



Estudo de validação da Versão portuguesa da *Alarm Distress Baby Scale* (ADBB)

Bárbara Figueiredo, Raquel Costa

Departamento de Psicologia da Universidade do Minho.

Financiamento do Estudo: Fundação para a Ciência e Tecnologia (ref^a POCTI/SAU-ESP/56397/2004)

Resumo

Contexto O comportamento de retraimento social prolongado da criança é um importante sinal de alarme, quer tenha origem orgânica, psicológica e/ou social. A. Guédény construiu a *Alarm Distress Baby Scale* (ADBB), para identificar este comportamento no contexto da consulta pediátrica ou da observação psicológica.

Objectivos Validação da versão portuguesa da ADBB destinada a avaliar o comportamento de retraimento social de crianças com idades compreendidas entre 2 e 24 meses.

Metodologia A ADBB e as *Bayley Scales of Infant Development* (BSID) foram administradas a uma amostra de 130 lactentes com 3 meses de idade, cujas mães preencheram a versão portuguesa da *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS); 51 bebés foram novamente avaliados aos 12 meses de idade.

Resultados Os itens da ADBB organizam-se satisfatoriamente em duas sub-escalas. A consistência interna do instrumento é razoável (alpha de Cronbach = .587). A validade externa é elevada: a correlação entre os resultados na ADBB e nas BSID é muito significativa - os bebés que aos 3 meses apresentam um resultado igual ou superior a 5 na ADBB evidenciam menor desenvolvimento nas BSID. Os resultados testemunham ainda que bebés de mães deprimidas (EPDS \geq 12) mostram mais sinais de retraimento social do que os bebés das mães não deprimidas.

Conclusão A escala permite detectar crianças a necessitar de ajuda no sentido de contrariar o retraimento social que encetaram em relação ao meio. Desenhada para sinalizar tão precocemente quanto possível o retraimento social do lactente, e na medida em que este é um comprovado sinal da perturbação do desenvolvimento, a ADBB pode estimular os clínicos na procura das suas causas e na intervenção junto das mesmas. Estudos em amostras de crianças com mais idade são necessários. No entanto, os resultados obtidos apontam que a Versão portuguesa da ADBB é robusta e válida.

Palavras chave: desenvolvimento motor, desenvolvimento mental, comportamento do bebé, retraimento social.

Acta Pediatr Port 2008;39(5):183-9

Validation study of the portuguese version of the *Alarm Distress Baby Scale* (ADBB)

Abstract

Context Prolonged social withdrawal in children is an important alarm sign, independently of its organic, psychological and/or social origin. A. Guédény developed the *Alarm Distress Baby Scale* (ADBB), for identifying this behaviour in the paediatrician consultation or psychological observation.

Objectives This article presents a validation study of the ADBB Portuguese version, developed to evaluate prolonged social withdrawal in infants from 2 to 24 months old.

Methodology The ADBB and the *Bayley Scales of Infant Development* (BSID) were administered to a sample of 130 three-month old infants, their mothers filled out the Portuguese version of the *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS); 51 infants were also evaluated at 12 months of age.

Results Factorial analyses shows that the items are organized in two sub-scales just like other authors have been proposing. The psychometric study shows a reasonable internal consistency (the Cronbach α = .587). The external validity, using the BSID as a criterion, is high: the correlation between ADBB and BSID results is very significant, and infants with a score of 5 or more in the ADBB at 3 months show worse results on the BSID. Although we did not find significant differences in the results of the ADBB according to socio-demographic variables of the mothers and infants, the results show that infants of depressed mothers (EPDS \geq 12) show more social withdrawal than infants of non-depressed mothers.

Conclusion The ADBB allows the identification of infants in need of help to diminish their social withdrawal. Developed to identify as soon as possible the infant's social withdrawal, a sign of development handicap, the ADBB might motivate physicians to look at causes and subsequently intervention on them. More studies with older infants are needed; nonetheless, the results point out that the ADBB Portuguese version is robust and valid.

Recebido: 23.07.2007

Aceite: 23.07.2008

Correspondência:

Bárbara Figueiredo
Departamento de Psicologia.. Universidade do Minho
Campus de Gualtar
4700-320 Braga. Portugal
Telefone: 253 604241
bbfi@iep.uminho.pt

Key-words: motor development, mental development, infant behaviour, social withdrawal.

Acta Pediatr Port 2008;39(5):183-9

Introdução

Spitz¹ foi o primeiro a descrever a reacção de retraimento social no bebé, com 6 a 12/18 meses de idade, que designa de depressão anaclítica e mais tarde de hospitalismo, por verificar-se na sequência da separação da mãe e colocação em ambiente desfavorável; posteriormente, hospitalismo intra-familiar, quando resulta da carência de estímulos cognitivos e afectivos nos cuidados oferecidos pelos pais. Caracteriza-se pelos seguintes indicadores, a criança: (1) apresenta-se prostrada, abatida, de olhar apagado, mantém-se isolada, aparentemente indiferente e retirada da interacção com o meio ambiente (pessoas e objectos); (2) não brinca e não explora o ambiente; (3) as manifestações de alerta-ansiedade estão ausentes; (4) enquanto que comportamentos de auto-estimulação ou de auto-agressão estão presentes; (5) o atraso psico-motor é significativo; (6) bem como o atraso na aquisição da linguagem. Depois de um período de choro débil, surge o retraimento e a indiferença, a regressão desenvolvimental e os sintomas somáticos.

Também Bowlby² descreve a reacção de retraimento social da criança (entre os 5 meses e os 3 anos), ao expor que na sequência da separação da mãe, a sua reacção segue três fases: 1) fase de protesto — a criança reivindica a presença da mãe — chora, agita-se e procura-a; 2) fase de desespero — a criança fecha-se sobre si mesma e recusa a intervenção e o contacto com o exterior; 3) fase de desligamento — a criança aceita a realidade exterior e, caso volte a ver a mãe, pode não a reconhecer ou evitá-la.

Foi com base nestas descrições da reacção de retraimento social da criança pequena que A. Guédeney³ construiu a *Alarm Distress Baby Scale*, para ajudar a sua identificação no contexto da consulta pediátrica ou da observação psicológica.

O comportamento de retraimento social prolongado da criança é um importante sinal de alarme, quer tenha origem orgânica, psicológica e/ou social. No âmbito específico da psicopatologia, o retraimento social observa-se num considerável número de situações clínicas, desde o autismo às perturbações relacionais na sequência de perda ou separação da figura de vinculação, passando pela depressão e pela perturbação de stress pós-traumático, entre outras. Mas o comportamento de retraimento social verifica-se igualmente em resposta a carências alimentares severas, dor ou doença prolongada, e pode ainda acompanhar as dificuldades visuais ou auditivas da criança^{3,4}.

A diversidade de competências do bebé para regular a interacção com o meio é limitada. Depois de esgotar os seus recursos para activamente sinalizar descontentamento (por exemplo, através do choro), a criança cinge-se com frequência ao retraimento da interacção. Verifica-se, por conseguinte, um mesmo comportamento em resposta a uma vasta gama de diferentes causas de mal-estar.

O comportamento de retraimento social é indicado pela diminuição da resposta ao meio, tanto de respostas positivas (por exemplo, sorriso, contacto ocular) como de respostas negativas da

criança (por exemplo, choro). Embora não seja sempre sinal de perturbação psicológica, deve alertar o clínico para a necessidade de melhor avaliar a criança e o ambiente em que se desenvolve⁵. A maior parte dos autores concorda que o comportamento de retraimento social e a sua avaliação serve como indicador de risco para a possível presença de perturbação sócio-emocional precoce⁶.

A escala ADBB foi construída na intenção de permitir avaliar o retraimento social de crianças com idades compreendidas entre 2 e 24 meses.

O estudo de validação do instrumento mostrou elevada correlação inter-observadores na utilização da mesma (0.84), assim como elevada consistência interna (para um alpha de Cronbach de 0.83). O ponto de corte de 5 revelou a melhor sensibilidade (0.82) e especificidade (0.78) para detectar situações com significado clínico^{3,7}, o que foi reafirmado em estudos sobre outras amostras^{5,8,9}.

O carácter simples e a brevidade da administração (entre 5 e 10 minutos), permitem uma fácil utilização da escala no quadro da identificação precoce de crianças com problemas desenvolvimentais, por exemplo aquando da consulta com o pediatra ou o médico de família, por outros médicos, enfermeiros, psicólogos ou educadores³. A situação na qual vai ser aplicada deve contudo providenciar um certo nível de estimulação social, por um período de tempo considerável, de forma a permitir a observação do comportamento de resposta da criança.

No estudo de validação, a ADBB foi administrada pelo médico pediatra no seguimento da consulta a uma amostra de 60 crianças parisienses, com idades entre 2 e 24 meses (30.5 semanas, em média) e sem problemas de saúde detectáveis. A distribuição dos resultados variou entre 0 e 16, com um valor médio de 3.4 (DP=3.37); 18.3% das crianças cotaram igual ou acima do ponto de corte 5³.

A análise factorial permitiu a identificação de 2 factores explicativos de 63.3% da variância dos resultados, sendo o factor 1 (dimensão interpessoal) explicativo de 48.5% da variância e composto por 5 itens (2, 3, 4, 7, e 8) e o factor 2 (dimensão intra-pessoal) explicativo de 15.1% da variância dos resultados e composto por 3 itens (1, 5 e 6)³. A consistência interna da escala mostrou ser elevada, com valores de alpha de Cronbach de 0.83 para a escala total, e de 0.80 e 0.79 respectivamente para as sub-escalas 1 e 2³. A fidelidade teste-reteste foi igualmente elevada (0.88) na cotação repetida de 60 vídeos com um intervalo de tempo de 6 meses³.

A ADBB foi também utilizada com uma amostra de 90 crianças brasileiras, obtendo-se resultados entre 0 e 13, para uma média de 5.98¹⁰. A concordância entre observadores na administração do instrumento na sequência da consulta com o médico pediatra foi elevada (Kappa = 0.71), assim como a fidelidade teste-reteste com um mês de intervalo (0.91)⁸.

Indicadores da validade externa da ADBB foram ainda providenciados em mais dois estudos — um finlandês que envolveu uma amostra de 127 lactentes com 2 meses de idade⁹ e outro israelita que envolveu 97 lactentes com 8 meses de idade^{6,11} — que apontam para que os lactentes avaliados com valores mais elevados de retraimento social exibiam comportamentos menos óptimos na interacção com as mães.

Num estudo mais recente, conduzido na Austrália, a escala foi administrada após a consulta médica de rotina a uma amostra de 47 lactentes com idades compreendidas entre 13 e 52 semanas de idade⁵ (ver quadro 1). Os valores de consistência interna (alpha de Cronbach = 0.80) e de fidelidade inter-observadores (Kappa = 0.60 – 0.66) situam-se entre o razoável e o elevado. A recolha de dados implicou ainda o EPDS administrado às mães. Embora os lactentes das mães que referiram ter estado mais deprimidas ou ansiosas desde o parto obtivessem resultados significativamente mais elevados na ADBB, não se observou relação significativa entre as duas medidas.

Dolberg, Feldman, Keren, e Guedeney⁶ cotaram, com base na escala ADBB, o comportamento de 79 crianças com idades entre os 7 e os 36 meses, das quais 36 tinham sido referidas para avaliação numa clínica de saúde mental e as restantes (43) constituíram um grupo de controlo. Dois observadores independentes que visualizaram a gravação vídeo da interação mãe-bebé em casa, numa situação de jogo e numa situação de alimentação, usaram uma versão modificada do instrumento. Os valores de consistência interna (alpha de Cronbach = 0.75) e de fidelidade inter-observadores ($r = 0.75$) obtidos nesta amostra são bastante elevados. Indicadores da validade discriminante do instrumento foram igualmente providenciados pelos autores: 38.9% das crianças referidas para avaliação clínica cotaram igual ou acima do ponto de corte 5 *versus* apenas 11.6% das crianças do grupo de controlo.

Método

1. Participantes

A amostra do estudo foi constituída por 130 lactentes, dos quais metade do sexo masculino e metade do sexo feminino, 85.0% nasceram a termo (≥ 37 semanas) e com peso igual ou superior a 2.500g (Quadro I). Mais de metade das mães tem menos de 18 anos de idade, não tem a escolaridade obrigatória, e não trabalha nem estuda. A generalidade das mães coabita com o pai do bebé, é primípara, e teve parto eutócico (Quadro I).

Quadro I - Características sociais e demográficas da amostra

Mãe		
Idade	<18	56.9
	≥ 18	43.1
Escolaridade	<9º Ano	77.2
	≥ 9 º Ano	22.8
Estatuto ocupacional	Activa	40.8
	Não activa	59.2
Estatuto Matrimonial	Cohabita	67.4
	Não Cohabita	32.6
Paridade	Primípara	83.1
	Múltipara	16.9
Tipo Parto	Eutócico	66.9
	Distócico	33.1
Bebé		
Sexo	Masculino	51.5
	Feminino	48.5
Idade Gestacional	<37	15.0
	≥ 37	85.0
Peso à Nascimento	<2 500g	7.1
	≥ 2 500g	92.9

2. Procedimentos

Após consentimento informado durante a gravidez, as mães foram questionadas para a recolha de dados sociais e demográficos e a escala EPDS foi posteriormente administrada, 3 meses depois do parto. A avaliação do comportamento de retraimento social foi realizada aos 3 meses de idade do lactente, por um observador independente, na sequência imediata da administração das Bayley Scales of Infant Development (BSID) por um outro investigador. As BSID e a ADBB foram administradas em contexto clínico por profissionais com treino e habilitados para o efeito. As mães foram novamente contactadas 12 meses depois do parto e o mesmo procedimento foi conduzido em 51 casos. Foram utilizados neste estudo dados relativos a diversos projectos de investigação longitudinais conduzidos pela nossa equipe, todos com início no 1º trimestre de gestação e com recolha amostral sequencial efectuada no Serviço de Consulta Externa da Maternidade de Júlio Dinis (Porto).

O princípio geral de utilização da escala ADBB é aquele que foi descrito por Winnicott¹² sob a designação de “*Set Situation*”: Trata-se de utilizar a situação de consulta médica ou de avaliação psicológica para observar a resposta da criança, por um período de tempo relativamente breve, a uma vasta e diversa gama de estímulos, apresentados de acordo com uma ordem predeterminada. No caso particular do presente estudo, a escala foi cotada com base no comportamento do lactente aquando da administração das BSID, para avaliação do seu desenvolvimento psicomotor.

A cotação realiza-se da melhor forma quando se efectua logo após a consulta/avaliação psicológica, principio que foi aqui seguido. Para isso, teve-se em conta, como é indicado, o conjunto do que aconteceu durante a sessão, tendo particularmente em atenção a evolução dos acontecimentos ao longo do tempo.

Outros princípios gerais à administração da escala foram adoptados no presente estudo: o lactente não estava doente, estava bem acordado, não tinha fome e a sua fralda tinha sido mudada antes da avaliação.

3. Instrumento

3.1. Objectivo

Este estudo teve por objectivo avaliar as principais qualidades psicométricas, bem como a validade da Versão Portuguesa da ADBB, nomeadamente através da concordância entre os sinais de retraimento assinalados na ADBB e a observação do comportamento do bebé realizada através das BSID. A escala ADBB foi construída para avaliar a reacção de retraimento prolongado do bebé³, sendo aplicável a crianças com idades compreendidas entre 2 e 24 meses de idade.

3.2. Descrição

A escala ADBB compreende os seguintes 8 itens: (1) Expressões faciais (avalia a redução da expressão facial); (2) Contacto visual (avalia a redução do contacto visual, a maior ou menor dificuldade em obter o contacto ocular mútuo); (3) Nível geral da actividade corporal (avalia a mobilidade da cabeça, do tronco e dos membros, não considerando os movimentos dos dedos e das mãos); (4) Actividades de auto-estimulação (avalia

a presença de acções repetitivas, mecânicas que surgem isoladas em relação à actividade geral); (5) Vocalizações (avalia a quantidade de vocalizações, em resposta à estimulação, e a evolução das vocalizações ao longo do tempo, mais do que o seu carácter positivo ou negativo); (6) Vivacidade na resposta à estimulação (avalia o tempo de resposta à estimulação); (7) Competência para entrar em relação (avalia a capacidade para entrar em relação com o adulto, sem considerar a relação estabelecida com a mãe); (8) Competência para se tornar atractivo (avalia o esforço que se tem de operar para manter a atenção sobre o bebé, ao longo de toda a sessão)³ (a).

3.3. Cotação

Cada item é cotado numa escala de 0 a 4, que corresponde a: (0) absolutamente normal, (1) dúvida quanto à presença de carácter anormal, (2) discretamente, mas nitidamente patológico, (3) francamente anormal, (4) com carácter patológico severo. Por conseguinte, quanto mais elevado o resultado no item mais fortes indicadores (e quanto mais elevado o resultado na escala mais indicadores) de retraimento social a criança apresenta.

É indicado ter em conta a idade da criança, de forma a avaliar globalmente o carácter normal *versus* anormal do seu comportamento em relação às normas para a idade. A cotação na escala resulta assim da apreciação do que não surge perante a estimulação e a relação com o observador, com base no que seria esperado por parte de uma criança da mesma idade.

Um score de 5 ou mais deve chamar à atenção do clínico para a melhor observação da criança e das condições do meio em que se desenvolve, no caso da cotação ter tido lugar em boas condições.

4. Outros instrumentos

4.1. Bayley Scales of Infant Development (BSID)

As BSID¹³ avaliam o desenvolvimento mental, motor e comportamental das crianças entre o 1º e o 42º mês de vida. Este instrumento, com uma duração aproximada de 45-60 minutos, é utilizado para descrever o funcionamento desenvolvimental das crianças e como suporte no diagnóstico e planeamento da intervenção com crianças com défices ou atrasos desenvolvimentais. Mede o nível de desenvolvimento em 3 domínios: cognitivo, motor e comportamental.

A avaliação é feita ao longo de 3 escalas: (1) Mental (discriminação, resposta e acuidade sensorial/perceptiva; constância da aquisição do objecto, aprendizagem, memória e resolução de problemas, vocalizações e início da comunicação verbal, bases do pensamento abstracto, habituação, mapeamento mental, linguagem complexa e formação de conceitos matemáticos); (2) Motora (controlo corporal, coordenação muscular, motricidade fina, movimento dinâmico, imitação postural e capacidade para reconhecer objectos); Comportamento (atenção/activação, regulação emocional, interacção social, etc.)

4.2. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

O EPDS¹⁴ é uma escala composta por 10 itens de auto-relato do tipo lickert (numa escala de 0 a 3); avalia a presença e intensidade de sintomas depressivos nos 7 dias que precedem o seu preenchimento. Usou-se neste estudo a Versão Portu-

guesa do EPDS¹⁵ e o ponto de corte 12 recomendado pelos autores da versão original¹⁴ para a presença provável de um episódio depressivo *major*. O estudo psicométrico da versão portuguesa indica que são elevadas a consistência interna (Coeficiente de Split-Half = 0,84 e Alpha de Cronbach = 0,85) e a fidelidade teste-reteste ($r = 0.75$) do instrumento¹⁶.

Análises Estatísticas

Recorreu-se à estatística descritiva para análise das cotações nos itens e total da escala ADBB. No sentido de analisar diferenças nos resultados obtidos pelos bebés aos 3 e 12 meses, foi efectuado o teste t de student para amostra emparelhadas para o resultado total e o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas para os resultados nos itens. Uma análise factorial para identificação de factores na escala foi igualmente operada. A consistência interna foi analisada através do Alpha de Cronbach. Posteriormente realizou-se o teste de correlação r de Pearson entre os resultados totais nas escalas ADBB e de comportamento das BSID, e o teste de correlação de Rhó de Spearman entre os resultados nos itens da ADBB e o resultado total na escala de comportamento das BSID. Foi efectuado o t-test para testar diferenças nos resultados na escala ADBB de acordo com as características sociais e demográficas das mães e das lactentes e com o resultado no EPDS. O teste de Mann-Whitney foi utilizado para testar diferenças nas BSID em bebés avaliados na ADBB com um resultado igual ou superior ao ponto de corte 5. Por fim, utilizou-se a análise de regressão linear pelo método *enter* para averiguar se e quais as variáveis em estudo permitiam predizer os resultados da lactente na escala.

Resultados

1. Itens e resultado total da escala ADBB, aos 3 e 12 meses: Moda, média e desvio-padrão

Os resultados obtidos na amostra em estudo variaram entre 0 e 6 para o resultado total, e entre 0 e 1, 2 ou 3 para os itens da escala ADBB (Quadro II). O quadro seguinte apresenta os mínimos e máximos, modas, médias e desvios-padrão para os itens e resultado total da escala, aos 3 e 12 meses de idade. Note-se a existência de variabilidade para todos os itens, apesar de o resultado mais frequente ser 0.

O significado estatístico das diferenças nos resultados obtidos pelos lactentes aos 3 e 12 meses foi testado através de *t-test* para amostra emparelhadas para o resultado total e de Wilcoxon para amostras emparelhadas para os resultados nos itens. Não se observaram diferenças significativas nem para o resultado total, nem para o resultado nos itens do ADBB, à excepção do item 4 (auto-estimulação) que apresenta aos 12 meses resultados significativamente inferiores aos dos 3 meses ($z = 2.810$; $p = 0.005$), indicando que, globalmente, os resultados obtidos aos 3 meses se mantêm com o tempo.

2. Análise Factorial

A análise factorial permitiu a identificação de 2 factores explicativos de 48.6% da variância dos resultados, sendo o factor 1 (dimensão interpessoal) explicativo de 32.4% da variância e

Quadro II - Itens e resultado total: Mínimos e máximos, moda, média e desvio-padrão

ADBB	3 Meses				12 Meses			
	Min./Max.	Mo	Media	DP	Min./Max.	Mo	Media	DP
Item 1	0/2	0	.15	.38	0/1	0	.04	.19
Item 2	0/1	0	.05	.23	0/0	0	.00	.00
Item 3	0/1	0	.10	.30	0/1	0	.04	.19
Item 4	0/2	0	.15	.42	0/0	0	.00	.00
Item 5	0/3	0	.26	.52	0/2	0	.23	.47
Item 6	0/1	0	.08	.27	0/1	0	.06	.24
Item 7	0/1	0	.08	.28	0/2	0	.15	.46
Item 8	0/1	0	.04	.19	0/1	0	.04	.19
Total	0/6	0	.87	1.35	0/6	0	.56	1.23

Quadro III - Itens e resultado total: correlação com a escala de comportamento das BSID

ADBB	Item 1 r (p)	Item 2 r (p)	Item 3 r (p)	Item 4 r (p)	Item 5 r (p)	Item 6 r (p)	Item 7 r (p)	Item 8 r (p)	Total r (p)
Bayley Comportamento (n=67)	-.204 .098	-.351 .004	-.212 .085	.063 .610	-.423 .000	-.293 .016	-.441 .000	-.280 .022	-.461 .000

composto por 7 itens (1, 2, 3, 5, 6, 7, e 8) e o factor 2, composto pelo item 4 (auto-estimulação), explicativo de 16.2% da variância dos resultados.

3. Consistência Interna

A consistência interna da ADBB mostrou ser razoável, com um Alpha de Cronbach de .587 para a escala total.

4. Validade

A correlação (r de Pearson) entre os resultados totais nas escalas ADBB e de comportamento das BSID, bem como as correlações (Rho de Spearman) entre os resultados nos itens da ADBB e o resultado total na escala de comportamento das BSID (critério externo), aos 3 meses de idade, são apresentados no quadro seguinte (Quadro III). Como seria de esperar, os resultados alcançados pela lactente nos itens (à excepção dos itens 3 e 4) e no total da escala ADBB encontram-se negativa e significativamente correlacionados com os resultados obtidos na escala de comportamento das BSID. Ou seja, as lactentes que foram avaliadas com mais ou mais fortes sinais de retraimento social na ADBB foram também avaliadas com um pior comportamento nas BSID, na interacção com um outro observador independente, o que testemunha a validade externa concorrente da ADBB.

Embora não se registem diferenças significativas (t-test) nos resultados obtidos pelos lactentes na escala ADBB, quando características sociais e demográficas das mães e das lactentes foram consideradas (Quadro IV), observa-se que os bebés com resultados inferiores na escala de comportamento e na escala mental das BSID apresentam resultados significativamente mais elevados na ADBB (Quadro V), o que fornece mais evidências empíricas quanto à validade externa concorrente da escala.

Verifica-se ainda (Mann-Whitney test), em favor da validade externa concorrente da escala, que os lactentes avaliados na

Quadro IV - Teste T para amostras independentes - Características sociais e demográficas das mães e dos bebés e resultado total na ADBB

		N	ADBB Média (SD)	t	p
Mãe					
Idade	<18	74	.72 (1.34)	1.492	.138
	≥18	55	1.07 (1.35)		
Escolaridade	< 9º ano	94	.96 (1.47)	.940	.349
	≥9º ano	28	.68 (1.02)		
Estatuto ocupacional	Activa	52	1.10 (1.36)	1.587	.115
	Não activa	77	.71 (1.33)		
Estatuto Matrimonial	Cohabita	86	.99 (1.41)	1.363	.175
	Não Cohabita	42	.64 (1.21)		
Paridade	Primípara	108	.80 (1.34)	1.379	.170
	Múltipara	21	1.24 (1.38)		
Tipo Parto	Eutócico	78	.82 (1.31)	.659	.511
	Distócico	39	1.00 (1.54)		
Bebé					
Sexo	Masculino	66	.89 (1.39)	.221	.826
	Feminino	63	.84 (1.31)		
Idade Gestacional	< 37	17	1.35 (1.87)	1.586	.115
	≥ 37	102	.78 (1.27)		
Peso à Nascimento	< 2 500g	6	1.50 (2.51)	.806	.456
	≥2 500g	78	.67 (1.20)		

Quadro V - Teste T para amostras independentes - Desenvolvimento mental, motor e comportamento do bebé e resultado total na ADBB

BSID		N	ADBB Média (SD)	t	p
Mental	≤P25	15	1.33 (1.72)	2.098	.051
	≥P75	17	.35 (.61)		
Motor	≤P25	16	.63 (1.54)	.178	.860
	≥P75	15	.53 (1.30)		
Comportamento	≤P25	19	1.53 (1.87)	2.918	.008
	≥P75	25	.24 (.52)		
Total	≤P25	15	1.93 (2.15)	2.514	.022
	≥P75	13	.46 (.66)		

ADBB com um resultado igual ou superior ao ponto de corte indicado pelos autores da escala (5), apresentam pior desenvolvimento psicomotor, como estimado pelas BSID (Quadro VI). Por sua vez, este resultado indica ainda que, à semelhança do que é proposto pelos autores, a nota de 5 pode ser indicadora de sinais de retraimento preocupantes na lactente. Os bebés das mães com valores elevados de sintomatologia depressiva pós-parto ($EPDS \geq 12$) apresentaram (t-test), aos 3 meses de idade, mais sinais de retraimento social na escala ADBB ($X = 1.53$; $DP = 1.74$) do que os bebés das mães sem sintomatologia depressiva significativa ($EPDS < 12$) ($X = .78$; $DP = 1.25$) ($t = 2.257$; $p = 0.05$).

Procurou-se por último averiguar através da análise de regressão linear pelo método *enter* se as variáveis em estudo – condições sociais e demográficas e sintomatologia depressiva da mãe (idade, escolaridade, coabitação, situação profissional, paridade, tipo de parto) e características do bebé (sexo, idade gestacional, peso à nascença) – eram passíveis de predizer o retraimento social do bebé aos 3 meses. O modelo não foi capaz de predizer o resultado do bebé na ADBB ($R^2 = .134$; $F = 1.017$, $p = .439$); no entanto, verificou-se que a sintomatologia depressiva materna prediz significativamente o retraimento social do bebé ($\beta = .293$; $t = 2.316$, $p = 0.024$).

Verificou-se por conseguinte que lactentes supostamente sujeitos a condições de cuidado menos favoráveis (como

aquelas que decorrem da depressão materna), apresentam mais sinais de retraimento, como seria de esperar e à semelhança do que tem sido referido na literatura⁵.

Discussão

O retraimento social prolongado do bebé é um forte indicador de inadaptação desenvolvimental precoce. Foi presenciado num conjunto de perturbações psicológicas e relacionais, nomeadamente na sequência de cuidados parentais inadequados por Spitz¹ e Bowlby². Para avaliar este sinal de alarme em lactentes de 2 a 24 meses, A. Guedeney³ construiu a *Alarm Distress Baby Scale* (ADBB), cujo estudo de validação da Versão Portuguesa foi apresentado neste artigo.

O estudo psicométrico realizado com a Versão Portuguesa da ADBB e aqui apresentado, mostrou a boa consistência interna, fidelidade e validade externa do instrumento, à semelhança do observado em estudos conduzidos sobre amostras de outros países^{3,5,6,9,10}.

Tendo em conta que a ADBB se destina a detectar a presença de sinais precoces de psicopatologia, e considerando que a amostra em estudo não é de risco, não é de estranhar a pouca variabilidade dos resultados, nem tão pouco que 0 (ausência) seja o resultado mais comum na escala. A presença de alguma variação nos resultados, que se verifica para todos os itens, testemunha contudo que a Versão Portuguesa da ADBB pode funcionar na detecção de comportamentos susceptíveis de serem considerados não normativos. Nomeadamente e também porque a presença de sinais de retraimento social, tal foi como sinalizada através da ADBB, se associou à avaliação de um pior comportamento e de um desenvolvimento mais pobre do lactente numa outra escala (BSID), administrada por um outro avaliador, o que testemunha a validade externa da Versão Portuguesa da ADBB no seu objectivo de sinalizar lactentes cujo comportamento é indiciador de risco. Por sua vez, indicadores de validade externa foram ainda obtidos quando se verificou que os bebés das mães que se apresentavam deprimidas obtinham resultados mais elevados na ADBB, indicando, como seria de esperar, a presença de sinais de retraimento social nestes bebés, e que a sintomatologia depressiva materna era um preditor significativo dos sinais de retraimento do lactente.

Por sua vez, a não variação significativa dos resultados entre as duas avaliações realizadas, com um tempo de intervalo de 9 meses, aponta que os indicadores de retraimento ou não retraimento da lactente tal como foram obtidos pela ADBB, se mantêm com o tempo, sugerindo ainda a fidelidade da escala.

Quadro VI - Mann-Whitney Test - ADBB ≥ 5 e desenvolvimento mental, motor e comportamento do bebé

ADBB	N	BSID Mental Média (SD)	Z	p	BSID Motor Média (SD)	Z	p	BSID Comportamento Média (SD)	Z	p	BSID Total Média (SD)	Z	p
3 Meses	<5	31.44 (3.87)	1.828	.068	20.80 (3.43)	.244	.807	96.6 (7.2)	1.524	.127	149.09 (13.24)	1.836	.066
	≥5	3			29.00 (2.00)			20.00 (4.58)			92.00 (4.58)		

No entanto, a ocorrência de um factor com a presença de um item só (auto-estimulação) sugere que este item pode não estar a avaliar as mesmas dimensões que são avaliadas pelos restantes, sendo a sua exclusão de considerar, até porque diferenças significativas ao longo do tempo foram observadas sobre este mesmo item.

À semelhança do que foi sugerido em outros estudos com a ADBB, os resultados obtidos com a Versão Portuguesa, indicam que o mesmo ponto de corte 5 pode ser o mais adequado para a população portuguesa. No entanto, visto que a amostra considerada tinha entre 3 e 12 meses de idade e a escala se destina a lactentes até aos 24 meses, estudos em amostras de lactentes com mais idade são necessários para corroborar a aqui sugerida validade da escala.

A administração da ADBB em diversos contextos mostrou que o retraimento social, quando se produz, não é um incidente ligado a circunstâncias pontuais, por exemplo, do dia ou da noite precedente, mas sim uma reacção instalada face a uma situação que efectivamente perturba e afecta adversamente o desenvolvimento do lactente. Os resultados aqui apresentados testemunham que os lactentes assinalados com sinais de retraimento social na ADBB apresentam dificuldades comportamentais na interacção com um observador, assim como um desenvolvimento mais pobre (avaliado através de um outro instrumento). Testemunham ainda que tais lactentes possivelmente vivenciam circunstâncias de cuidados menos favoráveis, como aquelas que decorrem da depressão materna. Num outro estudo mostramos que a ansiedade e depressão da mãe na gravidez permite prever um maior retraimento social do bebé aos 3 meses de idade¹⁷. A escala, a ser usada no contexto da consulta pediátrica ou psicológica, pode assim permitir detectar lactentes em risco que possam estar a necessitar de ajuda no sentido de contrariar o retraimento social que encetaram em relação ao meio, a comprometer o seu desenvolvimento, e decorrentes de condições relacionais menos favoráveis.

Desenhada para sinalizar tão precocemente quanto possível o retraimento social do lactente, e na medida em que este é um comprovado sinal da perturbação do desenvolvimento, a ADBB pode estimular os clínicos na procura das suas causas e na intervenção junto das mesmas.

NOTA

(a) A escala ADBB pode se consultada no site <http://www.adbb.net/>

Referências

1. Spitz R. Anaclitic depression. *Psychoanalytic Study of the Child* 1946; 2:313-42.
2. Bowlby J, *Attachment and Loss*. Vol 2: Separation: Anxiety and Anger. New York: Basic Books; 1973.
3. Guedeney A, Fermanian J. A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: The alarm distress baby scale. *Infant Ment Health J* 2001;22(5):559-75.
4. Guedeney A. From early withdrawal reaction to infant depression: A baby alone does exist. *Infant Ment Health J* 1997;18(4):339-49.
5. Matthey S, Guedeney A, Starakis N, Barnett B. Assessing the social behaviour of infants: Use of ADBB scale and relationship to mother's mood. *Infant Ment Health J* 2005;26(5):442-58.
6. Dollberg D, Feldman R, Keren M, Guedeney A. Sustained withdrawal behavior in clinic referred and nonreferred infants. *Infant Ment Health J*, 2006;27(3):292-309.
7. Guedeney A, Charron J, Delour M, Fermanian J. L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'alarme détresse Bébé (ADBB). *Psychiatr Infant* 2001 ;44(1) : 211-31.
8. Lopes S. The Distress Alarm Baby Scale: A validity and reliability study. In A. Guedeney (Chair), *The Use of the Alarm Distress Baby Scale (ADBB)*. Symposium conducted at the meeting of the World Association for Infant Mental Health, Melbourne, Australia;2004.
9. Puura K, The Alarm Distress Baby Scale in assessment of two-month-old infants. In A. Guedeney (Chair), *The Use of the Alarm Distress Baby Scale (ADBB)*. Symposium conducted at the meeting of the World Association for Infant Mental Health, Melbourne, Australia, 2004.
10. Assumpção J, Kuczynski E, Rego M, Rocca C. Escala de avaliação de retracção no bebé: Um estudo de validade. *Arq Neuropsiquiat* 2002;60(1):56-60.
11. Dollberg D. Sustained withdrawal behavior in clinic-referred and non-referred infants. In A. Guedeney (Chair), *The Use of the Alarm Distress Baby Scale (ADBB)*. Symposium conducted at the meeting of the World Association for Infant Mental Health, Melbourne, Australia;2004.
12. Winnicott DW. The observation of infants in a set situation. *Int J Psychoanal* 1941;22:229-49.
13. Bayley, N. *Bayley Scales of Infant Development II, 2nd Edition*. San Antonio: The American Psychological Corporation, Harcourt Brace & Company, 1993; 2-30.
14. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-86.
15. Augusto A, Kumar R, Calheiros JM, Matos E, Figueiredo E. Postnatal depression in an urban area of Portugal: Comparison of child-bearing women and matched controls. *Psychol Med* 1996;26: 135-141.
16. Figueiredo B. *Depressão Pós-Parto, Interação Mãe-Bebé e Desenvolvimento Infantil*. Braga: Universidade do Minho (tese de doutoramento não publicada); 1997.
17. Figueiredo B, Costa R, Guedeney, A. Mother's Anxiety and Depression during Pregnancy and Infant Social Withdrawal at 3 months. *Infant Behav Dev*, submetido.