



UC/FPCE\_2014

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Estudo de algumas características psicométricas da  
versão portuguesa da Children's Depression Rating  
Scale – Revised (CDRS-R) numa amostra de  
adolescentes portugueses**

Micaela Alexandra Seabra Simões (email: mica.mailbox@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde - Intervenções  
Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde

Sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Soares De Matos

A atual dissertação de tese de mestrado integrado está inserida no âmbito do projeto "Prevenção da depressão em adolescentes Portugueses: estudo da eficácia de uma intervenção com adolescentes e pais (Ref. PTDC/MHC-PCL/4824/2012)", cofinanciado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER), através do Eixo I do Programa Operacional Fatores de Competitividade (POFC) do Quadro de Referência Estratégica Nacional (QREN), do Programa Operacional Fatores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

**FCT** Fundação para a Ciência e a Tecnologia  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA



## **Estudo de algumas características psicométricas da versão portuguesa da Children's Depression Rating Scale – Revised (CDRS-R) numa amostra de adolescentes portugueses**

A Children's Depression Rating Scale – Revised é uma entrevista semi-estruturada com 17 itens que avalia a gravidade da sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes. O objetivo principal desta investigação é fazer um estudo psicométrico da versão portuguesa da CDRS-R e analisar a correlação da mesma com a sintomatologia depressiva avaliada pelo Children's Depression Inventory (CDI), com a ansiedade avaliada pela Anxiety Scale for Children (MASC) e a psicopatologia dos filhos percebida pelos pais através do Child Behavior Checklist (CBCL). Estudámos ainda como objetivo adicional, a relação do Brief Symptom Inventory (BSI) com a CDRS-R. A amostra total é composta por 97 adolescentes, sendo que 33 correspondem à amostra recolhida em contexto clínico e 64 à população geral. Dos 97 indivíduos, 36 são do sexo masculino (37.1%) e 61 são do sexo feminino (62.9%). As idades estão compreendidas entre os 12 e os 18 anos com média de 14.33 e desvio padrão de 1.498. Os resultados revelaram que a CDRS-R apresenta uma boa consistência interna ( $\alpha = .899$ ). A análise do teste *t student* mostrou que não existem diferenças estatisticamente significativas entre rapazes e raparigas ( $t = -1.148$ ;  $p = .254$ ). Por outro lado, existem diferenças estatisticamente significativas entre uma amostra da população geral e uma amostra clínica ( $t = 2.958$ ;  $p = .004$ ) o que mostra uma boa capacidade discriminativa da entrevista. Foram encontradas correlações positivas elevadas entre o total da CDRS-R e o total do CDI e correlações positivas moderadas com os fatores humor negativo, problemas interpessoais, anedonia, e auto-estima negativa. Os resultados mostraram que os sujeitos identificados na CDRS-R como não tendo sintomatologia são os que apresentam médias mais baixas no CDI e os sujeitos identificados como tendo sintomatologia depressiva, são os que têm médias mais elevadas no CDI. Foram encontradas correlações moderadas positivas entre o total da CDRS-R e o total da MASC, o fator sintomas físicos, o subfator tensão/impaciência, o subfator queixas somáticas, o fator ansiedade social, o subfator humilhação e o subfator desempenho. A CDRS-R mostrou correlacionar-se moderada e positivamente com o fator agressividade do CBCL apenas na amostra da população geral. A CDRS-R mostrou também uma boa estabilidade temporal ( $r = .648$ ;  $p < .01$ ) e um bom acordo inter-avaliador para o grupo dos adolescentes ( $.802$ ;  $p = .003$ ) e para o grupo dos pais ( $.626$ ;  $p = .04$ ). Os resultados mostraram que não existe um acordo inter-informadores sendo o *Ró de Sperman* de  $.528$ ,  $p = .064$ . Na presente investigação fizemos ainda um estudo adicional entre a relação da CDRS-R dos adolescentes e sintomatologia psicopatológica dos pais avaliada pelo BSI e não se verificaram correlações estatisticamente significativas.

Em suma, a CDRS-R apresenta boas características psicométricas nesta amostra de adolescentes portugueses.

Palavras chave: CDRS-R, Estudo Psicométrico, Depressão, Adolescência, Ansiedade

### **Study of some psychometric properties of Portuguese version of Children's Depression Rating Scale – Revised (CDRS-R) on a portuguese adolescent sample**

The Children's Depression Rating Scale – Revised is a clinician-rated semi-structured interview with 17 items for the assessment of the severity of depressive symptoms in children and adolescents. The goal of this investigation is to do a psychometric study of the Portuguese version of CDRS-R and evaluate its correlation with other evaluation instruments: depressing symptomatology evaluated by Children's Depression Inventory (CDI), anxiety evaluated by Anxiety Scale for Children (MASC) and parents perceived psychopathology with Child Behavior Checklist (CBCL). As an additional objective we've also studied the relation between Brief Symptom Inventory (BSI) and CDRS-R. The total sample has a total of 97 adolescents. The clinical sample has 33 subjects and the general population sample has 64. In total of the study sample there are 36 males (37.1%) and 61 females (62.9%). The age varies between 12 and 18 years with an average of 14.33 and a S.D of 1.498. The results show that CDRS-R presents a good internal reliability ( $\alpha = .899$ ). The *t student* test shows no significant differences between males and females ( $t = -1.148$ ;  $p = .254$ ). On the other hand, there are significant differences between the clinical sample and the general population sample ( $t = 2.958$ ;  $p = .004$ ) which shows a good discriminative capability of the interview. A high positive correlation was found between the global CDRS-R scores and global CDI scores. Moderate positive correlation was found with negative mood, interpersonal problems, anhedonia, and negative self-esteem. The results show that subjects without symptomatology identified by CDRS-R present lower average in CDI results and subjects identified with depressive symptomatology have higher average in CDI results. The results show moderate positive correlations between the global score of CDRS-R and the global score of MASC and their physical symptoms factor, tension/impatience subfactor, symptomatic complaints subfactor, social anxiety factor, humiliation subfactor and performance subfactor. The CDRS-R shows a moderate positive correlation with CBCL aggressiveness factor but just in a general population sample. The CDRS-R also show a good temporal stability ( $r = .648$ ;  $p < .01$ ) and a good inter-rater agreement for the adolescents group ( $.802$ ;  $p = .003$ ) and for the parents group ( $.626$ ;  $p = .04$ ). The results show no inter-informants agreement with the *Spearman Ró* as  $.528$ ,  $p = .064$ . In this study we've also done an additional research about the relation between adolescents CDRS-R and the parents psychopathological symptomatology evaluated by the BSI and we found no statistically significant correlations. This study concludes that CDRS-R presents good psychometric properties in this Portuguese adolescent sample.

Keywords: CDRS-R, Psychometric study, Depression, Adolescent, Anxiety

## **Agradecimentos**

Aos meus pais, pelo apoio incondicional, por fazerem deste, um percurso possível, por acreditarem sempre em mim e me incentivarem a continuar.

À minha irmã, por todo o apoio. Pelo seu carinho e preocupação.

Ao meu namorado, pelo amor, companhia, paciência e compreensão.  
Pelo seu esforço em tentar que eu veja o lado positivo nas alturas mais complicadas, e pelos conhecimentos informáticos.

A toda a minha família, em especial às três tias e madrinha pelo entusiasmo e por sempre me encorajarem ao longo deste ano.

A todos os meus amigos por todo o apoio.

À Professora Paula Matos, a quem devo este trabalho, por toda a orientação, sabedoria, disponibilidade e paciência.

Às minhas colegas de tese Daniela, Inês e Anaísa pelo companheirismo e partilha.

À Cristiana e à Sara pela sua prontidão e disponibilidade em me ajudar.

À Dr<sup>a</sup>. Helena Godinho, à Dr<sup>a</sup> Sara Pedroso, à Dr<sup>a</sup> Lúgia Fonseca e à Dr<sup>a</sup> Margarida Robalo por me terem recebido e ajudado no contacto com os adolescentes.

A todos os participantes deste estudo, porque sem eles este trabalho seria impossível de concretizar.

E por fim, a ti que, com certeza, estarás orgulhoso de mim.

## Índice

I. Enquadramento Conceptual .....	1
1.1 Depressão na Adolescência.....	1
1.2 Prevalência da depressão em Adolescentes.....	2
1.3 Comorbilidade.....	3
1.4 Avaliação da depressão na adolescência.....	3
1.5. Children’s Depression Rating Scale – Revised (CDRS-R).....	4
1.5.1 Construção da CDRS-R.....	4
1.5.2 Características gerais da CDRS-R.....	4
1.5.3 Características Psicométricas.....	6
II- Objetivos.....	7
III- Metodologia.....	8
3.1 Descrição da amostra.....	8
3.2 Instrumentos.....	9
3.3 Procedimentos.....	13
3.4 Estratégia Analítica.....	14
IV – Resultados.....	15
4.1 Análise da consistência interna da CDRS-R.....	15
4.2 Análise da relação da CDRS-R com a variável género.....	16
4.3 Comparação entre a amostra clínica e a amostra da população geral ao nível da sintomatologia avaliada pela CDRS-R.....	16
4.4 Estudo da relação entre a CDRS-R e a sintomatologia depressiva avaliada pelo questionário CDI.....	17
4.5 Estudo da relação entre a CDRS-R e a ansiedade avaliada pela MASC.....	18
4.6 Estudo da estabilidade temporal no intervalo de 3 e 5 semanas.....	19
4.7 Estudo do acordo inter-avaliador.....	19
4.8 Estudo do acordo inter-informador e estudo da relação entre a informação proveniente de pais e adolescentes.....	20
4.9 Estudo da relação entre sintomatologia depressiva nos filhos e psicopatologia parental .....	20
V-Discussão.....	21
VI – Bibliografia.....	24

## **I.Enquadramento Conceptual**

### **1.1 Depressão na Adolescência**

A Depressão é uma das perturbações psicológicas cuja taxa de prevalência tem vindo a aumentar (Lynch & Clarke, 2006). Os indivíduos que experienciam um Episódio Depressivo Major relatam grande sofrimento e mal-estar. É uma perturbação que invalida significativamente o funcionamento normal do sujeito, afetando várias áreas da sua vida, tais como o funcionamento familiar e/ou conjugal, a atividade profissional, interações sociais, entre outras (Alloy et. al., 2003; Reinherz et. al., 2006).

Embora a depressão tenha vindo a ser largamente estudada em adultos, só recentemente começou a ser estudada em faixas etárias mais jovens (Bahls, 2002). Apesar de alguns estudos defenderem que o núcleo de sintomas que caracterizam esta perturbação se mantém semelhante em adultos e adolescentes (predominantemente a tristeza e a perda de interesse nas atividades), existem diferenças desenvolvimentais que devem ser foco de atenção. Deste modo, alguns sintomas têm sido considerados como mais típicos da expressão da sintomatologia depressiva nos adolescentes: hipersónia, reatividade à rejeição, letargia, aumento do apetite, reações de isolamento social, ideação suicida e tentativas de suicídio, insatisfação com a imagem corporal (em especial nas raparigas), sentimentos de culpa, desesperança e desânimo (Bahls, 2002; Cook et. al., 2009; Rudolph et. al., 2006; Versiani, Reis, & Figueira, 2000). Outros autores salientam ainda que os adolescentes deprimidos apresentam geralmente elevados níveis de ansiedade e irritabilidade, sendo muito frequente a queixa por parte dos pais ou professores de ataques de fúria. Esta irritabilidade é geralmente descrita como excessiva e não normal no funcionamento do adolescente (Bahls, 2002; Versiani, Reis, & Figueira, 2000). Kazdin & Marciano (1998) estimam que 80% dos adolescentes com depressão se apresentam como facilmente irritáveis. (Kazdin & Marciano, 1998).

O DSM-IV-TR também contempla algumas diferenças para perturbação depressiva em adultos e em crianças e adolescentes. Embora os critérios de diagnóstico sejam os mesmos, enfatizam principalmente, a possível presença de irritabilidade nas crianças em vez da tristeza e apatia mais predominante em adultos (APA, 2002).

O estudo e a compreensão da manifestação dos sintomas depressivos na adolescência é extremamente importante pois estima-se que metade dos primeiros episódios depressivos ocorre durante a adolescência (Kessler, Wai, Dernier, et. al., 2005) e que 20% dos jovens têm um episódio depressivo antes dos 18 anos (Birmaher et. al., 1996). Um estudo longitudinal aponta ainda, a data de início do primeiro Episódio Depressivo Major aos 15 anos

(Haking et. al., 1998). Além disso, os sintomas depressivos parecem manter-se estáveis durante a adolescência e têm tendência a prolongar-se para a idade adulta (Devine, Kempton, & Forehand, 1994; Orvaschel, Lewinsohn, & Seeley, 1995; Weissman, Wolk, Goldstein, et. al., 1999; Rao, Ryan, Birmaher, et. al., 1995).

Estima-se ainda que 80% dos jovens que tiveram um episódio depressivo, acabam por ter um ou mais episódios posteriores (Harrington, Fudge, Rutter, Pickles, & Hill, 1990) e mesmo quando submetidos a terapia, os indivíduos que têm um Episódio Depressivo Major na adolescência têm uma maior probabilidade de recaída quando comparados com indivíduos cujo primeiro episódio decorreu na idade adulta (Emslie et. al., 1997; Garber et. al., 1988; McCauley et. al., 1993).

A ocorrência de um Episódio Depressivo Major na adolescência pode trazer graves consequências para o jovem a curto, médio e longo prazo. Algumas manifestam-se a nível cognitivo, sendo que alguns jovens deprimidos revelam um atraso significativo no desenvolvimento cognitivo e emocional (Alloy et. al., 2003; Reinherz et. al., 2006). OS adolescentes deprimidos geralmente apresentam dificuldades na escola e nas relações interpessoais. A diminuição do desempenho escolar e as faltas às aulas são consequências com grande importância no desenvolvimento do adolescente, pois estes eventos podem resultar numa rejeição por parte do seu grupo de pares ou num afastamento voluntário do adolescente, o que faz com que o jovem deixe de ter acesso a experiências e informações que seriam necessárias para o seu desenvolvimento normativo. Para além disto, uma diminuição do rendimento escolar terá influência na obtenção de emprego qualificado. É de salientar ainda, o aumento na taxa de delinquência, consumo de drogas e álcool e de comportamentos irreversíveis, como o suicídio (Wisdom, Clarke & Green, 2006).

## **1.2 Prevalência da depressão em Adolescentes**

A taxa de prevalência da depressão é de cerca de 2% em crianças e de 4% a 7% em adolescentes (Costello, Pine, Hammen et. al., 2002).

A diferença entre géneros na adolescência também se tem mostrado relevante, sendo que os indivíduos do sexo feminino têm apresentado maior taxa de incidência de depressão do que os indivíduos do sexo masculino (Angold, Costello & Worthman, 1999; Reinherz et. al., 2006; Susan, Andersen & Martin, 2008).

Existem também diferenças na manifestação dos sintomas em rapazes e raparigas. Nos indivíduos do sexo feminino, há uma maior prevalência de expressão de sintomas mais internalizantes tais como a tristeza, sentimentos de vazio, tédio e ansiedade. As raparigas preocupam-se com a aparência e a



popularidade entre o seu grupo de amigos, existindo uma tendência para um aumento da conscienciosidade e uma diminuição da autoestima. Os indivíduos do sexo masculino geralmente reportam sintomas externalizantes, apresentando mais frequentemente sentimentos de raiva e problemas de comportamento, tais como faltar às aulas, envolver-se em lutas físicas, roubos e abuso de álcool e de substâncias (Baron e Campbell, 1993; Susan, Andersen & Martin, 2008).

### **1.3 Comorbilidade**

A Perturbação Depressiva tem um elevado grau de comorbilidade com outro tipo de perturbações. Por um lado, é um fator de risco para o desenvolvimento de outras perturbações, por outro lado, muitas vezes, os sintomas depressivos, desenvolvem-se na sequência de outros problemas de saúde mental do indivíduo (Bhals, 2002), como por exemplo, a ansiedade que se tem revelado ser um forte preditor de depressão nos mais jovens (Cole, Peeke, Martin, Truglio & Seroczynski, 1998).

Na adolescência, as perturbações que apresentam maior comorbilidade com os quadros depressivos são as perturbações de ansiedade, perturbações de comportamento, perturbação de hiperatividade com défice de atenção, distímia, e abuso de substâncias (Angold, Costello & Erkanli, 1999; Kessler & Walters, 1998). A depressão em adolescentes está também fortemente relacionada com suicídio juvenil (Weissman et. al., 1999) e com um aumento de risco de gravidez precoce (Angold, Costello & Erkanli, 1999).

### **1.4 Avaliação da depressão na adolescência**

O reconhecimento da presença de psicopatologia depressiva nas faixas etárias mais jovens, originou, nas décadas de 1970 e 1980, um avanço no desenvolvimento de entrevistas diagnósticas estruturadas, semi-estruturadas e escalas de avaliação da depressão em crianças e adolescentes (Coutinho, 2001). Os instrumentos mais utilizados na avaliação da sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes são: Children's Depression Inventory (CDI), Center for Epidemiological Studies-Depression Scale for Children (CES-DC), Reynolds Child Depression Scale, Reynolds Adolescent Depression Scale, e o Beck Depression Inventory (Sharp & Lipsky, 2002). Destaca-se ainda a utilização de duas entrevistas, que embora tenham sido desenvolvidas para adultos, têm sido largamente usadas na avaliação dos mais jovens: Hamilton Rating Scales for Depression e a Montgomery-Åsberg Depression Rating Scales (Reppold & Hutz, 2003).

Embora se tenha verificado, nas últimas décadas, um esforço por parte de clínicos e investigadores em utilizar instrumentos devidamente aferidos para crianças e adolescentes, o fato é que alguns estudos apontam que a incorreção na avaliação incorre diretamente do instrumento de avaliação utilizado, que não tem em conta as particularidades desta fase de desenvolvimento. Os resultados do estudo de Brooks e Kutcher (2001) mostraram que dos 33 instrumentos identificados como sendo muito frequentemente utilizados pelos investigadores, apenas 8 correspondiam a entrevistas de diagnóstico semi-estruturadas, 3 instrumentos eram de observação direta, e 22 eram questionários de auto-resposta. O estudo concluiu também que cerca de um terço dos instrumentos utilizados em adolescentes foram criados para avaliação em adultos, não estando aferidos para a população juvenil (Brooks & Kutcher, 2001).

## **1.5. Children's Depression Rating Scale – Revised (CDRS-R)**

### **1.5.1 Construção da CDRS-R**

Em 1979, Poznanski, Cook & Carrol com o objetivo de estudar a sintomatologia depressiva em crianças, basearam-se na Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) (Hamilton, 1960) e elaboraram o Children's Depression Rating Scale.

Mais tarde, em 1985, Poznanski, Freeman & Mokros fizeram uma revisão deste instrumento que passou a designar-se por Children's Depression Rating Scale – Revised (CDRS-R).

Apesar de ter sido uma entrevista desenvolvida inicialmente para avaliar crianças, os estudos apontam que é bastante confiável na avaliação de adolescentes entre os 12 e os 16 anos anos (Mokros & Poznanski, 1992).

### **1.5.2 Características gerais da CDRS-R**

A CDRS – R é uma entrevista psicológica que mede a gravidade da depressão em crianças e adolescentes com idades entre os 6 e os 12 anos. Trata-se de uma entrevista semi-estruturada com um total de 17 itens que se reporta à última semana. Os primeiros 14 itens são questões feitas ao entrevistado (a formulação das questões foi baseada nos critérios de diagnóstico de depressão do DSM III (APA, 1980) e os últimos 3 itens são

avaliados através do comportamento não-verbal do sujeito.

As diferentes áreas sintomáticas avaliadas são: Dificuldades nas tarefas escolares; Dificuldade em divertir-se; Isolamento social; Perturbação do sono; Perturbação do apetite; Fadiga excessiva; Queixas físicas; Irritabilidade; Culpa excessiva; Baixa auto-estima; Sentimentos depressivos; Ideação mórbida; Ideação suicida e Choro excessivo. Os últimos três itens avaliam o comportamento não-verbal observado, respetivamente a Expressão facial do afecto depressivo, Discurso desatento e Hipoactividade (Poznanski et. al.,1984).

Os itens estão dispostos por ordem crescente de invalidação, ou seja dos menos intrusivos para os mais intrusivos, no entanto, sendo uma entrevista semi-estruturada, o entrevistador pode alterar a ordem das questões de modo a adequar-se à conversa que se vai estabelecendo.

A CDRS-R tem uma pontuação mínima de 17 pontos e máxima de 113 pontos (pontuação bruta). Cada item varia entre 1 e 7 pontos com exceção dos itens 4, 5 e 16 que variam entre 1 a 5 pontos. A cotação dada a cada item está relacionada com o grau de gravidade de sintomatologia depressiva, onde 1-normal; 2 – sintomatologia depressiva duvidosa; 3 e 4 – sintomatologia média ou ligeira; 5 – sintomatologia moderada; 6 e 7 – sintomatologia depressiva severa (Poznanski et. al.,1984).

Embora o foco de obtenção de informação seja a criança/adolescente a entrevista também pode ser realizada com os pais ou pessoas significativas para a criança/adolescente. (Poznanski et. al., 1984).

Os resultados brutos podem ser transformados em resultados padronizados. Os pontos de corte estão estabelecidos e associados a eles encontra-se a respetiva interpretação dos resultados. Resultados padronizados inferiores a 39 são extremamente raros, recomendando-se o recurso a outras fontes de informação; resultados padronizados entre 40 e 54 indicam que é improvável a confirmação de perturbação depressiva; resultados padronizados situados entre 55-64 prevêm que seja possível a confirmação de diagnóstico depressivo numa avaliação mais abrangente; com resultados entre 65-74 considera-se que é provável a confirmação de diagnóstico numa avaliação mais abrangente; nos resultados entre 75-84 considera-se muito provável a confirmação de uma perturbação depressiva e finalmente, com pontuações acima dos 85 é quase certo que o diagnóstico de perturbação depressiva seja confirmado (Poznanski et. al.,1984).

Em relação à pontuação dada por cada item o ponto de corte é 3-4 (resultados brutos); sendo assim, itens que pontuem acima de 4 indicam a presença de sintomatologia depressiva (Poznanski et. al.,1984).

Resultados brutos com 40 pontos são considerados pontos de corte para presença de sintomatologia em crianças e resultados de 45 pontos são considerados pontos de corte para a presença de sintomatologia depressiva em adolescentes (Poznanski et. al.,1984).

A CDRS-R consegue discriminar entre diferentes níveis de gravidade

de sintomatologia depressiva, possibilitando a identificação de crianças/adolescentes não deprimidos, com sintomatologia duvidosa, com sintomatologia depressiva ligeira, com sintomatologia depressiva moderada e com sintomatologia depressiva severa (Poznanski et. al.,1984).

### 1.5.3 Características Psicométricas

Num estudo preliminar, de Poznanski (1984), a CDRS- R apresentou uma elevada consistência interna ( $\alpha = .85$ ) e um elevado acordo inter-avaliadores ( $r=.86$ ). No intervalo de duas e seis semanas o teste – reteste indicou uma forte estabilidade (.81).

O acordo inter-informadores (crianças/adolescentes e pais) revelou-se baixo (.38) (Mokros et. al.,1987)

Barbosa (1997), num estudo com população adolescente no Brasil, encontrou também uma elevada consistência interna ( $\alpha=.83$ ) (Barbosa et. al., 1997).

Um outro estudo levado a cabo por Taryn (2010), na Universidade do Texas, mostrou que a consistência interna da entrevista se manteve boa ao longo dos três momentos de avaliação do estudo: rastreio ( $\alpha=0.79$ ), 2ª avaliação ( $\alpha=.74$ ), 3ª avaliação ( $\alpha=.92$ ). A CDRS-R foi ainda correlacionada com o diagnóstico de Episódio Depressivo Major, obtido pela K-SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children) tendo sido obtidos os seguintes resultados para os três momentos de avaliação do estudo: rastreio ( $r=.87$ ,  $p< .01$ ), 2ª avaliação ( $r=.80$ ,  $p< .01$ ), 3ª avaliação ( $r=.93$ ,  $p< .01$ ) (Taryn et. al., 2010).

Shailesh (2007) realizou um estudo, nos Estados Unidos, onde comparou as propriedades psicométricas da CDRS-R com as da MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) numa amostra de adolescentes com Perturbação Depressiva Major. O estudo revelou que ambas as entrevistas tinham uma boa consistência interna mas a CDRS-R obteve um alfa de *Cronbach* mais elevado (.86) do que a MADRS (.82). O estudo concluiu ainda que com a aplicação da CDRS-R se obteve informação mais detalhada sobre o entrevistado do que com a utilização da MADRS (Shailesh et al., 2007)

Keller (2011) fez um estudo psicométrico da CDRS-R numa amostra clínica de adolescentes alemães. Os resultados obtidos mostraram uma boa consistência interna ( $\alpha= .90$ ) e uma boa correlação item-total. A CDRS-R obteve ainda correlações elevadas com os questionários DIKJ (Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche) e BDI-II (Beck Depression Inventory) (Keller, Grieb, Ernst, Spröber, Fergert & Kölch, 2011)

Fernandes (2011) num estudo realizado com a versão portuguesa da CDRS-S, no âmbito do projecto I&D anteriormente mencionado, obteve um

coeficiente alfa de *Cronbach* de .82. No sentido de estudar a validade da CDRS-R, esta foi correlacionada com a sintomatologia depressiva avaliada pelo Children's Depression Inventory (Kovacs, 1983; versão portuguesa de Dias & Gonçalves, 1999), tendo-se obtido uma correlação moderada positiva ( $r = .63$ ,  $p < .001$ ). A sintomatologia avaliada pela CDRS-R foi ainda correlacionada com: **ansiedade** avaliada pela Multidimensional Anxiety Scale for Children (March et. al., 1997; tradução e adaptação de Matos & André, 2009), ( $r = .63$ ,  $p < .001$ ); **bem-estar subjetivo** avaliado pelo Mental Health Continuum-Short Form (Keyes, 2009; tradução e adaptação de Matos, André, Cherpe, Rodrigues, Figueira & Pinto, 2010), ( $r = -.34$ ,  $p = .02$ ); **problemas de internalização e externalização do adolescente, percebidos pelos pais/cuidadores** avaliado pelo Child Behavior Checklist (Achenbach & Edelbrock, 1983; Achenbach, 1991; versão portuguesa de Fonseca e col., 1994), tendo-se obtido uma correlação positiva apenas para o fator depressão ( $r = .50$ ,  $p < .001$ ) e **sintomatologia psicopatológica nos pais** avaliada pelo Brief Symptom Inventory (Derogatis, 1993; tradução e adaptação de Canavarro, 1995), tendo-se encontrado uma correlação positiva no fator depressão ( $r = .35$ ,  $p = .02$ ) (Fernandes, 2011).

A Children's Depression Rating Scale – Revised mostrou bons resultados quer a nível das suas propriedades psicométricas, quer na correlação com outros instrumentos que avaliam um construto semelhante. Os resultados a nível internacional foram corroborados pelo estudo psicométrico preliminar português. No entanto, com exceção dos estudos dos autores da entrevista, não foram encontrados estudos que tivessem avaliado a estabilidade temporal, o acordo inter-informador ou o acordo inter-avaliador. Torna-se assim, importante a continuação de estudos com a CDRS-R, para explorar as suas características, principalmente na população de adolescentes portugueses.

## II- Objetivos

O principal objetivo desta dissertação é fazer o estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da CDRS-R.

Como já havia sido referido, o presente estudo encontra-se inserido no âmbito do projeto I&D, financiado pela FCT - PTDC/MHC-PCL/4824/2012 intitulado “Prevenção da depressão em adolescentes portugueses: estudo da eficácia de uma intervenção com adolescentes e pais”, que se realiza no CINEICC/FPCE-UC. O referido projeto tem albergado diversos estudos, entre eles, a tradução e validação de instrumentos de avaliação psicológica para a população portuguesa, nomeadamente a CDRS-R. Tendo já sido levado a cabo por Fernandes (2011) o “Estudo psicométrico preliminar da CDRS-R numa amostra de adolescentes Portugueses”, tornou-se pertinente fazer um estudo mais aprofundado desta entrevista numa amostra mais

alargada e de forma a corresponder às propostas para estudos futuros feitas pela autora.

Desta forma, esta investigação pretende:

- I. Fazer um estudo das propriedades psicométricas da CDRS-R, mais especificamente, a análise da consistência interna, estabilidade temporal, acordo inter-informador e acordo inter-avaliador.
- II. Confirmar se existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros na sintomatologia depressiva avaliada pela CDRS-R.
- III. Confirmar se existem diferenças estatisticamente significativas entre a amostra da população geral e a amostra recolhida em contexto clínico na sintomatologia depressiva avaliada pela CDRS-R.
- IV. Verificar se a CDRS- R se correlaciona positivamente com as seguintes variáveis: sintomatologia depressiva subclínica avaliada pelo Children's Depression Inventory (CDI); ansiedade avaliada pela Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)
- V. Analisar se a informação proveniente dos pais através do Child Behavior Checklist (CBCL) se correlaciona positivamente com a informação fornecida pelos adolescentes na CDRS-R, no que diz respeito à existência de sintomas psicopatológicos.
- VI. Verificar se a CDRS- R se correlaciona positivamente com a psicopatologia parental avaliada pelo Brief Symptom Inventory (BSI).

### III- Metodologia

#### 3.1 Descrição da amostra

No sentido de cumprir os objetivos anteriormente propostos, procedeu-se à recolha de uma amostra de adolescentes em contexto clínico, nas consultas de psicologia em dois centros hospitalares públicos, **Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra - Unidade Sobral Cid, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra**-serviço de psiquiatria-consulta de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental e numa clínica privada. A amostra de adolescentes da população geral tinha sido previamente recolhida em contexto escolar no âmbito do projeto “Prevenção da depressão em adolescentes portugueses: estudo da eficácia de uma intervenção com adolescentes e pais”.

Sendo assim, no presente estudo, a amostra total é composta por 97 adolescentes, sendo que 33 correspondem à amostra recolhida em contexto clínico e 64 à população geral. Dos 97 indivíduos, 36 são do sexo masculino

Estudo de algumas características psicométricas da versão portuguesa da Children's Depression Rating Scale – Revised (CDRS-R) numa amostra de adolescentes portugueses  
Micaela Alexandra Seabra Simões  
(email:mica.mailbox@gmail.com)

(37.1%) e 61 são do sexo feminino (62.9%). As idades estão compreendidas entre os 12 e os 18 anos com média de 14.33 e desvio padrão de 1.498. A amostra clínica é constituída por 20 rapazes (60.6%) e 13 raparigas (39.4%) com idades entre os 12 e os 18 anos ( $M=15.42$ ,  $DP= 1.82$ ). A amostra da população geral é composta por 16 rapazes (25%) e 48 raparigas (75%), sendo que as idades variam entre os 13 e os 16 anos com média de 13.77 e desvio padrão de .89.

No total da amostra clínica, 17 sujeitos foram avaliados com a **K-SADS-PL** (Kiddie-Sads-Versão referente ao momento atual e ao longo da vida), sendo que destes, 12 têm o diagnóstico feito pela **K-SADS-PL** e pelo clínico. Cinco adolescentes têm apenas o diagnóstico proveniente da avaliação da **K-SADS-PL** porque foram recolhidos em escolas e identificados com psicopatologia no âmbito do projecto I&D.

Dos adolescentes avaliados com a **K-SADS-PL** ( $n=17$ ) foram diagnosticados seis indivíduos com Perturbação Depressiva Major, quatro com Perturbação de Ansiedade Sem Outra Especificação, três com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, três com Perturbação de Ansiedade Generalizada e um com Perturbação de Pânico.

Da subamostra em que os doentes têm ao mesmo tempo o diagnóstico feito pelo clínico e o diagnóstico feito pela kiddie ( $n=12$ ), e tomando como referência o diagnóstico do clínico, houve acordo com a entrevista em 7 diagnósticos (41.2%) (Três indivíduos têm Perturbação de Ansiedade Sem Outra Especificação, dois têm Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, um foi identificado com Perturbação de Ansiedade Generalizada e um foi diagnosticado com Perturbação Depressiva Major). Em 10 diagnósticos (58.8%) houve desacordo entre a entrevista e o diagnóstico do clínico (cinco adolescentes têm Fobia social, um tem Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, um foi diagnosticado com Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção Sem Outra Especificação, dois indivíduos têm Perturbação de Ansiedade Sem Outra Especificação e Um foi diagnosticado com Perturbação de ansiedade). Dos indivíduos avaliados pelo clínico, foram identificados 6 adolescentes com perturbações comórbidas.

### 3.2 Instrumentos

**Children's Depression Rating Scale – Revised (CDRS-R)**  
(Poznanski & Mokros, 1995: tradução e adaptação de Matos & Fernandes, 2011)

A CDRS – R é uma entrevista psicológica que mede a severidade da depressão em crianças e adolescentes com idades entre os 6 e os 12 anos. Trata-se de uma entrevista semi-estruturada com um total de 17 itens que se reporta à forma como a criança/ adolescente se tem sentido na última semana. Os primeiros 14 itens são questões feitas ao entrevistado e os últimos 3 itens são avaliados através do comportamento não-verbal do

Estudo de algumas características psicométricas da versão portuguesa da Children's Depression Rating Scale – Revised (CDRS-R) numa amostra de adolescentes portugueses  
Micaela Alexandra Seabra Simões  
(email:mica.mailbox@gmail.com)

sujeito. A CDRS-R tem uma pontuação mínima de 17 pontos e máxima de 113 pontos (pontuação bruta). Cada item varia entre 1 e 7 pontos com exceção dos itens 4, 5 e 16 que variam entre 1 a 5 pontos: 1 (normal); 2 (sintomatologia depressiva duvidosa); 3 e 4 (sintomatologia média ou ligeira); 5 (sintomatologia moderada) e, finalmente, 6 e 7 (sintomatologia depressiva severa) (Poznanski et. al., 1984).

No estudo psicométrico preliminar da versão portuguesa da CDRS-R, os resultados revelaram uma boa consistência interna com alfa de *Cronbach* de .82 (Fernandes, 2011).

No presente estudo, o resultado obtido para a consistência interna da entrevista é de .899.

**Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)** (Kaufman, Birmaher, Brent, Rao & Ryan, 1996; versão portuguesa de Matos, Marques, Salvador, Cherpe, Arnarson, Craighead & Kaufman (in prep.)

A Kiddie-SADS-PL é uma entrevista semi-estruturada que avalia a existência de perturbações psiquiátricas no passado e no momento presente de crianças e de adolescentes com idades entre os 6 e os 18 anos. Este instrumento de avaliação pode ser administrado também a pais ou cuidadores. No total, comporta a pesquisa de 32 diagnósticos psiquiátricos de acordo com o DSM-IV. A administração da K-SADS-PL requer treino prévio por parte do entrevistador e a utilização de: 1) uma Entrevista Introdutória não estruturada; 2) uma Entrevista de Rastreamento Diagnóstico; 3) a Listagem dos Suplementos a Utilizar; 4) os Suplementos de Diagnóstico adequados; 5) a Ficha de Resumo dos Diagnósticos ao Longo da Vida; 6) a Escala de Avaliação Global das Crianças (EAG-C). A cotação da entrevista varia entre 0 e 3 onde: 0-sem informação, 1- sem sintomatologia, 2-sintomatologia subclínica e 3- sintomatologia clínica. Os resultados obtidos pelos autores originais (Kaufman et. al.,1997) revelam que com esta entrevista se obtêm diagnósticos psiquiátricos válidos e fiáveis. A versão portuguesa da K-SADS-PL também revelou características psicométricas boas, nomeadamente em relação á validade consensual e á validade convergente, numa amostra constituída por crianças e adolescentes do grupo clinicamente referenciado e do grupo da população geral (Matos et. al., in prep.).

**Children's Depression Inventory (CDI)** (Kovacs, 1983; versão portuguesa de Dias & Gonçalves, 1999)

O **CDI** é um questionário de auto-resposta constituído por 27 itens, que procuram avaliar os sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais



da depressão em crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 7 e os 18 anos de idade (Dias e Gonçalves, 1999).

Para responder a cada item, a criança/adolescente deve seleccionar de três afirmações apresentadas aquela que melhor descreva a forma como se tem sentido durante as duas últimas semanas. Os itens estão cotados de 0 a 2, onde 0 significa a ausência de sintoma, 1 significa sintoma moderado e 2 significa sintoma presente. Os valores mais elevados traduzem uma maior severidade dos sintomas. A pontuação total varia entre 0 e 54. No que concerne às suas dimensões, estas incluem o humor negativo, a incapacidade de sentir prazer (anedonia), os problemas interpessoais, a ineficácia e a autoestima negativa (Dias e Gonçalves, 1999).

A versão portuguesa deste instrumento apresenta valores elevados de consistência interna, com coeficientes de *Cronbach* de .80 e .84, de acordo com os estudos apresentados por Dias e Gonçalves (1999).

No presente estudo o coeficiente de *Cronbach* relativamente ao total do CDI foi de .860.

***Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)*** (March et al., 1997; tradução e adaptação de Matos, Salvador, Cherpe, Oliveira, March, Arnarson & Craighead (in prep.).

A MASC é um instrumento de auto-resposta que pretende avaliar sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 8 e os 19 anos. É composta por 39 itens, avaliados numa escala de Likert de 4 pontos (1=Nunca ou quase nunca verdadeiro a 4=Freqüentemente verdadeiro) que avalia a frequência com que o sujeito experiencia cada situação descrita. No estudo levado a cabo pelos seus autores originais, foram encontrados quatro factores, dos quais três apresentam dois subfactores: a) sintomas físicos, que inclui os subfactores tensão/ impaciência e queixas somáticas; b) evitamento de perigo, que inclui os subfactores perfeccionismo e coping ansioso; c) ansiedade social, que inclui os subfactores de medo de humilhação e de desempenho; d) ansiedade de separação. A versão original da escala, apresenta níveis satisfatórios de consistência interna, variando entre alfas *Cronbach* de .88 e .89 (March et al., 1997).

O coeficiente de *Cronbach* obtido na versão portuguesa de Matos et al. (in prep.) foi de .89 para o total da escala. Os resultados mostram ainda valores para os respetivos factores e subfactores: fator ansiedade social ( $\alpha = .85$ ), sintomas físicos ( $\alpha = .83$ ), ansiedade de separação e evitamento de perigo obtiveram valores de ( $\alpha = .70$ ) para os dois factores, subfactor Humilhação/Rejeição ( $\alpha = .86$ ), subfactor tensão/impaciência ( $\alpha = .73$ ), subfactor queixas somáticas ( $\alpha = .73$ ), subfactor desempenho ( $\alpha = .69$ ), subfactor perfeccionismo ( $\alpha = .54$ ) e subfactor coping ansioso ( $\alpha = .58$ ).

Nesta investigação o valor de consistência interna obtido foi de .891.

Para os fatores e subfatores da escala obtiveram-se os seguintes valores: Fator sintomas físicos ( $\alpha = .857$ ), subfatores tensão/ impaciência ( $\alpha = .769$ ) e queixas somáticas ( $\alpha = .746$ ); Fator evitamento de perigo ( $\alpha = .661$ ), subfatores perfeccionismo ( $\alpha = .520$ ) e coping ansioso ( $\alpha = .521$ ); Fator ansiedade social ( $\alpha = .858$ ), subfatores de medo de humilhação ( $\alpha = .875$ ) e de desempenho ( $\alpha = .735$ ); Fator ansiedade de separação ( $\alpha = .663$ ) (Matos et. al. In prep.).

**Brief Symptom Inventory (BSI)** (Derogatis, 1993; tradução e adaptação de Canavarro, 1995)

É um inventário de auto-resposta com 53 itens, que avalia sintomas psicopatológicos desde o mal-estar psicológico com pouco ou nenhum significado clínico, até ao mal-estar mórbido característico das perturbações psiquiátricas. É pedido ao indivíduo que classifique o grau em que cada problema o afetou durante a última semana, numa escala de tipo Likert com valores entre, 0 (nunca) a 4 (muitíssimas vezes). Os sintomas comportam nove dimensões de sintomatologia (Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo). Existem também, três índices globais (Índice Geral de Sintomas – IGS, Total de Sintomas Positivos – TSP e o Índice de Sintomas Positivos – ISP). É de referir que existem quatro itens (11, 25, 39 e 52) que não estão abrangidos em nenhuma dimensão, mas são considerados para as pontuações dos três índices globais. Os estudos psicométricos efectuados na versão portuguesa revelaram que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove dimensões, com valores de  $\alpha$  entre .62 (Psicoticismo) e .80 (Somatização) (Canavarro, 2007).

No presente estudo a consistência interna foi de ( $\alpha = .955$ ) para o índice geral de sintomas (IGS). Para as restantes dimensões os valores de alfa de *Cronbach* foram: Somatização ( $\alpha = .783$ ), Obsessões-Compulsões ( $\alpha = .785$ ), Sensibilidade Interpessoal ( $\alpha = .749$ ), Depressão ( $\alpha = .849$ ), Ansiedade ( $\alpha = .755$ ), Hostilidade ( $\alpha = .726$ ), Ansiedade Fóbica ( $\alpha = .659$ ), Ideação Paranóide ( $\alpha = .675$ ) e Psicoticismo ( $\alpha = .525$ ).

**Child Behavior Checklist (CBCL)** (Achenbach & Edelbrock, 1983; Achenbach, 1991; versão portuguesa de Fonseca et. al., 1994)

O CBCL é um questionário com um total de 113 itens que avalia os problemas internalizantes e externalizantes da criança/adolescente, tal como são percebidos pelos pais ou cuidadores.

Os itens estão dispostos numa cotação entre 0 e 2 onde: 0 (não verdadeira), 1 (às vezes verdadeira) e 2 (muitas vezes verdadeira). Os respondentes devem identificar se a característica descrita em cada item se

Estudo de algumas características psicométricas da versão portuguesa da Children's Depression Rating Scale – Revised (CDRS-R) numa amostra de adolescentes portugueses  
Micaela Alexandra Seabra Simões  
(email:mica.mailbox@gmail.com)

aplica ou não à criança/adolescente em questão, tendo em conta o seu comportamento habitual nos últimos 6 meses. O CBCL comporta 9 dimensões: oposição/imaturidade, agressividade, hiperatividade/atenção, depressão, problemas sociais, queixas somáticas, isolamento, ansiedade, obsessivo/esquizóide (Fonseca et al., 1994).

Os estudos psicométricos efectuados na versão Portuguesa (Fonseca et al., 1994) revelaram que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna, superiores a .70 em cinco das nove dimensões, com valores de alfa de *Cronbach* entre .73 (queixas somáticas) e .83 (agressividade).

Nesta investigação o coeficiente alfa de *Cronbach* foi de .935. Os resultados para os respectivos factores foram: oposição/imaturidade ( $\alpha = .832$ ), agressividade ( $\alpha = .727$ ), hiperatividade/atenção ( $\alpha = .767$ ), depressão ( $\alpha = .732$ ), problemas sociais ( $\alpha = .462$ ), queixas somáticas ( $\alpha = .694$ ), isolamento ( $\alpha = .572$ ), ansiedade ( $\alpha = .699$ ) e obsessivo/esquizóide ( $\alpha = .544$ ).

### 3.3 Procedimentos

Para a presente investigação, e como referido anteriormente, foram utilizadas duas amostras: sujeitos em contexto clínico e sujeitos da população geral, em contexto escolar.

A todos os jovens foram explicados os objetivos e procedimentos da presente investigação e o papel que cada participante iria desempenhar e foi assegurada a natureza voluntária do estudo e a confidencialidade dos resultados (todos os dados recolhidos são utilizados apenas para fins desta investigação). Aqueles que aceitaram participar, assinaram o consentimento informado. No caso de menores, essa autorização foi dada também por um dos pais.

Para os adolescentes provenientes do projeto I&D “Prevenção da depressão em adolescentes portugueses: estudo da eficácia de uma intervenção com adolescentes e pais” o protocolo consistiu na realização de duas entrevistas aos adolescentes, a **CDRS-R** (Children’s Depression Rating Scale – Revised CDRS-R) e a **K-SADS-PL** (Kiddie-Sads-Versão referente ao momento atual e ao longo da vida) e no preenchimento de uma bateria de questionários de auto-resposta. Os pais que aceitaram participar preencheram também uma bateria de questionários de auto-resposta.

Para os adolescentes provenientes do contexto clínico, inicialmente, o protocolo consistiu na realização da **CDRS-R** e **K-SADS-PL** aos adolescentes, e preenchimento de dois questionários (**CDI** e **MASC**). Num segundo momento, num intervalo de 3-5 semanas depois, foi repetida novamente a entrevista **CDRS-R** com o intuito de avaliar a estabilidade temporal da mesma. Com a finalidade de estudar o acordo-informador foram realizadas as entrevistas **CDRS-R** e **K-SADS-PL** aos pais que aceitaram

participar (referentes aos seus filhos), tendo eles preenchido também, dois questionários (**BSI** e **CBCL**). A todos os participantes da amostra clínica, quer adolescentes, quer pais, foi pedida a autorização, que consta no consentimento informado, para gravação das entrevistas a fim de se proceder ao estudo do acordo inter-avaliador da **CDRS-R**.

É de ressaltar que, embora inicialmente se tenha incluído a entrevista **K-SADS-PL** no protocolo, devido ao tempo que esta demora a realizar obrigando a uma longa espera por parte dos pais que acompanhavam os adolescentes à consulta, decidiu-se eliminá-la do protocolo, uma vez que comprometia a participação de adolescentes e pais nesta investigação. No total, foram feitas 17 entrevistas na amostra clínica.

### 3.4 Estratégia Analítica

Para o tratamento dos dados estatísticos foi usada a versão 20 do Statistical Package for Social Sciences- **SPSS**.

A consistência interna da entrevista foi avaliada através do cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach* e da análise de correlação entre os itens e o total da escala. Consideraram-se como valores de referência os seguintes: <.60 alfas fracos, entre .61 e .70 alfas admissíveis, entre .71 e .80 alfas razoáveis, entre .81 e .90 alfas bons e valores superiores a .90 alfas muito bons (Pallant, 2010). As associações entre a nota total da CDRS-R e as variáveis sintomatologia depressiva (avaliada pelo CDI), ansiedade (avaliada pela MASC), psicopatologia da criança/adolescente, percebida pelos pais (CBCL) e sintomatologia psicopatológica dos pais (avaliada pelo BSI) foram examinadas através de análises de correlação de *Pearson*. Correlações com magnitude entre .10 e .29 foram consideradas baixas, magnitudes entre .30 e .49 foram consideradas moderadas, e as correlações com magnitudes iguais ou superiores a .50 foram consideradas elevadas (Pallant, 2010). Para averiguar as diferenças entre os três grupos da CDRS-R (sem sintomatologia, com perturbação provável e com perturbação depressiva) e o total do CDI realizou-se o teste ANOVA uma via e ainda teste *Post-hoc, Tukey HSD* para verificar em que grupos os resultados se distinguiam de modo significativo.

Diferenças entre géneros e diferenças entre amostra da população geral e amostra clínica na sintomatologia avaliada pela CDRS-R foram avaliadas através de uma análise de teste *t de Student* para amostras independentes. A estabilidade temporal foi analisada através de correlações de *Pearson*. Os acordos inter-avaliador e inter-informador foram avaliados através da estratégia não paramétrica *Ró de Serman*.

## IV – Resultados

### 4.1 Análise da consistência interna da CDRS-R

A análise da consistência interna foi feita para o total da amostra (n=97) e revelou ser uma boa medida com magnitude elevada ( $\alpha = .899$ ) (tabela 1).

A correlação item-total, mostra que todos os itens apresentam correlações com valores superiores a .30. A magnitude dos valores de alfa para os itens foi boa, sendo que a análise aos Alfa de *Cronbach* para cada item, mostra que a exclusão de qualquer um dos itens não iria aumentar a consistência interna da CDRS-R (tabela 2).

**Tabela 1. Consistência interna para a nota total da CDRS-R**

Alfa de <i>Cronbach</i>	Número de Itens
<b>.899</b>	17

**Tabela 2. Médias, desvios padrão, correlações item-total e alfas de *Cronbach* se eliminado o item, para todos os itens da CDRS-R**

Item	M	DP	Correlação item -total	$\alpha$ se eliminado o item
1. Dificuldade nas tarefas escolares	2.06	1.265	.519	.896
2. Dificuldade em divertir-se	1.74	.960	.592	.893
3. Isolamento social	1.70	.819	.469	.897
4. Perturbação do sono	1.77	1.085	.560	.894
5. Perturbação do apetite	1.40	.731	.363	.899
6. Fadiga excessiva	1.67	1.179	.728	.887
7. Queixas físicas	1.61	1.016	.547	.894
8. Irritabilidade	2.04	1.172	.397	.900
9. Culpa Excessiva	1.58	1.029	.630	.891
10. Baixa autoestima	1.99	1.335	.620	.892
11. Sentimentos depressivos	2.03	1.141	.733	.887
12. Ideação mórbida	1.41	.774	.677	.891
13. Ideação suicida	1.52	.980	.503	.896
14. Choro excessivo	1.82	1.339	.567	.894
15. Expressão facial do afecto negativo	1.76	1.028	.694	.889

16. Discurso desatento	1.22	.462	.502	.898
17. Hipoactividade	1.51	.663	.536	.896

#### 4.2 Análise da relação da CDRS-R com a variável género

Recorreu-se ao teste *t student* para amostras independentes a fim de se proceder à análise da diferença entre géneros nos resultados totais da CDRS-R. Os resultados mostraram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos do sexo masculino e os indivíduos do sexo feminino ( $t = -1.148$ ;  $p = .254$ ). No entanto, as raparigas obtiveram valores mais elevados que os rapazes (tabela 3).

**Tabela 3. Teste *t de student* para as diferenças entre géneros ao nível da sintomatologia avaliada pela CDRS-R.**

	Amostra geral (n=64)		Amostra clínica (n=33)		t	p
	M	DP	M	DP		
Nota total CDRS-R	26.59	9.304	33.18	12.254	2.958	.004

#### 4.3 Comparação entre a amostra clínica e a amostra da população geral ao nível da sintomatologia avaliada pela CDRS-R

O teste *t* revelou diferenças estatisticamente significativas entre a amostra da população geral e a amostra clínica ( $t = 2.958$ ;  $p = .004$ ), sendo que os indivíduos da população recolhida em contexto clínico tiveram valores mais elevados na sintomatologia depressiva avaliada pela CDRS-R do que os indivíduos da população geral (tabela 4).

**Tabela 4. Teste *t de student* para as diferenças entre os dois tipos de amostra ao nível da sintomatologia avaliada pela CDRS-R**

	Masculino (n=36)		Feminino (n=61)		t	p
	M	DP	M	DP		
Nota total CDRS-R	27.33	8.452	29.72	11.954	-1.148	.254

#### 4.4 Estudo da relação entre a CDRS-R e a sintomatologia depressiva avaliada pelo questionário CDI

Para fazer o estudo da relação entre a pontuação obtida na CDRS-R e a sintomatologia depressiva avaliada pelo questionário CDI efetuaram-se correlações de *Pearson*. Encontraram-se correlações positivas entre o total da CDRS-R e os seguintes índices do CDI: o total do CDI, com uma magnitude elevada ( $r = .513$ ;  $p < .01$ ); os fatores humor negativo ( $r = .424$ ;  $p < .01$ ), Ineficácia ( $r = .340$ ;  $p < .01$ ), problemas interpessoais ( $r = .437$ ;  $p < .01$ ), anedonia ( $r = .353$ ;  $p < .01$ ), e autoestima negativa ( $r = .344$ ;  $p < .01$ ) com magnitudes moderadas (tabela 5).

**Tabela 5. Correlações de Pearson entre o total da CDRS-R e as variáveis do CDI**

	Total CDRS-R (n=97)
Total CDI	.513**
Humor negativo	.424**
Ineficácia	.340**
Problemas interpessoais	.437**
Anedonia	.353**
Auto estima negativa	.344**

\*\*  $p < .01$

No sentido de compreender melhor a relação da sintomatologia avaliada pelo CDI com a CDRS-R, procedeu-se, com base nos pontos de corte indicados na própria entrevista por Poznanski (1984), à subdivisão em três grupos: grupo sem sintomatologia (pontuação bruta inferior a 30 pontos), grupo com perturbação provável (pontuação bruta entre 30-44 pontos) e grupo com sintomatologia depressiva (pontuação bruta igual ou superior a 45 pontos).

Assim, procedeu-se à análise da variância entre grupos com o total do CDI. Os resultados da ANOVA mostram que existe uma diferença estatisticamente significativa ao nível  $p < .001$  para os três grupos [F (2, 82)

= 15.1;  $p = .000$ ]. O Teste *Post-hoc*, de *Tukey HSD* indica que o grupo sem sintomatologia difere significativamente do grupo com sintomatologia provável ( $M=12.18$  vs  $M=17.54$ ;  $p = .002$ ). O grupo com sintomatologia provável difere significativamente do grupo com perturbação depressiva ( $M=17.54$  vs  $M=24.50$ ;  $p = .037$ ). Foi encontrada também uma diferença estatisticamente significativa entre grupo com perturbação depressiva e o grupo sem sintomatologia ( $M=24.50$  vs  $M=12.18$ ;  $p = .000$ ) (tabela 6). Os resultados mostram assim, que os indivíduos identificados na CDRS-R como não tendo sintomatologia são os que apresentam médias mais baixas no CDI, os indivíduos identificados como com sintomatologia depressiva são os que têm médias mais elevadas no CDI e os indivíduos identificados com sintomatologia provável são os que têm valores intermédios.

**Tabela 6. ANOVA uma via para o total do CDI e grupos da CDRS-R**

	Grupos CDRS-R							
	Sem sintomatologia (n=55)		Sintomatologia provável (n=24)		Com perturbação depressiva (n=6)		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Total CDI	12.18	5.67	17.54	7.18	24.50	7.03	15.10	.00

#### 4.5 Estudo da relação entre a CDRS-R e a ansiedade avaliada pela MASC

Recorreu-se ao coeficiente de *Pearson* para perceber se a sintomatologia avaliada pela CDRS-R e a ansiedade avaliada pela MASC estavam correlacionadas. Foram encontradas correlações moderadas positivas entre o total da CDRS-R e os seguintes índices da MASC: a nota total ( $r = .401$ ;  $p < .01$ ), o fator sintomas físicos ( $r = .415$ ;  $p < .01$ ), o subfator tensão/impaciência ( $r = .416$ ;  $p < .01$ ), o subfator queixas somáticas ( $r = .351$ ;  $p < .01$ ), o fator ansiedade social ( $r = .463$ ;  $p < .01$ ), o subfator humilhação ( $r = .387$ ;  $p < .01$ ) e o subfator desempenho ( $r = .426$ ;  $p < .01$ ) (tabela 7).



**Tabela 7. Correlações de Pearson entre o total da CDRS-R e as variáveis da MASC**

	Total CDRS-R (n=97)
Total MASC	.401**
Sintomas físicos	.415**
Ansiedade social	.463**
Tensão/impaciência	.416**
Queixas somáticas	.351**
Humilhação	.387**
Desempenho	.426**

\*\* p< .01

#### 4.6 Estudo da estabilidade temporal no intervalo de 3 e 5 semanas

O estudo da estabilidade temporal foi efetuado com a amostra clínica (n=27) recorrendo-se à correlação de *Pearson*. Os adolescentes foram novamente avaliados num intervalo de 3-5 semanas, no entanto, não foi possível realizar a entrevista a seis indivíduos.

Pelo fato de na segunda passagem, algumas entrevistas terem sido realizadas via telefone, foi impossível avaliar os últimos três itens, que são de observação direta por parte do entrevistador. Neste caso, para a análise, constam apenas os primeiros 14 itens. Os resultados mostraram valores de magnitude elevada e estatisticamente significativa entre os dois momentos de avaliação ( $r = .648$ ;  $p < .01$ ).

#### 4.7 Estudo do acordo inter-avaliador

Para o estudo do acordo inter-avaliador foram avaliadas, por um segundo avaliador (investigador do projeto I&D), as gravações das

Estudo de algumas características psicométricas da versão portuguesa da Children's Depression Rating Scale – Revised (CDRS-R) numa amostra de adolescentes portugueses  
Micaela Alexandra Seabra Simões  
(email:mica.mailbox@gmail.com)

entrevistas feitas aos filhos e as gravações das entrevistas feitas aos pais (sobre os seus filhos). Para o efeito recorreu-se a uma estratégia não paramétrica, visto que o número de sujeitos que constitui este grupo de pais entrevistados e de entrevistas que foram re-avaliadas é baixo (n=13 e n=11 respetivamente). Os resultados mostram a existência de valores adequados para o acordo inter-avaliador, na medida que as correlações encontradas foram elevadas e positivas, com um *Ró de Sperman* de .802,  $p = .003$  para o grupo dos adolescentes e com *Ró de Sperman* .626,  $p = .04$  para o grupo dos pais.

#### **4.8 Estudo do acordo inter-informador e estudo da relação entre a informação proveniente de pais e adolescentes.**

O estudo do acordo inter-informador foi realizado correlacionando as notas totais da CDRS-R obtidas para o grupo dos adolescentes que foram entrevistados (n=13) e para o grupo de pais que foram entrevistados (n=13). Para este efeito utilizou-se a estatística não paramétrica *Ró de Sperman*. Foram ainda selecionados apenas os casos dos adolescentes para os quais existe entrevista efetuada aos pais. Os dados revelam que não existe uma associação estatisticamente significativa entre a nota obtida pelos pais e pelos filhos (.528,  $p = .064$ ), ou seja não existe um acordo inter-informador.

Procurou-se ainda saber se as dimensões do CBCL (administrado aos pais) se correlacionavam com o total da CDRS-R (administrada aos filhos). Na amostra total, não se verificaram correlações estatisticamente significativas.

Na amostra da população geral obteve-se uma correlação estatisticamente significativa, moderada e positiva, no fator agressividade do CBCL ( $r = .381$ ;  $p < .05$ ).

#### **4.9 Estudo da relação entre sintomatologia depressiva nos filhos e psicopatologia parental**

A análise da relação entre a sintomatologia depressiva avaliada pela CDRS-R nos filhos (nota total obtida pelos filhos) e a sintomatologia psicopatológica dos pais, avaliada pelo BSI, foi feita através do coeficiente de correlação de *Pearson*. Não se verificaram correlações estatisticamente significativas, nem com o total do instrumento (índice geral de sintomas - IGS) nem com os respetivos fatores.

## V-Discussão

O objectivo desta investigação foi fazer um estudo psicométrico da versão portuguesa da Children's Depression Rating Scale – Revised (CDRS-R), uma entrevista que procura avaliar a gravidade da sintomatologia depressiva em crianças e adolescentes.

Na presente investigação pretendemos dar continuidade ao estudo de Fernandes (2011), primeiro estudo português desta entrevista, realizado também no âmbito do projeto I&D em que se insere a presente investigação, ampliando o tamanho da amostra e dando continuidade ao estudo de características psicométricas como a consistência interna, a estabilidade temporal, o acordo inter-informador e o acordo inter-avaliador. Foram também propósitos da presente dissertação estudar a relação entre a sintomatologia depressiva avaliada pela entrevista e a sintomatologia depressiva e ansiosa, avaliada através de auto-relato pelos adolescentes. Como estudo adicional, analisou-se ainda a relação existente entre a sintomatologia depressiva, avaliada pela CDRS-R, e a presença de sintomatologia psicopatológica nos pais.

Para esta investigação utilizou-se uma amostra total de 97 adolescentes, 36 do género masculino e 61 do género feminino, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos.

A amostra recolhida em contexto clínico é de 33 indivíduos e a amostra da população geral é de 64 sujeitos.

No geral a CDRS-R obteve uma consistência interna boa, com um alfa de *Cronbach* de . 899, o que sugere que a entrevista é adequada para medir o construto que pretende avaliar e as correlações item-total também mostram que todos os itens estão adequados. Estes dados corroboram os resultados encontrados pelos autores da entrevista (Poznanski et. al.,1984) e também pelo estudo efetuado na população de adolescentes portugueses por Fernandes (2011).

Tendo em conta a literatura (Angold, Costello & Worthman, 1999; Reinherz et. al., 2006; Susan, Andersen & Martin, 2008; Fernandes, 2011) seria de esperar que as raparigas apresentassem valores mais elevados de sintomatologia depressiva. Neste estudo, embora efetivamente os sujeitos do sexo feminino tenham obtido médias mais elevadas que os rapazes na sintomatologia depressiva avaliada pela CDRS-R, estas diferenças não foram estatisticamente significativas. Já no que concerne à comparação efetuada entre uma amostra clínica e uma amostra da população geral, os resultados revelam diferenças estatisticamente significativas, o que sugere uma boa capacidade discriminativa da CDRS-R. Resultados semelhantes foram encontrados por Fernandes (2011) na população de adolescentes portugueses.

No que diz respeito ao estudo da relação entre a CDRS-R e a sintomatologia depressiva avaliada pelo questionário CDI foram encontradas correlações elevadas e positivas com o total do CDI e correlações moderadas

para os respetivos fatores (humor negativo, ineficácia, problemas interpessoais, anedonia e autoestima negativa). Embora os estudos fatoriais para a população portuguesa não tenham confirmado esta estrutura fatorial no CDI, considerou-se relevante fazer um estudo da relação das suas dimensões com a CDRS-R visto que estas correspondem a características clínicas importantes da depressão. A análise de comparação entre grupos (obtidos a partir da nota total da CDRS-R) indicou que os indivíduos identificados na CDRS-R como “sem sintomatologia” são os que apresentam médias mais baixas no CDI, os indivíduos identificados como “com sintomatologia depressiva”, são os que têm médias mais elevadas no CDI e os indivíduos identificados como “sintomatologia provável” são os que apresentam valores intermédios no CDI. Estes resultados permitem-nos concluir que ambos os instrumentos medem o mesmo construto e que o questionário (CDI) se constitui como uma boa medida da validade da entrevista.

O estudo mostra ainda correlações moderadas e positivas entre a sintomatologia depressiva avaliada pela CDRS-R e a ansiedade avaliada pela MASC, quer com o seu total quer com o fator sintomas físicos, os subfatores tensão/impaciência e queixas somáticas, o fator ansiedade social, e os subfatores humilhação e desempenho. Estes resultados vão de encontro aos obtidos na literatura (Cole, Peeke, Martin, Truglio & Seroczynski, 1998; Fernandes, 2011), verificando-se que os indivíduos que apresentam um maior grau de severidade de sintomatologia depressiva têm tendência para apresentar também uma maior ansiedade.

É importante referir que os resultados obtidos nesta investigação mostram que a CDRS-R se relaciona mais com a depressão do que com a ansiedade (respetivamente nos valores totais do CDI e MASC), o que sugere uma boa validade da entrevista.

Relativamente à estabilidade temporal, verificaram-se correlações elevadas entre o teste e o reteste, o que indica que a escala apresenta boas características em termos de estabilidade temporal, indo ao encontro dos resultados encontrados pelos autores da CDRS-R (Poznanski et.al, 1984).

No que diz respeito ao acordo inter-avaliador, encontraram-se valores elevados, tal como também tinha sido obtido pelos autores da CDRS-R, para a entrevista administrada aos adolescentes (.802). Obtiveram-se também, resultados elevados para a entrevista administrada aos pais (.626).

No estudo do acordo inter-informador não se encontraram associações significativas entre as avaliações feitas pelos adolescentes e as avaliações realizadas pelos seus progenitores. De fato, a informação proveniente de pais e filhos não parece ser congruente. Os resultados obtidos neste estudo não são muito discrepantes dos obtidos por Mokros (1987) que também encontrou um acordo baixo entre crianças/adolescentes e respetivos pais ( $r=.38$ ).

Procurou-se, também, saber se a pontuação obtida pela CDRS-R se correlacionava com problemas de internalização e externalização do

adolescente, percebidos pelos pais/ cuidadores. Esperávamos que a nota total da entrevista se relacionasse sobretudo com sintomatologia depressiva identificada pelos pais. Contudo os resultados apontaram para a existência de uma correlação moderada e positiva para o fator agressividade do CBCL, sendo que esta relação se verifica somente para a população geral. Estes resultados sugerem a existência de uma incongruência entre a informação obtida na entrevista efetuada com os filhos acerca da sintomatologia depressiva que apresentam e a informação dada pelos pais, no fator depressão do CBCL. Estes dados podem estar enviesados pela discrepância existente entre o número de indivíduos que compõem a amostra clínica e a amostra da população geral. Uma possível explicação para este resultado poderá ter a ver com o tipo de diagnósticos que constituem a amostra clínica pois apenas foram identificados 6 casos com diagnóstico de Perturbação Depressiva Major e os restantes diagnósticos feitos pelo clínico não estão diretamente relacionados com a variável agressividade. Os diagnósticos que constituem a amostra clínica são maioritariamente Perturbações de Ansiedade não existindo perturbações disruptivas (Perturbações do Comportamento ou de Oposição).

Por fim, procurou-se averiguar se a sintomatologia psicopatológica presente nos pais está de algum modo relacionada com a sintomatologia depressiva presente nos filhos. No presente estudo, os resultados não indicam qualquer correlação significativa entre a sintomatologia avaliada pela CDRS-R e a sintomatologia dos pais avaliada pelo BSI, traduzindo portanto, que não existe uma associação entre estas variáveis. No entanto, em muitos estudos estas variáveis têm-se mostrado correlacionadas positivamente, sendo que existem alguns autores que referem que entre 20% e 50% dos jovens deprimidos têm uma história familiar de depressão (Williamson et. al., 1995; Kovacs, 1997).

Embora os propósitos desta investigação tenham sido cumpridos e a CDR-R tenha mostrado boas características psicométricas para a população de adolescentes portugueses, o estudo tem algumas limitações. Em primeiro lugar, destaca-se o fato de a amostra clínica conter poucos indivíduos diagnosticados com Perturbação Depressiva Major. Seria importante em estudos futuros que a amostra clínica fosse alargada e que se incluísse um maior grupo de adolescentes identificados como deprimidos. Neste ponto, é de salientar também, que o número de sujeitos que constituem os três grupos da CDRS-R (“sem sintomatologia”, “perturbação provável” e “com perturbação depressiva”) são muito discrepantes, sendo importante que em estudos futuros estes grupos fossem mais homogêneos. Outro fator importante a ter em consideração neste estudo é o reduzido número de pais que aceitaram fazer a entrevista. Seria igualmente importante aumentar esta parte da amostra para que se pudesse repetir com mais fiabilidade o estudo de acordo inter-informador. Uma outra limitação está inerente ao teste da estabilidade temporal, pois devido à indisponibilidade dos participantes em repetirem a entrevista presencialmente, algumas entrevistas foram realizadas via telefone, o que tornou impossível a avaliação dos últimos três itens da

entrevista. A repetição do teste-reteste com a avaliação total da entrevista seria uma mais-valia em estudos futuros. Finalmente considera-se ainda importante em investigações futuras aprofundar o estudo da validade divergente da CDRS-R.

Concluindo, a Children's Depression Rating Scale – Revised mostrou ser uma entrevista que avalia corretamente o construto para o qual foi desenhada. No presente estudo obtiveram-se boas características psicométricas, confirmando-se resultados de estudo preliminar anterior desenvolvido em Portugal (Fernandes, 2011) e de investigações internacionais no Brasil, Estados Unidos e Alemanha (Barbosa et. al., 1997; Taryn et. al., 2010; Shailesh et. al., 2007; Keller, Grieb, Ernst, Spröber, Fergert & Kölch, 2011), que revelam que este é um instrumento fiável e útil para fins de investigação e avaliação clínica e que pode ser usado na população adolescente portuguesa.

## VI- Bibliografia

- Alloy, L., Zhu, L. & Abramson, L. (2003). *Cognitive vulnerability to depression: implicatios for adolescent risk behavior in general*. London: Sage Publications.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Angold, A., Costello, E.J., Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry*, 40, 57-87.
- Angold, A., Costello, E.J. & Worthman C.M. (1999) Pubertal changes in hormone levels and depression in girls. *Psychol Med*, 29, 1043-1053.
- Arnarson, E.O & Craighead, W.E. (2009). Prevention of depression among Icelandic adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, (47), 577-585.doi:10.1016/j.brat.2009.03.011.
- Bahls, S. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-366.

- Barbosa, G. A. *et al.* (1997). Escala para avaliação de depressão em crianças – revisada (CDRS): uma análise exploratória. *Revista de Neuropsicologia da Infância e Adolescência*, (5), 15-18.
- Baron, P. & Campbell, T. L. (1993). Gender differences in the expression of depressive symptoms in middle adolescents: an extension of early findings. *Adolescence*, 28(112), 903-911.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., Perel, J. & Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *Journal of American Academic Child Adolescence Psychiatry*, 35(11), 1427-1439.
- Brooks, S. J., & Kutcher, S. (2001). Diagnosis and measurement of depression: a review of commonly utilized instruments. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, (11), 341-376.
- Canavarro, M. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (Vol. III). Coimbra: Quarteto
- Cole, D. A., Peeke, L. G., Martin, J. M., Truglio, R. & Seroczynski, A. D. (1998). A longitudinal look at the relation between depression and anxiety in children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), 451-460. doi: 10.1037/0022-006X.66.3.451.
- Cook, M., Peterson, J., & Sheldon, C. (2009). Adolescent depression: An update guide to clinical decision making. *Psychiatry*, 6(9), 17-31.
- Costello, E.J., Pine, D.S., Hammen, C., (2002). Development and natural history of mood disorders. *Biol Psychiatry*, 52:529-542
- Devine, D., Kempton, T., & Forehand, R. (1994). Adolescent depressed mood and young adult functioning: a longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 629–640.
- Dias, P., & Gonçalves, M. (1999). Avaliação da ansiedade e da depressão em crianças e adolescentes (STAIC-C2, CMAS-R, FSSC-R e CDI): Estudo normativo para a população portuguesa. In A. Soares, Araújo, S., & Caires, S. (Ed.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. (Vol. VI).  
 Estudo de algumas características psicométricas da versão portuguesa da Children's Depression Rating Scale – Revised (CDRS-R) numa amostra de adolescentes portugueses  
 Micaela Alexandra Seabra Simões  
 (email:mica.mailbox@gmail.com)

Braga: APPORT

- Emslie, G. J., Rush, A. J., Weinberg, W. A., Gullion, C. M., Rintelmann, J., & Hughes, C. W. (1997). Recurrence of major depressive disorder in hospitalized children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 785–792.
- Fernandes, O. (2011). *Estudo Psicométrico Preliminar da CDRS-R numa amostra de adolescentes portuguesas*. Tese de mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Fonseca, A. C., 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
- Garber, J., Kriss, M., Koch, M., & Lindholm, L. (1988). *Recurrent depression in adolescents: a follow-up study*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 49–54, *Annals of the New York*
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107,128-140. doi:10.1037/0021-843X.107.1.128
- Harrington, R. C., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A., & Hill, J. (1990). Adult outcomes of childhood and adolescent depression, I: Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 47,465–473.
- Kazdin, A. E. & Marciano, P. L. (1998). Childhood and adolescent depression. In E. Mash & R. Barkley (Orgs.), *Treatment of childhood disorders* (2ª ed.) New York: The Guilford Press
- Keller, F., Grieb, J., Ernst, M., Spröber, N., Fergert, J. M. & Kölch, M. (2011). Children's Depression Rating Scale – Revised (CDRS-R): development of a German version and psychometric properties in a clinical sample. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 39(3), 179-185. doi: 10.1024/1422-4917/a000090.
- Estudo de algumas características psicométricas da versão portuguesa da Children's Depression Rating Scale – Revised (CDRS-R) numa amostra de adolescentes portuguesas  
Micaela Alexandra Seabra Simões  
(email:mica.mailbox@gmail.com)



- Kessler, R., Wai, C.T., Dernier, O. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*, (62), 617-627.
- Kessler, R. C. & Walters, E. E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the national comorbidity survey. *Depression and Anxiety*, 7, 3-14.
- Matos, A. P., Salvador, M. C., Cherpe, S., Oliveira, S., March, J.S., Arnarson, E. O., & Craighead, W. E. (in prep.). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Psychometric Properties and Confirmatory Factor Analysis in a Sample of Portuguese Adolescents.
- Matos, A. P., Salvador, M. C., Marques, C., Cherpe, S., Arnarson, E. O., Craighead, W. E. & Kaufman (in prep.). Study of some psychometric characteristics of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children-Present and Lifetime Version - versão portuguesa (K-SADS-PL-PT)
- Mokros, H.B., Poznanski, E., Grossman, J.A., Freeman, L.N. (1987). A comparison of child and adolescent parent ratings of depression for normal and clinically referred children. *J Child Psychol Psychiatry* 28, 613– 627.
- Orvaschel, H., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Continuity of psychopathology in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1525–1535.
- Pallant, J. (2010). SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS (4th ed.). England: McGrawHill
- Poznanski, E. O., Grossman, J. A., Buchsbaum, Y., Banegas, M., Freeman, L., & Gibbons, R. (1984). Preliminary Studies of the Reliability and Validity of the Children's Depression Rating Scale. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, (23), 191-197.
- Rao, U., Ryan, N.D., Birmaher, B., (1995). Unipolar depression in adolescents: clinical outcome in adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34, 566-78.

- Reinherz, H., Tanner, J., Paradis, A., Beardslee, W., Szegedy, E., & Bond, A. (2006). *Depressive disorders*. New York: Routledge.
- Reppold, C. T. & Hutz, C.S. (2003). Prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes no Rio Grande do Sul. *Avaliação Psicológica*, 2,
- Rudolph, K., Hammen, C., & Daley, S. (2006). Mood disorders. In D. Wolf, & Mash, E. (Ed.), *Behavioral and Emotional Disorders in Adolescents: Nature, Assessment, and Treatment*. (pp. 300-342). New York: The Guilford Press.
- Shailesh, M. D., Carmody, T., Trivedi, M. H., Hughes, C., Bernstein, Morris, D. W., Graham J. Emslie, G. J. & John Rush, A. J. (2007). A Psychometric evaluation of the CDRS and MADRS in Assessing Depressive Symptoms in Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, (46), 1204-12012.
- Sharp, L.K. & Lipsky, M.S. (2002). Screening for Depression Across the Lifespan: A Review of Measures for Use in Primary Care Settings. *Am Fam Physician*, 66 (6), 1001-1009.
- Taryn, L. Mayes, M.S., Ira, H., Bernstein, Ph.D., Charlotte, L., Haley, Ph.D., Betsy, D., Kennard, D., & Graham J. E. (2010). Psychometric Properties of the Children's Depression Rating Scale-Revised in Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, (20), 513-516. doi: 10.1089/cap.2010.0063
- Versiani, M., Reis, R., & Figueira, I. (2000). Diagnóstico do transtorno depressivo na infância e na adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, (49), 367-382
- Weissman, M.M., Wolk, S., Goldstein, R.B. (1999). Depressed adolescents grown up. *JAMA* 281, 1707-13