

Validação de um instrumento para avaliação da interação entre mãe e recém-nascido*

MARIA LUCRÉCIA ZAVASCHI, FLÁVIA COSTA, ANA LÚCIA MACIEL, DUNYA MESQUITA LEUTCHUK, MARINA NETO, SUZANA ZACHIA, VIVIANE ZIEBELL DE OLIVEIRA, FREDERICO MENDES RICHTER, LUÍS AUGUSTO ROHDE, RICARDO KUCHENBECKER E SILZÁ TRAMONTINA

O objetivo deste trabalho é determinar a confiabilidade e a validade concordante de um instrumento para medir a interação precoce mãe-bebê durante a amamentação. O instrumento usado foi a subescala de reciprocidade diádica da Escala de Observação da Interação Mãe-Bebê Durante a Alimentação; a amostra estudada consistiu de 29 duplas mãe-bebê. A associação entre a classificação da interação pela avaliação limite e a média da pontuação dos quatro juízes foi feita usando o coeficiente de conclusão de Spearman (r_s). A confiabilidade foi de 0,67 para $p < 0,01$. A sensibilidade e a especificidade do instrumento foram, respectivamente, 35% e 93%. Foi encontrada associação significativa entre a classificação da interação pela avaliação clínica qualitativa e as pontuações na subescala ($p = 0,0008$). A relevância clínica destes achados é discutida, especialmente para um país com as características do Brasil.

Reliability and validity of an instrument to assess early mother-infant interaction

The purpose of this study is to determine the reliability and concurrent validity of an instrument to measure early mother-infant interaction during breastfeeding. The instrument used was the Dyadic Reciprocity Subscale of the Mother Infant/Toddler Feeding Scale. The sample consisted of 29 dyads. The association between the classification of interaction using the gold standard and mean of the points given by the 4 judges in ERD for scale dyad was measured using the Spearman conclusion coefficient (r_s). Reliability was 0.67 for $p < 0.01$. Sensitivity and specificity of the instrument were respectively 35% and 93%, and a significant association was found between classification of interaction by the "gold-standard" and scores in the sub-scale ($p = 0.0008$). The clinical relevance of the findings are discussed, especially for a developing country such as Brazil.

Palavras-chave: Interação mãe-bebê; Confiabilidade; Validade; Instrumento de avaliação.

Key words: Mother-infant interaction; Reliability; Validity.

INTRODUÇÃO

Este estudo é parte de uma ampla linha de pesquisa com o objetivo de avaliar a influência da separação precoce na interação mãe-bebê, medida entre 24 e 48 horas após o nas-

cimento e aos 6 e 12 meses da vida do bebê. Durante esta fase do estudo, tentou-se determinar a confiabilidade e validade concordante de um instrumento para avaliar a interação diádica durante a amamentação entre 24 e 48 horas após o nascimento.

Muitos artigos têm sido publicados sobre diferentes aspectos da interação precoce mãe-bebê (LEVY, 1958; KLAUS e KENNEL, 1972, 1975; QUERLEU e col., 1984). A influência da separação precoce na interação da dupla tem sido frequentemente discutida na literatura (KLAUS e KENNEL, 1972, 1975; ABERASTURY e SALAS, 1978; CHESS e THOMAS, 1982; CHATEAU e WIBERG, 1984a, 1984b).

KLAUS e KENNEL (1975) sugeriram a importância de um período inicial de contato entre a mãe e a criança, durante as primeiras horas de vida, para estreitar o vínculo entre eles e também uma correlação positiva entre a falta de contato precoce e problemas como abuso sexual, negligência e abandono infantil. Se isso for confirmado, será algo de mais alta relevância em termos de prevenção primária em um país como o Brasil (LIPPI, 1990).

Muitos estudos têm esbarrado na dificuldade de realizar uma avaliação objetiva desta interação. Alguns instrumentos são complexos, como a escala *10 Minute Parent-Infant Interaction Observation During Feeding* (OSOFKY, 1987) e outras escalas, como *Neonatal Perception Inventory* e *Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale* (BRAZELTON, 1981; FRANCIS e col., 1987), que focam prioritariamente um dos membros da díade.

O instrumento escolhido nesta pesquisa foi a subescala de Reciprocidade Diádica (ERD) da Escala de Observação da Interação Mãe-Bebê Durante a Alimentação (EIDA), criada por Irene Chatoor (CHATOOR, 1985) para observar comportamentos e afetos entre mães e bebês de zero a três anos de idade.

A ERD parece ser a mais apropriada das cinco subescalas da EIDA para crianças entre zero e dois anos de idade. O grupo da Dra. Chatoor observou que estes bebês, quando apresentavam distúrbios da alimentação, obtinham pontuações menores especificamente na ERD (CHATOOR e col., 1985, 1987).

No RN, distúrbios alimentares usualmente são manifestações de distúrbios homeostáticos, que, por sua vez, são fre-

* Trabalho realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Serviço de Psiquiatria-Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

qüentemente relacionados a problemas na interação mãe-bebê (LEBOVICI, 1983).

AMOSTRA

A amostra é formada por mães e recém-nascidos internados em alojamento conjunto no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no período de abril a agosto de 1989. Foram incluídas duplas cujos bebês haviam nascido de parto vaginal, não gemelar, com apgar > 7, tanto no primeiro como no quinto minuto de vida, com peso entre 2.500g e 3.800g e Capurro entre 37 e 42 semanas. As mães deveriam apresentar boa saúde física e mental. Esta amostra era selecionada através de registros em prontuário. A díade era classificada em grupos de acordo com fatores facilitadores ou complicadores para interação: a) baixo ou moderado risco para problemas na interação; b) alto risco para problemas na interação.

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Durante as primeiras 24 horas após o parto, foi realizada com a mãe uma entrevista semi-estruturada para coletar dados demográficos, consentimento da mãe, por escrito, para participar da pesquisa, elucidação de fatores que possam facilitar ou complicar a interação da dupla (idade, estado marital, raça, escolaridade materna e profissão, renda familiar, amamentação em puerpérios anteriores, relação da mãe com seu marido e com sua própria mãe, número de filhos, abortos, perdas, realização de pré-natal, desejo da gestação, fumo e complicações durante a gravidez) (BLANK, 1990; COSTA e col., 1993).

Devido ao fato da grande maioria das duplas ser enquadrada no grupo de baixo ou moderado risco, foi realizada uma amostragem sistemática balanceada das mesmas e mantidas na mesma pesquisa todas as díades classificadas de alto risco.

FILMAGEM

As duplas foram filmadas com uma videocâmera durante os primeiros 15 minutos de uma situação de amamentação. O bebê contava 24 a 48 horas de vida durante a filmagem e estava, no mínimo, no chamado estágio 3 de sono-vigília, que corresponde ao estado de sonolência (MAZET e STOLERV, 1988). A mãe poderia escolher a posição que julgasse melhor para amamentar o bebê.

APLICAÇÃO DA ESCALA

A Escala de Interação Durante a Alimentação (EIDA) é formada por 46 itens relativos a diferentes comportamentos observados, na mãe ou no recém-nascido, durante a alimentação. Esta escala foi elaborada para aplicação em crianças

de zero a três anos através da observação de mães ao alimentarem seus filhos, estando subdividida em cinco subescalas (*escala de reciprocidade diádica (ERD), não-continência materna, conflito diádico, negociando sobre comida e lutando pelo controle*). Cada item da escala deve ser pontuado de 0 a 3 pontos, conforme o grau de intensidade do comportamento observado. A soma dos pontos de cada subescala é então comparada a pontos de corte que variam para cada subescala e conforme a idade da criança observada (CHATOOR e col., 1985).

A escala foi previamente traduzida do inglês para o português, sendo a tradução realizada por uma médica especialista em psiquiatria infantil que possui também qualificação profissional de tradutora-intérprete. A tradução e aplicação da escala foi realizada após consentimento da Dra. Irene Chatoor.

A ERD consiste de 16 itens, dos quais 11 focam a mãe e 5, o bebê, permitindo atribuição de 0 a 48 pontos (anexo 1).

Quatro juízes, todos psiquiatras, aplicavam a ERD independentemente, mas de maneira padronizada, através da observação da filmagem da amamentação, previamente realizada.

Todos os juízes passaram por dez horas de treinamento na aplicação da escala. O treinamento consistiu unicamente de familiarização e discussões do instrumento. Os quatro juízes que aplicaram a ERD obtiveram concordância de mais de 70% em todos os itens da referida escala.

AValiação CLÍNICA QUALITATIVA

Uma psiquiatra infantil, com grande experiência clínica, avaliou qualitativamente a interação de cada dupla mãe-recém-nascido, após ter livre acesso a todas as informações constantes dos prontuários e das entrevistas e após observação das filmagens. Expressou seu parecer clínico em laudo escrito e, após, classificou a interação em uma dentre três categorias ("excelente", "boa" ou "ruim").

Durante esses procedimentos, a psiquiatra infantil responsável pela referida avaliação não teve conhecimento dos resultados obtidos pela aplicação da escala às duplas mãe-recém-nascido e suas conclusões serviram de "padrão-áureo", para a comparação posterior com as constatações decorrentes da aplicação da escala.

ANÁLISE DE DADOS

A ERD foi considerada uma escala intervalar devido às suas características de continuidade e sua frequência normal de distribuição na amostra estudada.

A confiabilidade foi avaliada usando o coeficiente de correlação intraclasses (r_i) (NETER e WASSERMAN, 1974).

Para a validade concordante, inicialmente a associação entre a classificação de interação pela avaliação clínica qualitativa e a média de pontuação dos quatro juízes para cada

ANEXO 1 – Escala de observação da interação mãe-bebê/criança durante a alimentação (do nascimento aos 3 anos). Irene Chatoor, M.D. e col.*Reciprocidade diádica*

Mãe	A	P	PR	I	R
1. Posiciona o bebê p/ troca recíproca	0	1	2	3	
2. Falta c/ o bebê	0	1	2	3	
3. Obs. + p/ o bebê	0	1	2	3	
4. Obs. + sobre o que o bebê ingere	0	1	2	3	
5. Espera que o bebê inicie a interação	0	1	2	3	
6. Demonstra prazer através de olhar, voz ou sorriso	0	1	2	3	
7. Mostra-se alegre	0	1	2	3	
8. Mostra-se triste	3	2	1	0	
9. Mostra-se fria	3	2	1	0	
10. Posiciona o bebê s/ o apoio necessário	3	2	1	0	
11. Segura o bebê c/ dureza	3	2	1	0	

Bebê	A	P	PR	I	R
12. Olha p/ a mãe	0	1	2	3	
13. Sorri p/ a mãe	0	1	2	3	
14. Parece alegre	0	1	2	3	
15. Esconde o olhar	3	2	1	0	
16. Adormece e pára de alimentar-se	3	2	1	0	

Resultado da subescala de reciprocidade diádica

Não contingência materna

Mãe	A	P	PR	I	R
17. Posiciona ou segura o bebê c/ restrições dos movimentos normais	0	1	2	3	
18. Toca amorosamente o bebê levando-o à distração	0	1	2	3	
19. Manuseia o bebê em excesso	0	1	2	3	
20. Desatenta às indicações do bebê	0	1	2	3	
21. Interrompe a alimentação causando ansiedade no bebê	0	1	2	3	

Bebê	A	P	PR	I	R
22. Chora quando o alimento é retirado	0	1	2	3	
23. Vomita ou rumina	0	1	2	3	

Resultado da subescala de não contingência materna

Conflito diádico

Mãe	A	P	PR	I	R
24. Faz comentários negativos ou críticos ao bebê	0	1	2	3	
25. Faz afirmações negativas sobre a conduta alimentar do bebê	0	1	2	3	
26. Mostra-se triste	0	1	2	3	
27. Mostra-se c/ raiva	0	1	2	3	

Bebê	A	P	PR	I	R
28. Enrijece quando tocado	0	1	2	3	
29. Recusa-se a abrir a boca	0	1	2	3	
30. Afasta-se da comida	0	1	2	3	
31. Chora quando se oferece comida	0	1	2	3	
32. Afasta a comida ou atira a comida fora	0	1	2	3	
33. Tem ânsia de vômito quando vê comida	0	1	2	3	
34. Mostra-se tenso	0	1	2	3	
35. Mostra-se c/ raiva	0	1	2	3	

Resultado da subescala de conflito diádico

Negociando sobre a comida

Mãe	A	P	PR	I	R
36. Distrai e/ou deixa o bebê distrair-se	0	1	2	3	
37. Diz ao bebê o que fazer, comer	0	1	2	3	

Bebê	A	P	PR	I	R
38. Distrai-se facilmente durante a alimentação	0	1	2	3	
39. Vocaliza p/ a mãe	0	1	2	3	

Resultado da subescala de neg. e comida

Lutando pelo controle

Mãe	A	P	PR	I	R
40. Controla a alimentação ignorando sinais do bebê	0	1	2	3	
41. Força alimentação na boca do bebê	0	1	2	3	
42. Mostra-se preocupada com a desordem	0	1	2	3	
43. Segura o bebê de modo pouco carinhoso	0	1	2	3	

Bebê	A	P	PR	I	R
44. Segura a comida na boca	0	1	2	3	
45. Cospe a comida fora	0	1	2	3	
46. Empurra a língua ritmicamente	0	1	2	3	

Resultado da subescala pelo controle

dupla foi medida usando o coeficiente de correlação de Spearman (rs) (SIEGEL, 1956; VIANA, 1973). Foi utilizada estatística não paramétrica, já que a classificação da interação pela avaliação clínica qualitativa foi realizada em uma escala ordinária (interação excelente, boa, ruim). Mais tarde, foi estabelecido um desvio-padrão para baixo da média como ponto de corte para a ERD. Como esta subescala (ERS) é uma escala de pontuação crescente, os casos mostrados abaixo ou no ponto de corte foram considerados como interação

ruim (suposto diagnóstico positivo). O diagnóstico foi considerado positivo em casos classificados pela avaliação clínica qualitativa como de interação ruim durante a alimentação. A partir disso, a sensibilidade, a especificidade, o valor preditivo positivo (VPP) e o valor preditivo negativo (VPN) da escala para detectar a interação ruim determinado através da comparação com a classificação da interação pela avaliação clínica qualitativa. Desde que esta avaliação e a ERD foram transformados em escala nominal, sua associação foi

verificada novamente usando o teste exato de Fisher (FLETCHER e col., 1988).

RESULTADOS

Durante o período do estudo, dentre os nascimentos ocorridos no HCPA, 642 preencheram os critérios de inclusão no trabalho. Destes, 29 (4,5%) duplas fizeram parte da amostra, das quais quatro foram descartadas por más condições de filmagem.

As características demográficas destas duplas e a frequência dos fatores estudados são encontradas na tabela 1.

A concordância entre os quatro juízes para a ERD foi: $ri = 0,67$ para $p < 0,01$.

A associação entre a classificação da interação pela avaliação clínica qualitativa e a média da pontuação dada pelos quatro juízes para cada dupla foi: $rs = 0,6342$ para $p < 0,001$.

O escore médio na ERD dos quatro juízes foi de 22,48 pontos; o desvio-padrão, 5,21 e o ponto de corte, 17 pontos.

A distribuição das duplas mãe-bebê pelos resultados da avaliação clínica qualitativa e da ERD encontra-se na tabela 2.

A prevalência de interações durante a amamentação consideradas ruins, de acordo com a avaliação clínica qualitativa, sensibilidade, especificidade, VPP e VPN da subescala, está na tabela 3.

TABELA 1 – Características demográficas e fatores que podem influenciar a interação precoce mãe-recém-nascido durante amamentação

Idade	%
Média 24,1 anos (Entre 18 e 35 anos)	84
Estado civil (Com companheiro)	88
Profissão (Do lar)	64
Raça (Branca)	88
Educação (Analfabetas ou com 1º grau incompleto)	64
Relação boa com a mãe e companheiro	72
Múltipara com mais de três filhos	44
Primíparas	44
Amamentação completa em gestações prévias (a)	32
Ausência de amamentação em gestações prévias (a)	40
Ausência de abortos ou morte de filhos prévia	64
Gravidez planejada	88
Pré-natal completo	80
Pré-natal incompleto	8
Ausência de complicações	44
Gestantes não-fumantes	64

(a) Gêmeos múltiplos foram incluídas.
Autor: Dra. Maria Lucrécia Zavaschi

TABELA 2 – Distribuição das díades relacionando diagnóstico clínico com resultado escala ERD

Resultado do teste (ERD)	Diagnóstico avaliação clínica		Total
	Má interação	Bom ou Excelente interação	
17 pontos ou menos	10	5	15
Mais de 17 pontos	18	67	85
Total	28	72	100 ^(a)

(a) N = 25 duplas x 4 juízes
 $\chi^2 = 13,09$ p (Fisher) = 0,008
Autor: Dra. Maria Lucrécia Zavaschi

TABELA 3 – Prevalência de má interação, sensibilidade, especificidade VPP, VPN da ERD

	%	LC (a)
Prevalência	28	
Sensibilidade	35	(18-52)
Especificidade	93	(88-98)
(VPP)	66	(43-89)
(VPN)	78	(70-86)

(a) 95% limite de confiança
Autor: Dra. Maria Lucrécia Zavaschi

DISCUSSÃO

A ERD apresentou confiabilidade aceitável ($ri = 0,67$ para $p < 0,01$), havendo também uma associação estatisticamente significativa entre a avaliação clínica qualitativa e os escores atribuídos à ERD pelos quatro juízes para cada dupla ($rs = 0,6342$ para $p < 0,001$).

A prevalência das interações consideradas ruins de acordo com a avaliação clínica qualitativa foi alta (28%) devido a: a) amostra ter sido sistematicamente balanceada; b) realização do estudo em hospital universitário de nível terciário, que recebe duplas de alto risco, em que se supõe que as dificuldades de interação venham a ser maiores.

O instrumento apresentou baixa sensibilidade (35%) e alta especificidade (93%). Testes com alta especificidade mas limitada sensibilidade são mais apropriados para uso confirmatório após avaliação inicial ou por *settings* especializados, em que há alta prevalência da doença (BALDESSARINE e col., 1988). A ERD se mostrou útil para ser aplicada por ocasião da avaliação clínica da interação durante a amamentação em hospitais de nível terciário que se ocupam de díades provenientes de grupos de alto risco para problemas de interação precoce.

O VPP e VPN são aceitáveis (66% e 78%, respectivamente), embora o VPP seja também diretamente relacionado à prevalência de diagnósticos positivos na amostra (BALDES-

SARINI, 1983). Este valor deve ser menor em uma amostra da população geral.

A ERD e a classificação da interação pela avaliação clínica qualitativa foram transformadas em escalas nominais, isto é, diagnóstico positivo ou negativo (veja tabela 2). A associação estatisticamente significativa entre eles foi demonstrada pelo teste exato de Fisher ($p = 0,0008$).

Algumas limitações do estudo que devem ser mencionadas são: a) a pequena amostra; b) uso de instrumento não previamente utilizado para avaliação da interação mãe-bebê.

Este trabalho é relevante porque fornece um substrato para o uso de um instrumento simples para avaliar interação precoce mãe-bebê durante a amamentação. A ERD pode ser também o instrumento de escolha para confirmar uma avaliação clínica da dupla.

Autores consagrados indicam a correlação que existe entre dificuldades precoces na interação mãe-bebê e futuros problemas, como abuso na infância, negligência e abandono (KLAUS e KENNEL, 1975; VERNY, 1981). Estes problemas são alarmantes em países como o Brasil (LIPPI, 1990). Por essas razões, a possibilidade de se ter um instrumento acessório de fácil utilização para avaliar interação precoce da dupla durante a amamentação pode se constituir em valiosa contribuição aos serviços de prevenção primária nestes países.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABERASTURY, A. e SALAS, E. (1984). *A Paternidade*, Artes Médicas, Porto Alegre.
2. BALDESSARINI, R. e col. (1983). "The predictive power of diagnostic tests and the effect of prevalence of illness". *Arch Gen Psychiatry* 40: 569-573.
3. BLANK, D. (1990). "Condutas clínicas na promoção de saúde: de 0 a 2 anos". Em: Duncan, Schmidt & Gingliani (Eds.) *Medicina Ambulatorial: Condutas Clínicas em Atenção Primária*, Artes Médicas, Porto Alegre, 3ª ed., pp. 55-60.
4. BRAZELTON, B. (1981). Neonatal assessment. Em: *The Course of Life*, Vol. I, *Infancy and Early Childhood*, ed. S. I. Government Printing Office, pp. 203-234.
5. CHATEAU, P. e WIBERG, B. (1984a). "Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum". *Scand J Soc Med* 12: 91-103.
6. CHATOOR, I. e col. (1985). Observational scales for infants and mothers during feeding and play (abstract). Em: *Proceedings for Papers and New Research Posters*, American Academy of Child Psychiatry, 32nd Annual Meeting, San Antonio, Texas, p. 36.
7. CHESSE, S. e THOMAS, A. (1982). "Infant bonding: mystique and reality". *Am J Orthopsychiatr* 52: 213-222.
8. CHESSE, S. e THOMAS, A. (1984). "Three-year follow-up of early post partum contact". Em: Call, J.; Galenson, E. e R. Tyson, R. (Eds.) *Frontiers of Infant Psychiatry*, Basic Books, New York, pp. 313-322.
9. COSTA, S.M. e col. (1993). "Assistência ao pré-natal normal e de alto risco". Em: Freitas, F.; Costa, S.M.; Ramos, J.G.L. e Passos, E.P. (Eds.) *Rotinas em Obstetrícia*, 2ª ed., Artes Médicas, pp. 1-12.
10. EGAN, J. e col. (1987). "Mother-infant interactions in infantile anorexia nervosa". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27: 535-540.
11. FLETCHER, R. e col. (1988). *Clinical Epidemiology*, Williams & Wilkins, New York.
12. FRANCIS, P.L. e col. (1987). "The behavioral assessment of the neonate: an overview". Em: Osofsky, J. (Ed.) *Handbook of Infant Development*, John Wiley & Sons, New York, pp. 723-779.
13. KLAUS, M. e col. (1972). "Maternal attachment". *The New England Journal of Medicine* 286: 460-463.
14. KLAUS, M. e KENNEL, J. (1975). *La Relacion Madre-Hijo*, Ed. Panamericana, Buenos Aires.
15. LBOVICI, S. (1983). *Le Nourrisson, la Mere et le Psychanalyste*, Editions du Centurion, Paris.
16. LEVY, D. (1958). *Behavioral Analysis: Analysis of Clinical Observations of Behavior; as Applied to Mother-Newborn Relationships*, Charles C. Thomas, Springfield.
17. LIPPI, J.R.S. (1990). *Abuso e Negligência na Infância: Prevenção e Direitos*, Ed. Científica Nacional, Rio de Janeiro.
18. MAZET, P. e STOLERV, S. (1988). *Psychopathologie du Nourrisson et du Jeune Enfant*, Masson, Paris.
19. NETER, J. e WASSERMAN, W. (1974). *Applied Linear Statistical Models*. Richard D. Irwin, New York.
20. OSOFSKY, J. (1987). *Handbook of Infant Development*, 2ª ed., Wiley & Sons, New York, 1.391p.
21. PRECHTL, H.F.R. e BEINTEMA, D. (1964). "Neurological examination of the fullterm and newborn infant". *Clin Dev Med (London)* 12, Willian, Heineman.
22. QUERLEU, D. e col. (1984). "Reactivité du nouveau-né de moins de deux heures de vie". *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 13: 125-134.
23. ROBINS, L. (1985). "Epidemiology: reflections on testing the validity of psychiatric interviews". *Arch Gen Psychiatry* 42: 918-924.
24. SIEGEL, S. (1956). *Non-parametric Statistics for Behavioral Sciences*, Mc Graw-Hill, New York.
25. VERNY, T. (1989). *A Vida Secreta da Criança Antes de Nascer*, Cis José Salmi, São Paulo.
26. VIANA, H.M. (1973). *Testes em Educação*, Ibrasa, São Paulo.

Silzã Tramontina
Rua Dr. Tauphik Saadi, 465
90470-040 - Porto Alegre, RS
Tel. (051) 332-3574