

# ESCALA DE AVALIAÇÃO DA REAÇÃO DE RETRAÇÃO NO BEBÊ

## Um estudo de validade

Francisco Baptista Assumpção Jr.<sup>1</sup>, Evelyn Kuczynski<sup>2</sup>,  
Márcia Gabriel da Silva Rego<sup>3</sup>, Cristiana Castanho de Almeida Rocca<sup>4</sup>

**RESUMO** - Avaliar a retração da criança pequena, a partir de um instrumento padronizado, deve levar em conta o contexto psicopatológico e o momento de desenvolvimento da criança. Apresentamos a validação do questionário BADS, a partir de sua aplicação em 90 crianças, com idade entre 0 e 2 anos, obtendo concordância entre os dois avaliadores, representada por Kappa de 0,71 para  $p < 0,01$  e coeficiente de Spearman de 0,866. A análise fatorial mostrou 4 fatores para 63,5% da amostra estudada. Com essas qualidades psicométricas, a escala demonstra ser importante como instrumento de triagem, embora deva ser estudada em outras populações.

**PALAVRAS-CHAVE:** retração da criança pequena, criança, questionário, validação.

### The baby alarm distress scale: a validity study

**ABSTRACT** - It should take into account the psychopathologic context and the child's development moment to evaluate the baby alarm distress from a standardized instrument. We present the BADS questionnaire validation by its application in 90 children, from 0 to 2 years-old, obtaining a  $K=0.783$  to  $p < 0.01$ , with a Spearman coefficient of 0.866 and factorial analysis to 4 factors to 63.5% of the population studied. With these psychometrical qualities, the scale shows its importance as a screening but is important its study in others populations.

**KEY WORDS:** baby alarm distress, child, questionnaire, validation.

A nosografia psiquiátrica, baseada principalmente na experiência com pacientes e fundamentada em observações psicopatológicas de cunho eminentemente descritivo com a finalidade de estabelecer a especificidade sintomatológica e sindrômica, apresenta grandes dificuldades na psiquiatria da infância, em função da questão do desenvolvimento, que propicia uma mudança contínua nas características do sujeito, com maiores dificuldades na avaliação desses sintomas, quando da ocorrência em crianças de baixa idade. Não havendo marcadores biológicos ou quaisquer mensurações objetivas para a maior parte dos transtornos psiquiátricos, o julgamento de sua presença é realizado com base na sintomatolo-

gia<sup>1</sup>. Diante dessas dificuldades, faz-se necessária a elaboração de testes e escalas, enquanto medidas objetivas e padronizadas de uma amostra de comportamento<sup>2</sup>. Em relação ao bebê, as dificuldades são muito grandes, uma vez que, ao se apresentar como um ser sensorio motor, a sintomatologia observada prende-se, na maioria das vezes, eminentemente na avaliação reflexa que, embora importante na detecção das grandes síndromes neurológicas e psiquiátricas, é pouco sensível na suspeita de quadros psiquiátricos que comprometem frequentemente o padrão interacional e lingüístico do indivíduo afetado, refletindo a possibilidade adaptativa desse indivíduo. Assim sendo, torna-se difícil precisar patolo-

---

Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência (SEPIA) do Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina (DM) da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo SP, Brasil: <sup>1</sup>Professor Livre Docente do Departamento de Psiquiatria da FMUSP, Diretor Técnico do SEPIA-IPq-HC-FMUSP; <sup>2</sup>Pediatra - Psiquiatra da Infância e da Adolescência, Médica Assistente do SEPIA-IPq-HC-FMUSP, Doutoranda do Departamento de Psiquiatria da FMUSP; <sup>3</sup>Psicóloga do SEPIA-IPq-HC-FMUSP. Mestre em Neurociências pelo Instituto de Psicologia da USP (IP-USP), Doutoranda em Neurociências pelo IP-USP; <sup>4</sup>Psicóloga do SEPIA-IPq-HC-FMUSP, Mestranda em Fisiopatologia Experimental pela FMUSP.

Recebido 31 Maio 2001, recebido na forma final 24 Agosto 2001. Aceito 12 Setembro 2001.

Dr. Francisco B. Assumpção Jr - Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Instituto de Psiquiatria do HC-FMUSP - 1º andar - R. Dr. Ovidio Pires de Campos s/n - 05403-900 - São Paulo SP - Brasil. FAX: 11 3085 0228.

gias psiquiátricas específicas em idades precoces, em que pese a apresentação de depressão anaclítica, descrita por Spitz<sup>3</sup>. Tendo em vista essas dificuldades diagnósticas, Guedeney<sup>4</sup> passa a utilizar o conceito de reação de retração como precursora de quadros psiquiátricos, principalmente depressão. Esse conceito, longe de ser recente, foi descrito por Brazelton, em 1974<sup>5</sup>, como modo de regulação normal da interação, embora estruturado por breve espaço de tempo. Engel<sup>6</sup> descreve uma retração mais duradoura como reação de base, e uma das primeiras manifestações de angústia. Esta se caracterizaria como uma reação de alarme<sup>7</sup> para grande parte das patologias psiquiátricas de ocorrência precoce, principalmente depressão.

A Escala de Avaliação da Retração do Bebê (*Echelle d'évaluation de la réaction de retrait prolongé du jeune enfant* ou *The baby alarm distress scale - BADS*) é uma escala clínica, construída com 8 itens, ordenados de maneira habitual e progressiva, representando o contato do profissional com o bebê, tendo sido idealizada para ser utilizada durante a consulta pediátrica como uma forma rica e variada, porém condensada, de estimulação, na maneira proposta por Winnicott<sup>8</sup>. É pontuada de 0 a 4 em cada um dos 8 itens, tendo sido validada<sup>4</sup>, observando-se um coeficiente de Spearman entre 0.7 e 0.8, e um coeficiente alfa de Cronbach de 0.8, podendo ser utilizada em diferentes locais, de maneira simples e breve, principalmente durante o atendimento rotineiro em Pediatria, dispensando o treinamento dos profissionais envolvidos.

Parece-nos útil enquanto escala de rastreamento de possíveis casos psiquiátricos<sup>9</sup>, o que nos levou a estruturar o presente trabalho, visando propiciar mais um instrumento adaptado à realidade brasileira, para a utilização clínica e em outros projetos de pesquisa na área.

## MÉTODO

Para adaptação em nosso meio, foi pedida autorização a seu idealizador, que forneceu vídeo mostrando sua aplicação, visando maiores conhecimentos por parte dos futuros aplicadores. Após o conhecimento da escala e sua aplicação, o questionário foi traduzido do francês para o português por psiquiatra com conhecimento da língua sendo, posteriormente, feita a *back translation* por pessoa com conhecimentos da língua francesa e portuguesa (Anexo).

Posteriormente, o questionário foi aplicado simultaneamente por dois avaliadores diferentes (ambos com terceiro grau completo e formação na área de saúde mental), em 90 crianças, com idades de até dois anos. Ambos os avaliadores não sabiam dos resultados obtidos pelo colega. As crianças são provenientes de quatro creches conveniadas com a prefeitura da cidade de São Paulo, e não apresentam nenhuma patologia detectada previamente.

A escala foi pontuada, conforme orientação do autor, ou seja, de 0 a 4 em cada um dos 8 itens, com a pontuação global tendo sido feita através da simples soma aritmética dos escores obtidos. O tempo médio de aplicação foi pequeno, situando-se ao redor de 10 minutos, o que garante sua fácil aplicabilidade.

Os dados obtidos foram analisados através do teste de Kappa<sup>10</sup>, do coeficiente de correlação de Spearman<sup>11</sup> e da análise fatorial, com itens com peso maior que 0.5, seguido de rotação Varimax. A análise fatorial teve por função selecionar o conjunto de variáveis mais correlacionadas entre si, agregando-as em fatores que visavam identificar as variáveis que compõem os principais fatores e tentando inferir qual aspecto do estudo o fator identifica, possibilitando a análise de menor número de fatores.

## RESULTADOS

A média total de pontos obtidos foi de  $5,98 \pm 2,57$  para o primeiro observador, e  $6,26 \pm 2,47$ , para o segundo, obtendo-se, ao teste de Kappa, um K de 0,783 para  $p < 0,001$  (Tabela 1), o que mostrou boa concordância entre os avaliadores. O coeficiente de

Tabela 1. Total de questões respondidas: comparação entre as respostas dos avaliadores.

Aval. 1	Aval. 2											
	0		1		2		3		4		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	355	49,3	27	3,8	8	1,1	0	0	2	2,0	392	54,4
1	14	1,9	160	22,2	19	2,6	1	0,1	0	0	194	26,9
2	5	0,7	16	2,2	67	9,3	1	0,1	0	0	89	12,4
3	1	0,1	0	0	2	0,3	11	1,5	0	0	14	1,9
4	0	0	1	0,1	0	0	0	0	30	30,0	31	4,3
Total	375	52,1	204	28,3	96	13,3	13	1,8	32	32,0	720	100

Teste: Kappa: K= 0,783; P< 0,001\*. Correlação de Spearman = 0,85.

Tabela 2. Soma dos escores.

	Avaliadora 1	Avaliadora 2
Média	5,98	6,26
Desvio-padrão	2,57	2,47
Mínimo	0	0
Máximo	13	12

Coefficiente de correlação de Spearman + 0,848.

Spearman, medindo o grau de associação entre duas variáveis de mensuração numérica, foi igual a 0,866, mostrando forte correlação positiva entre as respostas dos dois avaliadores (Tabela 2). Com a análise fatorial, obteve-se 4 fatores, que totalizaram 63,5% da variação total (Tabelas 3 e 4), agregando os seguintes itens:

Fator 1 – Expressão facial (item 1) e atividade corporal (item 3); Fator 2 – Contato visual (item 2),

vivacidade das reações aos estímulos (item 6) e atratividade (item 8); Fator 3 – Gestos de auto estimulação (item 4) e relação (item 7); Fator 4 – Vocalizações (item 5).

## DISCUSSÃO

A avaliação psicopatológica da criança que se encontra no período sensorio motor é difícil, embora deva ser estabelecida, visando a determinação de sinais precusores de futuros quadros clínicos, para que medidas preventivas e terapêuticas possam ser implementadas, buscando minorar as conseqüências futuras. A reação de retração precoce pode ser um bom indicador desses quadros, principalmente naquilo que se refere aos quadros depressivos e outros quadros relativos a problemas de desenvolvimento, quer de natureza psicológica ou orgânica, uma vez que se baseia predominantemente em esquemas motores e de sociabilidade em sua apresentação mais primitiva.

Tabela 3. Análise fatorial por pesos &gt; 0,50.

Item	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
1	<b>0,8459</b>	-0,0382	0,0133	0,1013
2	0,2089	<b>-0,5990</b>	-0,1416	-0,1437
3	<b>0,7458</b>	0,0727	0,0668	-0,2107
4	0,0249	-0,0917	<b>0,7372</b>	0,2498
5	-0,0680	0,0303	0,0062	<b>0,8987</b>
6	0,0686	<b>0,7168</b>	0,1490	-0,2542
7	0,0577	0,0711	<b>0,7656</b>	-0,2638
8	0,2494	<b>0,7033</b>	-0,2457	0,0898

Pesos dos itens nos fatores após rotação Varimax.

Tabela 4. Distribuição fatorial dos itens (63,5% da variação total).

Item	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
1	Expressão facial			
2		Contato Visual		
3	Atividade corporal			
4			Gestos de auto-estimulação	
5				Vocalizações
6		Vivacidade das reações aos estímulos		
7			Relação	
8		Atratividade		

*Anexo. Escala de avaliação da reação de retração prolongada da criança pequena.*

Cada item é ao lado de um número de 0 a 4. As indicações são fornecidas somente a título de indicação em casos onde haja dúvidas entre dois valores da escala:

- 0:** Normal
- 1:** Dúvida sobre o caráter patológico
- 2:** Sinal patológico mais discreto
- 3:** Evidente para todos observadores
- 4:** Intenso

A escala é melhor preenchida pelo próprio observador, com base em suas próprias observações logo após a consulta. Avaliam-se os comportamentos espontâneos, após a reação aos estímulos (sorriso, voz, gestos, toques, etc.) e a evolução das reações no decorrer do exame. O valor corresponde a reação mais significativa durante toda a observação.

- 1. Expressão facial:** avaliação da redução da expressividade facial:
  - 0:** A face é, espontaneamente, móvel, expressiva, animada por freqüentes mudanças de expressão
  - 1:** Face móvel, expressiva mas sem mudanças freqüentes de expressão
  - 2:** Pouca mobilidade facial espontânea
  - 3:** Face imóvel, triste
  - 4:** Face imóvel, fria, ausente ou tendo um ar de envelhecimento prematuro
- 2. Contato visual:** Avaliação da redução do contato visual:
  - 0:** Contato visual espontâneo, fácil e prolongado
  - 1:** Contato visual espontâneo porém breve
  - 2:** Contato visual possível mas somente quando provocado
  - 3:** Contato visual fugaz, vago, fugidio
  - 4:** Recusa total do contato visual
- 3. Atividade corporal:** Avaliação da redução da atividade da cabeça, torso e membros sem considerar-se a atividade de mãos e dedos:
  - 0:** Movimentos freqüentes e espontâneos do torso, cabeça e membros
  - 1:** Atividade geral espontânea ligeiramente reduzida
  - 2:** Pouca ou quase nenhuma atividade espontânea
  - 3:** Atividade falha na resposta aos estímulos
  - 4:** Imóvel e congelada, independentemente dos estímulos
- 4. Gestos de auto-estimulação:** Avaliação da freqüência com a qual a criança brinca com seu próprio corpo (dedos, mãos, cabelos, sucção do polegar, fricções repetidas, etc.) de maneira automática e sem prazer, em comparação com a atividade geral:
  - 0:** Ausência de auto-estimulação, a atividade de auto-exploração é ligada harmoniosamente com o nível de atividade geral
  - 1:** Auto-estimulação não identificável com certeza
  - 2:** Auto-estimulação pouco freqüente porém evidente
  - 3:** Auto-estimulação freqüente
  - 4:** Auto-estimulação constante
- 5. Vocalizações:** Avaliação da redução das vocalizações traduzindo o prazer (gargalhadas, risos, lalação, balbucios, gritos agudos de prazer, etc.)
  - 0:** Vocalizações positivas espontâneas freqüentes, alegres, moduladas; gritos ou choros breves em resposta a uma sensação desagradável
  - 1:** Vocalizações espontâneas breves; gritos ou choro intermitente
  - 2:** Choro quase que constante
  - 3:** Vocalizações de desprazer raras e breves, somente em resposta a um estímulo
  - 4:** Nenhuma vocalização
- 6. Vivacidade das reações aos estímulos:** Avaliação da redução da vivacidade da reação a estimulação agradável ou desagradável, no decorrer do exame (sorriso, voz, toque):
  - 0:** Reação adaptada, viva e rápida
  - 1:** Reação ligeiramente retardada
  - 2:** Reação marcadamente retardada
  - 3:** Reação muito lentificada, mesmo com estimulação desagradável
  - 4:** Ausência total de reação
- 7. Relação:** Avaliação da redução da atitude da criança ao iniciar a relação com o observador, médico ou qualquer pessoa apresentada, exceção feita àquela que lhe cuida. A relação é avaliada pelo comportamento, contato visual, reação aos estímulos e a reação ao fim da seqüência.
  - 0:** A relação é rápida e marcadamente estabelecida (após uma eventual fase de ansiedade), equilibrada e evolutiva
  - 1:** Relação identificável, freqüentemente positiva mas não acentuada
  - 2:** Relação pouco acentuada, retardada, as vezes negativa e não evolutiva
  - 3:** Dúvida sobre a existência de uma relação
  - 4:** Ausência de relação identificável
- 8. Atratividade:** Avaliação da impressão geral que o contato com a criança fornece:
  - 0:** A criança atrai a atenção sobre si de forma ativa inspirando sentimentos de interesse e prazer
  - 1:** Inspira interesse porém não sentimento de prazer
  - 2:** Não inspira interesse sobre si
  - 3:** Contato desagradável com impressão de ser mantido a distância
  - 4:** Contato ausente, impressão de ser uma criança inatingível

De maneira similar à do autor que a concebeu<sup>4</sup>, sua validade é boa, conforme o dado obtido na teste estatística, podendo ser aplicada por diferentes profissionais, de forma bastante homogênea. Entretanto, diferentemente do autor, encontramos pequena correlação entre as variáveis, o que nos obrigou a definir 4 fatores, ao contrário dos dois propostos por ele, a saber, uma dimensão não interpessoal (itens 1, 5 e 6) e uma dimensão interpessoal (itens 2, 3, 4, 7 e 8). Em nosso estudo, parece haver uma dependência de fatores, embora possamos entender os quatro fatores descritos como manifestações da relação do bebê consigo mesmo e com o outro, a partir da mímica, do contato com o estímulo, da estimulação motora e das emissões vocálicas, sendo esta última, aparentemente, o item mais independente do grupo.

Também, de maneira diferente do autor, preferimos não calcular um ponto de corte, uma vez que nos parece que o instrumento precisa ainda ser mais utilizado e conhecido, com seus resultados replicados. Dessa maneira deveremos, como segundo passo, aplicá-lo em crianças com diagnósticos clínicos

prévios para, posteriormente, podermos estabelecer a comparação entre as amostras.

Devido à sua facilidade de uso, bem como confiabilidade, acreditamos que, após aprimoramento e estudos, possa ser de utilidade na prática da psiquiatria infantil, como instrumento de *screening*.

## REFERÊNCIAS

1. Menezes PR, Nascimento AF. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. In Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. (eds) Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos, 2000:23-28.
2. Anastasi A. Testes psicológicos. São Paulo: Herder, 1972.
3. Spitz R. O primeiro ano de vida. São Paulo: Martins Fontes, 1996.
4. Guedeney A. De la reaction precoce et durable de retrait a la depression chez le jeune enfant. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 1999;47:63-71.
5. Brazelton TB, Koslowski B, Main M. Origins of reciprocity. In Lewis M, Roseblum L. (eds) Mother infant interaction. New York: John Wiley & Sons, 1974.
6. Engel GL. Anxiety and depression withdrawal: the primary effects of unpleasure. Int J Psychoanal 1962;43:89-97.
7. Ironside W. The infant development distress syndrome: a predictor of impaired development? Aust N Z J Psychiatry 1975;9:153-158.
8. Winnicott DW. De la pediatrie a la psychanalyse. Paris: Payot, 1969.
9. Andreoli SB, Blay SL, Mari JJ. Escalas de rastreamento aplicadas na população geral. In Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW (eds) Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos, 2000:45-52.
10. Agresti A. Categorical data analysis. Washington: John Wiley & Sons, 1990.
11. Glantz SA. Primer of biostatistics. Washington: McGraw Hill, 1997.