é importante acrescentar a este instrumento, outros que deem ao clínico uma perspetiva mais detalhada, nomeadamente, as entrevistas clínicas. Neste sentido, o desenvolvimento de entrevistas clínicas estruturadas bem como o seu estudo e avaliação são temáticas urgentes para que se possam fazer avaliações mais válidas e fidedignas (Cunha, Gouveia, Salvador & Alegre, 2004; Silverman & Ollendick, 2005; Velting, Setzer & Albano, 2004).

Entrevistas de Diagnóstico

A criação das entrevistas de diagnóstico teve como principal objetivo uma avaliação mais fidedigna da psicopatologia (Ulloa, Ortiz, Higuera, Nogales, Fresán, Apiquian, ... Peña, 2006), uma vez que a inserção das entrevistas estruturadas e semi-estruturadas fornecem ao protocolo de avaliação a definição de um diagnóstico mais preciso e fiável (Thienemann, 2004). Várias foram as vantagens encontradas no uso deste tipo de instrumentos de entre as quais se destacam: a diminuição da variabilidade na recolha da informação, a inserção de índices de gravidade avaliados pelo paciente na avaliação das suas próprias emoções e comportamentos (Ulloa *et al.*, 2006), um guia estruturado e flexível ao nível das questões e do registo da informação uma vez que permite ao clínico uma maior facilidade na identificação de um diagnóstico e, por consequência, uma maior agilidade no que concerne ao reconhecimento da existência de comorbilidades (De la Peña, Patiño, Ulloa, Cruz, Mendizábal, Cortés *et al.*, 1998 *cit in* Ulloa *et al.*, 2006).

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

O desenvolvimento de entrevistas estruturadas tem sido um passo importante em termos de investigação ao nível da psiquiatria infantil (Lauth, Magnússon, Ferrari, Pétursson, 2008) e, por consequência, uma das linhas de investigação com mais desenvolvimentos nas últimas duas décadas (Ulloa *et al*, 2006). Estes instrumentos estandardizados baseiam-se em taxonomias de diagnóstico reconhecidas e validadas internacionalmente, nomeadamente o DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) e a ICD-10 (*International Classification of Diseases*) (Lauth, Levy, Júlíusdóttir, Ferrari & Pétursson, 2008). Neste sentido, é importante que o estudo destas áreas seja cada vez mais rigoroso uma vez que permite aos clínicos um nível de concordância cada vez maior em termos de diagnóstico (Lauth, Magnússon, Ferrari, Pétursson, 2008). Esta concordância facilita a definição de um tratamento mais adequado ao nível da especificidade da perturbação e, deste modo, uma intervenção mais estruturada com possibilidade de ser, também ela, submetida a uma avaliação de “qualidade”.

Existem diversos instrumentos aplicáveis a crianças e/ou adolescentes, sendo que, para estas faixas etárias se destacam: Entrevista para as Perturbações de Ansiedade segundo o DSM-IV (*The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children - ADIS-C*) (Silverman & Albano, 1996; Tradução e adaptação: Cunha & Salvador, 2003); Entrevista para Avaliação de Perturbações Afetivas e Esquizofrenia para Crianças em Idade Escolar (*Schedule for Affective Disorders and schizophrenia for School-Age Children - K-SADS*) (Kaufman, Birmaher, Brent, Rao, Flynn, Moreci, Williamson & Ryan, 1997); Entrevista de Diagnóstico para Crianças e Adolescentes (*Diagnostic Interview for Children and Adolescents - DICA*) (Welner, Reich, Herjanic, Jung & Amado, 1987); Entrevista de Diagnóstico para Crianças (*The Diagnostic Interview Schedule for Children - DISC*) (Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan, Schwab-Stone, 1979).

Ainda que sejam diversos os instrumentos possíveis, esta investigação debruça-se sobre o estudo das características psicométricas da entrevista ADIS-C, uma vez que esta se foca essencialmente na avaliação das Perturbações de Ansiedade que, como referido, são as mais comuns na infância e na adolescência.

Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C)

A ADIS-C (Silverman & Albano, 1996) é uma entrevista semi-estruturada para as Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescência – dos 6 aos 17 anos. Este instrumento tem por objetivo o diagnóstico de perturbações de ansiedade e de outras perturbações características da infância e da adolescência, nomeadamente, Distímia, Perturbação Depressiva Major, e Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade. A presença de comportamentos de recusa à escola e o rastreio de outras perturbações (Abuso de Substâncias, Esquizofrenia, Mutismo Seletivo,

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

Perturbações Alimentares, Perturbação Somatoforme e Perturbação de Somatização) estão também presentes (Silverman & Albano, 1996), sendo merecedor de destaque o facto de, no início da entrevista, serem questionados os relacionamentos interpessoais da criança ou adolescente.

É calculado o número total de sintomas e é decidido se o adolescente tem o número de sintomas que permita efetuar um diagnóstico, de acordo com o DSM-IV (APA, 1994). Se o número de sintomas for suficiente para ser atribuído algum diagnóstico, são colocadas questões no sentido de avaliar a interferência e a severidade dos sintomas na perspetiva do sujeito e, caso lhe provoquem sofrimento/interferência significativo, o diagnóstico é atribuído. O clínico atribui também um índice de gravidade da perturbação diagnosticada sendo que, caso esteja presente mais do que um diagnóstico, estes são hierarquizados em principal, co-principal, e um ou mais diagnósticos adicionais.

Para além desta versão, esta entrevista possui também uma versão para Pais, sendo que na sua estrutura são avaliadas algumas perturbações adicionais como Perturbação de Conduta, Perturbação de Oposição e Enurese, alguns detalhes sobre a história e consequências de problemas específicos (Grills & Ollendick, 2003). Esta entrevista é utilizada, maioritariamente, em estudos que avaliam a concordância existente entre os diagnósticos das crianças/adolescentes e dos pais (Grills & Ollendick, 2003; Lyneham, Abbott & Rapee, 2007; Silverman, Saavedra & Pina, 2001; Wood, Piacentini, Bergman, McCracken & Barrios, 2002). Os resultados destas investigações indicam, em alguns casos, uma baixa concordância independentemente do diagnóstico (Grills & Ollendick, 2003) e noutros, as correlações boas ou moderadas apenas se encontram estabelecidas para os diagnósticos de Fobia Social, Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação de Ansiedade de Separação e Fobia Específica (Silverman, Saavedra & Pina, 2001; Lyneham, Maree, Abbott, Rapee, 2007; Wood, Piacentini, Bergman, McCracken & Barrios, 2002).

A ADIS-C apresenta uma excelente fidedignidade teste-reteste e precisão nos diagnósticos de Fobia Específica e Perturbação de Ansiedade de Separação e boa precisão diagnóstica de Fobia Social e Ansiedade Generalizada (Silverman, Saavedra, & Pina, 2001). Verificou-se também uma boa validade concorrente nos diagnósticos de Fobia Social, Perturbação de Ansiedade de Separação e Perturbação de Pânico (Wood, Piacentini, Bergman, McCracken, & Barrios, 2002). No entanto, segundo DiLillo, Hayes e Hope (2006) a sensibilidade diagnóstica para a Perturbação de Stress Pós-Traumático, mostrou-se fraca. Num estudo de Rao, Beidel, Turner, Ammerman, Crosby & Sallee (2007) ficou estabelecida a fidedignidade inter-avaliadores para o diagnóstico de Fobia Social e interferência de sintomas, assim como a validade concorrente através da comparação com dados provenientes de instrumentos de autoavaliação e de avaliação comportamental. Este instrumento mostra-se sensível a resultados de

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

tratamento (Silverman & Ollendick, 2005) e, de uma forma geral, vai tentando combater questões subjetivas que estão na base das entrevistas de diagnóstico sendo que, não possui critérios para que se façam diagnósticos diferenciais coerentes, ficando assim ao critério de cada clínico a validação ou não de outros diagnósticos (Salvador, 2009).

A sua versão portuguesa foi traduzida e adaptada por Cunha e Salvador (2003), sendo este o primeiro estudo que tem como objetivo a análise das suas propriedades psicométricas na população adolescente portuguesa. Esta entrevista assume-se um instrumento relevante a ser estudado, uma vez que, é dos instrumentos mais utilizados na avaliação de Perturbações de Ansiedade, nomeadamente em investigações recentes (Carvalho, 2012; Cunha, 2005; Fontinho, 2012; Rebelo, 2012; Salvador, 2009).

Objetivos e Hipóteses

A relevância do estudo da ADIS-C prende-se não só pelo seu uso contínuo em inúmeras investigações mas também pela contribuição fundamental para a clínica já que pode ajudar na avaliação inicial e na definição de sintomatologia extinta após o tratamento. Assim, este instrumento requer um olhar específico sobre diversas variáveis que será tido em consideração na definição dos objetivos desta investigação. Deste modo, e de uma forma geral, os objetivos gerais desta investigação consistem no estudo da validade concorrente, validade discriminante, concordância de diagnóstico inter-avaliadores e aceitabilidade desta entrevista pelos adolescentes, para definir as características psicométricas relevantes para a sua utilização. Apresentam-se, a seguir, os objetivos específicos e as hipóteses deles decorrentes.

A. Avaliar a validade convergente através da relação significativa entre diagnósticos efetuados pela ADIS-C e pontuações obtidas em questionários de autoavaliação e em questionários de heteroavaliação.

- **Hipótese A1:** Deverão existir correlações positivas e significativas entre os diagnósticos de Fobia Social Generalizada avaliados pela ADIS-C e as pontuações obtidas em medidas de autoavaliação de ansiedade social e evitamento (EAESSA) e em medidas de heteroavaliação de dificuldades sociais (Fatores: Problemas Sociais e Isolamento do CBCL e Fatores: Isolamento Social e Problemas Sociais/Impopular do TRF).

- **Hipótese A2:** Deverão existir correlações positivas e significativas entre os diagnósticos de Fobia Social Específica de Desempenho avaliados pela ADIS-C e as pontuações obtidas na medida autoavaliação de ansiedade aos testes (RT).

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

- **Hipótese A3:** Deverão existir correlações positivas e significativas entre os diagnósticos de Perturbações de Ansiedade avaliados pela ADIS-C e as pontuações obtidas na medida de autoavaliação de ansiedade geral (MASC) e em medidas de heteroavaliação da ansiedade geral (Fator Ansiedade do CBCL e do TRF).

- **Hipótese A4:** Deverão existir correlações positivas e significativas entre os diagnósticos de Perturbações do Humor avaliados pela ADIS-C e as pontuações obtidas em medidas de autoavaliação e heteroavaliação de sintomatologia depressiva (CDI e fator depressão do CBCL, respetivamente).

- **Hipótese A5:** Deverão existir correlações positivas e significativas entre o diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção avaliado pela ADIS-C e as pontuações obtidas em medidas de auto e heteroavaliação de problemas de atenção e hiperatividade (Fator Problemas de Atenção/Hiperatividade do YSR e fator Hiperatividade/problemas de atenção do CBCL).

B. Avaliar a validade divergente através da inexistência de relações significativas entre diagnósticos efetuados pela ADIS-C e as pontuações obtidas em questionários de autoavaliação e em questionários de heteroavaliação.

- **Hipótese B1:** Deverão existir correlações fracas entre os diagnósticos de Fobia Social Generalizada, Fobia Social Específica de Desempenho, Perturbações de Ansiedade e Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção avaliados pela ADIS-C e as pontuações obtidas em medidas de sintomatologia depressiva tanto de autoavaliação (CDI) e de heteroavaliação (fator depressão do CBCL).

- **Hipótese B2:** Deverão existir correlações fracas entre os diagnósticos de Fobia Social Generalizada, Fobia Social Específica de Desempenho, Perturbações de Ansiedade e Perturbações de Humor avaliados pela ADIS-C e as pontuações obtidas em medidas de problemas de atenção/hiperatividade tanto na medida de autoavaliação (fator problemas de atenção/hiperatividade do YSR) e como na medida de heteroavaliação (fator hiperatividade/problemas de atenção do CBCL).

- **Hipótese B3:** Deverão existir correlações fracas entre os diagnósticos de Perturbações do Humor e Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção avaliados pela ADIS-C e as pontuações obtidas em medidas de autoavaliação de ansiedade social e evitamento (EAESSA), ansiedade aos testes (RT), ansiedade geral (MASC) e em medidas de heteroavaliação de dificuldades sociais (Fatores: Isolamento e Problemas Sociais do CBCL e do TRF).

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

C. Avaliar a validade discriminante através da comparação grupos de diagnóstico efetuados pela ADIS-C em questionários específicos tanto de autoavaliação como de heteroavaliação.

- **Hipótese C1:** Adolescentes que cumpram critérios de diagnóstico para Fobia Social Generalizada avaliada pela ADIS-C, obterão uma pontuação significativamente mais elevada do que adolescentes com qualquer outro diagnóstico na medida de autoavaliação de ansiedade e evitamento social (EAESSA) e em medidas de heteroavaliação de dificuldades sociais (Fatores: Problemas Sociais e Isolamento do CBCL do TRF).

- **Hipótese C2:** Adolescentes que cumpram critérios de diagnóstico para Fobia Social Específica de Desempenho avaliada pela ADIS-C, obterão uma pontuação significativamente mais elevada em medidas autoavaliação de ansiedade aos testes (RT) do que adolescentes com qualquer outro diagnóstico.

- **Hipótese C3:** Adolescentes que cumpram critérios de diagnóstico para qualquer Perturbação de Ansiedade avaliada pela ADIS-C, obterão uma pontuação significativamente mais elevada do que adolescentes com qualquer outro diagnóstico em medidas de autoavaliação de ansiedade geral (MASC) e em medidas de heteroavaliação de ansiedade (fatores ansiedade dos questionários CBCL e TRF).

- **Hipótese C4:** Adolescentes que cumpram critérios de diagnóstico para qualquer Perturbação do Humor avaliada pela ADIS-C, obterão uma pontuação significativamente mais elevada em medidas de auto e heteroavaliação de sintomatologia depressiva (CDI e fator Depressão do CBCL) do que adolescentes com qualquer outro diagnóstico.

- **Hipótese C5:** Adolescentes que cumpram critérios de diagnóstico para Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção avaliada pela ADIS-C, obterão uma pontuação significativamente mais elevada do que adolescentes com qualquer outro diagnóstico em medidas auto e heteroavaliação de problemas de atenção e hiperatividade (Fator Hiperatividade/Problemas de Atenção do YSR e do CBCL, respetivamente).

- **Hipótese C6:** Adolescentes, avaliados pelas ADIS-C, que não apresentem qualquer diagnóstico deverão obter uma pontuação significativamente mais baixa do que adolescentes com Fobia Social Generalizada em medidas de autoavaliação de ansiedade e evitamento social (EAESSA) e em medidas de heteroavaliação de dificuldades sociais (Fatores: Problemas Sociais e Isolamento do CBCL e Problemas Sociais/Impopular e Isolamento do TRF).

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

- **Hipótese C7:** Adolescentes, avaliados pelas ADIS-C, que não apresentem qualquer diagnóstico deverão obter uma pontuação significativamente mais baixa do que adolescentes com Fobia Social Específica de Desempenho em medidas de autoavaliação de ansiedade aos testes (RT).

- **Hipótese C8:** Adolescentes, avaliados pelas ADIS-C, que não apresentem qualquer diagnóstico deverão obter uma pontuação significativamente mais baixa do que adolescentes com Perturbações de Ansiedade em medidas de auto e heteroavaliação de ansiedade geral (MASC e fatores Ansiedade do CBCL e do TRF).

- **Hipótese C9:** Adolescentes, avaliados pelas ADIS-C, que não apresentem qualquer diagnóstico deverão obter uma pontuação significativamente mais baixa do que adolescentes com Perturbações do Humor em medidas de auto e heteroavaliação de sintomatologia depressiva (CDI e fator depressão do CBCL, respetivamente).

- **Hipótese C10:** Adolescentes, avaliados pelas ADIS-C, que não apresentem qualquer diagnóstico deverão obter uma pontuação significativamente mais baixa do que adolescentes com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção em medidas de auto e heteroavaliação de problemas de atenção/hiperatividade (Fator Hiperatividade/Problemas de Atenção do YSR e Hiperatividade/Problemas de atenção do CBCL).

D. Avaliar a concordância inter-avaliadores relativamente ao diagnóstico atribuído pela ADIS-C.

- **Hipótese D1:** A concordância inter-avaliadores será elevada.

E. Avaliar a aceitabilidade da entrevista ADIS-C, pelos adolescentes.

- **Hipótese E1:** A aceitabilidade da entrevista será elevada.

Metodologia

Amostra

A amostra da presente investigação foi recolhida em 11 estabelecimentos de ensino distintos. A amostra final ficou constituída por 240 adolescentes sendo que, 172 adolescentes (71,7%) apresentam, pelo menos, um diagnóstico e 68 adolescentes (28,3%) não possuem qualquer perturbação psiquiátrica (Quadro 1).

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

Quadro 1. Características sócio-demográficas da população geral: Género, idade, escolaridade e estatuto socioeconómico (N=240).

	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Género	98	40.8	142	59.2	240	100
Idade						
14	21	21.4	30	21.1	51	21.3
15	26	26.5	36	25.4	62	25.8
16	26	26.5	31	21.8	57	23.8
17	19	19.4	32	22.5	51	21.3
18	6	6.1	13	9.2	19	7.9
Escolaridade						
9º	34	34.7	45	31.7	79	32.9
10º	32	32.7	46	32.4	78	32.5
11º	24	24.5	27	19.0	51	21.3
12º	8	8.2	24	16.9	32	13.3
Estatuto Socioeconómico						
Baixo	31	31.6	52	36.6	83	34.6
Médio	50	51.0	77	54.2	127	52.9
Alto	17	17.3	13	9.2	30	12.5

A média de idades dos 240 adolescentes foi de 15.69 (DP = 1.24), a média de anos de escolaridade 10.15 (DP = 1.03) e a maioria pertence ao estatuto socioeconómico médio. Não existiram diferenças significativas entre rapazes e raparigas relativamente à idade ($t_{(238)} = -.672, p = .502$), escolaridade ($t_{(238)} = -1.11, p = .267$) e estatuto socioeconómico ($\chi^2_{(2)} = 3.643, p = .162$) (Quadro 2).

Quadro 2. Estatísticas Descritivas, Teste *t* e Qui-Quadrado para análise das diferenças da população geral (N=240) relativamente aos dados sociodemográficos.

	Masculino (n=98)		Feminino (n=142)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Idade	15.62	1.19	15.73	1.28	-0.672	.502
Escolaridade	10.06	0.96	10.21	1.07	-1.11	.267
	M	DP	M	DP	χ^2	<i>p</i>
Estatuto Socioeconómico	1.86	0.69	1.73	0.62	3.643	.162

Foram considerados, neste estudo, 172 adolescentes do grupo clínico e 68 adolescentes da população não-clínica, todos eles avaliados pela ADIS-C.

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

Os adolescentes da população clínica dividiram-se pelos seguintes diagnósticos: Fobia Social Generalizada (n = 92), Fobia Social Específica de Desempenho (n = 33), Perturbação de Ansiedade de Separação (n = 5), Fobia Específica (n = 66), Perturbação de Pânico com Agorafobia (n = 3), Perturbação de Pânico sem Agorafobia (n = 3), Agorafobia sem História de Pânico (n = 2), Perturbação de Ansiedade Generalizada (n = 24), Perturbação Obsessivo-Compulsiva (n = 7), Perturbação de Stress Pós-Traumático (n = 15), Distímia (n = 8), Perturbação Depressiva Major (n = 10), Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (n = 9).

Tornando-se difícil analisar cada um destes diagnósticos, tanto por alguns deles possuírem um número muito reduzido de sujeitos como por não dispormos de medidas específicas relevantes para esse diagnóstico, optámos por proceder à análise dos seguintes diagnósticos ou grupos de diagnósticos: Fobia Social Generalizada, Fobia Social Específica de Desempenho, Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção e Perturbações de Ansiedade¹ e Perturbações do Humor² (Quadro 3).

Quadro 3. Distribuição dos diagnósticos por género.

Diagnósticos	Género				Total ³ n
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
População não Clínica	42	61.76	26	38.24	68
Perturbações de Ansiedade	55	32.35	115	67.65	170
Fobia Social Generalizada	30	32.61	62	67.39	92
Fobia Social Específica de Desempenho	9	27.27	24	72.73	33
Perturbações do Humor	2	11.11	16	88.89	18
PHDA	2	22.22	7	77.78	9

Nota. PHDA =Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.

¹ Neste grupo encontram-se incluídas as seguintes Perturbações: Fobia Social Generalizada, Fobia Social Específica de Desempenho, Perturbação de Ansiedade de Separação, Fobia Específica, Perturbação de Pânico com Agorafobia, Perturbação de Pânico sem Agorafobia, Agorafobia sem História de Pânico, Perturbação de Ansiedade Generalizada, Perturbação Obsessivo-Compulsiva e Perturbação de Stress Pós-Traumático.

² Neste grupo foram consideradas Perturbações do Humor os diagnósticos de Distímia e Perturbação Depressiva Major.

³ De notar que o número de sujeitos total é superior ao n da amostra, uma vez que, existe uma taxa considerável (43.6%) de diagnósticos comórbidos.

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

No que concerne à comorbilidade, dos 172 sujeitos do grupo clínico, constatou-se que 97 adolescentes (56.4%) preenchiam critérios para apenas uma perturbação e 75 adolescentes (43.6%) preenchiam critérios para mais do que uma perturbação.

Instrumentos⁴⁵

A Entrevista para as Perturbações de Ansiedade segundo o DSM-IV (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child Version - ADIS-C*; Silverman & Albano, 1996) é o objeto de estudo da presente investigação e, como tal, encontra-se aqui brevemente descrito, uma vez que foi amplamente descrito anteriormente. É uma entrevista estruturada que tem por objetivo o diagnóstico de perturbações de ansiedade e de outras perturbações características da infância e da adolescência, nomeadamente, Distímia, Perturbação Depressiva Major e Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade. As suas propriedades psicométricas foram estudadas e verificadas (Silverman, Saavedra, & Pina, 2001; Wood, Piacentini, Bergman, McCracken, & Barrios, 2002). A sua versão portuguesa foi traduzida e adaptada por Cunha e Salvador (2003) sendo este o primeiro estudo Português de avaliação das propriedades psicométricas deste instrumento.

A Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA; Cunha, Pinto Gouveia, Salvador, & Alegre, 2004) é constituída por 34 itens, respondidos numa escala de *Likert* de 5 pontos, constituindo duas subescalas: a subescala de desconforto/ansiedade e a subescala de evitamento. Ambas as subescalas são constituídas por 6 fatores: interação em situações novas; interação com o sexo oposto; desempenho em situações formais; interação autoafirmativa; ser observado pelos outros; comer e beber em público (Cunha *et al.*, 2004). Quanto maior o resultado, maior a ansiedade social e o evitamento manifestado nas situações sociais assinaladas. A escala apresenta valores elevados de consistência interna para ambas as subescalas, uma estabilidade temporal moderada e uma boa validade concorrente e discriminante. Esta escala revelou possuir boa capacidade diagnóstica para detetar adolescentes com fobia social e

⁴ Consideramos como valores de referência, neste estudo, os índices de consistência interna apresentados por Pestana e Gageiro (2003), que sugerem que um *alpha de Cronbach* de valor inferior a .60 é inadmissível, entre .60 e .70 é fraco, entre .70 e .80 é razoável, entre .80 e .90 é bom e entre .90 e 1 é muito bom.

⁵ Na avaliação da magnitude das correlações são considerados como valores de referência, ao longo deste estudo, os valores apontados por Pestana e Gageiro (2003), que sugerem que um coeficiente de correlação inferior a .20 revela uma associação muito baixa, um valor entre .21 e .39 uma associação baixa, entre .40 e .69 moderada, entre .70 e .89 elevada e, superior a .90 uma associação muito elevada.

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

distinguir adolescentes com fobia social de adolescentes com outras perturbações ou sem psicopatologia (Cunha, 2005), apresentando sensibilidade a resultados decorrentes do tratamento (Salvador, 2009). Neste estudo, esta escala apresenta muito boa consistência interna para o seu total (*alpha de Cronbach* de .971).

A Escala de Ansiedade Social para Adolescentes (*Social Anxiety Scale for Adolescence - SAS-A*; La Greca & Lopez, 1998) pretende avaliar, em 22 itens (4 neutros), as experiências de ansiedade social e de medo da avaliação negativa, no contexto das relações com os pares, numa escala do tipo *Likert* de 5 pontos. Os 18 itens estão divididos em três subescalas: a FNE (medo da avaliação negativa), a *SAD-New* (desconforto e evitamento social em situações novas) e a *SAD-General* (desconforto e evitamento social generalizado) (La Greca & Lopez, 1998). Este instrumento apresenta uma boa consistência interna para as subescalas, boa validade concorrente (La Greca & Lopez, 1998) e boa fidelidade teste-reteste (La Greca, 1998). A sua versão portuguesa (Cunha, *et al.*, 2004) possui uma estrutura fatorial semelhante à da versão original apresentando, igualmente, uma boa consistência interna para as subescalas bem como para o resultado total, uma estabilidade temporal aceitável, uma validade convergente satisfatória e boa validade divergente. A autora indica que um ponto de corte de 55 permite uma boa classificação de jovens, com ou sem fobia social, numa amostra da comunidade (Cunha *et al.*, 2004) sendo sensível a resultados do tratamento (Salvador, 2009). No presente estudo a *SAS-A* apresenta muito boa consistência interna para o total (*alpha de Cronbach* de .940).

O Reação aos Testes (*Reaction to Test - RT*; Sarason, 1984;) avalia a ansiedade em situações de desempenho escolar através de uma escala de resposta de *Likert* de 4 pontos. A sua versão original era constituída por 40 itens, tendo sido eliminados 6 itens na versão portuguesa (Baptista, Soczka, & Pinto, 1989; Vicente, 2011). Assim, ficou constituído por 34 itens, que foram distribuídos pelos mesmos 4 fatores da versão original: (1) Tensão; (2) Preocupação; (3) Pensamentos Irrelevantes; e (4) Sintomas Somáticos. Na sua versão original, o RT apresenta uma boa consistência interna e boa validade convergente (Sarason, 1984). Relativamente à aferição portuguesa para adolescentes (Vicente, 2011), foi encontrada uma elevada consistência interna para o total e razoável a boa para os fatores, uma boa estabilidade temporal para o total da escala e boa validade convergente e divergente (Vicente, 2011). O RT apresenta ainda sensibilidade ao tratamento (Salvador, 2009). Neste estudo, o RT apresenta uma consistência interna muito boa para o total da escala (*alpha de Cronbach* de .947).

A Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (*Multidimensional Anxiety Scale for Children - MASC*; March, Parker, Sullivan, Stallings, & Conners, 1997) pretende avaliar, através de 39 itens,

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes. É respondida numa escala de Likert de 4 pontos e é composta por quatro subescalas: sintomas físicos; ansiedade social; ansiedade de separação; evitamento do perigo. A MASC possui boas propriedades psicométricas e distingue com precisão adolescentes com e sem perturbações de ansiedade (March *et al.*, 1997). A versão original apresenta bons níveis de consistência interna sendo que os resultados para os fatores são variáveis (March *et al.*, 1997). Na versão Portuguesa (Matos, Salvador, Cherpe & Oliveira, 2012), a análise fatorial confirmatória do modelo dos quatro fatores apresentou bons índices de ajustamento para o total da escala e para os subfactores. A escala apresentou ainda uma boa estabilidade temporal e uma boa validade convergente e divergente (Matos *et al.*, 2012). No presente estudo, esta escala apresentou uma consistência interna muito boa para o total da escala (*alpha de Cronbach* de .918).

O Inventário da Depressão para Crianças (*Children's Depression Inventory* - CDI; Kovacs, 1985) avalia os aspetos emocionais, cognitivos e comportamentais da depressão experienciados nas duas semanas anteriores ao preenchimento por crianças e adolescentes, através de 27 itens. Cada um deles apresenta três possibilidades de resposta de acordo com o grau de severidade. Quanto mais elevada for a pontuação, maior a severidade da sintomatologia depressiva (Kovacs, 1992). Kovacs identificou cinco subescalas: humor negativo, problemas interpessoais, ineficácia, anedonia e autoestima negativa. Na versão original, o CDI apresenta uma boa consistência interna e uma fidelidade temporal aceitável (Smucker, Craighead, Craighead, & Green, 1986). A versão portuguesa (Marujo, 1994) e um estudo posterior de Dias e Gonçalves (1999) revelaram uma boa precisão, apresentando uma boa consistência interna. Contudo, a estrutura de 5 fatores da escala original não foi replicada, evidenciando, em ambos os estudos portugueses, uma estrutura unifatorial. Na presente investigação, o CDI apresentou uma boa consistência interna (*alpha de Cronbach* de .872).

O Inventário de Competências Sociais e de Problemas do Comportamento em Crianças e Adolescentes (*Child Behavior Checklist* - CBCL; Achenbach, 1991a), o Inventário de Comportamento da Criança para Professores (*Teacher Report Form* - TRF; Achenbach, 1991b) e o Inventário do Comportamento (*Youth Self-Report* - YSR; Achenbach, 1991c) constituem o Modelo Multiaxial de Achenbach, cujo objetivo é avaliar o comportamento de crianças e adolescentes dos 4 aos 18 anos. Os três instrumentos são constituídos por 112 itens respondidos numa escala de Likert de 3 pontos. Os itens encontram-se agrupados por fatores sendo que esta estrutura fatorial varia dentro dos três instrumentos. O CBCL está organizado em nove fatores (Oposição/Imaturidade; Agressividade; Hiperatividade/Problemas de Atenção; Depressão; Problemas Sociais;

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

Queixas Somáticas; Isolamento; Ansiedade; Obsessivo/Esquizóide), o TRF em sete (Agressividade/Antisocial; Problemas de Atenção/Dificuldades de Aprendizagem; Isolamento Social; Obsessivo; Problemas Sociais/Impopular; Comportamentos estranhos/Esquizóide; Ansiedade) e, por fim, o YSR agrupado em seis fatores (Comportamento Antisocial; Problemas de Atenção/Hiperatividade; Ansiedade/Depressão; Isolamento; Queixas Somáticas; Problemas de Pensamento). Nos três instrumentos existe uma divisão mais geral que se faz em dois *clusters* específicos: *cluster* das perturbações internalizantes e *cluster* das perturbações externalizantes. O CBCL é o único dos três instrumentos que possui uma escala de problemas sexuais (Achenbach, 1991a). As propriedades psicométricas do CBCL e do TRF mostram-se boas (Achenbach & Rescorla, 2001). A versão portuguesa do YSR tem qualidades psicométricas aceitáveis apresentando, também, boas correlações entre cada item e o total de cada escala (Fonseca & Monteiro, 1999). No que diz respeito ao CBCL e ao TRF na sua versão portuguesa, as qualidades psicométricas são boas sendo que apenas diverge da versão original na sua estrutura fatorial, uma vez que, nela existiam fatores diferentes para cada uma das fontes de informação para cada um dos sexos e para os diversos níveis etários (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994; Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1995). Nesta investigação foram utilizados alguns fatores das três escalas. Os fatores Hiperatividade/Problemas de atenção e depressão apresentam uma boa consistência interna (*alpha de Cronbach* de .846 e .833, respetivamente), já os fatores problemas sociais, isolamento e ansiedade apresentam uma fraca consistência interna (*alpha de Cronbach* de .682, .612, .659, respetivamente). Em relação ao TRF, o fator problemas sociais apresenta uma boa consistência interna (*alpha de Cronbach* de .824) e os fatores isolamento e ansiedade apresentam uma consistência interna razoável (*alpha de Cronbach* de .796, .742, respetivamente). Por fim, do YSR apenas foi utilizado o fator de problemas de atenção/hiperatividade cuja consistência interna se mostrou razoável (*alpha de Cronbach* de .798).

A *Aceitabilidade da Entrevista* (Sørensen, Thomsen & Bilenberg, 2007) é um breve questionário constituído por quatro questões que pretende avaliar o que os adolescentes pensam e sentem em relação à entrevista. Este questionário foi utilizado num estudo Dinamarquês e obteve bons resultados na informação recolhida junto das crianças. Foi traduzido e adaptado por Casanova e Salvador (2013) para ser utilizado no presente estudo.

Procedimento

Foram obtidas as autorizações da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD), da Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC), dos conselhos executivos das 11 escolas (na região centro-norte de Portugal), dos Encarregados de Educação e, finalmente, dos

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

próprios adolescentes. Após esta fase, os adolescentes preencheram, em contexto de sala de aula, e durante aproximadamente 40 minutos, o protocolo de investigação. Este era constituído por uma folha de rosto com a explicação sucinta dos objetivos e a garantia da confidencialidade dos dados recolhidos, por um documento para recolha de dados sociodemográficos relevantes para o estudo e, por fim, pelos questionários de autoavaliação. A ordem destes instrumentos foi balanceada no sentido de se controlarem os efeitos da diminuição da capacidade de concentração e as tendências de resposta, no decorrer do preenchimento. Após o preenchimento dos questionários de autoavaliação foi efetuada uma seleção da amostra. Os adolescentes que pontuaram acima do ponto de corte em pelo menos um dos questionários do *screening* (RT; SAS-A; CDI; MASC; YSR) e os que pontuaram abaixo do ponto de corte em todos estes questionários foram selecionados para que fosse feita uma avaliação através da entrevista ADIS-C. O entrevistador era cego à razão pela qual os adolescentes tinham sido selecionados, para que não fosse influenciado o sentido da entrevista. Durante a entrevista, estavam presentes dois avaliadores, sendo que apenas um realizava toda a entrevista e o segundo se encontrava na condição de observador com o objetivo recolher informação para a posterior análise da concordância inter-avaliadores. Cada par de entrevistadores era selecionado de um grupo de seis para evitar quaisquer enviesamentos. No final da entrevista eram colocadas um conjunto de questões para determinar o grau de aceitabilidade da mesma na perspetiva dos adolescentes. Por fim, e apenas para os adolescentes que apresentassem um diagnóstico, de acordo com o entrevistador principal, eram distribuídos questionários para os seus pais/cuidadores e diretores de turma (CBCL e TRF, respetivamente).

Após a recolha de dados procedeu-se ao tratamento estatístico dos mesmos através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS-versão 20.0) para o Windows.

Resultados

Validade convergente

Para avaliar a validade convergente calcularam-se correlações de Pearson entre a presença/ausência de diagnósticos ou grupos de diagnósticos com os questionários que avaliam sintomatologia relevante para esse diagnóstico ou conjuntos de diagnóstico.

Fobia Social Generalizada

De acordo com os coeficientes de Pearson obtidos, constatou-se que existiam correlações positivas, estatisticamente significativas e moderadas entre o diagnóstico dos adolescentes com Fobia Social Generalizada e as pontuações obtidas em medidas de autoavaliação de ansiedade e evitamento social (EAESSA) (Quadro 4).

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

As correlações entre o diagnóstico de Fobia Social Generalizada e as pontuações obtidas em medidas de heteroavaliação de dificuldades sociais (Fatores Problemas Sociais e Isolamento do CBCL e Fatores Problemas Sociais/Impopular do TRF) não se mostraram estatisticamente significativas (Quadro 4).

Quadro 4. Correlações entre os diagnósticos de Fobia Social Generalizada e as pontuações obtidas em medidas de autoavaliação de ansiedade e evitamento social (EAESSA) e em medidas de heteroavaliação de problemas sociais e isolamento (fatores do CBCL e do TRF).

	Fobia Social Generalizada	<i>p</i>
EAESSA	.526	.000
CBCL		
Problemas Sociais	.042	.734
Isolamento	.042	.733
TRF		
Isolamento Social	.094	.495
Problemas Sociais/Impopular	-.152	.267

Nota. EAESSA = Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações Sociais para Adolescentes; CBCL = *Child Behavior Checklist*; TRF= *Teacher Report Form*.

Fobia Social Específica de Desempenho

Os coeficientes de Pearson obtidos entre a presença do diagnóstico de Fobia Social Específica de Desempenho e as pontuações obtidas em medidas de autoavaliação de ansiedade aos testes (RT) revelaram a existência de correlações positivas, estatisticamente significativas, embora muito baixas (Quadro 5).

Quadro 5. Correlações entre o diagnóstico de Fobia Social Específica de Desempenho e as pontuações obtidas em medidas de autoavaliação de ansiedade aos testes (RT).

Dimensões	Fobia Social Específica de Desempenho	<i>p</i>
RT_total	.197	.002

Nota. RT = *Reaction to Test*.

Perturbações de Ansiedade

As correlações entre a presença do diagnóstico de Perturbações de Ansiedade e as pontuações obtidas nas medidas de autoavaliação de ansiedade geral (MASC) mostraram-se positivas, baixas e estatisticamente significativas (Quadro 6). No entanto, a correlação da existência deste diagnóstico com medidas de heteroavaliação de ansiedade geral (Fator Ansiedade do CBCL e do TRF) revelaram-se não significativas (Quadro 6).

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

Quadro 6. Correlações entre os diagnósticos de Perturbações de Ansiedade e as pontuações obtidas em medidas de auto e heteroavaliação de ansiedade geral (MASC e fatores ansiedade do CBCL e do TRF).

Dimensões	Perturbações de Ansiedade	<i>p</i>
MASC	.393	.000
CBCL		
Ansiedade	.099	.418
TRF		
Ansiedade	-.082	.553

Nota. MASC = *Multidimensional Anxiety Scale for Children*; CBCL = *Child Behavior Checklist*; TRF = *Teacher Report Form*.

Perturbações do Humor

Para os coeficientes de Pearson obtidos, constatou-se uma correlação positiva, baixa e estatisticamente significativa entre a presença do diagnóstico de Perturbações do Humor e as pontuações obtidas em medidas de autoavaliação e heteroavaliação de sintomatologia depressiva (CDI e fator Depressão do CBCL) (Quadro 7).

Quadro 7. Correlações entre os diagnósticos de Perturbações do Humor e as pontuações obtidas em medidas de auto e heteroavaliação de sintomatologia depressiva (CDI e fator depressão do CBCL).

Dimensões	Perturbações do Humor	<i>p</i>
CDI	.235	.000
CBCL		
Depressão	.350	.003

Nota. CDI = *Children's Depression Inventory*; CBCL = *Child Behavior Checklist*.

Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção

Os coeficientes de correlação de Pearson para a relação entre a presença de Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção e as pontuações obtidas no fator problemas de atenção/Hiperatividade do YSR (medida de autoavaliação) mostraram-se positivos, baixos e com significância estatística (Quadro 8). Curiosamente, a correlação entre a presença de diagnóstico e a medida de heteroavaliação de Hiperatividade/Problemas de atenção não se revelou estatisticamente significativa (Quadro 8).

Quadro 8. Correlações entre o diagnóstico de PHDA e as pontuações obtidas em medidas de auto e heteroavaliação de problemas de atenção/hiperatividade (fatores do YSR e do CBCL).

Dimensões	PHDA	<i>p</i>
YSR_Fator Problemas de Atenção/Hiperatividade	.271	.002
CBCL		
Hiperatividade/Problemas de Atenção	.169	.166

Nota. YSR = *Youth Self Report*; CBCL = *Child Behavior Checklist*; PHDA = Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção.

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

Validade Divergente

Para avaliar da validade divergente foram calculadas correlações de Pearson entre a presença/ausência de diagnóstico ou conjuntos de diagnóstico e sintomatologia não diretamente relacionada com o diagnóstico em causa. Deste modo, para facilitar a interpretação, os resultados encontram-se organizados pelas medidas e não pelos diagnósticos.

Medidas de Sintomatologia Depressiva

As correlações entre a presença de diagnósticos de Fobia Social Generalizada, Fobia Social Específica de Desempenho, Perturbações de Ansiedade e PHDA e as pontuações obtidas na medida de autoavaliação de sintomatologia depressiva (CDI) mostraram-se: no caso da Fobia Social Generalizada positivas, moderadas e estatisticamente significativas; para a Fobia Social Específica de Desempenho não se revelaram estatisticamente significativas; nas Perturbações de Ansiedade os coeficientes de correlação foram positivos, estatisticamente significativos mas baixos; por fim, no que diz respeito à PHDA, as correlações mostraram-se positivas, estatisticamente significativas embora muito baixas (Quadro 9).

Para as correlações entre os diagnósticos de Fobia Social Generalizada, Fobia Social Específica de Desempenho, Perturbações de Ansiedade e PHDA e as pontuações obtidas no fator depressão do CBCL (medida de heteroavaliação) nenhuma correlação se mostrou estatisticamente significativa (Quadro 9).

Quadro 9. Correlações entre os diagnósticos de Fobia Social Generalizada, Fobia Social Específica de Desempenho, Perturbações de Ansiedade e PHDA e as pontuações obtidas em medidas de auto e heteroavaliação de sintomatologia depressiva (CDI e o fator depressão do CBCL, respetivamente).

Diagnósticos	CDI	<i>p</i>	Fator depressão CBCL	<i>p</i>
Fobia Social Generalizada	.421	.000	.067	.585
Fobia Social Específica de Desempenho	-.005	.936	-.067	.586
Perturbações de Ansiedade	.323	.000	-.015	.903
PHDA	.182	.005	.141	.247

Nota. CDI = *Children's Depression Inventory*; CBCL = *Child Behavior Checklist*; PHDA = Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.

Medidas de Problemas de Atenção e Hiperatividade

Os valores do coeficiente de Pearson relativos às correlações entre os diagnósticos de Fobia Social Generalizada, Fobia Social Específica de Desempenho, Perturbações de Ansiedade e Perturbações do Humor e as pontuações obtidas em medidas de auto e heteroavaliação de problemas de atenção e hiperatividade (fatores do YSR e do CBCL, respetivamente) apresentaram correlações estatisticamente não significativas (Quadro 10). O único grupo de diagnóstico onde foram encontradas correlações positivas e

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

estatisticamente significativas, ainda que baixas, diz respeito às Perturbações do Humor, quando correlacionadas com o fator Hiperatividade/Problemas de Atenção do CBCL (medida de heteroavaliação) (Quadro 10).

Quadro 10. Correlações entre os diagnósticos de Fobia Social Generalizada, Fobia Social Específica de Desempenho, Perturbações de Ansiedade e Perturbações de Humor e as pontuações obtidas em medidas de auto e heteroavaliação de problemas de atenção/hiperatividade (fator do YSR e do CBCL).

Diagnósticos	YSR_Fator Problemas de		CBCL_Fator	
	Atenção/Hiperatividade	<i>p</i>	Hiperatividade/Probl emas de Atenção	<i>p</i>
Fobia Social Generalizada	-.026	.768	-.177	.146
Fobia Social Específica de Desempenho	.033	.707	-.033	.785
Perturbações de Ansiedade	.091	.302	-.182	.135
Perturbações do Humor	-.009	.919	.244	.043

Nota. YSR = *Youth Self Report*; CBCL = *Child Behavior Checklist*.

Medidas de ansiedade e evitamento social, dificuldades sociais e a ansiedade geral.

Os valores das correlações entre a presença do diagnóstico de PHDA e as pontuações obtidas em medidas de auto e heteroavaliação de ansiedade e evitamento social (EAESSA), ansiedade aos testes (RT) ansiedade geral (MASC e fatores do CBCL e do TRF), isolamento social (fatores do CBCL e do TRF) e problemas sociais (fatores do CBCL e do TRF) não revelaram qualquer associação significativa (Quadro 11, Quadro 12, Quadro 13).

Relativamente às correlações entre a presença do diagnóstico de Perturbações do Humor e as pontuações obtidas em medidas auto e heteroavaliação de ansiedade e evitamento social (EAESSA), ansiedade aos testes (RT), ansiedade geral (MASC e fatores do CBCL e do TRF) e dificuldades sociais (fatores: isolamento e problemas sociais do CBCL e do TRF), as únicas correlações estatisticamente significativas disseram respeito às medidas de heteroavaliação nos fatores ansiedade e problemas sociais do CBCL e do TRF (Quadro 11, Quadro 12, Quadro 13).

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

Quadro 11. Correlações entre os diagnósticos de Perturbações do Humor e PHDA de Atenção e as pontuações obtidas em medidas de autoavaliação de ansiedade e evitamento social (EAESSA), ansiedade aos testes (RT), ansiedade geral (MASC).

Diagnósticos	MASC	<i>p</i>	EAESSA	<i>p</i>	RT	<i>p</i>
Perturbações do Humor	.073	.261	.035	.598	.026	.691
PHDA	-.030	.646	-.054	.417	.106	.102

Nota. MASC = *Multidimensional Anxiety Scale for Children*; EAESSA = Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações Sociais para Adolescentes; RT = *Reaction to Test*; PHDA = Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção.

Quadro 12. Correlações entre os diagnósticos de Perturbações do Humor e PHDA e as pontuações obtidas em medidas de heteroavaliação de ansiedade e dificuldades sociais (fator de ansiedade, isolamento e problemas sociais do CBCL).

Diagnósticos	CBCL_		CBCL_Problemas		CBCL_	
	Ansiedade	<i>p</i>	Sociais	<i>p</i>	Isolamento	<i>p</i>
Perturbações do Humor	.262	.030	.260	.031	.071	.563
PHDA	.107	.384	.075	.540	-.085	.485

Nota. CBCL = *Child Behavior Checklist*; PHDA = Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção.

Quadro 13. Correlações entre os diagnósticos de Perturbações do Humor e Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção e as pontuações obtidas em medidas de heteroavaliação ansiedade geral (fator de ansiedade do TRF), isolamento social (fator do TRF) e de problemas sociais (fator do TRF).

Diagnósticos	TRF_		TRF_Problemas		TRF_	
	Ansiedade	<i>p</i>	Sociais	<i>p</i>	Isolamento	<i>p</i>
Perturbações do Humor	.312	.020	.349	.009	.149	.279
PHDA	.056	.684	.143	.299	-.151	.273

Nota. TRF= *Teacher Report Form*; PHDA = Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção.

Validade Discriminante

Fobia Social Generalizada

Através do teste *t de student* verificou-se que existiam diferenças estatisticamente significativas entre o grupo com Fobia Social Generalizada e o grupo sem este diagnóstico, no que concerne à pontuação obtida em medidas de ansiedade e evitamento social (EAESSA) ($t_{(158)} = -6.249$, $p < .001$). Deste modo, os adolescentes com Fobia Social Generalizada obtiveram uma pontuação na EAESSA ($M=163.57, DP=42.42$) superior à dos sujeitos com qualquer outro diagnóstico (Quadro 14). Relativamente às pontuações obtidas em medidas de heteroavaliação de dificuldades sociais (fatores: Problemas Sociais e Isolamento do CBCL e Fatores: Problemas Sociais/Impopular e Isolamento do TRF) os sujeitos com Fobia Social

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

Generalizada e os sujeitos com qualquer outro diagnóstico não se distinguiram em termos de pontuação em nenhum dos fatores destes dois instrumentos (Quadro 14).

Quadro 14. Médias (M) e Desvios-Padrão (DP) das medidas de auto e heteroavaliação, em função da presença ou ausência do diagnóstico de Fobia Social Generalizada, através de um *T-student* para verificação das diferenças.

		Fobia Social Generalizada	
		Sim	Não
EAESSA	M	163.57	122.78
	DP	42.42	39.52
	<i>t</i>		-6.249
	<i>p</i>		.000
CBCL			
Problemas Sociais	M	2.83	2.63
	DP	2.55	2.20
	<i>t</i>		-.233
	<i>p</i>		.817
Isolamento	M	3.19	3.04
	DP	2.34	2.14
	<i>t</i>		-.269
	<i>p</i>		.789
TRF			
Isolamento	M	5.69	5.14
	DP	4.53	4.13
	<i>t</i>		-.443
	<i>p</i>		.660
Problemas Sociais/Impopular	M	1.22	2.10
	DP	1.52	3.39
	<i>t</i>		1.11
	<i>p</i>		.276

Nota. EAESSA = Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações Sociais para Adolescentes; RT = *Reaction to Test*; CBCL = *Child Behavior Checklist*; TRF = *Teacher Report Form*.

Fobia Social Específica de Desempenho

Pelo recurso a um teste *t de student* verificou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas ($t_{(170)} = -1.759$, $p < .080$) entre o diagnóstico de Fobia Social Específica de Desempenho e o grupo com qualquer outro diagnóstico, no que concerne à pontuação na medida de autoavaliação de ansiedade aos testes (RT) (Quadro 15).

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

Quadro 15. Médias (M) e Desvios-Padrão (DP) das medidas de autoavaliação em função da presença ou ausência do diagnóstico de Fobia Social Específica de Desempenho, através de um *T-student* para verificação das diferenças.

		Fobia Social Específica de Desempenho	
		Sim	Não
RT	M	91.15	84.83
	DP	16.01	19.11
	t		-1.759
	p		.080

Nota. RT = *Reaction to Test*.

Perturbações de Ansiedade

Esta análise não pôde ser realizada para as medidas de ansiedade geral de autoavaliação (MASC), uma vez que, o grupo sem Perturbações de Ansiedade, devido às elevadas taxas de comorbilidade só englobava dois sujeitos e de heteroavaliação, CBCL e TRF, nos fatores de ansiedade, uma vez que, o número de pais e professores que responderam a este instrumento não foi suficiente.

Perturbações do Humor

Com recurso ao teste não paramétrico de Mann-Whitney, devido ao número reduzido de adolescentes com o diagnóstico de Perturbações do Humor, verificou-se que existiam diferenças estatisticamente significativas ($U = 948$; $Z = -2.130$, $p < .033$) entre o grupo com Perturbações do Humor e o grupo com qualquer outro diagnóstico, no que concerne à pontuação obtida em medidas de autoavaliação de sintomatologia depressiva (CDI). Assim, é possível concluir que os adolescentes com Perturbações do Humor obtiveram uma pontuação no CDI superior à dos sujeitos com qualquer outro diagnóstico (Quadro 16).

A análise para as medidas de heteroavaliação de sintomatologia depressiva (fator depressão do CBCL) não pôde ser realizada uma vez que o número de pais que responderam a este instrumento não foi suficiente.

Quadro 16. Distribuição das medidas de autoavaliação de sintomatologia depressiva (CDI) em função da presença ou ausência do diagnóstico de Perturbações do Humor. Teste de Mann-Whitney para verificação das diferenças.

		Perturbações do Humor	
		Sim	Não
CDI	M	19.83	14.98
	DP	9.43	6.88
	U		948
	Z		-2.130
	P		.033

Nota. CDI = Children's Depression Inventory.

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

Através de um teste não paramétrico de Mann-Whitney, devido ao número reduzido de adolescentes com o diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($U= 191.5$; $Z= -2.552$, $p < .011$) entre o grupo com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção e o grupo com qualquer outro diagnóstico, no que concerne à pontuação obtida em medidas de autoavaliação de problemas de atenção/hiperatividade (Fator do YSR). Este resultado revela que os sujeitos com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção obtiveram uma pontuação no YSR superior à dos sujeitos com qualquer outro diagnóstico (Quadro 17).

A mesma análise não pôde ser realizada para as medidas de heteroavaliação de problemas de atenção/hiperatividade (Fator Hiperatividade/Problemas de atenção do CBCL) uma vez que, o número de pais que responderam a este instrumento não foi suficiente.

Quadro 17. Distribuição da medida de autoavaliação de problemas de atenção e hiperatividade em função da presença ou ausência do diagnóstico de Perturbações de Hiperatividade e Défice de Atenção, através de um teste de Mann-Whitney para verificação das diferenças.

		Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção	
		Sim	Não
YSR			
	M	14.11	9.47
	DP	4.94	4.70
Problemas de Atenção/Hiperatividade	U		191.5
	Z		-2.552
	p		.011

Nota. YSR = *Youth Self Report*.

Não Clínicos e Fobia Social Generalizada

Através do teste *t de student* verificou-se que existiam diferenças estatisticamente significativas entre o grupo sem qualquer patologia e o grupo com Fobia Social Generalizada, no que concerne à pontuação obtida em medidas de ansiedade e evitamento social (EAESSA) ($t_{(145,932)} = -9.958$, $p < .001$). Deste modo, os adolescentes sem qualquer patologia obtiveram uma pontuação na EAESSA ($M=107.34, DP=26.77$) significativamente inferior à dos sujeitos com Fobia Social Generalizada (Quadro 18).

A análise para as medidas de heteroavaliação de dificuldades sociais (Fatores: Problemas Sociais e Isolamento do CBCL e Fatores: Problemas Sociais/impopular e Isolamento do TRF) não pôde ser realizada uma vez que, o número de pais e professores que responderam a este instrumento não foi suficiente.

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

Quadro 18. Médias (M) e Desvios-Padrão (DP) das medidas de autoavaliação de ansiedade e evitamento social (EAESSA) em função da presença ou ausência do diagnóstico de Fobia Social Generalizada, através de um *T-student* para verificação das diferenças.

		Fobia Social Generalizada	
		Sim	Não
EAESSA	M	163.57	107.34
	DP	42.42	26.77
	<i>t</i>		-9.958
	<i>p</i>		.000

Nota. EAESSA = Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações Sociais para Adolescentes.

Não Clínicos e Fobia Social Específica de Desempenho

Pelo recurso a um teste *t de student* verificou-se existiam diferenças estatisticamente significativas ($t_{(72,183)} = -6.170, p < .001$) entre a ausência de patologia e o diagnóstico de Fobia Social Específica de Desempenho no que diz respeito às pontuações obtidas na medida de autoavaliação de ansiedade aos testes (RT) (Quadro 19). Assim, os adolescentes sem qualquer patologia obtêm pontuações significativamente inferiores na medida de autoavaliação de ansiedades aos testes (RT) quando comparados com os adolescentes que têm o diagnóstico de Fobia Social Específica de Desempenho.

Quadro 19. Médias (M) e Desvios-Padrão (DP) das medidas de autoavaliação de ansiedade aos testes (RT) em função da presença ou ausência do diagnóstico de Fobia Social Específica de Desempenho, através de um *T-student* para verificação das diferenças.

		Fobia Social Específica de Desempenho	
		Sim	Não
RT	M	91.15	69.10
	DP	16.01	18.44
	<i>t</i>		-6.170
	<i>p</i>		.000

Nota. RT = *Reaction to Test*.

Não Clínicos e Perturbações de Ansiedade

Através do teste *t de student* verificou-se que existiam diferenças estatisticamente significativas ($t_{(234)} = -6.575, p < .001$) entre o grupo sem qualquer patologia e o grupo com Perturbações de Ansiedade, no que concerne à pontuação obtida numa das medidas de autoavaliação de ansiedade geral (MASC) revelando-se assim que os sujeitos sem qualquer patologia (M=.98,DP=.41) obtiveram uma pontuação na medida de autoavaliação de ansiedade geral (MASC) inferior à dos sujeitos com Perturbações de Ansiedade (Quadro 20).

A análise para as medidas de heteroavaliação de ansiedade geral (Fatores Ansiedade do CBCL e do TRF) não pôde ser realizada uma vez que, o número de pais e professores que responderam a este instrumento não foi suficiente.

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter - avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

Quadro 20. Médias (M) e Desvios-Padrão (DP) das medidas de autoavaliação de ansiedade geral (MASC) em função da presença ou ausência do diagnóstico de Perturbações de Ansiedade, através de um *T-student* para verificação das diferenças.

		Perturbações de Ansiedade	
		Sim	Não
MASC	M	1.36	.98
	DP	.42	.41
	t	-6.344	
	p	.000	

Nota. MASC = *Multidimensional Anxiety Scale for Children*.

Não Clínicos e Perturbação do Humor

Foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney, para verificação das diferenças entre o grupo sem qualquer perturbação e os adolescentes com Perturbações do Humor nas pontuações obtidas em medidas de autoavaliação de sintomatologia depressiva (CDI). Esta análise revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas ($U = 212.5$; $Z = -4.248$, $p < .001$), podendo assim concluir-se que as pontuações obtidas no CDI pelos adolescentes sem patologia são significativamente inferiores aos dos adolescentes com Perturbações do Humor (Quadro 21).

A análise para as medidas de heteroavaliação de sintomatologia depressiva (fator depressão do CBCL) não pôde ser realizada uma vez que, o número de pais que responderam a este instrumento não foi suficiente.

Quadro 21. Distribuição das medidas de autoavaliação de sintomatologia depressiva (CDI) em função da ausência de qualquer diagnóstico em comparação com a presença do diagnóstico de Perturbações do Humor. Teste de Mann-Whitney para verificação das diferenças.

		Perturbações do Humor	
		Sim	Não
CDI	M	19.833	9.75
	DP	9.43	5.43
	U	212.5	
	Z	-4.248	
	p	.000	

Nota. CDI = *Children's Depression Inventory*.

Não Clínicos e Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

Foi utilizado um teste não paramétrico de Mann-Whitney, para verificar as diferenças entre a ausência de qualquer diagnóstico e a presença do diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, no que concerne às pontuações obtidas em medidas de autoavaliação de problemas de atenção/hiperatividade (Fator Problemas de atenção e hiperatividade do YSR). Verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($U = 52.5$; $Z = -2.964$, $p < .003$) podendo concluir-se que os adolescentes se distinguem nas pontuações do fator Problemas de atenção e hiperatividade do YSR (Quadro 22).

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

A mesma análise não pôde ser realizada para as medidas de heteroavaliação de problemas de atenção/hiperatividade (Fator Hiperatividade/Problemas de atenção do CBCL) uma vez que, o número de pais que responderam a este instrumento não foi suficiente.

Quadro 22. Distribuição da medida de autoavaliação de problemas de atenção e hiperatividade em função da presença ou ausência do diagnóstico de Perturbações de Hiperatividade e Déficit de Atenção, através de um teste de Mann-Whitney para verificação das diferenças.

		Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção	
		Sim	Não
YSR			
Problemas de Atenção/Hiperatividade	M	14.11	8.42
	DP	4.94	3.66
	U		52.5
	Z		-2.964
	p		.003

Nota. YSR = *Youth Self Report*.

Concordância Inter-Avaliadores

O grau de concordância entre os diagnósticos feitos pelo entrevistador principal e os diagnósticos feitos pelo observador mostraram-se estatisticamente significativos. Obtiveram-se valores de Kappa excelentes para todos os diagnósticos à exceção do diagnóstico de Perturbação Obsessivo-Compulsiva cujo Kappa se revelou bom (Quadro 23). Nem todos os diagnósticos se encontram representados uma vez que nem todas as entrevistas realizadas dispuseram de um observador.

Quadro 23. Coeficientes Kappa da concordância inter-avaliadores.

Diagnósticos	n Entrevistador principal	n Observador	K ⁶	p
Perturbações de Ansiedade	58	56	.935	.000
Fobia Social Generalizada	32	30	.891	.000
Fobia Social Específica de Desempenho	16	15	.879	.000
Perturbação de Ansiedade de Separação	4	3	.851	.000
Fobia Específica	24	24	.819	.000
Agorafobia sem História de Pânico	1	1	1.000	.000
Perturbação de Ansiedade Generalizada	5	5	.786	.000
Perturbação Obsessivo-Compulsiva	1	2	.661	.000
Perturbação de Stress Pós – Traumático	1	1	1.000	.000
Perturbações do Humor	3	3	1.000	.000
Distímia	1	1	1.000	.000
Perturbação Depressiva Major	2	2	1.000	.000
PHDA	5	5	1.000	.000
Sem diagnóstico	58	57	.901	.000

Nota. PHDA = Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.

⁶ Utilizaram-se os critérios de Landis & Koch (1997) para interpretar os coeficientes kappa: excelente: kappa > .75; bom: kappa = .59 a .75; moderado: kappa = .40 a .58; fraco: kappa = < .40.

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

Aceitabilidade da Entrevista ADIS-C, pelos adolescentes

Através da análise das frequências de resposta de 132 sujeitos, é possível verificar que existem percentagens significativas de sujeitos que avaliam de forma positiva a entrevista através da negação do cansaço (85.6%) e da forma aborrecida como ela se mostrou (90.2%) e, por outro lado, do reconhecimento de que foi uma forma muito boa de falar acerca deles próprios (60.6%). Por fim, é possível verificar que 68.9% dos sujeitos não alteraram o seu estado emocional após a entrevista e, quanto muito sentiram-se melhor do que antes (31.1%) (Quadro 24).

Quadro 24. Aceitabilidade da ADIS-C por parte dos adolescentes, valores percentuais (N=132)

Aceitabilidade da Entrevista (n=132)	n	%
Cansaço		
Muito Cansado	0	0
Um pouco cansado	19	14.4
Nada Cansado	113	85.6
Aborrecimento		
Muito aborrecido	0	0
Um pouco aborrecido	13	9.8
Nada aborrecido	119	90.2
Forma de Falar de si próprio		
Muito boa	80	60.6
Mais ou menos boa	49	31.1
Não foi uma boa forma	3	2.3
Sentimentos após a entrevista		
Pior que antes	0	0
Como antes	91	68.9
Melhor do que antes	41	31.1

Discussão

Na secção anterior foram apresentados os resultados dos estudos propostos nas hipóteses. Esta secção pretende discutir os resultados obtidos à luz da literatura relevante.

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

Validade convergente

Na presente investigação, a ADIS-C surge como um importante instrumento de avaliação e diagnóstico em crianças e adolescentes. Através deste, foi possível, dentro da população geral, avaliar a validade convergente com questionários de autoavaliação já validados concluindo-se, deste modo, que esta validade foi demonstrada pela confirmação de todas as hipóteses relativas a estes dados. Assim, pode ser considerado um instrumento válido no diagnóstico de várias perturbações psiquiátricas em adolescentes, mais concretamente, na Fobia Social Generalizada, na Fobia Social Específica de Desempenho, nas Perturbações de Ansiedade, nas Perturbações do Humor e na Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção podendo, desta forma, depreender-se que é um instrumento de diagnóstico fidedigno e válido pela coerência com outros instrumentos.

Estes resultados encontram-se em concordância com estudos anteriores que demonstram uma boa validade concorrente nos diagnósticos de Fobia Social, Perturbação de Ansiedade de Separação e Perturbação de Pânico (Wood, Piacentini, Bergman, McCracken & Barrios, 2002).

Em suma, é possível referir que a ADIS-C, na presente investigação demonstrou uma boa validade convergente quando temos em conta as medidas de autoavaliação, nomeadamente EAESSA, RT, MASC, CDI e o fator Problemas de Atenção/Hiperatividade do YSR.

As correlações entre os diagnósticos feitos pela ADIS-C e as pontuações obtidas nos questionários de heteroavaliação representam o grau em que a presença de diagnóstico influenciaria o preenchimento dos mesmos. Assim, estas duas medidas, CBCL e TRF, refletem a perceção que os pais/cuidadores e os professores têm acerca das dificuldades dos adolescentes. A presença destes dados torna qualquer avaliação mais válida pelos diversos informadores e recursos que inclui (Connolly, Suarez & Sylvester, 2011) e, por consequência, fornece-nos outras visões que podem tornar a avaliação mais fidedigna e precisa.

Relativamente às Perturbações avaliadas por esta investigação, à exceção das Perturbações do Humor, todas revelaram correlações estatisticamente não significativas, refletindo-se este resultado na baixa perceção que tanto pais como professores revelam acerca das dificuldades dos adolescentes. No entanto, a única hipótese corroborada nesta secção diz respeito às Perturbações do Humor, cuja validade convergente com as pontuações obtidas na medida de depressão do CBCL se mostrou, ainda que baixa, estatisticamente significativa. Este resultado, ainda que consistente dentro desta amostra, pode ter como limitação o número de questionários preenchidos pelos pais (CBCL) já que dentro das 18 Perturbações do Humor encontradas, apenas 4 pais/cuidadores responderam a este instrumento.

Estes dados são de interessante análise, uma vez que, como referido, ainda que as Perturbações de Ansiedade tenham uma alta taxa de prevalência

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

na infância e adolescência, acabam por passar, muitas vezes, despercebidas e sem tratamento (Chavira, Stein, Baley & Stein, 2004; Kroenke, Spitzer, Williams, Monohan & Lowe, 2007) tornando-se em perturbações graves, que levam a elevados níveis de isolamento e depressão (Prinstein & La Greca, 2002). Estas considerações acabam por corroborar o mito de que tanto a timidez como a vergonha são bem aceites e até mesmo valorizadas pelos pais e pela sociedade não se prestando tanta atenção (mesmo sendo pai/cuidador ou professor) àquele que é um sofrimento silencioso. Os resultados encontrados nesta investigação vão ao encontro dos resultados verificados por Grills & Ollendick, (2003) utilizando a ADIS-Versão Crianças e Pais segundo os quais foram encontrados baixos níveis de concordância em relação aos informadores. Outras investigações, ao avaliar a validade convergente entre uma entrevista clínica e o CBCL (na sua versão Coreana) obtiveram poucas correlações significativas e, quando estas existiam, eram correlações com significância estatística baixa (Kim, Cheon, Kim, Chang, Yoo, ..., Leventhal, 2004), à semelhança do que ocorreu na presente investigação.

Esta investigação, em termos de resultados, revela-se contraditória em relação a investigações anteriores (Marques & Matos, 2011), uma vez que, quando foi relacionada a presença do diagnóstico de Perturbações de Ansiedade e Perturbações Depressivas com pontuações obtidas nos fatores isolamento, ansiedade e depressão do CBCL estas mostraram-se, baixas, mas estatisticamente significativas. Este resultado pode ser, eventualmente, justificado com o facto de o estudo destas autoras ter sido realizado em meio clínico, ou seja, onde as crianças e adolescentes que participaram na referida investigação estavam já a ser acompanhadas, o que não se verificou na presente investigação cuja amostra foi recolhida na população geral. Estes resultados podem estar a ser influenciados pelo facto de, em meio clínico, os pais terem mais informação acerca das dificuldades dos filhos do que em meio escolar. Embora tendo a mesma gravidade, podem passar mais despercebidas.

Algumas investigações têm revelado que os pais/cuidadores estão mais atentos e procuram ajuda mais facilmente devido a sintomas considerados externalizantes do que relativamente a sintomas internalizantes (Fox, Halpern, & Forsyth, 2008). Estudos têm demonstrado que a concordância inter-informadores se tem revelado significativamente mais baixa nas perturbações internalizantes do que nas externalizantes (Achenbach, McConaughy & Howell, 1987; Jensen *et al.*, 1999). Este dado, pode ser interpretado tendo em conta a maior visibilidade da interferência relativa à sintomatologia externalizante quando comparada com a sintomatologia internalizante que tem tendência a ser menos percebida pelas pessoas que rodeiam o adolescente. Assim, alguns autores têm enfatizado a importância dos informadores serem os próprios sujeitos na avaliação compreensiva das Perturbações internalizantes (Grills & Ollendick, 2003).

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

Validade Divergente

A validade divergente entre os diagnósticos avaliados pela ADIS-C (Fobia Social Generalizada, Fobia Social Específica de Desempenho, Perturbações de Ansiedade, Perturbações do Humor e PHDA) e as pontuações obtidas nos questionários de autoavaliação foi, maioritariamente, corroborada, uma vez que, as únicas associações significativas encontradas foram entre os diagnósticos de Fobia Social Generalizada (correlação moderada), de Perturbações de Ansiedade (correlação baixa) e de PHDA (correlação muito baixa) e as pontuações obtidas em medidas de sintomatologia depressiva (CDI). Estas pontuações podem ser justificáveis devido ao facto de, na amostra deste estudo, se terem verificado elevadas taxas de comorbilidade entre as Perturbações de Ansiedade e as Perturbações do Humor, o que tem vindo a ser revelado em outras investigações (Lewinsohn, *et al.*, 1997; McGrandles & Duffy, 2012).

A análise da validade divergente utilizando instrumentos de heteroavaliação respondidos pelos pais/cuidadores e professores (CBCL e TRF, respetivamente) permitiu averiguar a existência de correlações sem significância estatística o que corrobora a existência de uma boa validade divergente. No entanto, no que concerne ao diagnóstico de Perturbações do Humor, este mostrou correlacionar-se, de forma baixa, mas significativa, com os fatores Ansiedade e Problemas Sociais do CBCL e do TRF. Este facto pode ser também imputado, pelo menos parcialmente, à elevada taxa de comorbilidade, já mencionada, entre as duas Perturbações (Lewinsohn, *et al.*, 1997; McGrandles & Duffy, 2012). Verificou-se também que o fator Problemas de Atenção/Hiperatividade do CBCL se associou significativamente, embora de forma baixa com o diagnóstico de Perturbações do Humor. Isto pode dever-se ao facto de, nas crianças e adolescentes, um dos sintomas característicos das Perturbações do Humor ser a irritabilidade e a disrupção no comportamento (APA, 2002). Como referido anteriormente, para informadores externos poderá ser mais fácil reconhecer sintomas externalizantes e, por isso, associar a Perturbação do Humor a problemas no comportamento (Fox, Halpern, & Forsyth, 2008).

Validade Discriminante

A validade discriminante na presente investigação foi operacionalizada através da comparação entre adolescentes sem patologia e os diferentes diagnósticos encontrados na população clínica, bem como entre os diferentes diagnósticos entre si. Assim, os diagnósticos feitos pela ADIS-C foram comparados entre si relativamente às pontuações obtidas em questionários que avaliassem a Perturbação em análise verificando-se que a maioria das hipóteses foi corroborada dentro da amostra clínica (diagnóstico

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

da ADIS-C quando comparada com EAESSA, CDI, YSR). Por outro lado, os diagnósticos feitos pelas ADIS-C foram também comparados com a inexistência diagnóstica, também avaliada pela ADIS-C, relativamente às pontuações obtidas em questionários que avaliassem a Perturbação em análise sendo corroboradas, dentro da população não-clínica, a totalidade das hipóteses.

Os resultados não se revelaram congruentes com as hipóteses, dentro das comparações no grupo clínico, relativamente à medida de autoavaliação de ansiedade aos testes (RT) e às medidas de heteroavaliação de dificuldades sociais (CBCL e TRF). O primeiro resultado pode estar relacionado com uma limitação deste estudo que se prende com o facto de a amostra ter sido recolhida num período de avaliações escolares o que pode ter elevado temporariamente a ansiedade aos testes, independentemente dos diagnósticos. Relativamente às medidas de heteroavaliação, e à semelhança do que foi referido anteriormente relativo às baixas taxas de concordância encontradas entre informadores, foi considerada a possibilidade de a avaliação dos pais/cuidadores e dos professores não corresponder exatamente às dificuldades reportadas pelos sujeitos aquando das entrevistas clínicas daí que não se consigam distinguir nas pontuações nestes instrumentos.

Estes dados, acabam por reforçar a ideia de que os questionários, principalmente no que se refere aos questionários de heteroavaliação, apenas fornecem ao clínico indicações acerca de comportamentos que poderão ser considerados problemáticos (Wielewicki, Gallo, Grossi, 2011) não permitindo que se façam, através deles, diagnósticos.

Concordância Inter-Avaliadores

A utilização de instrumentos que potenciem a concordância clínica e que sejam capazes de eliminar questões subjetivas tem merecido muita atenção por parte de investigações atuais porque fornece à investigação um carácter mais rigoroso (Lauth, Magnússon, Ferrari, Pétursson, 2008). Este carácter pode ser obtido por uma grande diversidade de meios de avaliação (Choudhury, Pimentel & Kendall, 2003) e, pela unificação de critérios específicos que eliminem a subjetividade de cada clínico. Esta eliminação é tanto maior quanto maior for a concordância diagnóstica entre avaliadores.

Relativamente à presente investigação, os níveis de concordância inter-avaliadores mostraram-se excelentes em todos os diagnósticos avaliados à exceção do diagnóstico de Perturbação Obsessivo-Compulsiva que, no entanto, se revelou bom. Os dados relativos à concordância inter-avaliadores em investigações anteriores corroboram os resultados deste estudo já que, em 2007, Rao e colaboradores tinham estabelecida a fidedignidade inter-avaliadores para o diagnóstico de Fobia Social e para a interferência de sintomas.

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

Aceitabilidade da Entrevista

Em todos os processos de avaliação é importante que qualquer criança ou adolescente classifique os métodos pertencentes à sua avaliação como adequados a si permitindo, este facto, o estabelecimento de uma relação terapêutica positiva que fomenta a partilha de informação relevante e objetiva. Assim, deveria ser imprescindível, que todos os instrumentos de diagnóstico, aquando a sua validação, possuíssem uma medida para avaliar a sua aceitabilidade. Esta postura tem vindo a ser defendida e, neste sentido, o breve conjunto de questões utilizadas nesta investigação para avaliar a aceitabilidade da entrevista foram retiradas de um estudo semelhante de avaliação de uma outra entrevista clínica (Sørensen, Thomsen & Bilenberg, 2007).

Os resultados revelaram que a ADIS-C é um instrumento aceite e bem classificado pela população adolescente pertencente a esta investigação. O único parâmetro em que a entrevista não foi avaliada com a melhor pontuação pela maioria dos adolescentes diz respeito aos sentimentos após a entrevista e, este dado, pode ser compreendido uma vez que não se espera que o modo como os adolescentes se sentem melhora apenas com o relato das dificuldades. Assim, a maioria dos adolescentes refere que a forma como se sentiram após a entrevista foi igual ao modo como se sentiam antes. No entanto, alguns adolescentes melhoraram o seu estado geral. Estes dados são semelhantes ao estudo original destas questões (Sørensen, Thomsen & Bilenberg, 2007), no entanto, a ADIS-C encontra-se melhor cotada que a entrevista em estudo na referida investigação, uma vez que, neste estudo não foram encontrados casos de agravamento do mal-estar sentido após a entrevista, enquanto na investigação de Sørensen, Thomsen & Bilenberg (2007) 11.25% da amostra referiu este facto.

Pontos fortes, Limitações e Implicações

Tendo por base os resultados obtidos, e apesar de se tratar de um estudo piloto, a ADIS-C parece ser um instrumento de diagnóstico útil, válido e fidedigno para a avaliação da população adolescente.

De um modo geral, os resultados evidenciaram características que conferem este instrumento fidedignidade, sensibilidade e especificidade aquando a sua utilização. Estes dados suportam-se na validade concorrente e discriminante obtida e nas elevadas taxas de concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista por parte dos adolescentes. A validade destes resultados pode ser apoiada no facto de este estudo ter contado com: um número considerável de diagnósticos na sua totalidade e, dentro dele, uma diversidade diagnóstica que confere consistência à amostra clínica em estudo; a existência de três informadores na avaliação; a inclusão de dois avaliadores aquando a entrevista clínica; a diversidade de métodos utilizados

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

na avaliação, nomeadamente questionários de autoavaliação, heteroavaliação e uma entrevista clínica; e, por fim, por ser um estudo constituído por população adolescente que se mostra um grupo etário pouco abrangido pelas investigações.

Não obstante o contributo dado por esta investigação, há algumas limitações que devem ser tidas em consideração na generalização dos resultados e que podem ser colmatadas em investigações futuras, nomeadamente, o reduzido número total de sujeitos pertencentes a cada diagnóstico que fez com que os sujeitos tivessem que ser agrupados em grupos gerais de diagnóstico, nomeadamente, Perturbações de Ansiedade e Perturbações do Humor, não permitindo a análise específica de muitos dos diagnósticos isolados sendo que, futuramente, o tempo de recolha da amostra deveria ser prolongado para que, questões relativas à prevalência das perturbações pudessem ser diminuídas. Esta questão da prevalência das perturbações acaba por trazer outra limitação ao presente estudo, uma vez que, as taxas de comorbilidade das Perturbações de Ansiedade, por serem tão significativas, não permitiram que se realizassem algumas análises uma vez que, o número de adolescentes do grupo clínico sem qualquer Perturbação de Ansiedade era muito reduzido.

O número total de pais/cuidadores e professores disponíveis para responder e devolver os instrumentos foi reduzido sendo que, esta limitação torna-se difícil de ser colmatada pelos investigadores, tendo em conta os constrangimentos temporais presentes. Para além disso, a existência de uma entrevista clínica para pais traduzida para a população Portuguesa (ADIS-P) e a sua não utilização acaba por limitar esta investigação sendo que, investigações futuras poderiam beneficiar com a inserção deste instrumento no desenho do estudo.

Os adolescentes que participaram nesta investigação eram todos da zona centro do país o que pode limitar a generalização dos dados obtidos. Este dado, futuramente, pode ser colmatado através de procedimentos que garantam uma maior homogeneidade regional da amostra.

Conclusões

O estudo das características psicométricas da ADIS-C numa população adolescente revelou bons resultados na validade concorrente e discriminante, na concordância inter-avaliadores e na aceitabilidade da entrevista por parte dos adolescentes. Estes resultados parecem ser indicativos de boas capacidades para gerar diagnósticos clínicos válidos, fiáveis e fidedignos. Assim, este torna-se um dos principais contributos da presente investigação, uma vez que colabora no crescimento, em termos de diversidade, de métodos válidos e com grande utilidade tanto clínica como para efeitos de investigação.

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

Bibliografia

- Achenbach, T.M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont – Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1991b). *Manual for the Teachers Report Form and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont – Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1991c). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont – Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M., McConaughy, S.H., & Howell, C.T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin, 101*: 213-232.
- Achenbach, T.M., Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Alyahri, A., Goodman, R. (2008). The prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among 7-10 year old Yemeni schoolchildren. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*: 224-230.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*: 267–283.
- American Psychiatric Association. (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2002) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4rd ed.). Washington DC: Author.
- Baptista, A., Soczka, L., & Pinto, A. (1989). Ansiedade aos exames: Aplicação de Reações aos Testes (RT) a uma amostra da população portuguesa. *Psicologia, 1*, 39-49.
- Breinholsta, S., Esbjørna, B.H., Reinholdt-Dunnea M.L., Stallard, P. (2012). CBT for the treatment of child anxiety disorders: A review of why parental involvement has not enhanced outcomes. *Journal of Anxiety Disorders, 26*: 416-424.

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

- Brown, B.B. (1990). Peer groups and peer cultures. In Feldman, S. & Elliott, G.R. (Eds). *At the threshold: The developing adolescent* (171-196). Cambridge: Harvard University Press.
- Cartwright-Hatton, S., McNicol, K., Doubleday, E. (2006). Anxiety in a neglected population: prevalence of anxiety disorders in preadolescent children. *Clinical Psychology Review*, 26:817-833.
- Carvalho, A.R., Salvador, M.C. (2012). Fobia Social na Adolescência: o Impacto e Prevalência de uma Perturbação Silenciosa. Tese de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Chavira, D.A., Stein, M.B., Bailey, K., Stein, M.T. (2004) Child anxiety in primary care: prevalent but untreated. *Depress and Anxiety*, 20:155–164.
- Choudhury, M.S., Pimentel, S.S., Kendall, P.C. (2003). Childhood anxiety disorders: parent-child (dis) agreement using a structured interview for the DSM-IV. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42:957–964.
- Connolly, S.D., Suarez, L., Sylvester, C. (2011). Assessment and Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Current Psychiatry Reports*, 13:99-110.
- Cunha, M. & Salvador, M.C. (2000). Fobia Social na infância e adolescência. In J. Pinto-Gouveia (Ed.). *Ansiedade social: da timidez à fobia social* (pp.359-436). Coimbra: Quarteto.
- Cunha, M. & Salvador, M.C. (2003). A versão Portuguesa da Entrevista Estruturada para as Perturbações de Ansiedade na Infância e Adolescência (ADIS-C): um estudo exploratório.
- Cunha, M. (2005). Ansiedade Social na adolescência: avaliação e trajetórias de desenvolvimento. Dissertação de Doutoramento não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Cunha, M. Gouveia, J.P., Salvador, M., Alegre, S. (2004). Medos Sociais na Adolescência: A Escala de Ansiedade e Evitamento de situações Sociais para Adolescentes (EAESSA). *Psychologica*, 36, 195-217.
- Cunha, M., Gouveia, J.P., Soares, I. (2007). Natureza, frequência e consequências dos medos sociais na adolescência: Dados na população portuguesa. *Psychologica*, 44, 207 – 236.

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

- Cunha, M., Pinto Gouveia, J., Salvador, M.C., & Alegre, S. (2004). Medos sociais na adolescência: a Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA). *Psychologica*, 36, 195-217.
- Dias, P., & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAI-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): estudo normativo para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica: formas e contextos* (vol. VI), 553-564.
- DiLillo, D., Hayes, S.A., Hope, D.A. (2006). Sensivity of the Anxiety Disorder Interview Schedule IV in Detecting Potentially Traumatic Childhood Maltreatment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28, 2: 131-135.
- Fonseca, A. C & Monteiro, C. M. (1999). Um Inventário de problemas para crianças e adolescentes: o Youth Self-Report de Achenbach. *Psychologica*, 21, 76-96.
- Fonseca, A., Simões, A., Rebelo, J. A., Ferreira, J. A. G. & Cardoso, F. (1994). Um inventário de competências sociais e de problemas do comportamento em crianças e adolescentes: O Child Behavior Checklist de Achenbach (CBCL). *Psychologica*, 12, 55-78.
- Fonseca, A., Simões, A., Rebelo, J. A., Ferreira, J. A. G. & Cardoso, F. (1995). O Inventário de Comportamento da Criança para Professores – Teachers Report Form (TRF). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 2, 81-102.
- Fontinho, A., Salvador, M.C. (2012). O papel da Atenção Auto Focada na Fobia Social na adolescência: validação da versão portuguesa da Escala de Atenção Auto Focada (SFA) e estudos preliminares. Tese de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Fox, J.K., Halpern, L.F., Forsyth, J.P. (2008). Mental Health Checkups for Children and Adolescents: A Means to Identify, Prevent, and Minimize Suffering Associated With Anxiety and Mood Disorders. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 15(3), 182-211.
- Grills, A.E., Ollendick, T.H. (2003). Multiple Informant Agreement and Anxiety Disorders Interview Schedule for Parents and Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(1): 30-40.
- Henker, B., Whalen, C.K., Jammer, L.D., Delfino, R.J. (2002) Anxiety, affect, and activity in teenagers: monitoring daily life with electronic A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

diaries. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 660-670.

Jensen, P.S., Rubio-Stipec, M., Canino, G., Bird, H.R., Dulcan, M.K., Schwab-Stone, M.E., Lahey, B.B. (1999) Parent and child contributions to diagnosis of mental disorder: are both informants always necessary? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38:1569–1579.

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., 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 the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36: 980-988.

Kendall, P.C., Brady, E.U., Verduin, T.L.. (2001). Comorbidity in childhood anxiety disorders and treatment outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40:787–794.

Kim, Y., Cheon, K., Kim, B., Chang, S., Yoo, H., ..., Leventhal, B. (2004) The Reliability and Validity of Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version-Korean Version (K-SADA-PL-K). *Yonsei Medical Journal*, 45(1): 81-89.

Kovacs, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21 (4), 995-998.

Kovacs, M. (1992). Children's Depression Inventory Manual. New York: Multi-Health Systems.

Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B., Monahan, P.O., Lowe, B. (2007). Anxiety Disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146, 5, 317-325.

La Greca, A. & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 83-94.

La Greca, A. (1998). Manual and instructions for the Social Anxiety Scales for Children and for Adolescents. University of Miami, Coral Gables, Florida.

Landis, J., Koch, G. (1997). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33: 159 – 174.

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

- Lauth, B., Levy, S., Júlíusdóttir, G., Ferrari, P., Pétursson, H. (2008). Implementing the semi-structured interview kiddie-SADS-PL into an in-patient adolescent clinical setting: Impact on frequency of diagnoses. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(14).
- Lauth, B., Magnússon, P., Ferrari, P., Pétursson, H. (2008). An Icelandic version of the Kiddie-SADS-PL: Translation, cross-cultural adaptation and inter-rater reliability. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(5), 379-385.
- Leon, A. C., Shear, M. K., Portera, L., & Klerman, G. L. (1992). Assessing impairment in patients with panic disorder: The Sheehan Disability Scale. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 78-82.
- Lewinsohn, P.M., Zinbarg, R., Seeley, J.R. (1997). Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 11:377–394.
- Lewinsohn, P.M., Zinbarg, R., Seeley, J.R., Lewinsohn, M., Sack, W. (1997) Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders* 11:377–394.
- Lyneham, H.J., Abbott, M.J., Rapee, R.M. (2007). Interrater Reliability of the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Version. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(6): 731-736.
- March, J.S., Parker, J.D., Sullivan, K., Stallings, P., & Conners, C.K.. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 554-565.
- Marquenie, L.A., Schade, A., Van Balkom, J.M., et al. (2007). Origin of the comorbidity of anxiety disorders and alcohol dependence: Findings from a general population study. *European Addiction Research*, 13:39–49.
- Marques, C., Matos, A.P. (2011). Tradução, Adaptação e estudo piloto de algumas propriedades psicométricas da Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children-Present and Lifetime Version – Versão Portuguesa (K-SADS-PL-PT). Tese de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

- Marujo, H. M. (1994). Síndromas Depressivos na infância e na adolescência. Tese de doutoramento não publicada. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Matos, A.P., Salvador, M.C., Cherpe, S. & Oliveira (2012). A Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC): adaptação para a população adolescentes portuguesa.
- McGrandles, A., Duffy, T. (2012) Assessement and treatment of patients with anxiety. *Nursing Standard*, 26, 35: 48-56.
- Medeiros, M. T. (2000). Adolescência: Abordagens, Investigações e Contextos de Desenvolvimento. Direção Regional da Educação. Centro de Apoio Tecnológico à Educação.
- Pereira, A. (1998), Este medo sem sentido...: a ansiedade na adolescência. Porto: Ambar.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2003). Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS (3ª ed.). Lisboa: Edições Silabo.
- Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Salvador, M. C. (2000). Um Protocolo para a Avaliação Clínica da Fobia Social através de Questionários de Autoavaliação. In J. P. Gouveia (Ed.), *Ansiedade Social: da Timidez à Fobia Social*. Coimbra: Quarteto.
- Prinstein, M.J., La Greca, A.M. (2002). Peer crowd affiliation and internalizing distress in childhood and adolescence: a longitudinal follow-back study. *Journal of Research on Adolescence*, 12, 325-351.
- Rao, P.A., Beidel, D.C., Turner, S.M., Ammerman, R.T., Crosby, L.E., & Sallee, F.R. (2007). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Descriptive psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1181-1191.
- Rebelo, S., Salvador, M.C. (2012). Fobia Social em Adolescentes: O papel da Vergonha e do Autocriticismo. Tese de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Salvador, M.C. (2009). Ser eu próprio entre os outros: um novo protocolo de intervenção para adolescentes com fobia social generalizada. Tese de Doutoramento não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Saranson, I.G. (1984). Anxiety, self-preoccupation and attention. *Anxiety Research*, 1, 3-7.

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C., Dulcan, M., Schwab-Stone, M. (1979). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): Description, Differences from previous Versions, and Reliability of Some Common Diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(1):28-38.
- Silverman, W.K., & Albano, A.M. (1996). Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child version, child and parent interview schedules. USA: Graywind Publications Incorporated.
- Silverman, W.K., Ollendick, T.H. (2005). Evidence-based assessment of anxiety and its disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34:380-411.
- Silverman, W.K., Saavedra, L.M., & Pina, A.A. (2001). Test-retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and parent versions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 937-944.
- Smucker, M. R., Craighead, W. E., Craighead, L. W., & Green, B. J. (1986). Normative and reliability data for the Children Depression Inventory. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14, 25-39.
- Sørensen, M., Thomsen, P., Bilenberg, N. (2007). Parent and child acceptability and staff evaluation of K-SADS-PL: a pilot study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16(5), 293-297.
- Thienemann, M. (2004). Introducing a Structured interview into a clinical setting. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43: 1057-1060.
- Ulloa, R., Ortiz, S., Higuera, F., Nogales, I., Fresán, A., Apiquian, R., ... Peña, F. (2006). Estudio de fiabilidad interevaluador de la versión en español de la entrevista Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School - Age Children - Present and Lifetime version (K-SADS-PL). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34 (1), 36-40.
- Velting, O.N., Setzer, N.J., Albano, A.M. (2004). Update and advances in assessment and cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35:42-54.
- Verduin, T.L., Kendall, P.C. (2003). Differential occurrence of comorbidity within childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32:290-295.

A Entrevista para as Perturbações de ansiedade segundo o DSM-IV (ADIS-C) aplicada a uma população adolescente: validade concorrente, validade discriminante, concordância inter-avaliadores e aceitabilidade da entrevista clínica.

Cátia Margarida Casanova da Silva Martins (e-mail:catia.casanova@gmail.com) 2013

- Vicente, A.R. (2011). O Reações aos Testes (RT): estudos de validação numa amostra de adolescentes portugueses. Tese de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Waghorn, G., Chant, D., White, P., Whiteford, H. (2005). Disability, employment and work preference among people with ICD-10 anxiety disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 1-2, 55-66.
- Welner, Z., Reich, W., Herjanic, B., Jung, K., Amado, H. (1987). Reliability, validity, and parent-child agreement studies of the Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA). *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 26: 613-620.
- Wielewicki, A., Gallo, A.E., Grossi, R. (2011). Instrumentos na prática clínica: CBCL como facilitador da análise funcional e do planeamento da intervenção. *Temas em Psicologia*, 19(2): 513-523.
- Wood, J. J., Piacentini, J. C., Bergman, R. L., McCracken, J., & Barrios, V. (2002). Concurrent validity of the anxiety disorders section of the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and parent versions. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 335-342.
- Woodward, L.J., Fergusson, D.M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40:1086–1093.
- Zalk, N.V., Zalk, M. H., Kerr, M. (2011) Socialization of Social Anxiety in Adolescent Crowds. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 1239-1249.