



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO**

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO: NÍVEL DOUTORADO

JAQUELINE GALDINO ALBUQUERQUE

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS E
OPERACIONAIS DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM
VÍNCULO PAIS-BEBÊ: ESTUDO COM MÃES DE BEBÊS COM ATÉ 12 MESES**

Recife

2014

JAQUELINE GALDINO ALBUQUERQUE

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS E
OPERACIONAIS DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM
VÍNCULO PAIS-BEBÊ: ESTUDO COM MÃES DE BEBÊS COM ATÉ 12 MESES**

Tese apresentada ao Programa de Pós - graduação
em Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento para obtenção do título de
doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento.

Área de concentração: Neuropsicopatologia

Orientador: Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

Co-orientadora: Dra. Carla Fonseca Zambaldi

Recife

2014

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

A345c Albuquerque, Jaqueline Galdino.
Construção e validação de definições constitutivas e operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem vínculo pais-bebê: estudo com mães de bebês com até 12 meses / Jaqueline Galdino Albuquerque. – Recife: O autor, 2014.
203 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.

Orientador: Everton Botelho Sougey.
Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, 2014.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Estudos de validação. 2. Enfermagem. 3. Processos de Enfermagem. 4. Relações mãe-filho. I. Sougey, Everton Botelho (Orientador). II. Título.

612.665 CDD (22.ed.) UFPE (CCS2014-075)

JAQUELINE GALDINO ALBUQUERQUE

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS E
OPERACIONAIS DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM
VÍNCULO PAIS-BEBÊ: ESTUDO COM MÃES DE BEBÊS COM ATÉ 12 MESES**

Tese apresentada ao Programa de Pós - graduação
em Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento para obtenção do título de
doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento.

Aprovada em: 14/03/2014

Banca examinadora:

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey
(Presidente - Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dra. Iracema da Silva Frazão (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti
Universidade Federal de Pernambuco (Examinador Externo)

Prof. Dra. Sandra Lopes de Souza
Universidade Federal de Pernambuco (Examinador Interno)

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes (Examinador Externo)
Universidade Federal do Ceará

*À minha mãe por seu infinito amor, apoio, confiança e ensinamentos.
A todas as mães que amam incondicionalmente os seus filhos e se dedicam
incansavelmente ao exercício da maternidade.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu Senhor Jesus, único e suficiente salvador, por seu infinito amor, por sua graça e misericórdia em todos os momentos da minha vida. Obrigada por me acompanhar em todas as etapas desta pesquisa, sobretudo naqueles momentos em que eu duvidei que chegaria até o fim.

Ao meu esposo, por ser tão companheiro, amigo e atencioso. Obrigada por seu amor, sua paciência e compreensão em todos os momentos.

À minha querida e amada mãe, por seu esforço desmedido para oferecer-me uma educação de qualidade. Muito obrigada por seu amor, por estar sempre presente e por acreditar em mim.

Ao meu pai (in memoriam), pelo exemplo de força e coragem. Sinto saudades das nossas conversas.

Ao meu padrasto "Tio Jonas" (in memoriam), pela sua serenidade, paciência e amor.

Ao meu tio e padrinho por todo o seu apoio em minha formação profissional.

Aos meus irmãos, pelo amor e amizade nos momentos em que eu mais necessitei.

À minha irmã, por sua presença constante em todos os momentos.

Ao meu professor orientador Dr. Everton Sougey, por compartilhar conhecimentos que levarei para toda a vida. Obrigada por permitir que eu desabrochasse, por acreditar que eu conseguiria e por me ensinar a "Pensar Grande". Amadureci muito sendo sua orientanda.

Ao professor Dr. Marcos Venícios, que acompanha minha trajetória desde a graduação em Enfermagem, muito obrigada pela gentileza e disponibilidade em compartilhar seu conhecimento comigo.

Aos membros da banca examinadora, Dr. Marcos Lopes, Dra. Iracema Frazão, Dra Ana Márcia, Dra Sandra Lopes e Dra Ana Luisa Lira, pelas preciosas contribuições para o aprimoramento deste estudo.

Aos amigos conquistados no Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Obrigada pela amizade.

À Secretaria do Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Solange Martins e Fátima Barros, pela dedicação, disponibilidade e paciência, durante esses quatro anos, principalmente em minha qualificação e defesa.

Aos membros do Projeto Saúde Mental da Mulher, em especial Dr. Amaury Cantilino e Dra. Carla Zambaldi, pelas orientações e sugestões ao longo da pesquisa.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, por seus ensinamentos e incentivo a descobrir o mundo das neurociências.

Às amigas Clarissa, Jéssica, Andreza, Amanda, Paulyane e Rhayza, por serem tão prestativas e aceitarem participar do estudo como examinadoras na etapa de validação clínica.

À enfermeira Maria Estela, por seu acolhimento e disponibilidade.

Às enfermeiras especialistas, pela disponibilidade e contribuições substanciais para o desenvolvimento deste estudo.

Às mães e seus bebês, por seus grandes ensinamentos, pela disponibilidade e acolhimento.

À amiga Fernanda, por sua presença e companheirismo.

Ao amigo Edson Gomes, por seus ensinamentos e sua amizade.

Aos que acompanharam de perto a minha trajetória de doutorado, obrigada pelo ombro amigo e pelas palavras de conforto.

A todos que contribuíram para que eu concluísse mais essa etapa.

RESUMO

O estudo teve o objetivo de construir e validar definições constitutivas e operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem Vínculo Pais-bebê aplicado às mães de crianças com até 12 meses. Trata-se de uma pesquisa metodológica desenvolvida com base no modelo da Psicometria e em uma proposta de validação de diagnósticos de enfermagem. O estudo foi executado em três etapas: construção das definições constitutivas e operacionais; análise de conteúdo por especialistas; e validação clínica das definições junto a uma amostra de mães e bebês com até 12 meses de idade atendidos em Unidades de Saúde da Família (USF) do município da Vitória de Santo Antão - PE. As definições constitutivas e operacionais foram analisadas por 14 e 12 especialistas, respectivamente. Calcularam-se os percentuais de concordância entre os peritos e aplicou-se o teste binomial para verificar se a proporção de especialistas que consideraram os itens adequados era igual ou superior a 0,85. O nível de confiança adotado foi de 5%. Após essa etapa, realizou-se a validação clínica das definições junto à população alvo. O teste dos postos assinalados de Wilcoxon foi aplicado para confirmar a hipótese de existência de diferenças entre utilizar definições operacionais e não aplicar essas definições para avaliação da relação afetiva entre mãe e filho. Ademais, para averiguar a estabilidade dos indicadores operacionalizados da escala de resultado, realizou-se o teste e o reteste com uma amostra de 101 e 41 mães, respectivamente. Para o exame da validade concorrente, o Inventário de Percepção Vincular Materna (IPVM) foi o padrão-ouro. A consistência interna do instrumento foi medida por meio do coeficiente *alfa de Cronbach*. Para mensurar a homogeneidade das medidas calculou-se o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e obedeceu às normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos de acordo com a resolução 466/2012. As definições constitutivas e operacionais foram desenvolvidas por

meio de uma revisão integrativa. A análise por especialistas demonstrou que essas definições mostraram-se adequadas de acordo com o teste binomial, exceto o item Realização de Visitas ao berçário. Os enfermeiros de USF's consideraram as definições claras e pertinentes ao contexto do cuidado de enfermagem. Sobre a validação clínica, somente quatro indicadores não mostraram diferenças na avaliação do vínculo entre mãe e bebê ao se utilizarem ou não as definições operacionais: Ato de tocar, fazer movimentos delicados de toque no bebê; Vocalização para o bebê; Ato de confortar o bebê; e Ato de segurar o bebê para alimentá-lo. A maior parte das medidas teste-reteste realizadas com as definições apresentaram elevado CCI. A consistência interna da escala com as definições operacionais foi considerada aceitável ($\alpha=0,716$). O coeficiente de correlação de Spearman mostrou validade concorrente entre a escala NOC e o IPVVM ($p=0,357$; $p=0,004$). O estudo mostrou que as definições constitutivas e operacionais são válidas para mensurar o resultado Vínculo Pais-bebê. Houve diferenças entre utilizar ou não essas definições para se verificar a relação afetiva entre mãe e filho. Ademais, o instrumento apresentou consistência interna satisfatória e validade concorrente com o IPVVM.

Palavras-chave: Estudos de validação. Enfermagem. Processos de Enfermagem. Relações mãe-filho.

ABSTRACT

This study aimed to construct and validate constitutive and operational definitions for the indicators of the Nursing outcome Parent-Infant Attachment applied with mothers of children up to 12 months. This is a methodological research developed based on the psychometric model and a validation proposal of nursing diagnoses. The study occurred in three steps: construction of constitutive and operational definitions; content analysis by experts; and clinical validation of the definitions in a sample of mothers and infants up to 12 months registered in the Family Health Units (FHU) of the municipality of Vitória de Santo Antão-PE, Brazil. A sample of 14 and 12 experts analyzed the constitutive and operational definitions, respectively. We calculated the percentage agreement among the experts and applied the binomial test to verify if the proportion of experts who considered the items appropriate was less or greater than 0.85. We adopted a confidence level of 5%. After this step, we performed the clinical validation of the definitions in the target population. We applied the Wilcoxon-signed rank test to confirm the hypothesis of differences between using or not operational definitions to evaluate the affective relationship between mother and child. Furthermore, to assess the stability of operationalized indicators of the outcome scale, we conducted the test and retest in a sample of 101 and 41 mothers, respectively. To examine the concurrent validity, we used the Inventory of Maternal Bonding Perception (IPVM) as the gold standard. To measure the internal consistency, we used the Cronbach's alpha coefficient. For the homogeneity of measures, we calculated the Intra-class Correlation Coefficient (ICC). The Research Ethics Committee approved the project, which followed the regulatory standards for research involving human subjects in accordance with Resolution 466/2012. We developed the constitutive and operational definitions through an integrative review. The analysis by experts showed that these definitions proved appropriate according to the

binomial test, except the item Visits to the Nursery. Nurses from FHUs considered the definitions clear and relevant to the context of nursing care. As for the clinical validation, only four indicators presented no differences in the evaluation of the mother-baby bonding with and without the use of operational definitions, namely: Act of touching, gently touch the baby; Talking to the baby; Act of comforting the baby; and Act of holding the baby to feed them. The majority of the test and retest measures based on the operational definitions has presented a high ICC. We considered the internal consistency of the scale with operational definitions acceptable ($\alpha=0.716$). The Spearman correlation coefficient presented moderate concurrent validity between the NOC scale and IPVM ($p=0.357$, $p=0.004$). The study showed that the constitutive and operational definitions are valid to measure the outcome Parent-Infant Attachment. We found differences between using or not these definitions to verify the affective relationship between mother and child. Additionally, the instrument presented good internal consistency and concurrent validity with the Maternal Attachment Inventory (IPVM).

Keywords: Validation studies. Nursing. Nursing Process. Mother-child relations.

LISTA DE FIGURAS

Construção das definições constitutivas e operacionais do Resultado Vínculo Pais-bebê para mães de crianças com até 12 meses

Figura 1	Descrição do procedimento de busca dos artigos nas bases de dados. Recife, 2013	37
----------	---------------------------------------------------------------------------------	-------	----

LISTA DE QUADROS

Construção das definições constitutivas e operacionais do Resultado Vínculo Pais-bebê para mães de crianças com até 12 meses

Quadro 1: Componentes dos procedimentos teóricos e suas respectivas definições 27

Quadro 2: Critérios de construção dos itens do instrumento de medida e suas respectivas definições. 28

Validação de conteúdo e análise semântica das definições constitutivas e operacionais dos indicadores do Resultado de enfermagem Vínculo Pais-bebê

Quadro 3: Critérios propostos por Fehring (1994) para seleção dos juízes no processo de validação de fenômenos de Enfermagem. 82

LISTA DE TABELAS

Validação de conteúdo e análise semântica das definições constitutivas e operacionais dos indicadores do Resultado de enfermagem Vínculo Pais-bebê

Tabela 1: Avaliação dos domínios e classes descritos como representativos do resultado de enfermagem Vínculo pais-bebê. Vitória de Santo Antão, 2014.	91
Tabela 2: Análise por especialistas da pertinência dos indicadores sugeridos pela NOC para avaliação do resultado de enfermagem Vínculo Pais-bebê. Vitória de Santo Antão, 2014.	91
Tabela 3: Análise por especialistas das definições constitutivas dos indicadores do resultado de enfermagem Vínculo Pais-Bebê. Vitória de Santo Antão, 2014.	92
Tabela 4: Análise por especialistas das definições operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem Vínculo Pais-Bebê. Vitória de Santo Antão, 2014.	94

Validação clínica das definições operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem Vínculo Pais-bebê

Tabela 5: Comparação dos postos médios dos indicadores NOC com e sem a utilização das definições operacionais (n=54). Vitória de Santo Antão, 2014. 116

Tabela 6: Coeficiente de Correlação Intraclasse entre medidas decorrentes de avaliações Teste-Retestes com a utilização das definições operacionais (n=41). Vitória de Santo Antão, 2014. 118

Tabela 7: Coeficiente de Correlação Intraclasse entre medidas decorrentes de avaliações Teste-Retestes sem a utilização das definições operacionais (n=41). Vitória de Santo Antão, 2014. 118

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	17
2 CONSTRUÇÃO DAS DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS E OPERACIONAIS DO RESULTADO VÍNCULO PAIS-BEBÊ PARA MÃES DE CRIANÇAS COM ATÉ 12 MESES	21
2.1 Vínculo entre mãe e bebê	24
2.2 Classificação de Resultados de Enfermagem	28
2.3 Referencial teórico-metodológico	32
2.3.1 Psicometria	32
2.3.2 Modelo de validação de diagnósticos de Enfermagem	37
3 OBJETIVOS	40
3.1 Objetivo geral	40
3.2 Objetivos específicos	40
4 MÉTODOS	41
4.1 Natureza do estudo	41
4.2 Elaboração das definições constitutivas e operacionais	42
5 RESULTADOS	48
5.1 Definições dos indicadores do Resultado Vínculo Pais-Bebê	48
6 DISCUSSÃO	84
6.1 Definições constitutivas e operacionais dos indicadores	86
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	94
8 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E ANÁLISE SEMÂNTICA DAS DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS E OPERACIONAIS DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM VÍNCULO PAIS-BEBÊ	102
9 OBJETIVOS	105
9.1 Objetivo Geral	105
9.2 Objetivos específicos	105
10 MÉTODOS	107
10.1 Delineamento do estudo	107
10.2 Análise de conteúdo por especialistas	107
10.3 Análise semântica	116
10.4 Aspectos éticos	117
11 RESULTADOS	118
11.1 Validação das definições operacionais	121
11.2 Análise semântica	122
12 DISCUSSÃO	125
13 CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
REFERÊNCIAS	134
14 VALIDAÇÃO CLÍNICA DAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM VÍNCULO PAIS-BEBÊ	138
15 OBJETIVOS	142
15.1 Objetivo Geral	142
15.2 Objetivos específicos	142
16 MÉTODOS	144
16.1 Local do estudo	144
16.2 População e amostra	144
16.3 Instrumento de coleta de dados	146
16.4 Procedimento de coleta de dados	147
16.4.1 Treinamento dos avaliadores	148
16.4.2 Coleta de dados	148
16.5 Análise dos dados	150
16.6 Aspectos éticos	151
17 RESULTADOS	153

18 DISCUSSÃO	159
18.1 Diferenças encontradas nas avaliações realizadas com e sem o uso das definições Operacionais	160
19 CONSIDERAÇÕES FINAIS	164
20 CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS	166
REFERÊNCIAS	167
APÊNDICES	171
APÊNDICE A	172
APÊNDICE B	173
APÊNDICE C	175
APÊNDICE D	176
APÊNDICE E	186
APÊNDICE F	198
ANEXOS	199
ANEXO A	200
ANEXO B	201
ANEXO C	202
ANEXO D	203

1 APRESENTAÇÃO

O uso de classificações de fenômenos de enfermagem - diagnósticos, intervenções ou resultados - contribui para um processo de enfermagem mais preciso e para o aperfeiçoamento do julgamento clínico do enfermeiro acerca dos problemas de saúde de sua competência.

Dentre as taxonomias mais utilizadas, estão a NANDA - I que trata dos diagnósticos de enfermagem; a Nursing Interventions Classification (NIC) que descreve as intervenções; e a Nursing Outcomes Classification (NOC) relacionada com os resultados de enfermagem.

O desenvolvimento da classificação de diagnósticos de enfermagem iniciou na década de 70, sendo formalizado em 1992 pela NANDA - I. O diagnóstico de enfermagem (DE) é definido como o “julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Além disso, constitui a base para a seleção das intervenções da enfermagem e para o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável” (HERDMAN, 2012).

Na presença de DEs, têm-se um conjunto de intervenções a serem implementadas pelo enfermeiro para atender às respostas humanas identificadas. Essas intervenções estão organizadas de forma abrangente e padronizada na Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2010).

A Classificação de Resultados (NOC) apresenta indicadores de avaliação das intervenções implementadas para os diversos fenômenos inerentes à prática do enfermeiro (MOORHEAD et al., 2010).

Particularmente, referente às relações afetivas entre mãe e bebê, acredita-se que utilizar essas taxonomias promove uma assistência de enfermagem sistematizada, qualificada e embasada em evidências científicas, bem como possibilita o reconhecimento das necessidades das mães e de seus filhos por meio de indicadores clínicos acurados que subsidiem avaliação do cuidado de enfermagem e do estado de saúde materno-infantil.

A relação afetiva entre a mãe e o bebê é iniciada desde a gestação e se aprimora logo após o nascimento. O bebê possui uma necessidade física e psíquica de se vincular com o intuito de buscar conforto, amor e refúgio junto à sua mãe.

Embora essa experiência afetiva entre mãe e filho seja positiva para ambos, o ciclo gravídico-puerperal torna a mulher mais suscetível às alterações de humor, principalmente, no período pós-parto. Essas modificações acarretam danos substanciais no estabelecimento do vínculo entre a mãe e o bebê (CANTILINO, 2009).

O enfermeiro ocupa uma posição de destaque quanto ao cuidado prestado à mulher e à criança, pois uma de suas competências, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (2012) é a realização do pré-natal de baixo risco e da puericultura, sobretudo no âmbito da atenção básica à saúde. Portanto, esse profissional tem a oportunidade de averiguar a relação entre mãe e bebê e identificar precocemente disfunções nessa ligação. Diante disso, optou-se pelo espaço da Unidade Básica de Saúde como cenário para este estudo.

Contudo, o cuidado de enfermagem, principalmente quando se trata de fenômenos subjetivos ou de natureza psicossocial, por vezes, é realizado sem sistematização, periodicidade e fundamento científico. Isso propicia que as mais diversas interpretações acerca de um fenômeno, como por exemplo o vínculo entre mãe e filho, por quem observa ou pesquisa, interfiram diretamente no julgamento clínico do

enfermeiro. Essa influência acarreta mudanças no cuidado prestado, nas estratégias definidas e nas ações implementadas, haja vista não haver uma linguagem comum entre os enfermeiros para se julgar os fenômenos próprios da sua prática.

Assim, com o intuito de padronizar a linguagem dos enfermeiros e propiciar uma avaliação mais acurada acerca das relações estabelecidas entre mães e seus bebês, faz-se necessária a utilização de ferramentas de cuidado, tais como as taxonomias de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, que possam auxiliar o estudo dessa ligação afetiva.

Dentre os fenômenos apresentados pelas classificações NANDA-I, NIC e NOC está o Resultado de Enfermagem *Vínculo Pais-bebê* proposto pela NOC. Esta pesquisa tem objetivo de construir e validar definições constitutivas e operacionais para os indicadores desse resultado, considerando o contexto de mães de bebês com até um ano de vida, a fim de fornecer um instrumento operacionalizado, válido e consistente para ser utilizado por enfermeiros de Unidades de Saúde da Família.

Embora o resultado aborde as relações entre os pais e seus bebês, autores afirmam que a mãe é a figura primordial de apego. Essa relação é iniciada durante a gestação, aprimorada após o nascimento e repercute em todas as relações sociais que a criança estabelece ao longo de sua vida (BOWLBY, 2002; BRAZELTON, 2002). Assim, o foco desta pesquisa foi o vínculo entre a mãe e o seu bebê.

Entende-se por definição constitutiva aquela construída em termos de conceitos, ou seja, realidades abstratas. Ela situa o construto exata e precisamente dentro do seu escopo teórico, caracterizando-o e atribuindo-lhe as dimensões que ele deve assumir no espaço semântico da teoria (PASQUALI, 2010).

Uma definição é considerada operacional quando o construto é definido não mais em termos de realidades abstratas, ou seja, de conceitos, mas em termos de comportamentos físicos que refletem a expressão desse construto (PASQUALI, 2010).

Acredita-se que o uso das definições operacionais dos indicadores, em detrimento de avaliações realizadas sem a utilização dessas definições, possibilita uma avaliação de enfermagem mais acurada e direciona as intervenções a serem realizadas pelo enfermeiro para a promoção do vínculo entre mãe e filho.

Com relação à construção e validação das definições constitutivas e operacionais, foram utilizados, como referenciais metodológicos, os princípios da Psicometria para construção de instrumentos psicológicos (PASQUALI, 2010) e o modelo de validação de diagnósticos de enfermagem proposto por Lopes, Silva e Araújo (2012).

2 CONSTRUÇÃO DAS DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS E OPERACIONAIS DO RESULTADO VÍNCULO PAIS-BEBÊ PARA MÃES DE CRIANÇAS COM ATÉ 12 MESES

A Enfermagem tem buscado desenvolver um escopo teórico fundamentado em evidências científicas confiáveis que possam embasá-la como ciência. A utilização de linguagens padronizadas ou terminologias é fundamental para o desenvolvimento dessa profissão.

Uma das lacunas que dificulta a definição de um corpo de conhecimento específico e bem definido na Enfermagem é a ausência de conceitos clarificados. Conceitos confusos resultam em práticas de cuidado ineficazes (CARVALHO; CRUZ; HERDMANN, 2013).

Entende-se por conceito a representação simbólica das dimensões de uma realidade ou de um fenômeno. Clarificar conceitos contribui para a produção do conhecimento científico e para a unificação da linguagem empregada por enfermeiros (CARVALHO; CRUZ; HERDMANN, 2013).

Especificamente sobre o Vínculo mãe e bebê, esse fenômeno tem sido objeto de estudo de diversas áreas do conhecimento, especialmente da Psicologia. Na área de Enfermagem em Saúde Mental, pesquisas com o intuito de conceituar e mensurar fenômenos de natureza psicossocial são incipientes.

O enfermeiro possui papel fundamental na promoção da interação entre a mãe e o seu bebê, pois desempenha uma série de ações que envolvem a saúde da mulher e da criança, principalmente no âmbito da saúde pública (BRASIL, 2012).

Dentre as atribuições designadas ao enfermeiro relativas à saúde da mulher, conforme orientação do Ministério da Saúde (2012) estão: ações educativas envolvendo

todos os membros da família; consulta de pré-natal de gestação de baixo risco; solicitação de exames de rotina e orientação de tratamento, de acordo com as normas do serviço; encaminhamento de gestantes de alto risco para acompanhamento do profissional médico; atividades com grupos de gestantes, grupos de sala de espera, cursos; visitas domiciliares; coleta de exame citopatológico (BRASIL, 2012).

Observa-se que a Política brasileira de Atenção à Saúde da Mulher supervaloriza as ações voltadas para os seus aspectos físicos e biológicos, em detrimento dos fatores psicossociais que influenciam substancialmente a relação entre mãe e bebê e podem ser verificados durante a consulta pré-natal, acompanhamento do puerpério e da criança nos primeiros anos de vida.

Porém, mesmo com essas dificuldades, o enfermeiro durante as consultas do pré-natal possui condições de identificar precocemente sinais que demonstrem como está a qualidade da interação entre a mãe e a criança, e com isso traçar intervenções para a promoção do vínculo, desde a gestação. Além disso, esse profissional realiza toda a supervisão do crescimento e desenvolvimento da criança, nos dois primeiros anos de vida, possibilitando também a avaliação do apego entre os pais, familiares e o bebê.

Diante do exposto, com o intuito de subsidiar futuras práticas em saúde mental voltadas para a promoção das relações entre mãe e filho e da saúde mental da mulher, esta pesquisa foi realizada no contexto de atuação do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF). Esse profissional encontra-se em posição de destaque, enquanto membro de uma equipe multidisciplinar, sobretudo na atenção básica, desenvolvendo estratégias fundamentais de promoção à saúde da mulher e da criança, podendo identificar possíveis alterações no estabelecimento da relação entre a mãe e o seu bebê (RODRIGUES; SILVA; FERNANDES, 2006). Para isso, faz-se necessária a utilização

de ferramentas confiáveis que possam subsidiar o planejamento do cuidado que promova o relacionamento afetivo entre mãe e filho.

A Classificação de Resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification - NOC) propõe diversos resultados que podem ser utilizados no processo de avaliação dos fenômenos inerentes à prática do enfermeiro. Contudo, a NOC não apresenta definições para os indicadores e seus respectivos níveis de mensuração, dificultando a sua utilização nos cenários de cuidado.

Dessa forma, nesta etapa da pesquisa, realizou-se a construção de definições constitutivas e operacionais para os indicadores do resultado de enfermagem Vínculo Pais-bebê aplicado para mães de bebês com até 12 meses de idade acompanhados em Unidades de Saúde da Família.

A escolha por estudar esse público-alvo justifica-se pelo fato de a mãe ser a figura primordial com a qual o bebê estabelece suas primeiras ligações afetivas desde o período gestacional até o puerpério. Ademais, essas relações de apego repercutem na saúde mental da criança, conforme descrito na próxima subseção.

Sobre a faixa etária dos bebês, Bowlby (1969) afirma que do nascimento até os três meses de vida, a criança depende integralmente da figura materna para satisfazer as suas necessidades. É um período em que o contato da mãe com o seu filho é iniciado e o bebê desenvolve o senso de segurança por meio do toque, do odor, da visão e da voz de sua mãe ou do cuidador principal. Entre os três e os seis meses, o bebê aperfeiçoa o seu repertório de interação com a mãe, emite sorrisos e se relaciona, sobretudo, por meio das interações face-a-face. Após os seis meses até os três anos de idade, a criança já se relaciona com pessoas de sua preferência, ou seja, figuras de apego que ela reconhece perfeitamente.

Portanto, o sucesso do vínculo afetivo entre mãe e filho no primeiro ano de vida é crucial para o desenvolvimento de todas as relações futuras desde a infância até a velhice.

2.1 Vínculo entre mãe e bebê

O estabelecimento do vínculo entre a mãe e o seu filho é uma necessidade física e psicológica do bebê que lhe proporciona conforto e proteção, caracterizando, portanto, a mãe como a base segura para o estabelecimento das primeiras ligações emocionais da criança que repercutirão em todas as suas relações sociais futuras (BIAGGIO, 2001).

O vínculo é um processo formado por repetidas experiências significativas e prazerosas de investimento emocional dos pais em seu filho. Ao mesmo tempo outro elo, geralmente chamado de ‘apego’, desenvolve-se nas crianças em relação a seus pais e a outras pessoas que ajudem a cuidar delas. É a partir dessa conexão emocional que os bebês desenvolvem um sentido de quem eles são, evoluem e são capazes de aventurar-se pelo mundo (KLAUS; KENNEL; KLAUS, 2000).

Porém, o apego dos pais para como os seus filhos não é instantâneo e instintivo, a partir do nascimento da criança. Trata-se de um processo contínuo iniciado na gestação, em que o bebê imaginário passa a fazer parte do cotidiano da mãe, sendo formado a partir das suas fantasias, desejos, sonhos e das suas representações dos modelos de ser mãe (BRAZELTON, 2002).

O estreitamento dos laços afetivos entre os pais e o bebê, após o nascimento, acontece de forma individualizada e específica, conforme a resposta de todos os envolvidos no processo. Os pais têm a oportunidade de conhecer o filho, tocá-lo, prestar

os cuidados, exercer o seu papel, enquanto o bebê sinaliza a esses estímulos, no sentido de comunicá-los se esses momentos estão sendo prazerosos ou não (BRAZELTON, 2002; THOMAZ et al., 2005).

A Teoria do Apego desenvolvida por Bowlby (1989) considera que a qualidade dessas relações, mais especificamente, entre mãe e bebê, exercem influência direta na saúde mental da criança, devendo, portanto, ser calorosa, íntima, carinhosa e contínua, e proporcionar prazer e conforto para ambos (BOWLBY, 2002).

As pesquisas em torno da clínica infantil têm buscado compreender como o ambiente social e a estrutura neurológica exercem influência na saúde mental da criança (SCHORE, 2001). Nessa perspectiva, estudos em neurobiologia afirmam que o sistema dopaminérgico mesencefálico, sobretudo o Núcleo Accumbens, possui um papel essencial nos mecanismos sensorio-motores, motivacionais e de controle que impulsionam os animais a buscarem fontes de gratificação no ambiente (IKEMOTO; PANKESSEPP, 1999; ARAGONA et al., 2006).

Bowlby propõe que existe uma necessidade humana de desenvolver vínculos afetivos íntimos, com função biológica de sobrevivência da espécie, desde a fase fetal e se estenderia até a velhice. Na infância, essas interações emocionais se desenvolvem primeiramente com os pais com o intuito de trazer conforto, proteção, carinho e amor. Na adolescência e vida adulta, essas relações são aprimoradas, modificadas e novos laços com outras pessoas importantes são desenvolvidos e agregados (BOWLBY, 2002).

Nesse contexto, salienta-se que a via dopaminérgica mesocortico-límbica sofre grandes influências dos neuropeptídeos pró-sociais, a saber a vasopressina e a oxitocina, liberados em situações de experiências sociosexuais tais como o sexo, o parto e o ato de amamentar. Essa via pode ser modulada em momentos críticos do desenvolvimento

humano - períodos de constituição de conexões neurais essenciais ao funcionamento cerebral - o que a torna vulnerável aos estímulos ambientais, de modo que danos nessa via podem acarretar sequelas mais ou menos estáveis ao longo do ciclo vital do indivíduo (OLAZÁBAL; YOUNG, 2006; BUSTOS, 2008).

O vínculo afetivo influencia substancialmente as funções de regulação de estimulação do Sistema Nervoso Central e Autônomo, recepção, expressão e comunicação de afetivos positivos e negativos, processamento de novas informações e de estímulos inesperados, detecção de perigo, regulação de componentes simpáticos e parassimpáticos do Sistema Nervoso Autônomo responsáveis pelas emoções envolvidas no sistema de resposta ao estresse, sustentação da atenção e controle dos impulsos. Dessa forma, a presença de problemas no processo de desenvolvimento das relações afetivas na infância, tais como a separação prolongada da mãe, abandono, maus-tratos ou negligência nos cuidados diários pode acarretar profundos danos em todas essas funções (SCHORE, 1994, 2000, 2001, 2002, 2005).

Portanto, é importante que se verifique como ocorre o estabelecimento das relações afetivas entre os pais, principalmente a mãe, e o seu filho desde o período gestacional. É fundamental a detecção precoce de problemas na vinculação, sobretudo de pais inseguros, para que estratégias facilitadoras do desempenho do papel de pai e mãe sejam implementadas de modo a minimizar o surgimento de comportamentos alterados nas crianças (GOMES; MELCHIORI, 2012).

Diante do exposto, observa-se que fatores sociais, biológicos e maternos influenciam substancialmente o desenvolvimento do bebê e, por conseguinte, a sua capacidade de desenvolver vínculos emocionais com os pais e outras figuras importantes ao longo do ciclo vital.

Além disso, sabe-se que o período puerperal torna a mulher mais vulnerável às alterações de humor que podem comprometer, sobremaneira, o estabelecimento do vínculo entre a mãe e o bebê. Os transtornos afetivos ocupam posição de destaque, sendo de fundamental importância pelo impacto que causam na vida familiar e conjugal, bem como nas relações entre mãe-bebê. Dentre esses transtornos, a Depressão Pós-parto (DPP) tem sido o mais frequente nesta fase da vida da mulher. Um estudo de revisão mostrou que, no Brasil, as taxas de ocorrência desse transtorno têm variado de 7,2 a 43% (CANTILINO et al., 2010).

A manifestação desse quadro acontece, na maioria dos casos, a partir das primeiras quatro semanas após o parto, alcançando habitualmente sua intensidade máxima nos seis primeiros meses. Os sintomas mais comuns são humor depressivo, sentimentos de culpa, alterações do sono, idéias suicidas, temor de machucar o filho, diminuição do apetite e da libido (ABOU-SALEH; GHUBASH, 1997).

Na presença desses quadros patológicos, a mulher tende a não responder satisfatoriamente às necessidades do filho, sejam elas de natureza física, tais como a alimentação, a manutenção da sua temperatura corporal, e a promoção do conforto da criança, ou emocionais como as necessidades de comunicação, carinho e amor do filho para com a sua progenitora. Diante disso, a mãe pode experimentar sentimentos de ansiedade, vergonha e depressão, provocando profundas alterações na interação entre a mãe e o bebê (BROCKINGTON; GUEDENEY, 1999).

Faz-se necessário que os cuidados prestados à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério promovam a sua saúde mental, além de possibilitar a identificação, ainda no período gestacional, de situações desencadeadoras de sofrimento psíquico na mulher com o intuito de prevenir dificuldades futuras quanto ao cuidado com o seu filho (FALCONE et al., 2005).

Para isso, é importante que se avalie como essas relações entre mãe e filho acontecem, identificando fatores de risco e possíveis preditores de transtornos no vínculo, com o intuito de nortear as estratégias de cuidado dos profissionais de saúde.

No tocante às ferramentas disponíveis para se avaliar o vínculo entre mãe e filho, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, no ano de 2012, de artigos contidos nas bases de dados PUBMED, LILACS, ScienceDirect e PsycINFO com os descritores *mother-child relations* e *mother infant relationship*, e as expressões *validity*, *reliability* e *scale*. Foram encontrados 13 instrumentos de avaliação do vínculo entre mãe e filho, contudo apenas dois estão traduzidos e adaptados para a população de mulheres e crianças brasileiras (PERRELLI et al., 2014).

Assim, observa-se a necessidade do enfermeiro adotar instrumentos de cuidado que incorporem os componentes do Processo de Cuidar em enfermagem e sejam capazes de auxiliá-lo no estudo da ligação afetiva entre mães e bebês.

2.2 Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC)

O cuidado de enfermagem está embasado no Processo de Enfermagem (PE) definido como o emprego de ações dinâmicas, sistemáticas e de forma humanizada que caracterizam a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Esse método proporciona ao enfermeiro a possibilidade constante de avaliar a assistência que está prestando ao usuário. Ademais, estimula o pensamento crítico do enfermeiro e o julgamento clínico sobre todas as informações acerca da situação de saúde dos sujeitos e coletividades. Dessa forma, é possível orientar o processo de tomada de decisão de

forma consciente para alcançar excelentes resultados que qualifiquem e descrevam as ações desse profissional nas mais variadas situações de prática (LEFEVRE, 2010).

O PE é constituído por cinco etapas inter-relacionadas, a saber: investigação ou histórico; diagnóstico de enfermagem; planejamento da assistência; implementação; e avaliação (resultados de Enfermagem) (LEFEVRE, 2010).

Esta pesquisa tem como foco o estudo de um resultado proposto pela Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) para o estudo do vínculo entre mãe e bebê. Essa taxonomia compreende os resultados que descrevem o estado de saúde atual, bem como modificações decorrentes de intervenções, comportamentos, reações e sentimentos do paciente em resposta ao cuidado prestado. Cada resultado possui um rótulo ou nome, uma definição e uma lista de indicadores dispostos em uma escala tipo Likert de cinco pontos que descrevem o cliente, o cuidador ou a família (MOORHEAD et al., 2010).

O uso de indicadores de resultados na avaliação de Enfermagem iniciou-se em 1962 com a adoção de mudanças comportamentais e características físicas de pacientes como marcadores de avaliação da eficácia da assistência de enfermagem. A partir de então, medidas adicionais de resultados têm sido desenvolvidas para averiguar os efeitos das intervenções implementadas e, por conseguinte, a qualidade dessas ações, a exemplo da NOC (MOORHEAD et al., 2010).

A avaliação é de fundamental importância para a verificação da qualidade e efetividade do cuidado de enfermagem, pois permite a mensuração dos resultados alcançados com a assistência, a identificação das potencialidades e dificuldades das ações implementadas, e a evidência da melhora ou não do usuário submetido a uma intervenção.

Esses resultados são medidos ao longo de todo o tempo de atenção à saúde do usuário e, portanto, variam de acordo com os estados do paciente. Sendo assim, não se caracterizam essencialmente apenas como metas a serem alcançadas, mas também representam mudanças significativas na situação de saúde da pessoa submetida ao protocolo de intervenção de enfermagem (MOORHEAD et al., 2010).

Os enfermeiros são os responsáveis pela detecção precoce de problemas e de complicações potenciais que comprometam o alcance das metas traçadas no planejamento do cuidado. Portanto, podem ser os profissionais mais adequados para intervir junto a essas situações, haja vista estarem mais próximos dos usuários, por um maior período de tempo, e devem obrigatoriamente monitorar continuamente a assistência prestada (BENNER et al., 2002; CLARKE; AIKEN, 2003a; CLARK; AIKEN, 2003b)

A NOC, em sua última versão (2010), possui um capítulo que apresenta ligações importantes com a North American Nursing Association International (NANDA - I), sugerindo resultados de enfermagem envolvendo a relação afetiva entre a mãe e o seu bebê, dentre os quais pode-se destacar o “Vínculo Pais-bebê” (MOORHEAD et al., 2010).

Esse resultado é definido como “Comportamentos dos pais e do bebê que demonstram um elo afetivo duradouro”. Além disso, pertence ao domínio Saúde Psicossocial, à classe Interação Social e possui 20 indicadores, a saber: 1. Prática de comportamentos saudáveis durante a gravidez; 2. Designação de atributos específicos ao feto; 3. Preparação para o bebê antes do nascimento; 4. Verbalização de sentimentos positivos relativos ao bebê; 5. Bebê seguro ao colo de forma bem próxima; 6. Ato de tocar, fazer movimentos delicados de toque no bebê; 7. Ato de beijar o bebê; 8. Ato de sorrir para o bebê; 9. Realização de visitas ao berçário; 10. Uso da posição face-face;

11. Uso de contato com os olhos; 12. Vocalização para o bebê; 13. Brincadeiras com o bebê; 14. Reação aos indicadores do bebê; 15. Ato de confortar o bebê; 16. Ato de segurar o bebê para alimentá-lo; 17. Ato de manter o bebê seco, limpo e aquecido; 18. Ato do bebê de olhar para os pais; 19. Reação do bebê aos indicadores dos pais; e 20. Busca de proximidade pelo bebê.

A pontuação de cada indicador é realizada mediante uma escala do tipo Likert distribuída em cinco pontos: nunca demonstrado (1), raramente demonstrado (2), algumas vezes demonstrado (3), frequentemente demonstrado (4), consistentemente Demonstrado (5) e um espaço para especificar quando o indicador não se aplicar à situação em avaliação (NA) (MOORHEAD et al., 2010).

Os indicadores são utilizados para verificar o estado de saúde atual do paciente e/ou mudanças ocorridas decorrentes de intervenções de enfermagem para um determinado problema, a exemplo de disfunções na relação entre a mãe e o bebê. Após a leitura desses elementos e, mesmo entendendo a importância da relação entre o pai e o filho, optou-se por estudar o vínculo apenas entre a mãe e o bebê.

Convém salientar que embora os indicadores contidos na NOC sejam utilizados para avaliar os resultados advindos da implementação de intervenções, eles podem ser empregados a qualquer tempo, incluindo o tempo zero (estado de saúde basal do paciente), ou seja, antes de se intervir, e podem subsidiar a verificação da magnitude de determinado fenômeno de Enfermagem para, posteriormente, se construir um planejamento que responda ao estado de saúde do paciente (MOORHEAD et al., 2010).

A NOC foi escolhida em virtude da possibilidade de ser utilizada por outras disciplinas e com isso proporcionar uma maior comunicação do enfermeiro com outros profissionais de saúde, sobretudo pelo fato do vínculo entre mãe e bebê ser um

fenômeno que exige um cuidado interdisciplinar que envolva diversos saberes e práticas.

Ademais, os resultados de enfermagem compõe uma das etapas de suma importância no Processo de Enfermagem, a saber, a avaliação das intervenções. Portanto a definição desses resultados, em termos operacionais, possibilitará a utilização dessa taxonomia na prática do enfermeiro para mensurar um determinado fenômeno de enfermagem na presença e na ausência de intervenções.

2.3 Referencial teórico-metodológico

Foram utilizados como referenciais metodológicos o modelo da Psicometria para a elaboração de instrumentos psicológicos (PASQUALI 2010) e a proposta de Lopes, Silva e Araujo (2012) para validação de diagnósticos de enfermagem.

2.3.1 Psicometria

Pasquali (2010) sugere a realização de três etapas para a construção de um instrumento de medida de construtos psicológicos, a saber: procedimentos teóricos, empíricos e analíticos.

Os procedimentos teóricos constituem etapas que vão estabelecer e definir claramente o construto (definição constitutiva ou conceitual), conceito ou teorias pertencentes ao instrumento de medida a ser desenvolvido. Além disso, inclui a delimitação das definições operacionais (PASQUALI, 2010).

Segundo Pasquali, esse polo enfoca a teoria que sustentará o construto para o qual se deseja desenvolver o instrumento de medida e a sua operacionalização em itens. O mesmo autor descreve esses procedimentos teóricos em seis passos, a saber: sistema psicológico, propriedade, dimensionalidade, definição, operacionalização e análise dos itens, composta pela análise semântica e de conteúdo por especialistas (PASQUALI, 2010). As respectivas definições dessas etapas encontram-se no quadro 1.

Quadro 1: Componentes dos procedimentos teóricos e suas respectivas definições.

Componentes/Passos (PASQUALI, 2009; PASQUALI, 2010)	Definição (PASQUALI, 2009; PASQUALI, 2010)
1. Sistema Psicológico	O sistema representa o objeto de interesse, também denominado de objeto psicológico, entendido na psicometria como as estruturas latentes, suas propriedades e atributos, traços psíquicos ou processos mentais que constituem o objeto ou sistema psicológico em questão. Trata-se, portanto, de uma etapa de aprofundamento sobre o construto que se deseja medir.
2. Propriedade do sistema psicológico	Definição dos atributos/propriedades que constituem o construto e são o foco de observação ou medida.
3. Dimensionalidade do atributo	Refere-se à estrutura interna (semântica) do atributo. É o passo relativo à escolha das dimensões a serem mensuradas, a partir da literatura sobre o tema e experiência (dados empíricos) do pesquisador.
4. Definição dos construtos	Definição detalhada do construto, ou seja, conceituação clara e precisa dos fatores que o caracterizam para os quais se deseja desenvolver o instrumento de medida. Nessa etapa desenvolvem-se as definições constitutivas e operacionais do que se deseja medir, neste caso, indicadores do resultado de Enfermagem "Vínculo Mãe- bebê", a partir da literatura, expertise na área e experiência do pesquisador.
5. Operacionalização do construto	Construção propriamente dita dos itens referentes à expressão do construto que farão parte do instrumento de medida. Os itens podem ser extraídos de três fontes: literatura, incluindo outros testes que medem o construto; entrevista com a população meta; categorias comportamentais definidas a partir das definições

	<p>operacionais.</p> <p>Esses itens não são escolhidos aleatoriamente, e sim construídos de modo que devem representar comportamentalmente o construto.</p> <p>Para tal, existem regras que se aplicam a cada item individualmente ou para o conjunto total de itens, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> - critérios para a construção dos itens individualmente: comportamental; objetividade ou desejabilidade; simplicidade; clareza; relevância; precisão; variedade; modalidade; tipicidade; e credibilidade (<i>face validity</i>). - critérios para o conjunto de itens: amplitude e equilíbrio. Sugere-se um quantitativo de 20 itens para se representar adequadamente um construto.
6. Análise teórica dos itens	Composta pela análise semântica e análise de construto. A análise semântica tem o intuito de verificar se todos os itens são compreensíveis para todos os membros da população a que o instrumento se destina. A análise de construto averigua a adequação da representação comportamental do construto.

Fonte: elaboração do autor a partir de PASQUALI (2009) e PASQUALI (2010).

Conforme descrito no quadro 1, a construção dos itens que integrarão o instrumento de medida, ou seja, a etapa de operacionalização do construto exige o conhecimento de alguns critérios importantes a serem obedecidos, tais como: critério comportamental, critério de objetividade ou de desejabilidade, simplicidade, clareza, relevância, precisão, variedade, modalidade, tipicidade, credibilidade, amplitude e equilíbrio. Esses dois últimos referem-se ao instrumento de medida como um todo, enquanto os demais possuem sua aplicabilidade voltada para a construção de cada item individualmente (PASQUALI, 2010). O quadro 2 apresenta detalhadamente as definições de cada critério supracitado.

Quadro 2: Critérios de construção dos itens do instrumento de medida e suas respectivas definições.

Crítérios para a construção dos itens aplicados a cada item individualmente (PASQUALI, 2009; PASQUALI, 2010)	Definição (PASQUALI, 2009; PASQUALI, 2010)
1. Critério Comportamental	O item deve expressar um comportamento, não uma abstração ou construto, e deve permitir ao sujeito uma ação clara e precisa.
2. Critério de objetividade ou de desejabilidade	Quando se tratar de escalas de aptidão, os itens devem cobrir comportamentos de fato, permitindo uma resposta certa ou errada. Para o caso de escalas de atitudes e de personalidade em geral, os itens devem contemplar comportamentos desejáveis (atitude) ou característicos (personalidade). Assim, o sujeito que responde ao instrumento, neste caso, deverá ter a possibilidade de concordar ou não ou, ainda, opinar sobre se tal comportamento se adequa ou não para ele, ou seja, se os itens expressam desejabilidade ou preferência.
3. Critério de simplicidade	Um item deve expressar uma única ideia, devendo-se evitar explicações de termos, razões ou justificativas na introdução dos itens, pois podem torná-los confusos para o respondente.
4. Critério da clareza	O item deve ser facilmente compreendido até para o estrato mais baixo da população meta. Para tal, devem-se utilizar frases curtas, com expressões simples e sem equívocos, considerando a linguagem típica da população meta.
5. Critério de relevância	A frase ou expressão deve ser consistente com o atributo definido e com as outras frases que cobrem esse atributo, de modo que o item não deve insinuar atributo diferente do já definido. Esse critério refere-se à saturação do item em relação ao construto, representada a partir da carga fatorial na análise fatorial.
6. Critério de precisão	O item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que cobrem o mesmo contínuo.

7. Critério de variedade	Esse critério é especificado por dois aspectos: 1. Deve-se utilizar uma linguagem variada; 2. Para o caso de escalas de preferência, deve-se formular metade dos itens em termos favoráveis e a outra metade em termos desfavoráveis, com o intuito de evitar resposta estereotipada e assim trazer viés na medição (PASQUALI, 2010).
8. Critério de modalidade	Formular frases com expressões de reação modal, evitando o uso de expressões extremadas como "excelente", "miserável", etc na construção dos itens.
9. Critério de tipicidade	Formar frases com expressões típicas, próprias, inerentes ao atributo.
10. Critério de credibilidade	O item deve ser formulado de modo que não apareça sendo ridículo, despropositado ou infantil, a ponto de ofender ou irritar o respondente.
Aplicados ao conjunto dos itens (instrumento como um todo)	Definição
11. Critério da amplitude	O conjunto de itens relativos ao mesmo atributo deve cobrir toda a extensão de magnitude desse atributo. Dessa forma, pode-se garantir ao instrumento a capacidade de discriminar entre sujeitos de diferentes níveis de magnitude do atributo.
12. Critério de equilíbrio	Os itens do mesmo atributo devem cobrir igualmente ou proporcionalmente todos os setores do contínuo desse atributo, devendo existir, portanto, itens fáceis, difíceis e médios (para o caso de uma escala de aptidões) ou fracos, moderados e extremos (escala de

Fonte: elaboração do autor a partir de PASQUALI (2010).

Dos critérios apresentados, foram utilizados especificamente neste estudo aqueles referentes à operacionalização do construto, ou seja, à elaboração das definições constitutivas e operacionais, destacados a seguir: critério de simplicidade, critério de clareza, critério de precisão e amplitude. Esses parâmetros foram escolhidos considerando a aplicabilidade para a proposta do estudo e os indicadores do resultado de

enfermagem Vínculo Pais-bebê. Sobre a amplitude, embora esse critério seja empregado ao instrumento como um todo, sua utilização foi aplicada para averiguar a adequabilidade do conjunto de indicadores propostos à respectiva definição operacional. Salienta-se que o intuito desta pesquisa não é criar um novo instrumento, mas sim operacionalizar uma escala de resultado de enfermagem já existente. Isso justifica a escolha de determinados critérios em detrimento dos demais anteriormente apresentados.

Os procedimentos empíricos buscam definir como ocorrerá a aplicação do instrumento preliminar e a coleta de informações para avaliação do desempenho psicométrico do instrumento (SILVA, 2007; PASQUALI, 2010). Duas etapas compõem esses procedimentos: planejamento da aplicação, aplicação e coleta (PASQUALI, 2010).

Os procedimentos analíticos referem-se à verificação da fidedignidade do instrumento, por meio do coeficiente de consistência interna (*alfa de Cronbach*) ou da Análise Fatorial cujo objetivo é verificar quantos construtos comuns são necessários para explicar as covariâncias (as intercorrelações) dos itens (PASQUALI, 2009).

2.3.2 Modelo de Validação de diagnósticos de enfermagem

Lopes, Silva e Araujo (2012) sugerem as seguintes etapas para se validar um diagnóstico de enfermagem: (a) análise de conceito, (b) análise do conteúdo por especialistas e (c) análise da acurácia de indicadores clínicos.

Para esta pesquisa, utilizaram-se as recomendações desses autores, principalmente, quanto à análise de conteúdo das definições, sobretudo, no que se refere

à quantidade de especialistas para se validar o conteúdo de um diagnóstico e à avaliação do nível de concordância para se considerar um diagnóstico de enfermagem validado.

A análise de conceito tem a finalidade de fornecer subsídios para o desenvolvimento de instrumentos de pesquisa acurados; aprimoramento e criação de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem; e clarificar conceitos imprecisos utilizados na prática do enfermeiro (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2012).

O estudo aprofundado dos conceitos de interesse para a assistência de enfermagem possibilita o intercâmbio entre os conhecimentos dessa área e os saberes dos diferentes campos disciplinares, tornando possível esclarecer a natureza da enfermagem, definir seu método científico e seu campo específico (FERNANDES, 2011).

Entre os modelos mais utilizados para se analisar conceitos na enfermagem, estão os descritos por Rodgers e Knafl (2000) e de Walker e Avant (2010). Nesta pesquisa, não foram utilizados nenhum desses métodos para a elaboração das definições constitutivas e operacionais, portanto esses modelos não serão detalhadamente descritos.

Após a elaboração das definições, é importante que se verifique a validade desse conteúdo que, geralmente, é efetuada por meio da análise por especialistas. Contudo, existem dificuldades quanto à definição da *expertise* de um profissional em uma área específica, à determinação do número de especialistas e à análise dos dados (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2012).

Diante disso, esses autores sugerem que os especialistas tenham formação acadêmica sólida e experiência clínica na área de interesse do estudo. Ademais, propõem o uso de medidas estatísticas para comparar a proporção de concordância entre

os peritos e sugerem procedimentos estatísticos para estimar o quantitativo de especialistas (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2012).

A seguir, será apresentado o polo teórico, de acordo com a proposta de Pasquali (2010), referente à primeira etapa da pesquisa que corresponde a elaboração das definições constitutivas e operacionais.

3 OBJETIVOS

A partir do exposto, os objetivos desta etapa do estudo foram:

3.1 Objetivo Geral

Construir definições constitutivas e operacionais para os indicadores do Resultado de Enfermagem Vínculo Pais-bebê aplicado às mães de bebês com até 12 meses de idade baseado na Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).

3.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar conceitos e evidências empíricas relacionadas com os indicadores do resultado de enfermagem;
- ✓ Elaborar definições constitutivas e operacionais para os níveis de mensuração dos indicadores do resultado de enfermagem em estudo direcionado às mães de bebês com até 12 meses de idade.

4 MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa desenvolvida para atender à etapa de elaboração das definições constitutivas e operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem Vínculo Pais-Bebê adaptadas ao contexto de mães de crianças com até 12 meses.

4.1 Natureza do estudo

A revisão integrativa possibilita a síntese e análise de vários estudos relevantes acerca de um tema, oferece suporte ao processo de tomada de decisão e promove a melhoria da prática clínica do enfermeiro. Além disso, é capaz de apontar lacunas do conhecimento que necessitam ser preenchidas a partir da realização de novas pesquisas (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

Outros autores definem esse tipo de revisão como um método que permite reunir pesquisas (experimentais e não-experimentais) sobre determinado assunto, gerar uma fonte de conhecimento atual sobre o problema e determinar se o conhecimento é válido para ser transferido para a prática. A sua elaboração deve seguir padrões de rigor metodológico que possibilitarão, ao leitor, identificar as características dos estudos analisados e oferecer subsídios para o avanço da enfermagem (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

4.2 Elaboração das definições constitutivas e operacionais

As etapas descritas a seguir foram executadas com o intuito de identificar as definições constitutivas e operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem Vínculo Pais-bebê a serem aplicados às mães de bebês com até 12 meses de idade.

Pasquali afirma que os procedimentos teóricos devem ser elaborados com base na literatura sobre o construto que o instrumento pretende medir. Esse autor sugere que seja realizada um levantamento robusto da literatura no que concerne às evidências empíricas sobre o fenômeno (PASQUALI, 2010).

Assim, os procedimentos descritos a seguir referem-se à elaboração das definições constitutivas e operacionais dos indicadores com base em uma revisão integrativa.

Optou-se por esse tipo de revisão, pois a mesma tem sido empregada, com frequência, como etapa inicial em estudos sobre validação de diagnósticos de enfermagem (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

Esse método de pesquisa possui seis fases distintas, a saber: identificação do tema ou questionamento da revisão integrativa; estabelecimento de critérios para a busca da literatura; categorização dos estudos (organização em base de dados); avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; e síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados (BROOME; 2000; WHITTEMORE; KNAFL, 2005; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para atender à primeira etapa desta revisão, elaborou-se a seguinte pergunta norteadora: Quais os conceitos, aspectos e parâmetros de mensuração relacionados com o Vínculo entre mãe e filho com até 12 meses?

Um dos aspectos essenciais para a elaboração adequada de uma revisão integrativa é a busca exaustiva da literatura. Esse processo inclui artigos publicados em

periódicos, pesquisas em bases de dados, consulta à lista de referências bibliográficas, teses, dissertações e livros-texto (BEYEA; NICOLL, 1998).

Contudo, autores ressaltam que essa investigação ampla, por vezes, torna-se inoperável do ponto de vista prático, em virtude do volume de artigos encontrados nas bases de dados (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2012).

Assim, nesta revisão optou-se por buscar definições e parâmetros dos indicadores do resultado de enfermagem Vínculo Pais-bebê a partir de pesquisas realizadas com mães de bebês com até 12 meses. Salienta-se que, embora o que o resultado de enfermagem proposto pela NOC seja intitulado "Vínculo Pais-bebê", as definições constitutivas e operacionais desenvolvidas com base nesta revisão referem-se ao contexto do vínculo entre mãe e bebê com até um ano de idade. A Teoria do Apego afirma que as relações afetivas estabelecidas entre a criança e sua mãe, no primeiro ano de vida, são cruciais para todas as demais relações sociais que o bebê iniciará desde a infância até a velhice (BOWLBY, 1969). Assim, esse fato justifica o recorte dessa faixa etária para este estudo de revisão.

A busca da literatura foi realizada nas bases de dados PUBMED (U.S National Library of Medicine), LILACS (Literatura Latino- Americana em Ciências da Saúde) e CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). A partir da lista dos indicadores do resultado de enfermagem, realizou-se um levantamento dos descritores contidos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que representassem os aspectos essenciais desse itens. Dessa forma, os descritores controlados relações mãe-filho e *mother-child relations* foram utilizados para a identificação das publicações.

As etapas de levantamento, seleção e análise das pesquisas ocorreram no período de maio a agosto de 2012. Cada base de dados foi investigada em um único dia, com

gravação das páginas encontradas e, posteriormente, realizou-se a seleção das publicações, mediante os seguintes critérios de inclusão:

1. Artigos publicados no período de 2002 a 2012;
2. Publicações nos idiomas inglês, português ou espanhol;
3. Artigos com texto completo e resumos disponíveis eletronicamente nas bases de dados selecionadas; e
4. Artigos que abordaram algum indicador do resultado de enfermagem Vínculo Pais bebê com amostras de mães de bebês com até 12 meses de vida.

Os estudos em formatos de editoriais, cartas e reflexões, relatos e series de casos foram excluídos.

A estratégia de busca foi definida individualmente em cada base de acordo com os filtros disponíveis, considerando os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. A figura 1 apresenta a descrição detalhada desse procedimento.

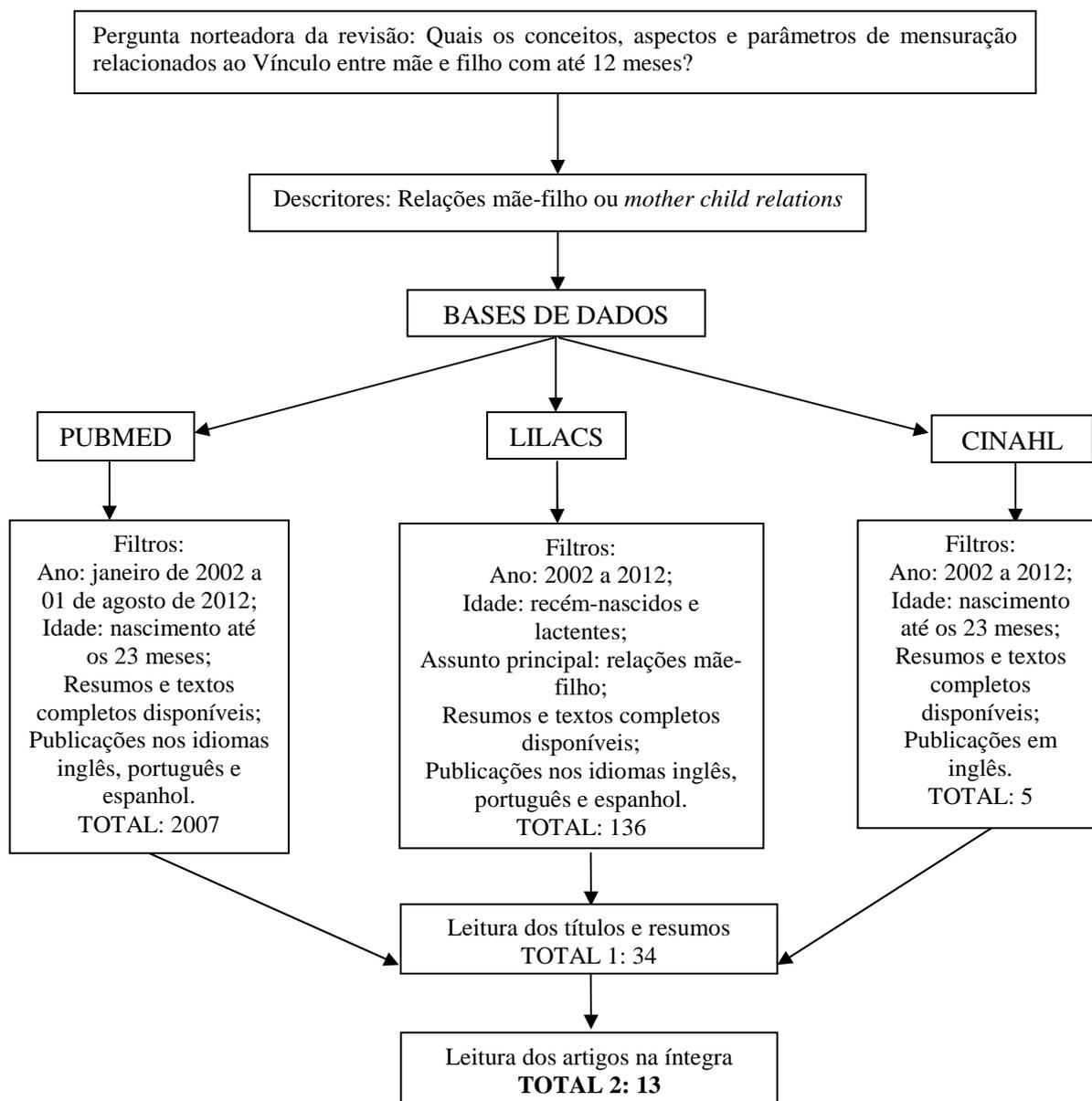


Figura 1: Descrição do procedimento de busca dos artigos nas bases de dados. Recife, 2013

Inicialmente, foram lidos os títulos e resumos dos 2148 artigos encontrados. Um total de 34 estudos apresentou relação com os indicadores do resultado de enfermagem e foram examinados em sua integralidade. Desse quantitativo, 13 artigos descreveram conceitos ou parâmetros de mensuração dos indicadores.

Essas pesquisas foram submetidas a duas leituras para análise do conteúdo e confirmação de que seriam capazes de responder à pergunta norteadora da revisão. Ademais, a partir da lista de referências dos artigos foram incluídos seis livros - texto, uma dissertação de mestrado, dois manuais do Ministério da Saúde, uma legislação brasileira sobre alojamento conjunto e um álbum seriado sobre aleitamento materno publicado pelo Ministério da Saúde. Finalmente, 24 publicações compuseram esta revisão integrativa e subsidiaram a elaboração das definições dos indicadores do resultado de enfermagem em questão.

Para responder à questão norteadora, os dados foram categorizados de acordo com os seguintes aspectos: identificação do estudo (título, autores, periódico, país e idioma de publicação); local de realização do estudo (hospital, universidade, centro de pesquisa, pesquisa multicêntrica, outras instituições); área de publicação da revista (enfermagem, medicina, psicologia, outras áreas); objetivos; descrição sucinta do método; resultados e principais conclusões. Além disso, verificaram-se os conceitos, as evidências empíricas ou formas de mensuração dos indicadores do resultado de enfermagem em estudo.

Ademais, as publicações incluídas nesta revisão foram avaliadas de acordo com os níveis de evidência descritos a seguir: Nível 1 - revisão sistemática ou metanálise de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2 - evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3 - ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4 - estudo de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5 - revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6 - evidências derivadas

de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7 - opinião de autoridades e / ou relatórios de comitê de especialistas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

Os dados coletados foram organizados e agrupados de acordo com cada indicador. Os conceitos e as evidências empíricas identificados nas publicações estão descritos a seguir.

5 RESULTADOS

Com relação ao ano de publicação, cinco artigos foram publicados no período de 2003 a 2005, quatro no intervalo de 2007 a 2008, dois em 2009 e o mesmo quantitativo em 2012. Três estão disponíveis em inglês. Todas as investigações abordaram pelo menos um indicador do resultado de enfermagem Vínculo Pais-bebê. Quanto às áreas do conhecimento, três estudos são da área da enfermagem, um da psiquiatria e nove da psicologia. Salienta-se que cinco publicações utilizaram amostras de um mesmo estudo longitudinal desenvolvido por Piccinini e colaboradores (PICCININI et al., 1998). Dessa forma, para a contagem da área de publicação e dos níveis de evidência, esses trabalhos foram considerados apenas uma vez.

Dos estudos desenvolvidos por enfermeiros (total=3), tem-se uma pesquisa de intervenção e duas qualitativas, classificados, respectivamente, como níveis de evidência 3 e 6. As investigações pertencentes às áreas psiquiatria e psicologia foram classificadas como níveis 4 e 6, respectivamente.

5.1 Definições dos indicadores do Resultado Vínculo Pais-Bebê

✓ *Prática de Comportamentos Saudáveis durante a gravidez*

O indicador Prática de Comportamentos Saudáveis durante a gravidez revela a necessidade de se identificar quais as ações desenvolvidas pela mulher capazes de promover a sua saúde e do seu bebê durante o período gestacional. Foram utilizados dois manuais do Ministério da Saúde norteadores da atenção à saúde da mulher para a

construção do conceito e da definição operacional do indicador citado, haja vista que essas diretrizes descrevem o protocolo de atuação do enfermeiro e dos demais profissionais de saúde.

Por meio da análise dessas diretrizes, foi possível construir a seguinte definição conceitual: capacidade da mulher, desde o período gestacional, de agir de modo que promova o estado de saúde apropriado para a manutenção das funções vitais maternas e fetais e o vínculo afetivo entre ela e o seu bebê (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

Dentre os comportamentos a serem adotados pelas mulheres para a promoção da saúde do bebê, desde a gestação, esses manuais destacaram diversas evidências empíricas sugestivas de comportamentos saudáveis, a saber: início do pré-natal antes ou durante os quatro meses de gestação; realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal; acompanhamento nutricional; realização de exercício físico; comportamentos de interação com o filho, tais como tocar a barriga, conversar com o bebê e observar os movimentos fetais (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

Assim, elaborou-se a seguinte definição operacional:

(1) Nunca demonstrado: Presença do comportamento (1) e de um dos demais aspectos citados:

1. Mulher não compareceu ao pré-natal ou realizou apenas uma consulta;
2. Não praticou exercícios físicos;
3. Não realizou o preparo das mamas para o aleitamento;
4. Verbalizou não interação com o bebê durante a gestação;
5. Relatou consumo de substâncias psicoativas.

(2) Raramente demonstrado: Presença de pelo menos 4 dos 6 primeiros comportamentos, juntamente com 1 dos demais conforme descrição abaixo:

1. Mulher iniciou o pré-natal após a 12ª semana de gestação;
2. Compareceu menos de seis consultas de pré-natal;
3. Não realizou os exames de rotina;
4. Não fez uso de ácido fólico;
5. Não utilizou sulfato ferroso;
6. Esquema vacinal incompleto;
7. Relatou cuidados domésticos e/ou caminhada como sua atividade física uma vez na semana, por pelo menos 30 minutos;
8. Apresentou ganho de peso inapropriado;
9. Participou de atividade educativa para gestantes;
10. Relatou ou demonstrou despreparo quanto ao aleitamento materno: seguiu apenas uma orientação;
11. Esquema de vacinação ausente;
12. Interagiu com o bebê na barriga por meio de uma das seguintes formas: conversas, toque ou observação dos movimentos fetais.

(3) Algumas vezes demonstrado: Presença de pelo menos 5 dos 8 primeiros comportamentos, juntamente com 1 dos demais descritos abaixo. O comportamento (8) deve estar presente obrigatoriamente.

1. Mulher iniciou o pré-natal após a 12ª semana de gestação;
2. Compareceu menos de seis consultas de pré-natal;
3. Realizou exames laboratoriais de rotina;
4. Fez uso ou não de ácido fólico;
5. Utilizou ou não sulfato ferroso;
6. Esquema de vacinação completo ou incompleto;

7. Relatou cuidar da casa e/ou caminhada como prática de atividade física duas vezes na semana, por 30 minutos ou menos;
8. Interagiu com o bebê na barriga por meio de, pelo menos, uma das seguintes formas: conversas rotineiras, toque e observação dos movimentos fetais;
9. Apresentou ganho de peso inapropriado;
10. Participou de atividade educativa para gestantes;
11. Realizou pelo menos uma orientação com relação ao preparo das mamas para o aleitamento;
12. Participou de atividades de lazer.

(4) Frequentemente demonstrado: Presença de pelo menos 6 dos 8 primeiros comportamentos, juntamente com 1 dos demais descritos abaixo. O comportamento (8) deve estar presente obrigatoriamente.

1. Mulher iniciou o pré-natal até a 12^a semana de gestação ou após esse período;
2. Compareceu a seis ou mais consultas pré-natais;
3. Realizou exames laboratoriais de rotina;
4. Fez uso de ácido fólico;
5. Utilizou sulfato ferroso;
6. Esquema de vacinação completo;
7. Praticou caminhada e/ou realizou atividades domésticas, no mínimo 2 vezes na semana, por pelo menos 30 minutos;
8. Interagiu com o bebê na barriga por meio de duas das seguintes formas: conversas rotineiras, toque e observação dos movimentos fetais;
9. Apresentou ganho de peso adequado;
10. Participou de atividade educativa para gestantes;

11. Realizou pelo menos uma orientação com relação ao preparo das mamas para o aleitamento;

12. Participou de atividades de lazer.

(5) Consistentemente demonstrado: Presença de pelo menos 7 dos 8 primeiros comportamentos, juntamente com 1 dos demais descritos abaixo. O comportamento (8) deve estar presente obrigatoriamente.

1. Mulher iniciou o pré-natal até a 12^a semana de gestação ou após esse período;

2. Compareceu a seis ou mais consultas pré-natais;

3. Realizou exames laboratoriais de rotina;

4. Fez uso de ácido fólico;

5. Utilizou sulfato ferroso;

6. Esquema de vacinação completo;

7. Praticou caminhada e/ou realizou atividades domésticas, no mínimo 2 vezes na semana, por pelo menos 30 minutos;

8. Interagiu com o bebê na barriga por meio das seguintes formas: conversas rotineiras, toque e observação dos movimentos fetais;

9. Apresentou ganho de peso adequado;

10. Participou de atividade educativa para gestantes;

11. Realizou pelo menos uma orientação com relação ao preparo das mamas para o aleitamento;

12. Participou de atividades de lazer.

✓ *Designação de atributos específicos ao feto*

Quanto ao indicador Designação de atributos específicos ao feto, quatro artigos relacionaram esse aspecto com a habilidade da mãe de conferir ao seu bebê determinadas características a partir das expectativas criadas na gravidez. Assim, para esse indicador elaborou-se a seguinte definição: capacidade da mãe de criar uma imagem mental do bebê que está em desenvolvimento, a partir dos seus sonhos, desejos e expectativas com todas as atribuições que são necessárias para a completude de um corpo (BRAZELTON; CRAMER, 1992; MALDONADO, 1997; SZEJER; STEWART, 1997; PICCININI et al., 2003).

Como parâmetros de mensuração, identificaram-se: preferência pelo sexo do bebê, escolha do nome, temperamento, qualidades emocionais, atributos físicos e percepção dos movimentos fetais (BRAZELTON; CRAMER, 1992; MALDONADO, 1997; SZEJER; STEWART, 1997; PICCININI et al., 2004; COLDEBELLA, 2006).

No tocante à definição operacional, tem-se: O enfermeiro deverá indagar à mãe acerca das características construídas por ela para o seu bebê, durante a gestação, distribuídas nos seguintes critérios:

1. Preferência quanto ao gênero da criança;
2. Escolha do nome;
3. Características emocionais e comportamentais (bebê sorridente, agitado, calmo, extrovertido, carinhoso, simpático e compreensivo);
4. Características físicas (cor dos olhos, dos cabelos e da pele, tamanho e peso; semelhanças do bebê com alguém da família; desenvolvimento físico adequado); e
5. Atribuições de características ao seu bebê (ex: agitado ou calmo) com base nos movimentos fetais.

- (1) **Nunca demonstrado:** Não se observou, no relato da mãe, nenhum aspecto com relação à caracterização do seu bebê durante o período gestacional.
- (2) **Raramente demonstrado:** Mãe relata um dos cinco aspectos apresentados para caracterizar o seu bebê na fase intra-uterina.
- (3) **Algumas vezes demonstrado:** Mãe relata dois dos cinco aspectos apresentados para caracterizar o seu bebê na fase intra-uterina.
- (4) **Frequentemente demonstrado:** Mãe relata três dos cinco aspectos apresentados para caracterizar o seu bebê na fase intra-uterina.
- (5) **Consistentemente demonstrado:** Mãe relata quatro ou mais aspectos para designar o seu bebê durante a gestação.

✓ *Preparação para o bebê antes do nascimento*

Quanto ao indicador Preparação para o bebê antes do nascimento, trata-se do planejamento realizado pela mãe com o apoio dos demais membros da família e deve contemplar o tipo de parto, local, transporte, recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, apoio familiar e social, diálogo com outros membros da família, especialmente se houver outros filhos, sobre a chegada do bebê, suas peculiaridades e exigências físicas e emocionais, e designação de pessoa de confiança para auxiliá-la no período pós-parto e nos cuidados com o bebê (BRAZELTON, 2002; BRASIL, 2012).

Com relação à definição operacional: O enfermeiro deverá indagar à mãe acerca dos seguintes tópicos pertinentes ao planejamento para a chegada do bebê: 1. Escolha pelo tipo de parto; 2. Uso ou não de medicação anestésica; 3. Escolha do local onde deseja ter o seu bebê; 4. Forma de chegar ao local (meio de transporte/ pessoa designada para levá-la); 5. Organização do enxoval e quarto do bebê; 6. Pessoa responsável pela

manutenção financeira da família após o nascimento; 7. Diálogo com os outros membros da família, especialmente se houver outros filhos, sobre a chegada do bebê, suas peculiaridades, e exigências físicas e emocionais; 8. Designação de pessoa de confiança para auxiliá-la no período pós-parto e nos cuidados com o bebê; e 9. Participação em atividades educativas voltadas para gestantes.

(1) Nunca demonstrado: Mãe relatou que não houve planejamento prévio para a chegada do bebê.

(2) Raramente demonstrado: O planejamento realizado pela mãe contemplou de um a dois aspectos apresentados na definição operacional.

(3) Algumas vezes demonstrado: O planejamento realizado pela mãe contemplou de três a quatro aspectos apresentados na definição operacional.

(4) Frequentemente demonstrado: O planejamento realizado pela mãe contemplou de cinco a sete aspectos apresentados na definição operacional.

(5) Consistentemente demonstrado: O planejamento realizado pela mãe contemplou mais de sete aspectos apresentados na definição operacional.

✓ *Verbalização de sentimentos positivos*

Sobre o indicador Verbalização de sentimentos positivos, cinco artigos possibilitaram a construção da seguinte definição constitutiva: consiste no relato de emoções que caracterizam um estado afetivo prazeroso entre a mãe e o bebê. Essas publicações citaram diversos sentimentos favoráveis ao estabelecimento do vínculo entre mãe e filho, a saber: amor, carinho, admiração, auto - realização, prazer, contentamento, compromisso e preocupação com o bem-estar da criança (DADDS et

al., 2012; LOPES et al., 2007; LOPES et al., 2005; SCHMIDT; ARGIMON, 2009; WITTKOWSKI; WIECK; MANN, 2007).

Referente à definição operacional: O enfermeiro deverá indagar à mãe sobre quais sentimentos positivos ela tem pelo seu bebê, a saber: amor, carinho, alegria, prazer, contentamento e auto-realização.

(1) **Nunca demonstrado:** Mãe relatou apenas sentimentos negativos (tristeza, impaciência, irritabilidade, ansiedade ou cansaço).

(2) **Raramente demonstrado:** Mãe relatou mais sentimentos negativos do que positivos referentes ao seu bebê.

(3) **Algumas vezes demonstrado:** Mãe relatou sentimentos positivos e negativos na mesma proporção.

(4) **Frequentemente demonstrado:** Mãe relatou mais sentimentos positivos do que negativos referentes ao seu bebê.

(5) **Consistentemente demonstrado:** Mãe relatou somente sentimentos positivos referentes ao seu bebê.

✓ *Bebê seguro ao colo de forma bem próxima*

O indicador Bebê seguro ao colo de forma bem próxima foi conceituado como a habilidade da mãe de posicionar o bebê junto ao seu corpo de forma aconchegante e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, promovendo um contato seguro e caloroso dela com o seu filho (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

As evidências empíricas que subsidiaram a elaboração da definição operacional foram (PICCININI et al., 2004; SEIDL DE MOURA et al., 2008): O enfermeiro deverá

observar ou perguntar a mãe sobre como ela costuma segurar o seu bebê, a saber, considerando os seguintes aspectos: 1. Frequentemente segura o seu bebê junto ao seu corpo, de forma aconchegante, durante: alimentação (mamadeira ou amamentação), conversas, brincadeiras, ato de ninar e outros momentos particulares; 2. Uso da posição do ângulo formado pelo pescoço e pelo ombro; 3. Uso da posição canguru; 4. Sentimento de prazer e contentamento ao segurar o seu bebê junto ao colo.

(1) Nunca demonstrado:

1. Mãe relata evitar contato corporal com o bebê; e/ou
2. Durante a entrevista, relata ou demonstra sentimentos de descontentamento ao segurar o bebê junto ao seu colo.

(2) Raramente demonstrado: mãe relata ou demonstra posicionar o bebê junto ao seu corpo para:

1. Amamentá-lo; e/ou
2. Se estiver em alimentação por mamadeira, descreve segurar o bebê junto ao seu corpo e balançá-lo.

(3) Algumas vezes demonstrado:

1. Mãe relata ou demonstra segurar o bebê junto ao seu corpo, durante a amamentação, utilizando posicionamento correto quanto ao aleitamento materno; e/ou
2. Se estiver em alimentação por mamadeira, descreve segurar o bebê junto ao seu corpo e balançá-lo.
3. Além disso, mãe relata ou demonstra segurar o bebê de forma aconchegante em uma das seguintes situações: conversar, ninar, brincar ou durante outras atividades.

(4) Frequentemente demonstrado:

1. Mãe relata ou demonstra segurar o bebê junto ao seu corpo, de forma aconchegante, na posição do ângulo formado pelo pescoço e pelo ombro; e/ou
2. Posicionar o bebê de forma que promova a amamentação eficaz, caso esteja em aleitamento materno; e/ou
3. Se estiver em alimentação por mamadeira, descreve segurar o bebê junto ao seu corpo e balançá-lo.
4. Pode haver relato de uso da "posição canguru".
5. Além disso, mãe relata ou demonstra segurar o bebê de forma aconchegante em duas das seguintes situações: conversar, ninar, brincar ou durante outras atividades.
6. Mãe durante toda ou grande parte da entrevista permaneceu com seu bebê junto ao seu colo de forma próxima e aconchegante.

(5) Consistentemente demonstrado: mãe relata os seguintes comportamentos:

1. Segurar o bebê junto ao seu corpo, de forma aconchegante, na posição do ângulo formado pelo pescoço e pelo ombro; e/ou
2. Posicionar o bebê de forma que promova a amamentação eficaz, caso esteja em aleitamento materno; e/ou
3. Se estiver em alimentação por mamadeira, descreve segurar o bebê junto ao seu corpo e balançá-lo.
4. Pode haver relato de uso da "posição canguru".
5. Além disso, mãe relata ou demonstra segurar o bebê de forma aconchegante em três das seguintes situações: conversar, ninar, brincar ou durante outras atividades.
6. Mãe durante toda ou grande parte da entrevista permaneceu com seu bebê junto ao seu colo de forma próxima e aconchegante.

✓ *Ato de tocar, fazer movimentos delicados de toque no bebê*

Com relação ao Ato de tocar, fazer movimentos delicados de toque no bebê foi possível elaborar o seguinte conceito: capacidade da mãe de estabelecer proximidade com o bebê por meio do contato suave de suas mãos com a pele do seu filho, de forma relaxante e prazerosa. Além disso, quando há necessidade de realizar deslocamentos da criança de um local para outro, o faz suavemente (ROCHA; SIMPIONATO; MELLO, 2003; SEIDL DE MOURA et al., 2004; GALVÃO et al., 2009; HAXTON et al., 2012).

Ainda quanto a esse indicador, as investigações indicaram fortemente a natureza suave do toque da mãe como sinalizadora do vínculo com o bebê. A avaliação desse aspecto pode ser realizada mediante os seguintes critérios: intensidade do toque (leve e firme), tipos de toque (instrumental, expressivo - afetivo, terapêutico, não intencional), frequência (1 vez, 2 vezes, 3 vezes, mais de 3 vezes) e velocidade da ação (rápida, moderada, lenta) (SILVA, 2006).

Sobre a definição operacional: O enfermeiro deverá perguntar à mãe de que forma acontece o contato dela com o seu bebê, considerando os seguintes aspectos:

1. Situações em que ocorre o toque da mãe no seu filho: momentos de ninar, do banho, da troca de roupas/fraldas, da amamentação/alimentação, brincadeiras;
2. Intensidade do toque (leve e firme):
 - 2.1 Intensidade leve: suave, delicado, sutil.
 - 2.2 Intensidade firme: este tipo de toque ocorre em virtude da constante necessidade da mãe de manipular a criança com firmeza para prover a sua sustentação, evitando quedas.
3. Tipos de toque (instrumental, expressivo-afetivo, terapêutico, não intencional);

3.1 Instrumental: constitui como o contato físico deliberado necessário para o desempenho de uma tarefa específica. Citam-se neste aspecto as atividades maternas de cuidado em relação à criança, manifestando-se diante da necessidade de esfregar a pele, pôr as fraldas e passar a pomada para prevenção de assaduras.

3.2 Terapêutico: demonstra uma tentativa da mãe em acalmar o bebê em face de uma reação inesperada dele, como o choro, o soluço e o espirro.

3.3 Não intencional: trata-se do toque realizado de forma inconsciente e não premeditada. Não representa o afeto e não se relaciona com o desempenho direto dos cuidados.

3.4 Expressivo-afetivo: remete ao aconchego, à segurança e à proximidade/calor apresentados ao bebê. Esse tipo de toque está presente nas interações maternas desde a vida intraútero, é apreciado pela criança e representa o “motor” do seu desenvolvimento físico, emocional, afetivo, social e intelectual. Trata-se de uma expressão do amor, do carinho e dos laços da mãe para com o seu filho.

4. Mãe emprega muita força e velocidade ao segurar o bebê. Esse comportamento denota uma repercussão negativa em relação à qualidade das interações.

(1) Nunca demonstrado: Mãe refere não interagir com o seu filho por meio do toque ou tocá-lo de forma rude.

(2) Raramente demonstrado: Mãe refere ausência dos toques expressivo-afetivo e terapêutico na sua relação com o bebê. O toque instrumental é relatado como o mais frequente, especialmente durante o banho ou troca de roupas/fraldas.

(3) Algumas vezes demonstrado: Mãe refere o emprego do toque instrumental e expressivo-afetivo durante o banho do seu filho ou troca de fraldas/roupas. Além disso, relata o uso do toque instrumental com mais frequência.

(4) Frequentemente demonstrado: Mãe refere o emprego dos toques instrumental, terapêutico e expressivo-afetivo. Contudo, relata que o instrumental é o mais frequente no contato com o seu bebê.

(5) Consistentemente demonstrado: Mãe refere o emprego dos toques instrumental, terapêutico e expressivo-afetivo. Contudo, relata que o expressivo-afetivo e terapêutico são os mais frequentes no contato com o seu bebê.

✓ *Ato de beijar o bebê*

✓ *Ato de sorrir para o bebê*

Quanto aos indicadores Ato de beijar e Ato de sorrir para o bebê, não foram encontrados conceitos para esses fenômenos. Dessa forma, buscou-se a definição de beijar e sorrir em dicionários e as definições operacionais para estes dois itens foram elaboradas com base nas pesquisas de Piccinini et al. (2004), Seidl de Moura et al. (2004) e Piccinini et al. (2007).

Diante disso, elaborou-se a seguinte definição constitutiva para o Ato de beijar: refere-se à habilidade da mãe de interagir com o seu bebê por meio do contato suave dos seus lábios com a pele da criança, como uma forma de demonstração de amor e cuidado (FERREIRA, 2009).

A definição operacional está descrita abaixo (PICCININI et al., 2004; SEIDL DE MOURA et al., 2004):

(1) Nunca demonstrado: Mãe evita beijar o seu bebê ou demonstra dificuldade para beijá-lo. Durante a entrevista não se observa esse comportamento entre mãe e filho.

(2) Raramente demonstrado: Durante a entrevista não se observa interação da mãe com o seu filho por meio do beijo ou verifica-se a ocorrência desse comportamento por no máximo duas vezes. Mãe relata beijá-lo docemente durante apenas uma das seguintes situações: alimentação, banho ou troca de fraldas/roupas, brincadeiras e momentos de ninar.

(3) Algumas vezes demonstrado: Durante a entrevista não se observa interação da mãe com o seu filho por meio do beijo ou verifica-se a ocorrência desse comportamento por no máximo duas vezes. Além disso, mãe relata beijá-lo docemente durante, no mínimo, duas das seguintes situações: alimentação, banho ou troca de fraldas/roupas, brincadeiras e momentos de ninar.

(4) Frequentemente demonstrado: Durante a entrevista se observa interação da mãe com o seu filho por meio do beijo por 3 a 4 vezes. Além disso, mãe relata beijá-lo docemente durante, no mínimo, duas das seguintes situações: alimentação, banho ou troca de fraldas/roupas, brincadeiras e momentos de ninar.

(5) Consistentemente demonstrado: Durante a entrevista se observa interação da mãe com o seu filho por meio do beijo por mais de quatro vezes. Além disso, mãe relata beijá-lo docemente durante, no mínimo, duas das seguintes situações: alimentação, banho ou troca de fraldas/roupas, brincadeiras e momentos de ninar.

O Ato de sorrir consiste na habilidade da mãe de interagir com o bebê por meio do sorriso como expressão de um estado de alegria e contentamento ao cuidar ou estar com o seu filho (FERREIRA, 2009).

Quanto à sua Definição operacional (PICCININI et al., 2007):

(1) **Nunca demonstrado:** Mãe refere não sorrir para o seu bebê, e esse comportamento também não foi observado durante a entrevista. Além disso, é possível evidenciar face de tristeza ou descontentamento da mãe com relação ao seu filho durante a entrevista.

(2) **Raramente demonstrado:** Mãe refere sorrir para o bebê durante uma das seguintes situações: alimentação (amamentação ou mamadeira), banho ou troca de fraldas, brincadeiras, momentos de ninar ou de conversas com a criança. Além disso, durante a entrevista mãe não interagiu ou interagiu muito pouco com o seu filho por meio do sorriso. É possível evidenciar tristeza, irritabilidade ou descontentamento da mãe com relação ao seu filho durante a entrevista.

(3) **Algumas vezes demonstrado:** Mãe refere sorrir para o bebê durante, no mínimo, duas das seguintes situações: alimentação (amamentação ou mamadeira), banho ou troca de fraldas, brincadeiras, momentos de ninar ou de conversas com a criança. Além disso, durante a entrevista mãe sorriu poucas vezes ou não interagiu por meio do sorriso com o seu bebê.

(4) **Frequentemente demonstrado:** Mãe refere sorrir para o bebê durante três das seguintes situações: alimentação (amamentação ou mamadeira), banho ou troca de fraldas, brincadeiras, momentos de ninar ou de conversas com a criança. Além disso, mãe sorriu frequentemente para o seu bebê e demonstrou prazer nessa interação durante a entrevista.

(5) **Consistentemente demonstrado:** Mãe refere sorrir para o bebê durante todas as seguintes situações: alimentação (amamentação ou mamadeira), banho ou troca de fraldas, brincadeiras, momentos de ninar e de conversas entre eles. Além disso, mãe sorriu frequentemente para o seu bebê e demonstrou prazer nessa interação durante a entrevista.

✓ *Realização de visitas ao berçário*

No que concerne ao indicador Realização de visitas ao berçário, viu-se que o uso desse termo, no Brasil, tem mais de uma aplicabilidade, dessa forma assumiu-se a expressão berçário para indicar leito no Sistema de Alojamento Conjunto (SAC), leito de observação e leito de internação (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal) (BRASIL, 2002). Assim, berçário refere-se à permanência em Alojamento Conjunto (AC) ou em outro leito de observação.

Diante disso, sugeriu-se a seguinte definição conceitual para o indicador citado: presença da mãe ao local em que o bebê se encontra após o nascimento. Além disso, com o intuito de incorporar as peculiaridades do sistema de saúde brasileiro quanto à assistência à mulher e ao recém-nascido, considerou-se nesse indicador não apenas a realização de visitas, mas também o período em que a mãe e o bebê permaneceram no SAC.

Os artigos, livros-texto e diretrizes brasileiras não citaram possíveis evidências empíricas para esse indicador. Assim, a definição operacional elaborada considerou o número de visitas realizadas pela mãe ao leito do seu bebê e a permanência, de forma positiva, no SAC juntamente com a criança.

O enfermeiro deverá indagar à mãe acerca do seu pós-parto, considerando os seguintes critérios: Realização de visita ao bebê, nas suas primeiras 24 horas de vida; Adesão da mãe ao Sistema de Alojamento Conjunto; e Quantidade de visitas realizadas ao bebê durante o período em que esteve internado (caso ele não estivesse com a mãe no Sistema de Alojamento Conjunto).

Definição operacional para os níveis da escala:

(1) **Nunca demonstrado** - mãe evitou engajar-se no Sistema de Alojamento Conjunto; e/ou ou mãe não realizou visitas ao recém-nascido no período em que esteve internado.

(2) **Raramente demonstrado** - mãe permaneceu no Sistema de Alojamento Conjunto somente por algumas horas (um turno), durante o período de internação; e/ou mãe realizou somente uma visita por dia ao recém-nascido, durante o período em que este esteve internado.

(3) **Algumas vezes demonstrado** - mãe permaneceu no Sistema de Alojamento Conjunto durante o dia (períodos matutino e vespertino) até a alta hospitalar; ou mãe realizou duas visitas por dia ao recém-nascido, durante o período em que este esteve internado.

(4) **Frequentemente demonstrado** - mãe realizou visita, nas primeiras 24 horas de vida do seu bebê, e permaneceu no Sistema de Alojamento Conjunto quase todo o dia (com exceção da madrugada, onde o bebê era retirado e levado ao berçário); ou mãe realizou visita, nas primeiras 24 horas de vida do seu bebê, e realizou três visitas por dia ao recém-nascido, durante o período em que este esteve internado.

(5) **Consistentemente demonstrado** - mãe realizou visita, nas primeiras 24 horas de vida do seu bebê, e permaneceu no Sistema de Alojamento Conjunto 24 horas por dia até a alta hospitalar; ou mãe compareceu ao berçário, nas primeiras 24 horas de vida do seu bebê, e realizou mais de três visitas por dia ao recém-nascido, durante o período em que este esteve internado.

✓ *Uso da posição face-a-face*

O uso da posição face-a-face e do contato com os olhos, as conversas e as brincadeiras com o bebê foram aspectos bem presentes nas publicações (SEIDL DE MOURA, 2008; HOCKENBERRY; WILSON, 2011; DADDS et al., 2012).

O indicador Uso da posição face-a-face foi definido como a habilidade da mãe para posicionar o bebê de forma que facilite as trocas face-a-face, em que suas faces devem estar próximas e eles mantêm o contato mútuo por meio do olhar (SEIDL DE MOURA, 2008; HOCKENBERRY; WILSON, 2011; DADDS et al., 2012).

Quanto à sua definição operacional (SEIDL DE MOURA, 2008; HOCKENBERRY; WILSON, 2011; DADDS et al., 2012): O enfermeiro deverá indagar a mãe sobre o uso da posição face-a-face com o seu filho, considerando os seguintes aspectos:

1. Posicionamento do bebê que possibilite as trocas face-a-face: mãe posiciona o bebê no mesmo plano do seu rosto de forma que facilite o contato visual entre eles durante as brincadeiras ou conversas; mãe posiciona o bebê apropriadamente para alimentá-lo (amamentação ou mamadeira) de forma que possibilite o uso da posição face-a-face; mãe deita a criança na cama de forma que possibilite o uso da posição face-a-face e o contato por meio do olhar.
2. Quantidade de trocas face-a-face: ideal - pelo menos quatro interações durante a consulta.

(1) Nunca demonstrado: Mãe não posiciona o bebê de forma que mantenha o contato face-a-face. Durante a entrevista não se observou utilização dessa posição entre mãe e filho.

(2) Raramente demonstrado: Mãe posiciona o bebê no mesmo plano do seu rosto, facilitando o contato visual entre eles em uma das seguintes situações: brincadeiras ou

conversas entre eles; alimentação/amamentação; e na cama de modo que suas faces fiquem próximas. Durante a entrevista mãe utiliza essa posição de uma a duas vezes ou não se verificou esse comportamento durante a entrevista.

(3) Algumas vezes demonstrado: Mãe posiciona o bebê no mesmo plano do seu rosto, facilitando o contato visual entre eles em uma das seguintes situações: brincadeiras ou conversas entre eles; alimentação/amamentação; e na cama de modo que suas faces fiquem próximas. Durante a entrevista mãe utiliza essa posição de uma a duas vezes.

(4) Frequentemente demonstrado: Mãe posiciona o bebê no mesmo plano do seu rosto, facilitando o contato visual entre eles, em pelo menos duas das seguintes situações: brincadeiras ou conversas entre eles; alimentação/amamentação; e na cama de modo que suas faces fiquem próximas. Durante a entrevista mãe utiliza essa posição de 3 a 4 quatro vezes.

(5) Consistentemente demonstrado: Mãe posiciona o bebê no mesmo plano do seu rosto, facilitando o contato visual entre eles, em pelo menos duas das seguintes situações: brincadeiras ou conversas entre eles; alimentação/amamentação; e na cama de modo que suas faces fiquem próximas. Durante a entrevista mãe utiliza essa posição mais de 4 vezes.

✓ *Uso do contato com os olhos*

Uso do contato com os olhos foi conceituado como a capacidade da mãe para comunicar-se com o seu bebê por meio do olhar atento e terno durante a realização dos cuidados, especialmente no momento da amamentação (SEIDL DE MOURA, 2008).

As evidências empíricas que possibilitaram a elaboração da definição operacional foram (SEIDL DE MOURA, 2008): O enfermeiro deverá indagar a mãe

sobre a comunicação dela com o seu bebê por meio do contato com os olhos, considerando os seguintes aspectos: Situações que propiciam o contato por intermédio do olhar: aleitamento/alimentação, brincadeiras e conversas com o seu bebê; Sentimento de alegria/prazer/contentamento ao olhar para o seu bebê; Reação positiva do bebê ao contato visual da mãe.

(1) Nunca demonstrado: Mãe relata evitar contato visual com o seu filho, pois não sente alegria, amor ou qualquer outro sentimento semelhante nessa interação. Não se observou o contato visual entre mãe e filho durante a entrevista.

(2) Raramente demonstrado: Mãe demonstra face inexpressiva ou de descontentamento ao olhar para o seu filho.

(3) Algumas vezes demonstrado: Mãe relata ou demonstra olhar carinhosamente para o seu bebê durante uma das seguintes atividades: alimentação, brincadeiras/conversas, cuidados diários com o seu filho. Além disso, relata sentimentos positivos ao olhar para o seu filho.

(4) Frequentemente demonstrado: Mãe relata ou demonstra olhar carinhosamente para o seu bebê durante duas das seguintes atividades: alimentação, brincadeiras/conversas, cuidados diários com o seu filho. Além disso, relata sentimentos positivos ao olhar para o seu filho. Observa-se o contato visual entre mãe e filho durante toda ou quase toda a entrevista.

(5) Consistentemente demonstrado: Mãe relata ou demonstra olhar carinhosamente para o seu bebê durante todas as seguintes atividades: alimentação, brincadeiras/conversas, cuidados diários com o seu filho. Além disso, relata sentimentos positivos ao olhar para o seu filho. Observa-se o contato visual entre mãe e filho durante toda ou quase toda a entrevista.

✓ *Vocalização para o bebê*

A habilidade da mãe para comunicar-se com o seu filho por meio do canto e da fala com voz apropriada para o seu bebê foi a definição constitutiva do indicador Vocalização para o bebê (ROCHA; SIMPIONATO; MELLO, 2003; SEIDL-DE-MOURA, 2007).

A sua definição operacional foi (ROCHA; SIMPIONATO; MELLO, 2003; SEIDL-DE-MOURA, 2007): O enfermeiro deverá indagar à mãe sobre a sua habilidade para comunicar-se com o seu bebê, considerando os seguintes aspectos: Uso de um tom de voz específico (suave, alegre e prazeroso) para falar com o seu bebê; Conversas frequentes com o bebê; Uso de cantigas de ninar; Vocalização nas diversas atividades do cotidiano: durante ou após o banho ou troca de fraldas, amamentação/alimentação, brincadeiras ou leitura de histórias.

(1) Nunca demonstrado: Mãe relata ou demonstra não sentir alegria ou prazer em conversar ou cantar para o seu bebê.

(2) Raramente demonstrado: Mãe relata conversar com o seu bebê, em tom de voz normal, aproveitando um dos seguintes momentos para estabelecer essa relação: banho ou troca de fraldas; amamentação/alimentação; quando vai acalotá-lo, colocá-lo para dormir ou quando ele desperta; e durante brincadeiras ou leitura de histórias.

(3) Algumas vezes demonstrado: Mãe relata conversar, cantar ou contar histórias para o seu filho em tom de voz normal ou alegre, suave e atrativo para o bebê. Além disso, relata sentimentos positivos quando vocaliza para ele e/ou refere conversar ou cantar em dois dos seguintes momentos: banho ou troca de fraldas; amamentação/alimentação;

quando vai acalotá-lo, colocá-lo para dormir ou quando ele desperta; e durante brincadeiras ou leitura de histórias.

(4) Frequentemente demonstrado: Mãe relata conversar, cantar ou contar histórias para o seu filho em tom de voz alegre, suave e atrativo para o bebê. Além disso, relata sentimentos positivos quando vocaliza para ele e/ou refere conversar ou cantar em, no mínimo, três dos seguintes momentos: banho ou troca de fraldas; amamentação/alimentação; quando vai acalotá-lo, colocá-lo para dormir ou quando ele desperta; e durante brincadeiras ou leitura de histórias. No momento da entrevista, pode haver ou não vocalização da mãe para o seu bebê, seja conversando ou cantando.

(5) Consistentemente demonstrado: Mãe relata conversar, cantar ou contar histórias para o seu filho em tom de voz alegre, suave e atrativo para o bebê. Além disso, refere sentimentos positivos quando vocaliza para ele e relata conversar ou cantar em todos os seguintes momentos: durante ou após o banho ou troca de fraldas; alimentação; quando vai acalotá-lo; colocá-lo para dormir ou quando ele desperta; e durante brincadeiras ou leitura de histórias. No momento da entrevista, pode haver ou não vocalização da mãe para o seu bebê, seja conversando ou cantando.

✓ *Brincadeiras com o bebê*

Esse aspecto foi conceituado como habilidade da mãe brincar com o filho de forma participativa, mesmo na ausência do choro da criança (COLDEBELLA, 2006).

Sobre as evidências empíricas, tem-se (COLDEBELLA, 2006): O enfermeiro deverá indagar à mãe sobre a sua habilidade para brincar com o seu bebê, considerando os seguintes aspectos: Mãe brinca com o seu bebê espontaneamente, independente de manifestação de choro; faz uso de objetos atrativos para tornar a brincadeira interessante

para o bebê; imita sons de animais ou de objetos inanimados, utiliza tom de voz alegre ou músicas que estimulem brincadeiras; Mãe conta histórias em tom de brincadeira para o bebê.

(1) Nunca demonstrado: Mãe relata não brincar com seu bebê e nem sentir alegria ou prazer na realização desse tipo de atividade.

(2) Raramente demonstrado: Mãe relata brincar com o seu bebê somente quando ele está chorando e, além disso, não utiliza meios para torna a brincadeira atrativa para o seu bebê.

(3) Algumas vezes demonstrado: Mãe relata brincar com o seu bebê somente quando ele está chorando. Além disso, utiliza somente um dois dos seguintes recursos para tornar as brincadeiras mais atrativas para a criança: brinquedos, músicas ou imitação de sons de animais/ objetos inanimados.

(4) Frequentemente demonstrado: Mãe relata brincar com o seu filho de forma indireta e/ou participativa, independente da manifestação de choro da criança. Além disso, utiliza de um a dois dos seguintes recursos para tornar as brincadeiras mais atrativas para a criança: brinquedos; músicas ou imitação de sons de animais/ objetos inanimados; e narração de histórias.

(5) Consistentemente demonstrado: Mãe relata brincar com o seu filho de forma indireta e/ou participativa, independente da manifestação de choro da criança. Além disso, utiliza três dos seguintes recursos para tornar as brincadeiras mais atrativas para a criança: brinquedos; músicas ou imitação de sons de animais/ objetos inanimados; e narração de histórias.

✓ *Reação aos indicadores do bebê*

Quanto ao indicador Reação aos indicadores do bebê, as publicações estabeleceram relação direta desse aspecto com a sensibilidade e responsividade materna. Assim, a definição para esse item foi: habilidade da mãe de reconhecer e responder apropriadamente, sensivelmente e prontamente (sensibilidade/responsividade materna) de forma eficaz às necessidades e sinais comunicativos do bebê (BRAZELTON, 2002).

Definição operacional (BRAZELTON, 2002; ROCHA; SIMPIONATO; MELLO, 2003; PICCININI et al., 2007): O enfermeiro deverá indagar à mãe sobre como ela responde às necessidades do bebê: troca de fraldas, dor, calor, sono, fome, conforto, amor, carinho; e como ela responde aos sinais de comunicação do seu filho, tais como: sorriso, gritos, balbucios e, principalmente, choro, considerando que este é uma das formas de comunicação mais efetivas que o bebê possui para interagir com seus pais.

(1) Nunca demonstrado: Mãe refere não reconhecer os motivos que levam o seu bebê a chorar. Além disso, não atende as necessidades do seu bebê, mesmo que ele esteja chorando. Pode referir indiferença ou não corresponder apropriadamente aos sorrisos e balbucios do seu bebê. Há relato de respostas negativas em reação às manifestações de choro da criança.

(2) Raramente demonstrado: Mãe refere não reconhecer os motivos que levam o seu bebê a chorar ou apresentar dificuldades para percebê-los. Relata atender às necessidades do seu bebê, contudo não o faz imediatamente, mesmo que ele esteja chorando. Dentre o repertório de possibilidades listadas para atender ao choro do bebê, há relato de apenas um comportamento. Pode referir indiferença ou não corresponder

apropriadamente aos sorrisos e balbucios do seu bebê. Há relato de respostas negativas em relação às manifestações de choro da criança.

(3) Algumas vezes demonstrado: Mãe refere apresentar dificuldades para reconhecer os motivos que levam o seu bebê a chorar ou relata perceber apropriadamente essas necessidades. Além disso, pode relatar responder imediatamente a essas demandas ou demorar a atender as necessidades do bebê, mesmo que ele esteja chorando. Dentre o repertório de possibilidades listadas para atender ao choro do bebê, há relato de dois a três comportamentos. Refere corresponder positivamente (alegria, amor, satisfação) aos sorrisos e balbucios do seu bebê. Pode haver relato de respostas negativas quando o bebê chora.

(4) Frequentemente demonstrado: Mãe relata perceber as necessidades do seu filho manifestadas por meio do choro. Além disso, pode relatar responder imediatamente a essas demandas ou demorar a atender as necessidades do bebê, mesmo que ele esteja chorando. Dentre o repertório de possibilidades listadas para atender ao choro do bebê, há relato de quatro a cinco comportamentos. Refere corresponder positivamente (alegria, amor, satisfação) aos sorrisos e balbucios do seu bebê. Pode haver relato de respostas negativas quando o bebê chora.

(5) Consistentemente demonstrado: Mãe relata perceber as necessidades do seu filho manifestadas por meio do choro e respondê-las imediatamente. Dentre o repertório de possibilidades listadas para atender ao choro do bebê, mãe relata, pelo menos, seis comportamentos. Refere corresponder positivamente (alegria, amor, satisfação) aos sorrisos e balbucios do seu bebê. Pode haver relato de respostas negativas quando o bebê chora.

✓ *Ato de confortar o bebê*

O ato de confortar o bebê foi conceituado como a capacidade da mãe para desempenhar cuidados que proporcionem alívio e promovam o bem-estar do seu bebê quanto às necessidades de alimentação/eliminação/higiene/temperatura corporal e, principalmente, às demandas de afeto e amor por parte do bebê (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

Definição operacional (HOCKENBERRY; WILSON, 2011; COLDEBELLA, 2006; PICCININI et al., 2007): O enfermeiro deverá indagar à mãe sobre as ações empregadas para manter o conforto do bebê, considerando os seguintes aspectos:

1. Alimentação:

- 1.1 Amamentação sempre que o bebê sente fome ou em horários estabelecidos;
- 1.2 Uso da mamadeira sempre que o bebê sente fome ou em horários estabelecidos;
- 1.3 Uso da posição face-a-face, toque suave e aconchego ao colo.

2. Higienização/banho:

- 2.1 Preparo do banho (água morna - temperatura adequada para o bebê);
- 2.2 Utilização do toque suave na pele do bebê;
- 2.3 Conversas ou brincadeiras com o filho;
- 2.3 Faz massagens suaves na pele do bebê com sabonete apropriado;
- 2.4 Uso de roupas leves e frescas ou agasalhos, dependendo da temperatura.

3. Sono:

- 3.1 Preparação do ambiente, fechando as janelas para evitar que o bebê tenha hipotermia, especialmente, nos primeiros dias de vida;
- 3.2 Higienização do local e minimização de barulhos;
- 3.3 Utilização de ventilador ou ar-condicionado somente quando necessário;
- 3.4 Utilização de rede ou cortina para proteger o bebê de mosquitos (mosquiteiro);

3.5 Realização da troca de fraldas antes de dormir;

4. Envolvimento afetivo: verificar avaliação dos indicadores: Bebê seguro ao colo de forma bem próxima, Ato de tocar, fazer movimentos delicados de toque no bebê, Ato de beijar o bebê e Brincadeiras com o bebê.

(1) Nunca demonstrado: Mãe não realiza cuidados que promovam o conforto do bebê. Quanto ao envolvimento afetivo, apresenta nível 1 (nunca demonstrado) em, pelo menos, 2 dos indicadores referentes ao envolvimento afetivo.

(2) Raramente demonstrado: Mãe realiza, no mínimo: 1 cuidado referente à alimentação do seu filho; 1 quanto à higienização; e 1 com relação a promoção de um sono confortável para a criança. Quanto ao envolvimento afetivo, apresenta nível 2 (raramente demonstrado) em, pelo menos, 2 dos indicadores referentes ao envolvimento afetivo.

(3) Algumas vezes demonstrado: Mãe realiza, no mínimo: 1 cuidado referente à alimentação do seu filho; 2 quanto à higienização; e 2 com relação a promoção de um sono confortável para a criança. Quanto ao envolvimento afetivo, apresenta níveis 2 (raramente demonstrado) ou 3 (algumas vezes demonstrado) em, pelo menos, 2 dos indicadores referentes ao envolvimento afetivo.

(4) Frequentemente demonstrado: Mãe realiza, no mínimo: 1 cuidado referente à alimentação do seu filho e 3 quanto à higienização. Verifica-se ainda, 3 cuidados com relação a promoção de um sono confortável para a criança. Quanto ao envolvimento afetivo, apresenta nível 4 (frequentemente demonstrado) ou 5 (consistentemente demonstrado) em, pelo menos, 2 dos indicadores referentes ao envolvimento afetivo.

(5) Consistentemente demonstrado: Mãe realiza, no mínimo: 1 cuidado referente à alimentação do seu filho e 4 ou mais quanto à higienização. Verifica-se ainda, 4

cuidados com relação a promoção de um sono confortável para a criança. Quanto ao envolvimento afetivo, apresenta nível 4 (frequentemente demonstrado) ou 5 (consistentemente demonstrado) em, pelo menos, 3 dos indicadores referentes ao envolvimento afetivo.

✓ *Ato de segurar o bebê para alimentá-lo*

Segurar o bebê para alimentá-lo foi relacionado com o posicionamento correto e confortável da mãe e do bebê durante a amamentação ou alimentação por mamadeira (ROCHA; SIMPIONATO; MELLO, 2003; BRASIL, 2007).

Definição operacional (ROCHA; SIMPIONATO; MELLO, 2003; BRASIL, 2007): O enfermeiro deverá indagar à mãe sobre a forma como ela segura o bebê durante a alimentação (amamentação e/ou mamadeira), considerando os seguintes aspectos:

1. Quanto à posição: escolha de uma posição que seja confortável para ambos (DEITADA, SENTADA ou em PÉ);
2. Quanto à técnica, o enfermeiro deverá solicitar, durante a consulta ou visita, para que a mãe descreva como ela posiciona o bebê para amamentar: a) o corpo do bebê deve estar inteiramente de frente para a mãe e bem próximo, de tal forma que a sua barriga esteja voltada para o corpo da mãe; b) a criança deve estar alinhada, a cabeça e a coluna em linha reta, no mesmo eixo, e a sua boca deve estar de frente para o bico do peito de sua mãe, a qual deverá apoiar com o braço e mão o corpo e o “bumbum” do bebê. c) Após essa preparação, a mãe deverá aproximar a boca do bebê ao peito, para que ele possa abocanhá-lo, colocando a maior parte da aréola dentro da boca, de maneira que o queixo do bebê toque o peito da mãe (BRASIL, 2007).

3. Na presença de alimentação por mamadeira: a mãe deverá segurar o bebê junto ao seu corpo e balançá-lo.

4. Quanto ao envolvimento afetivo durante a alimentação (amamentação ou mamadeira) (ROCHA; SIMPIONATO; MELLO, 2003): verificar os seguintes aspectos: 1. Mãe toca levemente e de forma carinhosa em seu filho durante a alimentação, especialmente amamentação (expressivo-afetivo); 2. Mãe beija docemente com frequência o bebê durante a alimentação (amamentação ou mamadeira); 3. Mãe relata alegria e contentamento ao banhar ou trocar as fraldas do bebê; 4. Mãe posiciona o bebê durante a amamentação ou alimentação por mamadeira de modo que possibilite troca de olhares entre eles; 5. Mãe relata ou demonstra olhar carinhosamente para o seu filho durante a alimentação, especialmente amamentação; 6. Mãe relata conversar ou cantar para o seu filho durante a alimentação; e 7. Durante a amamentação ou alimentação por mamadeira, mãe interage com o bebê por meio da posição face-a-face, do toque suave e do aconchego ao colo.

(1) Nunca demonstrado: Mãe relata não segurar o bebê para alimentá-lo. Além disso, há resposta positiva da mãe em apenas um dos itens relativos ao envolvimento afetivo com o seu filho durante a alimentação.

(2) Raramente demonstrado: Mãe escolhe uma posição confortável para alimentar o seu bebê; relata ou demonstra (erro de 1 a 2 passos) dificuldades quanto à técnica correta para amamentar o filho e/ou para segurar o bebê junto ao corpo e balançá-lo, no caso de alimentação por mamadeira. Além disso, há resposta positiva da mãe em dois itens relativos ao envolvimento afetivo com o seu filho durante a alimentação.

(3) Algumas vezes demonstrado: Mãe escolhe uma posição confortável para alimentar o seu bebê; apresenta pouca dificuldade quanto à técnica correta para amamentação (erro de 1 a 2 passos) ou, no caso de alimentação por mamadeira, mãe segura o bebê

junto ao corpo e o balanço. Além disso, há resposta positiva da mãe em três itens relativos ao envolvimento afetivo com o seu filho durante a alimentação.

(4) Frequentemente demonstrado: Mãe escolhe uma posição confortável para alimentar o seu bebê; utiliza técnica correta para amamentá-lo ou apresenta pouca dificuldade quanto à essa técnica (erro de 1 a 2 passos) ou, no caso de alimentação por mamadeira, mãe segura o bebê junto ao corpo e o balanço. Além disso, há resposta positiva da mãe em, no mínimo, 4 itens relativos ao envolvimento afetivo com o seu filho durante a alimentação

(5) Consistentemente demonstrado: Mãe escolhe uma posição confortável para alimentar o seu bebê; utiliza técnica correta para amamentá-lo ou, no caso de alimentação por mamadeira, mãe segura o bebê junto ao corpo e o balanço. Além disso, há resposta positiva da mãe em todos os itens relativos ao envolvimento afetivo com o seu filho durante a alimentação.

✓ *Ato de manter o bebê seco, limpo e aquecido*

A capacidade da mãe de atender prontamente às necessidades do bebê, por meio da troca de fraldas, da manutenção da higiene da criança, do banho na temperatura ideal, da promoção de um ambiente com temperatura agradável e da utilização de agasalhos, sempre que necessário, foi o conceito mais abrangente para o indicador Ato de manter o bebê seco, limpo e aquecido (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

Definição operacional: O enfermeiro deverá indagar à mãe sobre a rotina de cuidados diários prestados ao bebê, a saber, (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

1. Realiza, no mínimo, de seis a dez trocas de fraldas por dia;

2. Realiza a higiene da criança sempre que há troca de fraldas (pelo menos de seis a dez vezes por dia);
3. Usa creme protetor contra assaduras, mas realiza antes a limpeza dos resíduos de urina e fezes com algodão embebido em água morna ou óleo;
4. Realiza pelo menos um banho por dia no bebê, dando atenção para a higiene das unhas e do coto umbilical;
5. Usa roupas e acessórios (touca, luvas e meias) em conformidade com a temperatura do local (calor ou frio), bem como utiliza agasalhos, principalmente, durante a noite;
6. Realiza a higiene da cavidade oral com fralda embebida em água;
7. Realiza limpeza das narinas com solução fisiológica antes das mamadas.

(1) Nunca demonstrado: Mãe não realiza cuidados para manter o bebê seco, limpo e aquecido.

(2) Raramente demonstrado: Mãe realiza de um a dois cuidados apresentados.

(3) Algumas vezes demonstrado: Mãe realiza de três a quatro cuidados apresentados.

(4) Frequentemente demonstrado: Mãe realiza cinco a seis cuidados apresentados. O item Faz uso de roupas leves e frescas ou de agasalhos, dependendo da temperatura pode estar presente.

(5) Consistentemente demonstrado: Mãe realiza todos os cuidados apresentados. O item Faz uso de roupas leves e frescas ou de agasalhos, dependendo da temperatura pode estar presente.

Os três últimos indicadores da NOC estão relacionados com as respostas do bebê às formas de cuidado e à interação que os pais estabelecem com ele. É importante ressaltar que bebês recém-nascidos ou menores de 4 meses, por vezes, não apresentam

uma variedade de respostas à essas formas de interação. Assim, o choro é o indicador mais frequente quando se trata das respostas emocionais do bebê (SEIDL DE MOURA et a., 2008).

✓ *Ato do bebê de olhar para os pais*

O Ato do bebê de olhar para os pais consiste na capacidade da criança de estabelecer contato visual prolongado com os seus pais, especialmente com a mãe, quando ela interage com ele durante as atividades cotidianas (SEIDL DE MOURA et al., 2008).

Definição operacional (SEIDL DE MOURA et al., 2008): O enfermeiro deverá indagar à mãe acerca do contato visual que o bebê estabelece com ela, considerando as seguintes situações:

1. Bebê acompanha os movimentos da mãe com o olhar;
2. Bebê olha para a mãe durante a troca de fraldas/roupas;
3. Bebê olha para a mãe quando está sendo alimentado;
4. Bebê olha para a mãe quando ela chama o seu nome;
5. Bebê olha para a mãe quando ela conversa com ele e o acaricia.

(1) Nunca demonstrado: Bebê não estabelece contato visual prolongado com a mãe.

(2) Raramente demonstrado: Bebê olha para a mãe em, no máximo, duas situações citadas.

(3) Algumas vezes demonstrado: Bebê olha para a mãe em três situações citadas.

(4) Frequentemente demonstrado: Bebê olha para a mãe em quatro situações citadas.

(5) Consistentemente demonstrado: Bebê olha para a mãe em todas as situações citadas.

✓ *Reação do bebê aos indicadores dos pais*

A habilidade do bebê de responder aos comportamentos ou cuidados dos pais, sobretudo da mãe, foi a definição elaborada para Reação do bebê aos indicadores dos pais (BRAZELTON, 2002).

As evidências empíricas estão relacionadas com as reações do bebê aos estímulos ambientais e sociais. Ademais, os comportamentos positivos da mãe (falar, olhar, tocar suavemente, sorrir, dentre outros) incentivam reações positivas no bebê (BRAZELTON, 2002).

Definição operacional: O enfermeiro deverá indagar à mãe acerca das reações do bebê perante às seguintes situações:

1. O bebê chora quando está sozinho;
2. O bebê sente-se feliz na presença da mãe;
3. O bebê sorri em resposta a outro sorriso;
4. O bebê procura a mãe quando escuta a sua voz;
5. O bebê olha para a mãe durante a amamentação;
6. O bebê é capaz de discernir uma voz amável de outra brava, reagindo de modo diferente, de acordo com essas circunstâncias.

(1) Nunca demonstrado: O bebê apresenta apenas uma das reações citadas ou mãe relata ausência de reatividade nas situações citadas.

(2) Raramente demonstrado: O bebê apresenta, no máximo, duas reações citadas.

(3) Algumas vezes demonstrado: O bebê apresenta três reações citadas.

(4) Frequentemente demonstrado: O bebê apresenta quatro reações citadas.

(5) Consistentemente demonstrado: O bebê apresenta, no mínimo, cinco reações citadas.

✓ *Busca de proximidade pelo bebê*

Quanto à busca de proximidade pelo bebê, esse fenômeno foi definido como comportamentos apresentados pelo bebê que refletem a sua necessidade de estar perto dos pais, principalmente da mãe. As formas de interação do bebê para com os pais envolvem o choro, o ato de balbuciar, o olhar, os gritos, a expressão de contentamento quando está junto à mãe e a atitude de estender os braços buscando proximidade (BRAZELTON, 2002).

Definição operacional: O enfermeiro deverá indagar à mãe acerca das formas utilizadas pelo bebê para solicitar a presença dos pais junto a ele, principalmente da mãe, a saber:

1. O bebê chora quando está sozinho, principalmente na ausência da mãe;
2. O bebê corresponde com sorriso, gritos e balbucios aos cuidados da mãe;
3. O bebê demonstra prazer na proximidade com o colo da mãe;
4. O bebê sorri na presença dos pais, principalmente da mãe;
5. O bebê faz gestos pedindo colo aos pais, principalmente da mãe.

(1) Nunca demonstrado: O bebê não apresenta comportamento de busca de proximidade pela sua mãe.

(2) Raramente demonstrado: O bebê apresenta somente 1 comportamento que denota a necessidade de estar próximo da mãe.

(3) Algumas vezes demonstrado: O bebê apresenta 2 comportamentos que denotam a necessidade de estar próximo da mãe.

(4) Frequentemente demonstrado: O bebê apresenta 3 comportamentos que denotam a necessidade de estar próximo da mãe.

(5) Consistentemente demonstrado: O bebê apresenta, no mínimo, 4 comportamentos que denotam a necessidade de estar próximo da mãe.

6 DISCUSSÃO

Evidenciou-se um grande volume de pesquisas voltadas para o estudo da relação entre mãe e filho. Contudo, ao se aplicar os critérios de inclusão, principalmente, o aspecto relacionado com a presença de conceitos ou evidências empíricas de algum indicador da escala de resultado Vínculo Pais-bebê, um quantitativo reduzido de estudos responderam algum aspecto da pergunta norteadora.

Autores afirmam que um das maiores limitações relacionadas com a busca de materiais em bases de dados é o fato de que as pesquisas originais, sobretudo aquelas enquadradas como alto nível de evidência, dificilmente abordam fatores etiológicos ou indicadores clínicos (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013). Essas dificuldades têm sido evidenciadas em estudos recentes com validação de diagnósticos e resultados de enfermagem, em que os autores relataram que parte das informações utilizadas na elaboração de conceitos e definições operacionais foram retiradas de artigos classificados como níveis de evidência inferiores (VITOR, 2010; GUEDES, 2011; SANTOS, 2011; MELO, 2012).

Os estudiosos salientam que esse fato pode ser explicado em virtude das pesquisas envolvendo validação de elementos componentes de diagnósticos de enfermagem serem do tipo observacionais e não ensaios clínicos. Assim, é importante ponderar sobre a utilização dos níveis de evidência para a elaboração de conceitos a fim de que a sua aplicabilidade não acarrete a falsa impressão de baixa qualidade das definições elaboradas. O uso de livros-texto e a busca de opinião de *experts* na área são estratégias para contornar esse problema (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

A maior parte das pesquisas encontradas nas bases de dados foi desenvolvida por psicólogos. A Psicologia é uma área pioneira em termos de avaliação de aptidões

humanas por meio de escalas. Essa avaliação permite a objetividade e operacionalização de teorias psicológicas (PASQUALI, 2010). Assim, é de se esperar que exista um número elevado de pesquisas com descrição de conceitos e indicadores clínicos nessa área.

Apenas três artigos foram produzidos por enfermeiros, dos quais dois não possuem poder de generalização dos resultados, pois se restringiram a um número reduzido de mães e bebês. Contudo, mesmo diante dessa limitação, apresentaram descrição de indicadores importantes e foram selecionados para a revisão. Utilizar análises qualitativas possibilita a exploração de características individuais importantes para a mensuração de fenômenos subjetivos (MOTA; PIMENTA, 2007).

As pesquisas na área da enfermagem voltadas para as análises de conceitos, mensuração e avaliação de fenômenos de natureza psicossocial, como o caso do vínculo entre mãe e filho, ainda são incipientes.

Um estudo descritivo sobre as teses produzidas na enfermagem no Brasil, no período de 1983 a 2001, mostrou que apenas 5,13% abordaram saúde mental nas investigações (ERDMANN et al., 2005). Mensurar eventos, características ou respostas humanas aos processo de saúde e doença é um desafio para a pesquisa clínica e para a prática do enfermeiro, principalmente quando se trata de emoções, sentimentos e comportamentos (MOTA; PIMENTA, 2007; ESPERIDIÃO et al., 2013).

Avaliar fenômenos subjetivos exige o conhecimento de comportamentos que definam e descrevam de forma abrangente os comportamentos que se deseja medir, com o intuito de assegurar que as medições contemplem suas características universais. Construtos psicossociais são complexos e multifacetados, porém é importante verificar a sua magnitude e compreender suas relações. Para isso, é necessário conceituá-los e definí-los em termos operacionais (MOTA; PIMENTA, 2007)

É necessário que a enfermagem produza conhecimentos que instrumentalizem o enfermeiro no processo de julgamento clínico e na tomada de decisões nos mais diversos contextos do cuidado. Ademais, é importante que esse conhecimento científico promova uma prática clínica colaborativa, interdisciplinar, acurada e inovadora capaz de proporcionar maior visibilidade e reconhecimento para a enfermagem enquanto ciência (SCOCHI et al., 2013; PIRES, 2013).

6.1 Definições constitutivas e operacionais dos indicadores

O principal objetivo da assistência pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da utilização de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

O acolhimento, aspecto essencial da política de humanização, possibilita o conhecimento das necessidades da mulher, suas preocupações, angústias e seu âmbito sociocultural e familiar. A identificação desse contexto é fundamental para a construção de intervenções de enfermagem junto à gestante, com o intuito de fortalecer as relações familiares e possibilitar precocemente a construção do vínculo entre mãe e bebê (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

A literatura mostrou diversas atitudes promotoras a serem executadas pelas mães com o intuito de promover a sua saúde e do seu bebê, a saber: início do pré-natal antes ou durante os quatro meses de gestação; realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal; acompanhamento nutricional; realização de exercício físico; comportamentos de interação com o filho (tocar a barriga, conversar com o bebê e observar os movimentos fetais), dentre outros (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

Um estudo sobre avaliação normativa do pré-natal evidenciou que as mães realizaram, em média, 8,3 consultas ($\pm 2,8$) e a média da idade gestacional ao iniciarem o pré-natal foi de 14,4 semanas ($\pm 6,9$) (CORRÊA; BONADIO; TSUNECHIRO, 2011). A captação precoce das mulheres grávidas é essencial para a prevenção da morbidade materna e identificação de gestações de risco. Ademais, o acompanhamento pré-natal deve ser iniciado nos primeiros 120 dias de gestação e a mulher deve realizar, no mínimo, seis consultas (BRASIL, 2000).

São inegáveis os benefícios da nutrição adequada para o desenvolvimento adequado da gestação. As orientações nutricionais durante o pré-natal são essenciais e devem atender às demandas das mulheres, esclarecer suas dúvidas e serem apropriadas para o contexto da gestante (LÍBERA et al., 2011).

Sabe-se que desde o início da gestação, a mãe estabelece uma relação com o bebê reconhecido, desse ponto, como imaginário, cuja representação mental não é a de um embrião em desenvolvimento, e sim de um corpo já formado com todas as atribuições que lhe são necessárias, frutos dos sonhos, desejos e expectativas dos pais, especialmente, da mãe (AULAGNIER, 1990). A interação com o bebê durante a gravidez, as conversas e o toque na barriga familiarizam a criança com a voz da mãe e esse estreitamento das relações se intensifica logo após o parto (ROSA et al., 2010).

O nome é um aspecto importante na designação desses atributos, pois possibilita a personificação do feto e fortalece a comunicação da mãe com o seu filho (ROCHA; SIMPIONATO; MELLO, 2003). Além disso, alguns autores descrevem os movimentos fetais como forma de atribuir personalidade ao feto, sendo relevantes na formação do apego entre a mãe e o bebê (BRAZELTON; CRAMER, 1992; SZEJER; STEWART, 1997; LOPES et al., 2007).

No último trimestre de gestação, a mãe dedica-se ao planejamento para o nascimento do bebê. Essa preparação pode ser organizada com o auxílio do enfermeiro durante a execução de atividades educativas para gestantes e deve envolver o planejamento individual considerando tipo de parto, local, transporte, recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, apoio familiar e social. Faz-se necessário que o enfermeiro dialogue e promova a comunicação entre os membros da família, especialmente se houver outros filhos, sobre a chegada do bebê, suas peculiaridades, exigências físicas e emocionais, e discutam sobre designação de pessoa de confiança para auxiliar a mãe no período pós-parto e nos cuidados com o bebê (BRAZELTON, 2002; BRASIL, 2012).

A literatura investigada descreveu diversos sentimentos favoráveis ao estabelecimento do vínculo entre mãe e filho, a saber: amor, carinho, admiração, auto-realização, prazer, contentamento, compromisso e preocupação com o bem-estar da criança (DADDS et al., 2012; WITTKOWSKI; WIECK; MANN, 2007).

A experiência positiva da maternidade, a satisfação e o prazer da mãe na interação com o seu filho repercute substancialmente no desenvolvimento da criança, fisicamente e psicologicamente. Um estudo longitudinal com 76 indivíduos acompanhados desde o nascimento até 30 anos de idade mostrou que os participantes adultos que receberam cuidados mais eficazes na infância em termos de empatia

materna, consistência, controle, consideração, carinho e gestão da agressão apresentaram um alto nível de mecanismos psicológicos de defesa em comparação com outros adultos que receberam menos carinho de suas mães (MASSIE; SZAJNBERG, 2002).

O ato da mãe de segurar o bebê junto ao colo de forma bem próxima, de tocá-lo de forma suave e de fazer movimentos delicados, de beijar e sorrir para o bebê foram comportamentos frequentes na literatura revisada (ROCHA; SIMPIONATO; MELLO, 2003; SEIDL DE MOURA et al., 2004; GALVÃO et al., 2009).

Uma das formas de tocar o bebê, presente nas interações maternas desde a gestação, é o toque expressivo-afetivo caracterizado como o ideal para averiguar as ligações emocionais entre mãe e filho, pois remete ao aconchego, à segurança e à proximidade calorosa. Além disso, é considerado como o estímulo propulsor do desenvolvimento físico, emocional, afetivo, social e intelectual do bebê (HAXTON et al., 2012). Um estudo desenvolvido por enfermeiros sobre a comunicação não verbal encontrou esse tipo de toque em 11,9% das interações entre a mãe e o bebê (GALVÃO et al., 2009).

A utilização da posição face a face, em que os olhos da mãe e do recém-nascido fazem contato visual no mesmo plano vertical, é significativa na formação dos laços afetivos (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

Um estudo que comparou o apego mãe-filho em situações de parto natural e cesárea, revelou que, em ambos os casos, as puérperas apresentaram olhar fixo e atento para o recém-nascido, acompanhado do sorriso (ROCHA; SIMPIONATO; MELLO, 2003). Outros autores encontraram que os episódios de interação entre a mãe e o bebê são ainda de curta duração, basicamente face-a-face, ocorrem em contextos específicos

e se caracterizam principalmente pelas atividades de tocar, olhar e mamar (SEIDL DE MOURA et al., 2004).

As interações entre a mãe e o bebê exigem que ambos respondam aos comportamentos um do outro de forma mútua. A sensibilidade materna é essencial nesse processo interativo e na formação do vínculo, pois envolve a capacidade da mãe de responder adequadamente às necessidades e sinais de comunicação da criança. Essa resposta eficaz da mãe transmite à criança a ideia de segurança, favorece a exploração do ambiente por parte do bebê e, de modo indireto, favorece o melhor desempenho nos níveis cognitivo, emocional e social (BOWLBY, 2002).

As ações de promoção ao conforto referem-se àquelas que proporcionam prazer, bem-estar e alívio ao bebê. São realizadas rotineiramente e envolve a troca de fraldas/roupas, o banho, a alimentação, o sono, o aconchego, dentre outras (HOCKENBERRY; WILSON, 2011). A disponibilidade e a sensibilidade da mãe para compreender e atender às demandas do seu filho promove sentimento de segurança e noção de bem-estar na criança, além da confiança que será utilizada como base para o conhecimento e exploração do ambiente (SCHMIDT; ARGIMON, 2009).

Quanto aos indicadores de interação do bebê para com a mãe, evidenciou-se que as suas reações dependem dos estímulos ambientais e sociais, de modo que os comportamentos positivos da mãe (falar, olhar, tocar suavemente, sorrir, dentre outros) incentivam reações positivas no bebê (BRAZELTON, 2002).

As formas de comunicação do bebê para com os pais envolvem o choro, o ato de balbuciar, o olhar, os gritos, a expressão de contentamento quando está junto à mãe e a atitude de estender os braços buscando proximidade (BRAZELTON, 2002).

A atitude emocional da mãe e seu afeto orientam o bebê, conferindo qualidade de vida à sua experiência, já que seu aparelho perceptivo e discriminação sensorial não estão maduros (SPITZ, 1996).

Problemas para estabelecer vínculos afetivos positivos, ou seja, mães emocionalmente comprometidas apresentam dificuldades para interagir com o seu filho por meio do toque, beijo, sorriso, conversas e brincadeiras, que podem acarretar danos à saúde mental da criança (BOWLBY, 2002; MÄDER et al., 2013).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão integrativa possibilitou o conhecimento aprofundado das relações de apego entre a mãe e o seu filho, no que tange, principalmente, aos parâmetros de mensuração da qualidade desse vínculo. Observou-se que alguns indicadores não possuem conceitos propriamente ditos, talvez por serem comportamentos e, portanto, por si só, operacionais, como é o caso do Ato de beijar e Ato de sorrir para o bebê.

Embora o resultado de enfermagem Vínculo Pais-bebê apresente um caráter fortemente subjetivo foi possível operacionalizá-lo sem, no entanto, desconsiderar as individualidades da mãe e do bebê.

Sobre o indicador Realização de Visitas ao berçário, os estudos não descreveram evidências empíricas para a sua operacionalização. Isso se deve ao fato de que, no Brasil, após o nascimento da criança, a mãe, na maioria das vezes, permanece com o seu filho no SAC.

As definições conceituais e operacionais englobaram não apenas as emoções e sentimentos, mas também as ações que traduzem esses comportamentos internos, tendo como destaque, as práticas e atitudes da mãe durante a gestação e após o nascimento do seu filho.

Portanto, essa revisão integrativa revelou que a avaliação da qualidade do vínculo deve incorporar as condutas correspondentes às reações emocionais presentes na interação entre a mãe e o bebê. O enfermeiro deve utilizar um instrumental robusto para o conhecimento dessas práticas. Para isso, necessita conceituar esses fenômenos e mensurá-los com o intuito de verificar a sua magnitude e construir o planejamento de cuidado individualizado para fortalecer mutuamente as ligações emocionais entre a mãe e o seu filho.

Finalmente, as limitações desta revisão estão relacionadas com a escassez de estudos sobre a análise de conceitos relacionados com as taxonomias de enfermagem e de pesquisas envolvendo a mensuração de indicadores referentes ao vínculo entre mãe e bebê.

REFERÊNCIAS

ABOU-SALEH, M. T.; GHUBASH, R. The prevalence of early postpartum psychiatric morbidity in Dubai: a transcultural perspective. **Acta Psychiatr Scand**, v.95, n.5, p.428-432, 1997.

ARAGONA, B. J. et al. Nucleus accumbens dopamine differentially mediates the formation and maintenance of monogamous pair bonds. **Nature Neuroscience**, v.1, p.133-38, 2006.

AULAGNIER, P. **Um intérprete em busca de sentido**. São Paulo: Escuta, 1990.

BENNER, P. et al. Individual, practice and system causes of errors in nursing: A Taxonomy. **JONA**, v. 32, n. 10, p. 509-52, 2002.

BEYEA, S.; NICOLL, L. H. Writing an integrative review. **AORN J**, v. 67, n. 4, p. 877-880, 1998.

BIAGGIO, A. M. B. **Psicologia do desenvolvimento**. Petrópolis: Vozes, 2001.

BOWLBY, J. **Apego: A natureza do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 569/GM, de 1º de junho de 2000. **Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2000. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 312, de 30 de abril de 2002**: estabelece a Padronização da nomenclatura do Censo Hospitalar. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-312.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Promovendo o Aleitamento Materno**. 2.ed. revisada. Brasília, 2007. Álbum seriado. 18p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318p.

BRAZELTON, T.; CRAMER, B. **As primeiras relações**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BRAZELTON, T. B. **Momentos decisivos do desenvolvimento infantil**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BROCKINGTON, I; GUEDENEY, A. Motherhood and mental health. **Infant Observation.**, v.2, n.2, p.116-117, 1999.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 5. ed. Rio de Janeiro: MOSBY - Elsevier, 2010.

BUSTOS, M. M. Núcleo accumbens y el sistema motivacional a cargo do apego. **Revista Chilena de Neuropsiquiatria**, v.46, n.3, p.207-15, 2008.

CARVALHO, E. C.; CRUZ, D. A. L. M; HERDMAN, T. H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. **Rev Bras Enfer**. v. 66, n. esp, p. 134-41, 2013.

CANTILINO, A. et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. **Rev Psiquiatr Clín.**, v.37, n.6, p.288-294, 2010.

CLARKE, S. P.; AIKEN, L. H. Failure to rescue. **American Journal of Nursing**, v. 103, n. 1, p. 42-47, 2003a.

CLARKE, S. P.; AIKEN, L. H. Registered nurse staffing and patient and nurse outcomes in hospitals: A commentary. **Policy, Politics & Nursing Practice**, v. 4, n. 2, p.104-111, 2003b.

CORRÊA, C. R. H; BONADIO, I. C; TSUNECHIRO, M. A. Avaliação normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 6, p. 1293-1300, 2011.

COLDEBELLA, N. **Expectativas e sentimentos acerca do bebê em gestantes primíparas e secundíparas.** Dissertação (Mestrado) - Pós-graduação em Psicologia do desenvolvimento, Universidade Federal do Rio grande do Sul, 2006.

DADDS, M. R. et al., Love, eye contact and the developmental origins of empathy v. psychopathy. **Br J Psychiatry**, v. 200, n. 3, p. 191-6, 2012.

ESPERIDIÃO, E. et al. A Enfermagem Psiquiátrica, a ABEN e o Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: avanços e desafios. **Rev Bras Enferm.**, v. 66, n. esp, p. 171-6, 2013.

ERDMANN, A. L. et al. Teses produzidas nos programas de Pós-Graduação em Enfermagem de 1983 a 2001. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 39, n. esp, p. 497-505, 2005.

ERDMANN, A. L.; LANZONI, G. M. M. Características dos grupos de pesquisa da Enfermagem brasileira certificados pelo CNPQ de 2005 a 2007. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 12, n. 2, p. 316-22, 2008.

FALCONE, V. M. et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 612- 618, 2005.

FERNANDES, M. G. M. et al. Análise conceitual: considerações metodológicas. **Rev Bras Enferm.**, v. 64, n. 6, p. 1150-6, 2011.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** Editora: Positivo Didáticos. 4. ed., 2009.

GALVÃO, M. T. G. et al. Comunicação não verbal entre mãe e filho na vigência do HIV/AIDS à luz da Tacêsica. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 13, n. 4, p. 780-85, 2009.

GUEDES, N. G. **Revisão do diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário: análise de conceito e validação por especialistas.** Tese (Doutorado em Enfermagem). Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2011.

HAXTON, D. et al. Implementing skin-to-skin contact at birth using the Iowa model: applying evidence to practice. **Nurs Womens Health.**, v. 16, n. 3, p. 220-9, 2012.

HERDMAN, T. H. **Diagnósticos de Enfermagem da Nanda: Definições e Classificação 2012-2014**. Porto Alegre Artmed, 2013.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica**. 8.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

IKEMOTO, S.; PANKSEPP, J. The role of nucleus accumbens dopamine in motivated behavior: a unifying interpretation with special reference to reward-seeking. **Brain Research Reviews**, v.31, p.6-41, 1999.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. H. **Vínculo – Construindo as bases para um apego seguro e para a independência**. 1.ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

LIBERA, B. D et al. Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva de puérperas e profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4855-4864, 2011.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAÚJO, T. L. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 23, n. 3, p. 134-139, 2012.

LOPES, R. C. S. et al. O Antes e o Depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicologia: Reflexão e crítica**, v. 18, n. 2, p. 247-254, 2005.

LOPES, R. C. S. et al. Sentimentos Maternos frente ao Desenvolvimento da Criança aos 12 meses: Convivendo com as Novas Aquisições Infantis. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, n. 1, p. 05-16, 2007.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M. S.; ARAÚJO, T. L. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Rev Bras Enferm.**, v. 66, n. 5. p. 649-55, 2013.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**. São Paulo: Saraiva, 1997.

MADER, C. V. N. et al. Avaliação do vínculo mãe-filho e saúde mental de mães de crianças com deficiência intelectual. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 11, n. 1, 2013.

MASSIE, H.; SZAJNBERG, N. The relationship between mothering in infancy, childhood experience and adult mental health: results of the Brody prospective longitudinal study from birth to age 30. **Int J Psychoanal**, v. 83, n. 1, p. 35-55, 2002.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005. p. 3-24.

MELO, R. P. **Resultado de enfermagem equilíbrio hídrico no pós-operatório de cirurgia cardíaca**: análise de conceito e construção de definições operacionais. Tese (Doutorado em Enfermagem). Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2012.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **TextoContexto- enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MENEZES, P. R. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. **Rev. psiquiatr. clín.** v. 25, n. 5, p. 214-6, 1998.

MOORHEAD, S. et al. **Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC)**. 4. ed. Rio de Janeiro: MOSBY - Elsevier, 2010.

MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M. Avaliação e mensuração de variáveis psicossociais: desafio para pesquisa e clínica de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 309-14, 2007.

OLAZÁBAL, D. E.; YOUNG, L. J. Oxytocin receptors in the nucleus accumbens facilitate “spontaneous” maternal behavior in adult female prairie voles. **Neuroscience**, v.141, p.559-68, 2006.

PASQUALI, L. cols. **Instrumentação Psicológica**: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010.

PERRELLI, J. G. A. et al. Instrumentos de avaliação do vínculo entre mãe e bebê. *Rev. paul. pediatr.* v. 32, n. 3, 2014. No prelo.

PICCININI, C. A et al. O bebê imaginário e as expectativas quanto ao futuro do filho em gestantes adolescentes e adultas. **Interações**, v. 8, n. 16, p. 81-108, 2003.

PICCININI, C. A. et al. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 20, n. 3, p. 223-232, 2004.

PICCININI, C. A. et al. **Projeto longitudinal de Porto Alegre: da gravidez à escola.** Relatório Parcial – Setembro 2008. Disponível em: <http://www.uncg.edu/hdf/facultystaff/Tudge/Relatorio.pdf>

PICCININI, C. A. et al. Responsividade materna em famílias de mães solteiras e famílias nucleares no terceiro mês de vida da criança. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 12, n. 2, p. 109-117, 2007.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n. 4, p. 434-8, 2009.

ROCHA, S. M. M.; SIMPIONATO, E.; MELLO, D. F. Apego Mãe-filho: um estudo comparativo entre mães de parto normal e cesárea. **Rev Bras Enferm.**, v. 56, n. 2, p. 125-129, 2003.

RODRIGUES, D. P.; SILVA, R. M.; FERNANDES, A. F. C. Ação interativa enfermeiro-cliente na assistência obstétrica. **Rev Enferm UERJ.**, v. 14, n. 2, p. 232-38, 2006.

ROSA, R. et al. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 14, n. 1, p. 105-12, 2010.

RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. **Concept development in nursing: Foundations, techniques and applications.** Philadelphia: W. B. Saunders, 2000.

SANTOS, F. A. A. S. **Construção e investigação da validade de definições conceituais e operacionais do resultado de integridade tissular: um estudo com portadores de úlceras venosas.** Tese (Doutorado em Enfermagem). Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2011.

SEIDL-DE-MOURA, M. L. et al. Interações Iniciais Mãe-bebê. **Psicologia: Reflexão e Crítica.**, v. 17, n. 3, p. 295-302, 2004.

SEIDL-DE-MOURA, M. L. et al. Interações Mãe-Bebê de Um e Cinco Meses: Aspectos Afetivos, Complexidade e Sistemas Parentais Predominantes. **Psicologia: Reflexão e Crítica.**, v. 21, n. 1, p. 66-73, 2008.

SCHMIDT, E. B.; ARGIMON, I. I. L. Vinculação da gestante e apego materno fetal. **Paidéia**, v. 19, n. 43, P. 211-220, 2009 .

SCHORE, A. N. Affect regulation and the origin of the self. Hillsdale: Erlbaum, 1994.

_____. Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development*, v. 2, n.1, p.23-47, 2000.

_____. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, v.22, n.1-2, p.7-66, 2001.

_____. Advances in neuropsychanalysis, attachment theory, and trauma research: implications for self psychology. *Psychoanalytic Inquiry*, v.22, p.433-84, 2002.

_____. Attachment, affect regulation, and the developing right brain: linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatrics in Review*, v.26, n.6, p.204-11, 2005.

SCOCHI, C. G. S. et al. Pós-graduação Stricto Sensu em Enfermagem no Brasil: avanços e perspectivas. **Rev Bras Enferm.**, v. 66, n. esp, p. 80-9, 2013.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio:** a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Ed Loyola, 2006.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida.** São Paulo: Martins Fontes, 1996.

SZEJER, M.; STEWART, R. **Nove meses na vida da mulher.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

THOMAZ, A. C. P. et al. Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. **Estudos de Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 139-146, 2005.

VITOR, A. F. **Revisão do resultado de enfermagem comportamento de prevenção de quedas:** análise de conceito e validação por especialistas. Tese (Doutorado em Enfermagem). Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2010.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for Theory Construction in Nursing**. 5ed. Prentice Hall, 2010.

WITTKOWSKI, A.; WIECK, A.; MANN, S. An evaluation of two bonding questionnaires: a comparison of the Mother-to-Infant Bonding Scale with the Postpartum Bonding Questionnaire in a sample of primiparous mothers. **Arch Womens Ment Health.**, v. 10, n. 4, p. 171-5, 2007.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs.**, 546-53, 2005.

8 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E ANÁLISE SEMÂNTICA DAS DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS E OPERACIONAIS DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM VÍNCULO PAIS-BEBÊ

Esta etapa refere-se à validação de conteúdo por especialistas e à análise semântica das definições constitutivas e operacionais do resultado de enfermagem Vínculo Pais-bebê aplicado à avaliação da relação entre a mãe e o seu filho durante o seu primeiro ano de vida.

As escalas de avaliação devem atender a quatro propriedades principais: objetividade, operacionalidade, confiabilidade e validade (CANTILINO, 2003).

Entende-se por validade a capacidade do instrumento para verificar com precisão o que se pretende medir (POLIT; BECK, 2011). Estimativas de validade e confiabilidade são importantes pois indicam a qualidade do instrumento, sua fidedignidade para medir determinados elementos e oferece subsídios para o processo de tomada de decisão na prática clínica (PASQUALI, 2010).

A validação de fenômenos de enfermagem, particularmente de diagnósticos, tem sido realizada com o intuito de legitimar um fenômeno específico da prática clínica de enfermeiros (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

As pesquisas sobre validação de diagnósticos têm sido desenvolvidas desde a década de 70, porém iniciativas para verificar a validade dos resultados de enfermagem são recentes (SILVA, 2007; SEGANFREDO, 2010; VITOR, 2010; SANTOS, 2011; MELO, 2012; OLIVEIRA, 2013).

O uso sistemático desses elementos é importante, pois proporciona a avaliação contínua da assistência prestada, do estado de saúde do usuário e, portanto, possibilita a

manutenção da qualidade de vida e segurança do paciente, cuidador, família ou comunidade (MOORHEAD et al., 2010).

Em contrapartida, embora a NOC apresente definições para os seus resultados e proponha indicadores de avaliação, essa classificação não expressa, de forma operacional, esses indicadores e seus respectivos níveis de mensuração. Isso dificulta a utilização dessa classificação na prática assistencial do enfermeiro, sobretudo quando se trata de fenômenos subjetivos, como é o caso do vínculo entre mãe e filho.

Diante disso, observa-se a importância de se operacionalizar os indicadores do resultado Vínculo Pais-bebê, com o objetivo de proporcionar ao enfermeiro indicadores clínicos acurados e confiáveis que possam auxiliar a análise desse fenômeno e a avaliação do cuidado prestado à mãe e ao seu filho.

Conforme apresentado anteriormente, foram elaboradas definições constitutivas e operacionais dos indicadores do resultado supracitado. Após essa etapa, é importante que se verifique se essas definições são válidas, ou seja, se o seu conteúdo representa, de fato, os indicadores do resultado de enfermagem em questão.

O processo de validação das definições ocorreu por meio da análise de conteúdo realizada por especialistas, análise semântica efetuada por enfermeiros de Unidades de Saúde da Família (USF) e validação clínica em um cenário de prática do enfermeiro.

A validade de conteúdo refere-se à extensão pela qual o instrumento incorpora todos os elementos do fenômeno a ser estudado. Para a avaliação da validade de conteúdo deve-se realizar um levantamento teórico abrangente sobre os diversos aspectos do objeto de interesse e compará-lo com os itens do instrumento. Geralmente, essa análise é efetuada mediante um consenso entre especialistas sobre a adequação entre o escopo teórico e os itens do instrumento (MENEZES; NASCIMENTO, 2000).

A avaliação semântica foi realizada com base na proposta de Pasquali (2010). Esse tipo de análise tem como objetivo verificar se todos os itens são compreensíveis para todos os membros da população a que o instrumento se destina, neste caso os enfermeiros que prestam assistência à mulher e à criança em USF's. Os parâmetros essenciais de avaliação são clareza e pertinência para a prática do profissional (PASQUALI, 2010).

Sobre a validação por especialistas, adotaram-se as recomendações de Lopes, Silva e Araujo (2012) com relação à estimativa do tamanho da amostra e análise dos dados provenientes da avaliação dos peritos.

9 OBJETIVO

Após a elaboração das definições constitutivas e operacionais, esses elementos foram enviados para um grupo de especialistas e de enfermeiros de unidades de saúde com os seguintes objetivos:

9.1 Objetivo Geral

Validar o conteúdo das definições constitutivas e operacionais para os indicadores do Resultado de Enfermagem Vínculo Pais-bebê aplicado às mães de bebês com até 12 meses baseado na Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).

9.2 Objetivos específicos

- ✓ Examinar a adequabilidade das definições constitutivas e operacionais elaboradas para os indicadores do resultado de enfermagem em estudo a partir da análise por especialistas;
- ✓ Averiguar a pertinência das definições operacionais de acordo com os critérios de simplicidade, clareza, precisão e amplitude;
- ✓ Verificar a adequabilidade do conteúdo semântico das definições operacionais, mediante a opinião de enfermeiros de USF's, em conformidade com os parâmetros de clareza e pertinência para o contexto clínico da assistência de enfermagem.

10 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa do tipo metodológica delineada para realizar o estudo experimental do desempenho psicométrico de um instrumento (BURNS; GROVE, 2001).

10.1 Delineamento do estudo

Para Polit e Beck (2011), esse tipo de estudo refere-se às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise de dados com a finalidade de elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa. Centra-se no desenvolvimento de ferramentas específicas de coleta de dados como inventários e questionários. A pesquisa metodológica busca aumentar a validade de um construto das ferramentas de coleta de dados, aprimorando, dessa forma, os métodos usados em outras investigações (WASSERBAUER; ABRAHAM, 1995).

Conforme citado, foram utilizados como referenciais metodológicos o modelo da Psicometria para a elaboração de instrumentos psicológicos e a proposta de Lopes, Silva e Araujo (2012) para validação de diagnósticos de enfermagem.

10.2 Análise de conteúdo por especialistas

O conteúdo das definições constitutivas e operacionais elaborado por meio da revisão integrativa foi submetido à análise por um grupo de especialistas na área de interesse do estudo.

O quantitativo de participantes necessário para a validação do construto dessas definições foi calculado com base na proposta de Lopes, Silva e Araujo (2012) para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. Esses autores sugerem o uso de métodos estatísticos para o cálculo da amostra de peritos a partir da seguinte fórmula (ARANGO, 2009):

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2} \cdot P \cdot (1 - P)}{e^2},$$

em que:

- ✓ $Z_{1-\alpha/2}$ refere-se ao nível de confiança adotado (95%; $Z_{1-\alpha/2}=1,96$);
- ✓ P representa a proporção esperada de especialistas indicando a adequação de cada item;
- ✓ "e" equivale à diferença de proporção aceitável em relação ao que seria esperado.

Dessa forma, nesta pesquisa adotaram-se os seguintes parâmetros: $Z_{1-\alpha/2}=1,96$ (nível de confiança de 95%), proporção de concordância entre os especialistas de 85% e erro amostral de 20%. O cálculo resultou em 12 especialistas.

Após essa etapa, procedeu-se à escolha dos enfermeiros especialistas. Os autores citados sugerem que para um profissional ser considerado um experto em determinada área, ele necessita de uma robusta formação acadêmica e experiência clínica na área de estudo.

Os estudos envolvendo validação de diagnósticos de enfermagem têm utilizado os critérios propostos por Fehring (1994) para a seleção dos especialistas. As críticas em torno desse método estão relacionadas, principalmente, com a importância atribuída à formação acadêmica em detrimento da experiência clínica (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2012). Contudo, embora esse método possua limitações, considerou-se pertinente utilizá-lo, haja vista que se trata de uma escala validada e muito utilizada na área da enfermagem.

Para lidar com essas lacunas, realizaram-se algumas adaptações na proposta de Fehring, especificamente, no que tange à experiência prática do enfermeiro. Esse autor sugere uma pontuação mínima de cinco pontos para ser considerado um *expert* em determinada área (FEHRING, 1994). O quadro 3 apresenta os critérios utilizados.

Quadro 3: Critérios propostos por Fehring (1994) para seleção dos juízes no processo de validação de fenômenos de Enfermagem.

Critérios de Fehring (1994)	Pontuação
Mestre em Enfermagem	4
Dissertação na área de interesse do estudo - Uso das taxonomias NANDA, NIC e/ou NOC com enfoque voltado para as seguintes temáticas: assistência de enfermagem no ciclo gravídico- puerperal/promoção do vínculo mãe-bebê/saúde do recém - nascido/lactente; - Saúde da mulher no ciclo gravídico - puerperal; vínculo mãe-bebê; saúde do recém-nascido/lactente.	1
Ter pesquisas publicadas envolvendo taxonomias de enfermagem (NANDA, NIC e/ou NOC) com enfoque voltado para as seguintes temáticas: assistência de enfermagem no ciclo gravídico- puerperal/promoção do vínculo mãe-bebê/saúde do recém - nascido/lactente; ou Ter pesquisas publicadas nas áreas saúde da mulher no ciclo gravídico - puerperal; vínculo mãe-bebê; saúde do recém-nascido/lactente.	2

Ter artigo publicado em periódico indexado envolvendo taxonomias de enfermagem (NANDA, NIC e/ou NOC) com enfoque voltado para as seguintes temáticas: assistência de enfermagem no ciclo gravídico-puerperal/promoção do vínculo mãe-bebê/saúde do recém - nascido/lactente; ou Ter artigo publicado em periódico indexado nas áreas saúde da mulher no ciclo gravídico - puerperal; vínculo mãe-bebê; saúde do recém-nascido/lactente.	2
Doutorado em Enfermagem com tese na área de interesse do estudo: - Uso das taxonomias NANDA, NIC e/ou NOC com enfoque voltado para as seguintes temáticas: assistência de enfermagem no ciclo gravídico-puerperal/promoção do vínculo mãe-bebê/saúde do recém - nascido/lactente; - Saúde da mulher no ciclo gravídico - puerperal; vínculo mãe-bebê; saúde do recém-nascido/lactente.	2
Ter prática clínica de, pelo menos, um ano na temática relevante ao tema abordado (assistência de enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal; assistência de enfermagem na saúde da criança).	2
Ter especialização ou residência na área clínica relevante ao tema abordado (assistência de enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal; assistência de enfermagem na saúde da criança).	2
Total	14

Fonte: Adaptado de FEHRING (1994)

A busca por esses profissionais foi realizada em agosto de 2012, a partir dos dados disponíveis na Plataforma de Currículos Lattes do Portal CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico). No campo referente à busca avançada, utilizaram-se os termos vínculo mãe-bebê e enfermagem. Após a filtragem por área profissional (enfermagem) obteve-se um total de 319 currículos lattes.

Cada currículo foi avaliado mediante os seguintes critérios de inclusão:

- ✓ Formação acadêmica: graduação e mestrado em enfermagem;
- ✓ Currículos atualizados no período de agosto de 2011 a agosto de 2012;
- ✓ Experiência de ensino e extensão na área temática de interesse;
- ✓ Pontuação de, pelo menos, cinco pontos na escala de Fehring.

Após averiguação desses elementos, 123 currículos foram considerados apropriados para a proposta de validação. Três pessoas foram convidadas para o estudo piloto referente à verificação das definições constitutivas. Esses peritos receberam o instrumento piloto contendo: caracterização do perfil profissional (SILVA, 2007), avaliação dos elementos componentes do resultado de enfermagem (domínio, classe e seus indicadores) e as definições constitutivas, bem como o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Os peritos dessa fase piloto foram orientados a avaliar os elementos acima de acordo com os seguintes procedimentos:

✓ Quanto aos elementos componentes do resultado de enfermagem (domínio, classe e indicadores): O especialista foi instruído a enquadrar o resultado de enfermagem Vínculo Pais - bebê em um dos domínios e respectivas classes propostos pela NOC, assim como avaliou os indicadores sugeridos para o resultado em uma escala de três pontos, em que: 2 - Adequado, 1 - Pouco Adequado e 0 - Inadequado.

✓ Quanto à avaliação da definição constitutiva de cada indicador: O enfermeiro averiguou a adequabilidade da definição elaborada de acordo com uma escala de três pontos. Com o intuito de clarificar essa avaliação, foram elaborados conceitos para cada pontuação o auxílio do dicionário Aurélio (FERREIRA, 2009), descritos a seguir:

(2) Adequado: Considera a definição proposta como apropriada, ajustada, conveniente e correspondente ao indicador.

(1) Pouco adequado: A definição proposta refere-se ao indicador, PORÉM o descreve de forma insuficiente, incompleta, necessitando de ajustes ou adequações.

(0) Nada adequado: A definição proposta não descreve o indicador, possui termos ambíguos, é imprecisa, o seu conteúdo é inapropriado.

O estudo piloto mostrou que todos os indicadores foram avaliados como adequados para mensurar o vínculo entre mãe e bebê, com exceção do item Realização de Visitas ao berçário, considerado inapropriado pela maioria dos especialistas. Os enfermeiros desta etapa sugeriram ajustes referentes à modificação de determinadas expressões ou substituição por sinônimos. As sugestões foram acatadas.

Após esse procedimento, procedeu-se à elaboração das definições operacionais. Dentre os itens sugeridos por Pasquali para se verificar a adequabilidade de uma definição operacional, este estudo adotou os seguintes parâmetros: simplicidade, clareza, precisão e amplitude (PASQUALI, 2010).

Os três enfermeiros da etapa anterior foram novamente convidados e aceitaram participar da análise das definições operacionais dos níveis de mensuração dos indicadores (versão piloto) e o TCLE.

Esses participantes foram orientados a avaliar os elementos acima de acordo com os seguintes procedimentos:

1. Critério de Simplicidade: O determinante operacional deve explicitar somente uma única ideia (indicador do resultado) (PASQUALI, 2010).

(0) Nada adequado: A definição operacional não se encaixa no critério proposto, não representa uma única ideia, possui termos ambíguos, o seu conteúdo é inapropriado.

(1) Pouco adequado: A definição operacional proposta se encaixa no critério proposto, PORÉM de forma insuficiente, incompleta, necessitando de ajustes ou adequações.

(2) Adequado: Considera a definição operacional proposta como apropriada, ajustada, conveniente e explicita unicamente o indicador.

2. Critério de Clareza: O determinante operacional deve ser inteligível para enfermeiras da Estratégia Saúde da Família que atender mulheres no ciclo gravídico-puerperal (PASQUALI, 2010).

(0) Nada adequado: A definição operacional não se encaixa no critério proposto, pois não é de fácil compreensão.

(1) Pouco adequado: A definição operacional proposta se encaixa no critério proposto, PORÉM mede de forma insuficiente, incompleta, necessitando de ajustes ou adequações referentes à sua compreensão.

(2) Adequado: Considera a definição operacional proposta como apropriada, ajustada e de fácil compreensão.

3. Critério de Precisão: O determinante operacional deve possuir uma posição definida no contínuo do indicador do resultado de enfermagem e ser diferente dos demais determinantes operacionais que cobrem o mesmo contínuo; indica com exatidão de forma categórica como o indicador deve ser medido (PASQUALI, 2010).

(0) Nada adequado: A definição operacional não se encaixa no critério proposto, não representa com exatidão a mensuração do indicador.

(1) Pouco adequado: A definição operacional proposta se encaixa no critério proposto, PORÉM mede de forma insuficiente e incompleta o indicador, necessitando de ajustes ou adequações.

(2) Adequado: Considera a definição operacional proposta como apropriada e exata para mensurar o indicador.

4. Critério de Amplitude: O conjunto dos determinantes operacionais referentes ao indicador do resultado cobre toda a extensão de magnitude do indicador do resultado (PASQUALI, 2010).

(0) Nada adequado: A definição operacional não se encaixa no critério proposto, não cobre toda ou quase toda a extensão de magnitude envolvendo a mensuração do indicador.

(1) Pouco adequado: A definição operacional proposta se encaixa no critério proposto, PORÉM de forma insuficiente, incompleta, necessitando de ajustes ou adequações.

(2) Adequado: Considera que a definição operacional proposta cobre, apropriada e ajustadamente, toda ou quase toda a extensão de magnitude envolvendo a mensuração do indicador.

Assim como no estudo piloto sobre as definições constitutivas, os especialistas desta etapa sugeriram ajustes referentes à modificação de determinadas expressões e substituição por sinônimos. A versão final das definições constitutivas e operacionais foi submetida à análise por outro grupo de especialistas que aceitaram participar do estudo.

Inicialmente, 43 enfermeiros foram contatados via endereço eletrônico nos meses de agosto, setembro e outubro de 2012 . Na oportunidade, os mesmos foram esclarecidos, por intermédio de uma carta convite, sobre a pesquisa e a sua participação como especialista. A ausência de resposta ao convite por um período máximo de cinco dias úteis foi um dos critérios de exclusão adotado.

Um total de 24 enfermeiros aceitou participar do estudo. Esses sujeitos receberam um instrumento composto por três partes: 1. Caracterização do perfil profissional de acordo com a proposta de Silva (2007) (APÊNDICE C), com as devidas adaptações para a proposta deste estudo; 2. Orientações quanto ao preenchimento; 3. Elementos componentes do resultado de enfermagem (domínios, classes e indicadores); definições constitutivas; definições operacionais para os níveis de mensuração dos indicadores; e o TCLE. O especialista que não devolveu o material no prazo máximo de 60 dias foi excluído do estudo.

Finalmente, uma amostra de 14 enfermeiros respondeu adequadamente a avaliação das definições constitutivas. Contudo, dois participantes não devolveram a análise das definições operacionais no prazo máximo. Dessa forma, 12 especialistas participaram da validação dessas últimas definições.

Os dados coletados foram organizados em uma planilha do software excel versão 2003[®] e analisados com o auxílio do pacote estatístico R. Foram calculados os percentuais de adequabilidade das definições.

Para se mensurar o grau de validade da definição, domínio, classe e indicadores do resultado de enfermagem, utilizou-se o teste binomial para verificar se a proporção de especialistas que consideraram os itens adequados era igual ou superior a 0,85 (valor preestabelecido). O nível de confiança adotado foi de 5% ($\alpha=0,05$).

O Teste Binomial foi aplicado com o objetivo de comprovar se a proporção de especialistas que considerou cada indicador, definição constitutiva ou definição operacional como adequados foi maior ou igual a um determinado valor preestabelecido pelo próprio pesquisador (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

Os dados estão apresentados em tabelas com os respectivos percentuais de concordância para cada definição e os valores do teste binomial (valor p).

10.3 Análise semântica

As definições constitutivas e operacionais, avaliadas pelos especialistas, foram submetidas à análise por um grupo de enfermeiros de USF's. O único critério de inclusão foi possuir experiência, de no mínimo um ano, na área de enfermagem em saúde da mulher ou da criança no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Um total de 16 enfermeiros foi contatado por meio de endereço eletrônico e convidados a participar do estudo. Esses participantes foram selecionados por meio da técnica de amostragem por conveniência. Somente nove aceitaram participar e receberam o material a ser preenchido composto por duas partes: 1. Caracterização do perfil profissional; e 2. Definições operacionais dos indicadores e dos seus respectivos níveis de mensuração conforme proposta da escala NOC para o resultado de enfermagem em estudo. Apenas sete participantes devolveram o instrumento preenchido.

Os enfermeiros desta fase foram orientados a opinar sobre a adequabilidade de cada definição operacional dos indicadores de acordo com os seguintes parâmetros: clareza e pertinência para o contexto da assistência de enfermagem. Cada participante avaliou as definições por meio de uma escala tipo likert de cinco pontos, em que (1) Pouquíssimo, (2) Pouco, (3) Médio, (4) Muito e (5) MUITÍSSIMO (PASQUALI, 2010).

A avaliação ocorreu por meio de respostas às seguintes perguntas: 1. Quanto à compreensão: Você acredita que a descrição dos níveis da escala (1, 2, 3, 4 e 5) está clara ou compreensível para os enfermeiros que trabalham no PSF? 2. Quanto à

pertinência para a prática: A descrição dos níveis da escala (1, 2, 3, 4 e 5) está de acordo com a sua realidade prática de enfermeiro ao cuidar da mulher ou da criança?

As respostas e sugestões dos enfermeiros foram analisadas e, quando pertinentes para a proposta do estudo, realizaram-se os ajustes solicitados. Finalmente, os indicadores operacionalizados foram organizados em um instrumento (APÊNDICE E) e utilizados na etapa de validação clínica das definições operacionais.

10.4 Aspectos éticos

O projeto foi encaminhado ao Comitê de ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) e obteve parecer favorável com o número 93.182 (ANEXO A).

Foram obedecidos todos os aspectos éticos da resolução 466/12 que trata de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012).

Os enfermeiros que participaram das etapas de análise semântica e de conteúdo foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e assinaram o TCLE descritos nos Apêndices A e D. Foram garantidos o sigilo das informações e o direito de desistência a qualquer momento, sem que isso trouxesse prejuízo à integridade dos participantes.

11 RESULTADOS

Um total de 14 enfermeiras avaliou os elementos componentes do resultado de enfermagem Vínculo Pais - bebê (domínio, classe e indicadores) e as definições constitutivas desses indicadores.

Quanto à caracterização do perfil profissional e acadêmico, a média de idade foi de 40,29 anos ($\pm 9,73$), todas são mulheres e mestres em Enfermagem, dez são doutoras na mesma área (71,4%) e cinco possuem titulação de especialista nas áreas de Enfermagem obstétrica ou Enfermagem neonatal (35,7%). Somente uma enfermeira não tem experiência clínica na atenção à saúde da mulher ou do recém-nascido (RN). Aproximadamente 93% são docentes de Instituições de Ensino Superior (IES). Uma enfermeira exerce sua prática em um Hospital Universitário (HU).

Sobre a utilização do Processo de Enfermagem, 100% das enfermeiras afirmaram utilizar ou já ter aplicado o método em sua prática de ensino ou assistencial. Apenas três participantes não abordaram as classificações de enfermagem (diagnósticos, intervenções ou resultados) em suas pesquisas.

Aproximadamente 79,0% das enfermeiras possui publicações nas áreas de interesse do estudo: Uso de taxonomias; Vínculo entre mãe e filho; e Saúde do RN ou lactente. Somente duas não participam de grupos de pesquisas nas temáticas citadas. No que tange ao ensino, 100,0% lecionaram disciplinas nas áreas de interesse do estudo.

Em relação aos critérios de Fehring utilizados para a seleção dos especialistas, observou-se que os escores variaram de 6 a 13, com média de 9,42 pontos ($\pm 2,02$). Dos especialistas mestres em enfermagem, onze (78,5%) desenvolveram a dissertação na área de interesse do estudo. Do total de doutores, quatro (28,6%) realizaram suas pesquisas em temáticas relevantes para esta investigação.

Com relação à avaliação do conteúdo dos elementos componentes do resultado de enfermagem Vínculo Mãe-Bebê, os especialistas identificaram o domínio e a classe que representam de forma mais apropriada esse fenômeno.

Dentre os sete domínios presentes na NOC, três foram indicados pelos enfermeiros como apropriados para classificar o resultado de enfermagem estudado (domínio I, domínio III e domínio VI).

De acordo com a tabela 1, o domínio VI - Saúde familiar e a sua respectiva classe IV - Bem-Estar Familiar foram os mais assinalados para representar o resultado de enfermagem.

Tabela 1 - Avaliação dos domínios e classes descritos como representativos do resultado de enfermagem Vínculo pais-bebê. Vitória de Santo Antão, 2014.

Domínios e Classes	n	%
Domínio VI - Saúde Familiar	7	50,0
Classe IV - Bem-estar Familiar	5	71,4
Classe III - Estado de Saúde de um Membro da Família	2	28,6
Domínio III - Saúde Psicossocial	3	21,4
Classe II - Adaptação Psicossocial	2	66,6
Classe IV - Interação Social	1	33,4
Domínio I - Saúde Funcional	4	28,6
Classe II - Crescimento e Desenvolvimento	4	100,0
TOTAL	14	100,0

Fonte: dados da pesquisa

Quanto à relevância dos indicadores propostos pela NOC para o referido resultado, apenas os itens Designação de atributos específicos ao feto e Realização de Visitas ao berçário não foram considerados pertinentes. A tabela 2 apresenta os resultados dessa análise.

Tabela 2 - Análise por especialistas da pertinência dos indicadores sugeridos pela NOC para avaliação do resultado de enfermagem Vínculo Pais-bebê. Vitória de Santo Antão, 2014.

Indicadores da escala "Vínculo Pais-Bebê"	Proporção de adequação (n=14)		
	n	(%)	valor p*
1. Prática de comportamentos saudáveis durante a gravidez	13	92,9	0,897
2. Designação de atributos específicos ao feto	8	57,1	0,011
3. Preparação para o bebê antes do nascimento	11	78,6	0,352
4. Verbalização de sentimentos positivos relativos ao bebê	13	92,9	0,897
5. Bebê seguro ao colo de forma bem próxima	13	92,9	0,897
6. Ato de tocar, fazer movimentos delicados de toque no bebê	14	100,0	1,000
7. Ato de beijar o bebê	13	92,9	0,897
8. Ato de sorrir para o bebê	14	100,0	1,000
9. Realização de visitas ao berçário	8	57,1	0,011
10. Uso da posição face-face	11	78,6	0,352
11. Uso de contato com os olhos	12	85,7	0,643
12. Vocalização para o bebê	12	85,7	0,643
13. Brincadeiras com o bebê	13	92,9	0,897
14. Reação aos indicadores do bebê	10	71,4	0,146
15. Ato de confortar o bebê	14	100,0	1,000
16. Ato de segurar o bebê para alimentá-lo	13	92,9	0,897
17. Ato de manter o bebê seco, limpo e aquecido	13	92,9	0,897
18. Ato do bebê de olhar para os pais	12	85,7	0,643
19. Reação do bebê aos indicadores dos pais	11	78,6	0,352
20. Busca de proximidade pelo bebê	13	92,9	0,897

*Teste binomial; **IC: Intervalo de Confiança.

Fonte: dados da pesquisa

O teste binomial mostrou que a proporção de especialistas que classificaram o indicador como adequado foi inferior a 85,0% somente com relação aos indicadores Designação de atributos específicos ao feto e Realização de visitas ao berçário. As demais proporções de concordância foram iguais ou superiores ao percentual preestabelecido para esse teste.

Sobre a avaliação das definições constitutivas dos indicadores, apenas o item Realização de Visitas ao berçário não alcançou a concordância esperada entre os especialistas (mínimo de 85,0%). Ademais, o teste binomial confirmou que a proporção de especialistas que classificaram a definição constitutiva desse indicador como adequado foi inferior a 85,0%, de acordo com o valor p ($p=0,004$). Maiores informações estão contidas na tabela 3.

Tabela 3 - Análise por especialistas das definições constitutivas dos indicadores do resultado de enfermagem Vínculo Pais-Bebê. Vitória de Santo Antão, 2014.

Indicadores da escala "Vínculo Pais-Bebê"	Proporção de adequação (n=14)		
	n	(%)	valor p*
1. Prática de comportamentos saudáveis durante a gravidez	13	92,9	0,897
2. Designação de atributos específicos ao feto	13	92,9	0,897
3. Preparação para o bebê antes do nascimento	13	92,9	0,897
4. Verbalização de sentimentos positivos relativos ao bebê	12	85,7	0,643
5. Bebê seguro ao colo de forma bem próxima	12	85,7	0,643
6. Ato de tocar, fazer movimentos delicados de toque no bebê	14	100,0	1,000
7. Ato de beijar o bebê	12	85,7	0,643
8. Ato de sorrir para o bebê	13	92,9	0,897
9. Realização de visitas ao berçário	7	50,0	0,002
10. Uso da posição face-face	13	92,9	0,897
11. Uso de contato com os olhos	13	92,9	0,897
12. Vocalização para o bebê	14	100,0	1,000
13. Brincadeiras com o bebê	14	100,0	1,000
14. Reação aos indicadores do bebê	12	85,7	0,643
15. Ato de confortar o bebê	13	92,9	0,897
16. Ato de segurar o bebê para alimentá-lo	12	85,7	0,643
17. Ato de manter o bebê seco, limpo e aquecido	14	100,0	1,000
18. Ato do bebê de olhar para os pais	13	92,9	0,897
19. Reação do bebê aos indicadores dos pais	13	92,9	0,897
20. Busca de proximidade pelo bebê	14	100,0	1,000

*Teste binomial; **IC: Intervalo de Confiança.

Fonte: dados da pesquisa

11.1 Validação das definições operacionais

Conforme descrito no método, um amostra de 12 enfermeiras especialistas analisaram os parâmetros de simplicidade, clareza, precisão e amplitude das definições operacionais. A caracterização dessas participantes foi semelhante à encontrada na etapa de avaliação das definições constitutivas descrita anteriormente.

Com relação à análise das definições operacionais apresentada na tabela 4, evidenciou-se que apenas o aspecto alusivo à Realização de visitas ao berçário apresentou-se inapropriado quanto à precisão e amplitude da operacionalização. Esse

achado confirma os problemas desse indicador atestados pelos especialistas nas avaliações dos elementos componentes do resultado de enfermagem (domínio, classe e indicadores) e das definições constitutivas.

Tabela 4 - Análise por especialistas das definições operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem Vínculo Pais-Bebê. Vitória de Santo Antão, 2014.

Indicadores da escala "Vínculo Pais-Bebê"	Proporção de adequação (n=12)											
	S			C			P			A		
	n	%	Valor p*	n	%	Valor p*	n	%	Valor p*	n	%	Valor p*
1. Prática de comportamentos saudáveis durante a gravidez	10	83	0,556	10	83	0,556	9	75	0,264	11	91,7	0,857
2. Designação de atributos específicos ao feto	11	92	0,857	12	100	1,000	11	92	0,857	12	100	1,000
3. Preparação para o bebê antes do nascimento	12	100	1,000	12	100	1,000	12	100	1,000	12	100	1,000
4. Verbalização de sentimentos positivos relativos ao bebê	12	100	1,000	12	100	1,000	11	92	0,857	11	91,7	0,857
5. Bebê seguro ao colo de forma bem próxima	12	100	1,000	11	92	0,857	12	100	1,000	12	100	1,000
6. Ato de tocar, fazer movimentos delicados de toque no bebê	9	75	0,264	12	100	1,000	10	83	0,556	12	100	1,000
7. Ato de beijar o bebê	12	100	1,000	12	100	1,000	12	100	1,000	12	100	1,000
8. Ato de sorrir para o bebê	12	100	1,000	11	92	0,857	11	92	0,857	12	100	1,000
9. Realização de visitas ao berçário	10	83	0,556	9	75	0,264	6	50	0,004	8	67	0,092
10. Uso da posição face-face	12	100	1,000	12	100	1,000	11	92	0,857	12	100	1,000
11. Uso de contato com os olhos	11	92	0,857	11	92	0,857	10	83	0,556	11	91,7	0,857
12. Vocalização para o bebê	12	100	1,000	12	100	1,000	11	92	0,857	12	100	1,000
13. Brincadeiras com o bebê	11	92	0,857	12	100	1,000	11	92	0,857	12	100	1,000
14. Reação aos indicadores do bebê	11	92	0,857	12	100	1,000	11	92	0,857	12	100	1,000
15. Ato de confortar o bebê	10	83	0,556	10	83	0,556	10	83	0,556	10	83,3	0,556
16. Ato de segurar o bebê para alimentá-lo	11	92	0,857	11	92	0,857	11	92	0,857	12	100	1,000
17. Ato de manter o bebê seco, limpo e aquecido.	12	100	1,000	12	100	1,000	12	100	1,000	12	100	1,000
18. Ato do bebê de olhar para os pais	12	100	1,000	11	92	0,857	11	92	0,857	10	83,3	0,556
19. Reação do bebê aos indicadores dos pais	12	100	1,000	12	100	1,000	12	100	1,000	12	100	1,000
20. Busca de proximidade pelo bebê	12	100	1,000	12	100	1,000	12	100	1,000	12	100	1,000

*Teste Binomial.

Fonte: Dados da pesquisa.

11.2 Análise semântica

Um quantitativo de sete enfermeiras participou da análise semântica das definições operacionais. Todas possuem título de especialização *Lato Sensu* na área de Saúde Pública. Três detêm essa titulação na modalidade residência. A média do tempo de experiência na área de Saúde da Família foi de cinco anos completos.

No que concerne à análise das definições operacionais, todas atingiram um percentual de concordância maior ou igual a 85,7% quanto aos parâmetros de clareza e pertinência para o contexto clínico, exceto a definição referente ao indicador Ato de beijar o bebê cuja adequabilidade para a prática foi considerada muito ou muitíssimo pertinente por apenas quatro participantes (57,14%).

Dois enfermeiras teceram comentários sobre o indicador Ato de beijar o bebê quanto à sua aplicabilidade no contexto clínico. As profissionais alegaram que dificilmente as mães beijam os seus bebês durante os atendimentos realizados na puericultura, mas não sugeriram ajustes. Dessa forma, não foram realizadas modificações na definição operacional.

A definição do indicador Preparação para o bebê antes do nascimento foi considerada clara e pertinente ao contexto da prática, mas duas enfermeiras citaram aspectos importantes a serem considerados no que se refere à sua aplicação, a saber: ausência do apoio da família durante a gravidez; falta de informação quanto ao planejamento do parto e chegada do bebê; e dificuldades para a gestante escolher o local de nascimento do seu filho e de exercer seu direito de escolha entre o parto vaginal e o parto cirúrgico.

Após análise dos comentários citados, optou-se por incluir as situações que não se enquadraram nas definições elaboradas, no espaço NA (Não se Aplica) na escala NOC.

Salienta-se que somente as definições do indicador Realização de visitas ao berçário não apresentaram resultados, na validação por especialistas, que justificassem sua permanência, assim esse item foi excluído da etapa de validação clínica junto ao público-alvo.

A versão final das definições operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem Vínculo Pais-bebê encontra-se no apêndice E.

12 DISCUSSÃO

Verificou-se que a média do tempo de formação das enfermeiras que participaram como especialistas na análise das definições constitutivas e operacionais foi de aproximadamente 16 anos. A maioria possui experiência prática nas áreas de interesse do estudo (Uso de taxonomias de enfermagem, Saúde da mulher ou Saúde da criança).

Segundo algumas autoras quanto maior o tempo de formação, o conhecimento teórico e a experiência clínica do profissional em áreas relacionadas com o fenômeno de enfermagem a ser validado, mais capacitado será o enfermeiro para desempenhar as suas funções como especialista (GALDEANO; ROSSI, 2006).

Em contrapartida, outros pesquisadores afirmam que o tempo de experiência prática isolado de outros fatores como o conhecimento especializado, a habilidade do enfermeiro e a formação acadêmica não resulta em garantia de *expertise*, pois esta é determinada a partir do aprendizado adquirido pela reflexão de uma situação vivenciada com o intuito de promover mudanças de comportamentos (MELO et al., 2011).

Além do mais, constatou-se que as especialistas selecionadas realizam atividades de caráter acadêmico, de produção técnico-científica e buscam o aprimoramento profissional, visto que todas apresentam titulação mínima de mestre em enfermagem e oito são doutoras nesta área.

O desenvolvimento de pesquisas associado à prática clínica viabiliza a aquisição do conhecimento acerca do fenômeno estudado, além de estimular o aperfeiçoamento das habilidades perceptuais e cognitivas do enfermeiro para a construção de um plano de cuidados individualizado que atenda às necessidades do paciente (CRUZ; PIMENTA, 2005).

Quanto à análise dos elementos componentes do resultado de enfermagem Vínculo Pais-bebê, o domínio julgado pelos enfermeiros como aquele que melhor representou esse fenômeno foi o referente à “Saúde Familiar”. Esse domínio compreende os resultados de enfermagem que descrevem o estado de saúde, o comportamento ou o funcionamento da família como um todo ou de um indivíduo como um membro da família (MOORHEAD et al., 2010).

Nessa perspectiva, vale ressaltar que a instituição familiar caracteriza-se como um grupo primário, no qual as primeiras e principais interações afetivas são realizadas, bem como permite o desenvolvimento da individualidade, dos comportamentos e da identidade social da criança (GUTIERREZ; PONTES, 2011).

Dentre as classes pertencentes a esse domínio, aquela que se refere ao “Bem-estar da família” foi avaliada pelos especialistas como a mais adequada para comportar o resultado de enfermagem Vínculo Pais-bebê. Essa classe é definida como resultados que descrevem a saúde física, emocional e social da família como uma unidade (MOORHEAD et al., 2010).

Esses achados reforçam a ideia de que o bem-estar familiar interfere na construção e fortalecimento do vínculo entre pais e filhos, pois os conflitos familiares e as vivências psicológicas do pai e da mãe são fatores determinantes da qualidade dos cuidados prestados à criança e do seu desenvolvimento emocional (GUTIERREZ; PONTES, 2011).

Os resultados referentes ao domínio e classe mais apropriados para representar o resultado de enfermagem em estudo contrapõem-se à proposta apresentada pela NOC que classifica o Vínculo Pais - bebê como pertencente ao domínio "Saúde Psicossocial" e à classe "Interação Social".

Apesar desse domínio conter resultados que descrevem a função psicológica e social e identificar as relações de um indivíduo com os outros, a inserção do resultado em estudo no domínio Saúde Familiar é considerada pertinente pelos enfermeiros especialistas. Essa avaliação pode estar relacionada com o fato de o vínculo entre pais e filhos ser, sobretudo, um elo estritamente familiar que reflete as relações afetivas entre os membros de uma família, de tal modo que alterações na formação deste vínculo podem inferir em sérios danos físicos e mentais ao bebê, bem como acarretar disfunções na estrutura familiar (BRAZELTON, 2002).

Para Bolwby (2002), o ser humano possui uma necessidade de se vincular afetivamente desde o nascimento. Essas relações garantem a sobrevivência da espécie desde a formação intra-útero até a velhice.

O resultado de enfermagem Vínculo Pais-bebê é definido pela NOC como comportamentos dos pais e do bebê que demonstram um elo afetivo duradouro. Outro autor complementa esse conceito ao descrever o vínculo como uma atadura, união duradoura, bem como designa aquilo que estabelece uma relação entre duas partes claramente delimitadas, mas que estão unidas e indissociáveis (ZIMERMAN, 2004).

Os indicadores propostos pela NOC relacionados com o resultado de enfermagem em questão são utilizados a fim de averiguar o estado de saúde atual do paciente e observar alterações decorrentes de intervenções de enfermagem para um dado problema, a exemplo de disfunções na relação pais-bebê (MOORHEAD et al., 2010).

Dos 20 indicadores sugeridos pela NOC, somente "Designação de atributos específicos ao feto" e "Realização de visitas ao berçário" não foram considerados adequados pelos especialistas para representar o resultado Vínculo Pais-bebê, pois além de apresentar percentual de concordância abaixo do esperado (80,0%), o teste binomial

também mostrou que a proporção de especialistas que classificaram o indicador como adequado foi inferior a 90,0%.

Quanto à análise da validade das definições constitutivas e operacionais, apenas aquelas elaboradas para o indicador "Realização de visitas ao berçário" não foram consideradas válidas. Portanto, observa-se que esse item apresenta problemas desde a sua indicação na proposta original da NOC como parâmetro de avaliação do resultado Vínculo Pais - bebê.

No Brasil, o Sistema de Alojamento Conjunto (SAC) é o modelo assistencial adotado ao atendimento da mãe e do seu filho e é definido como um sistema hospitalar em que o bebê sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia em um mesmo ambiente até a alta hospitalar. Este tipo de permanência contínua permite aos pais receberem orientações para prestar cuidados ao filho, incentivar a amamentação, favorecer o vínculo entre os familiares, além de contribuir para redução dos índices de infecção hospitalar (BRASIL, 1993).

Nessa perspectiva, acredita-se que as definições para o indicador "Realização de Visitas ao berçário" não obtiveram a concordância esperada quanto à sua adequabilidade em virtude desse indicador não se aplicar ao contexto de saúde brasileiro no que se refere ao parto de um bebê saudável. Portanto, é importante que se revise esse item com o intuito de adaptá-lo para a população de mulheres e bebês brasileiros saudáveis e a termo.

As definições constitutivas e operacionais dos demais indicadores foram declaradas válidas, de acordo com a análise de conteúdo efetuada pelos enfermeiros especialistas.

Os indicadores "Prática de comportamentos saudáveis durante a gravidez", "Designação de atributos específicos ao feto" e "Preparação para o bebê antes do

nascimento" referem-se a comportamentos ou práticas de cuidado que proporcionam a manutenção do bem-estar e das funções vitais maternas e fetais, além de considerar a capacidade de a mulher, desde o período gestacional, agir de modo que permita a construção do vínculo afetivo com o seu bebê.

O Ministério da Saúde recomenda que a gestante realize, pelo menos, seis consultas de pré-natal e inicie o acompanhamento da gravidez antes ou durante os quatro meses de gestação (BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

Ademais, outro fator que influencia o estabelecimento do vínculo refere-se à construção mental da mãe, a respeito do seu bebê, elaborada a partir dos seus desejos, expectativas e sonhos da maternidade. É nesse momento em que ela imagina como serão as características físicas e psíquicas do seu bebê (PICCININI et al., 2003).

Faz-se necessário que o enfermeiro implemente intervenções que promovam o vínculo entre a mãe e o seu filho, desde o período gestacional, e considere os sentimentos e as emoções das mulheres diante desse novo papel. Um estudo identificou que as orientações dos profissionais de saúde quanto aos cuidados com o bebê, esclarecimento de dúvidas, planejamento da gestação e da chegada do bebê são fundamentais para o desenvolvimento adequado do apego entre mãe e bebê (CASTRO et al., 2012).

O ato de expor verbalmente os sentimentos e sensações percebidos pelos pais, sobretudo pela mãe, ao interagirem com o seu bebê define o indicador "Verbalização de sentimentos positivos relativos ao bebê". A experiência positiva da maternidade e da paternidade, a realização e o contentamento dos pais na relação com o seu bebê refletem significativamente no desenvolvimento físico e mental da criança (BRAZELTON, 2002).

Os indicadores "Bebê seguro ao colo de forma bem próxima" e "Ato de tocar, fazer movimentos delicados de toque no bebê" retratam a necessidade de observar como os pais interagem com os seus filhos por meio do contato físico.

Autores afirmam que a intensidade do toque (leve e firme), tipos de toque (instrumental, expressivo - afetivo, terapêutico, não intencional), frequência (1 vez, 2 vezes, 3 vezes, mais de 3 vezes) e velocidade da ação (rápida, moderada, lenta) são parâmetros importantes para se verificar como a mãe se relaciona com o seu bebê por meio do contato físico (ROCHA; SIMPIONATO; MELLO, 2003; SILVA, 2006).

Conforme já mencionado, o toque expressivo-afetivo é o ideal para averiguar as relações emocionais entre mãe e filho, visto que remete à proximidade, ao aconchego e à segurança. Ademais, está presente em aproximadamente 12,0% das interações maternas por meio do contato (GALVÃO et al., 2009).

Os especialistas reconheceram a relevância dos indicadores "Ato de beijar o bebê", "Ato de sorrir para o bebê", "Uso de contato com os olhos", "Vocalização para o bebê", "Brincadeiras com o bebê" e de suas respectivas definições para a determinação do resultado de enfermagem avaliado, pois refletem o estreitamento das relações afetivas entre os pais e seus filhos.

Esses indicadores constataam que, a partir do nascimento, os pais possuem a oportunidade de conhecer seu filho, acariciá-lo, prover os cuidados, desempenhar a sua função, enquanto o bebê responde aos estímulos recebidos, informando-os se estão sendo prazerosos ou não esses momentos (DADDS et al., 2012).

"Ato de confortar o bebê", "Ato de segurar o bebê para alimentá-lo", "Ato de manter o bebê seco, limpo e aquecido" e "Reação aos indicadores do bebê" consistem em comportamentos que exprimem as atribuições inerentes ao exercício da maternidade para a manutenção da saúde física e emocional do bebê e que refletem na formação,

manutenção e fortalecimento do vínculo afetivo existente entre pais e filhos (BRAZELTON, 2002).

A sensibilidade materna para perceber, interpretar e responder adequadamente aos sinais de comunicação e demandas de cuidado do seu bebê é responsável pelo desenvolvimento socioemocional da criança (AINSWORTH, 1968).

As definições dos indicadores "Ato do bebê de olhar para os pais", Reação do bebê aos indicadores dos pais" e "Busca de proximidade pelo bebê" refletiram a capacidade de a criança exibir comportamentos que traduzem a necessidade de estar perto dos pais, em especial da mãe.

O desenvolvimento das habilidades sociais do bebê para interagir com outras pessoas, durante as etapas do seu crescimento, é influenciado pelas primeiras relações estabelecidas com um adulto, ou seja, com sua mãe (LOPES; ARRUDA, 2007).

O bebê prefere a figura materna e reconhece a mãe mesmo na ocorrência da separação. Isso mostra a magnitude do apego entre a mãe e o seu bebê (LIMA et al., 2012).

13 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo forneceu uma proposta válida e refinada de definições constitutivas e operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem Vínculo Pais - bebê para ser utilizado no contexto de mães e bebês atendidos em USF's.

A análise dos elementos componentes do referido resultado indicou a necessidade de revisão do domínio e da classe sugeridos pela NOC para enquadrar esse fenômeno, haja vista que o mais apropriado, segundo os especialistas, foi o domínio Saúde Familiar e a classe Bem - estar familiar.

Sobre a validade das definições constitutivas e operacionais, evidenciou-se que apenas aquelas relacionadas com o indicador Realização de visitas ao berçário não foram válidas para mensurar esse fenômeno. Ademais, salienta-se que esse item mostrou problemas na revisão integrativa por não se adequar ao contexto de saúde brasileiro, o que dificultou a elaboração das definições operacionais. Essas inconsistências foram confirmadas nesta etapa de avaliação por especialistas.

Ressalta-se que todas as sugestões realizadas pelos especialistas e enfermeiros das USF's foram cuidadosamente analisadas e, quando pertinentes, acatadas. De modo geral, as colocações referiram-se à substituição de algumas expressões ou utilização de sinônimos.

No que tange às limitações desta etapa da pesquisa, podem-se citar a dificuldade para alcançar um número maior de especialistas e a escassez de estudos de validação de fenômenos de enfermagem, principalmente de resultados, na área relacionada com a relação afetiva entre mãe e bebê, que fornecessem subsídios para a discussão dos resultados encontrados. Além disso, ressalta-se que as definições elaboradas contemplam o vínculo entre mãe e bebê.

Sugere-se a realização de estudos com amostras maiores de especialistas, sobretudo para adaptar o indicador Realização de visitas ao berçário ao contexto brasileiro e para confirmar a inclusão do resultado Vínculo Pais-bebê no domínio e classe sugeridos pelos especialistas que participaram desta investigação.

REFERÊNCIAS

ARANGO, H. G. **Bioestatística teórica e computacional**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

AINSWORTH, M. D. S. Object relations, dependency and attachment: A theoretical review of the infant mother relationship. **Child Development**. 1968; 40: 969-1025.

BOWLBY, J. **Apego: A natureza do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BRASIL. **Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos (revoga as seguintes resoluções: 196/96, 404/08 e 303/00). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993**: aprova as normas básicas para a implantação do sistema “Alojamento Conjunto”. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 1993 set. 1. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ee8d0e80474591da9a2dde3fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%BA+1.016-1993.pdf?MOD=AJPERES>

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318p.

BRAZELTON, T. B. **Momentos decisivos do desenvolvimento infantil**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BURNS, N.; GROVE, S. K. **The practice of nursing research: conduct, critique and utilization**. 4. ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 2001.

CASTRO, C. M. et al. O estabelecimento do vínculo mãe/recém-nascido: percepções maternas e da equipe de enfermagem. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 2, n. 1, p. 67-77, 2012.

CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. **Rev Latino-Am Enfermagem.**, v. 13, n. 3, p. 415-22, 2005.

DADDS MR et al., Love, eye contact and the developmental origins of empathy v. psychopathy. **Br J Psychiatry**, v. 200, n. 3, p. 191-6, 2012.

FEHRING, R. J. The Fehring model. In: CARROL - JOHNSON, R. M.; PAQUETE, M. **Classification of nursing diagnoses: proceeding of the tenth conference.** Philadelphia: Lippincott Company, 1994, p. 55-62.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** Editora: Positivo Didáticos. 4. ed., 2009.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. **Ciênc Cuid Saúde.**, v. 5, n. 1, p. 60-6, 2006.

GALVÃO, M.T.G et al. Comunicação não verbal entre mãe e filho na vigência do HIV/AIDS à luz da Tacêsica. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 13, n. 4, p. 780-85, 2009.

GUTIERREZ, M. D.; PONTES, K. D. S. Vínculos mãe-filho: reflexões históricas e conceituais à luz da psicanálise e da transmissão psíquica entre gerações. **Rev. NUFEN.**, v. 3, n. 2, p. 3-24, 2011.

LIMA, C. N. C. et al. Recurso audiovisual para promoção do apego entre mãe hiv soropositiva e seu filho. **Rev Rene.**, v. 13, n. 3, p. 562-71, 2012.

LOPES, R. C. S. et al. Sentimentos Maternos frente ao Desenvolvimento da Criança aos 12 meses: Convivendo com as Novas Aquisições Infantis. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, n. 1, p. 05-16, 2007.

LOPES, F. A.; ARRUDA, M. A. Do conflito de interesses à cooperação: a interação mãe-bebê numa perspectiva etológica. In: PICCININI, C. A; SEIDL-DE-MOURA, M. L. **Observando a interação pais-bebê-criança.** 1 ed. São Paulo: casa do psicólogo, 2007.

LOPES, M. V. O; SILVA, V. M.S; ARAÚJO, T. L. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Rev Bras Enferm.**, v. 66, n. 5. p. 649-55, 2013.

LOPES, M. V. O; SILVA, V. M; ARAÚJO, T. L. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 23, n. 3, p. 134-139, 2012.

MELO, R. P. et al. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev Rene.**, v. 12, n. 2, p. 424-31, 2011.

MELO, R. P. **Resultado de enfermagem equilíbrio hídrico no pós-operatório de cirurgia cardíaca:** análise de conceito e construção de definições operacionais. Tese (Doutorado em Enfermagem). Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2012.

MOORHEAD, S. et al. **Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC)**. 4. ed. Rio de Janeiro: MOSBY - Elsevier, 2010.

OLIVEIRA, A. R. S. **Validação dos resultados de enfermagem estado da deglutição e prevenção da aspiração em pacientes após acidente vascular cerebral.** 240p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2013.

PASQUALI, L. cols. **Instrumentação Psicológica:** fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010.

PICCININI, C. A et al. O bebê imaginário e as expectativas quanto ao futuro do filho em gestantes adolescentes e adultas. **Interações**, v. 8, n. 16, p. 81-108, 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem - Avaliação de evidências para a prática de enfermagem.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROCHA, S. M. M.; SIMPIONATO, E.; MELLO, D. F. Apego Mãe-filho: um estudo comparativo entre mães de parto normal e cesárea. **Rev Bras Enferm.**, v. 56, n. 2, p. 125-129, 2003.

SANTOS, F. A. A. S. **Construção e investigação da validade de definições conceituais e operacionais do resultado de integridade tissular:** um estudo com portadores de úlceras venosas. Tese (Doutorado em Enfermagem). Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2011.

SEGANFREDO, D. H. **Validação de resultados de enfermagem segundo a Nursing Outcomes Classification - NOC na prática clínica de enfermagem em um hospital universitário.** 87f. Dissertação (mestrado em Enfermagem). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio:** a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Ed Loyola, 2006.

SILVA, V. M. da. **Padrão Respiratório Ineficaz em Crianças com Cardiopatia Congênita: validação de um instrumento de avaliação de resultados de Enfermagem.** 202f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2007.

VITOR, A. F. **Revisão do resultado de enfermagem comportamento de prevenção de quedas:** análise de conceito e validação por especialistas. Tese (Doutorado em Enfermagem). Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2010.

ZIMERMAN, D. E. **Manual de técnica psicanalítica: uma revisão.** Ed. Porto. Alegre: Artmed, 2004.

WASSERBAUER, L. I; ABRAHAM, I. L. Quantitative designs. In: TALBOT, L. A. **Principles and practice of nursing research.** St. Louis: Mosby-Year Book, 1995. p. 217-239.

14 VALIDAÇÃO CLÍNICA DAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS DOS INDICADORES DO RESULTADO DE ENFERMAGEM VÍNCULO PAIS-BEBÊ

A seguir serão apresentados todos os procedimentos realizados para se validar clinicamente os indicadores do resultado de enfermagem Vínculo Pais-bebê e suas respectivas definições operacionais.

Os estudos de validação, no meio científico, são utilizados para revelar a confiabilidade, solidez e consistência dos dados a serem obtidos, por meio de métodos que promovam a veracidade do objeto avaliado (POLIT; BECK, 2011).

Validar significa legitimar, ou seja, tornar autêntico, representativo e certificado (CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2008). Dessa forma, validar clinicamente um determinado fenômeno de enfermagem está relacionado com a verificação da capacidade do mesmo de representar com precisão comportamentos, atitudes, características ou demandas de cuidados. Além disso, esse processo possibilita o refinamento de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem com o intuito de torná-los aplicáveis à prática clínica do enfermeiro.

Os estudos de validação clínica são importantes pois fornecem resultados baseados em evidências sustentáveis para subsidiar o processo de tomada de decisão e a utilização de indicadores clínicos que possam servir de parâmetros de avaliação da relação afetiva entre mãe e bebê permite a análise desse fenômeno, por parte dos enfermeiros, de forma acurada e precisa. Além disso, possibilita a avaliação das intervenções de enfermagem implementadas para a promoção do vínculo.

Conforme já mencionado, as pesquisas voltadas para a validação de resultados de enfermagem são recentes. Quando se trata de aspectos psicossociais, observam-se

que as iniciativas de pesquisas sobre a verificação da validade desses fenômenos ainda são incipientes

Além do mais, os resultados de enfermagem propostos pela NOC são mensurados, geralmente, por meio de escalas contendo níveis de comprometimento. Porém, esses graus não são definidos operacionalmente e, portanto, possibilitam que as mais diversas avaliações sejam atribuídas para um mesmo fenômeno. Assim, é importante que se aprimore a linguagem das taxonomias a fim de tornar o processo de cuidado em enfermagem mais resoluto e acurado.

Nessa perspectiva, o desenvolvimento de estudos de validação direcionam e padronizam a avaliação clínica, mensuram as condições do fenômeno observado por meio de variáveis consistentes e precisas e possibilitam medidas objetivas de avaliação (SANTOS, 2011).

Para Cantilino (2003), as escalas de avaliação devem possuir quatro propriedades principais: objetividade, operacionalidade, confiabilidade e validade (CANTILINO, 2003).

Entende-se por fidedignidade ou confiabilidade o grau de repetitividade e reprodutibilidade do resultado de uma medição. Geralmente, é averiguada por meio da estabilidade, consistência interna e concordância entre avaliadores acerca dos escores do instrumento (PASQUALI, 2010; POLIT; BECK, 2011).

Na confiabilidade entre avaliadores, os mesmos sujeitos são avaliados por dois ou mais avaliadores com o objetivo de investigar a concordância de aplicação e/ou de interpretação entre eles (GROVE et al., 1981).

A estabilidade refere-se ao grau de similaridade dos resultados adquiridos em duas medições realizadas em ocasiões diferentes (teste-reteste). A confiabilidade das

medidas repetidas pode ser estimada por meio de coeficientes de confiabilidade kappa ou o coeficiente de correlação intraclasse (BECK et al., 1993).

Ainda quanto ao teste-reteste, os sujeitos são avaliados em dois momentos diferentes com a utilização do mesmo instrumento. Nesse tipo de estudo, mudanças biológicas, psicológicas ou sociais que ocorram com o entrevistado ou mudanças na dinâmica da entrevista ocorridas entre as avaliações tendem a diminuir a estimativa de confiabilidade. Por outro lado, se o participante recorda as respostas dadas na primeira avaliação e as repete, a confiabilidade pode ser superestimada. Assim, é importante determinar qual o intervalo mais adequado entre a primeira e a segunda avaliação, de forma que as respostas da segunda entrevista não sejam influenciadas pela memória da primeira e o intervalo não seja grande o suficiente para que possa ter ocorrido uma mudança real no indivíduo em relação ao aspecto que está sendo avaliado (HELZER et al., 1977; MENEZES; NASCIMENTO, 2000).

A validade é definida como o grau de exatidão ou de acurácia do resultado de uma medição (PASQUALI, 2010; POLIT; 2011; BECK; 2003). Três aspectos de validade podem ser avaliados operacionalmente: validade de conteúdo, validade de critério e validade de construto (MENEZES; NASCIMENTO, 2000)

A validade de conteúdo refere-se à extensão pela qual o instrumento incorpora todos os elementos do fenômeno a ser estudado. Geralmente, essa análise é efetuada mediante a concordância entre especialistas sobre a adequação entre o escopo teórico e os itens do instrumento (MENEZES; NASCIMENTO, 2000).

A validade de critério está relacionada com a capacidade do instrumento para discriminar sujeitos que diferem em determinadas características de acordo com um critério padrão. Quando o instrumento e o critério são aplicados simultaneamente, fala-se de validade concomitante ou concorrente. A validade preditiva refere-se à avaliação

do critério no futuro com o intuito de mensurar o poder da escala de prever o aparecimento de um determinado fenômeno. (URBINA, 2007).

Entende-se por validade de construto, o grau em que um instrumento de medidas se relaciona consistentemente com outras medições semelhantes derivadas de uma mesma teoria ou conceito que estão sendo medidos. Validar um conceito ou um construto exige o desenvolvimento de diversas pesquisas para o aprimoramento das definições e das medidas propostas (MENEZES; NASCIMENTO, 2000).

Neste estudo, a validação clínica objetivou testar se as definições operacionais para os indicadores do resultado de enfermagem Vínculo Pais-bebê, validadas pelos enfermeiros especialistas, são confirmadas por dados provenientes de uma amostra de mães e bebês presentes em um cenário clínico de USF's. Foram estimadas medidas de fidedignidade e validade dessas definições.

15 OBJETIVOS

A validação clínica das definições operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem Pais-bebê foi desenvolvida para atender aos seguintes objetivos:

15.1 Objetivo Geral

Analisar as medidas de validade e confiabilidade das definições operacionais elaboradas para os indicadores do resultado de enfermagem Vínculo Pais-bebê aplicado às mães de bebês com até 12 meses.

15.2 Objetivos específicos

- ✓ Verificar as medidas de validade e confiabilidade das definições operacionais elaboradas para o resultado mencionado;
- ✓ Verificar a consistência interna e a confiabilidade teste-reteste da escala NOC com as definições operacionais;
- ✓ Estimar a validade concorrente da escala NOC, tendo o Inventário de Percepção Vincular Materna (IPVM) como padrão-ouro;
- ✓ Comparar as medidas resultantes das avaliações com e sem a utilização das definições.

16 MÉTODOS

Trata-se de um estudo de validação clínica desenvolvido para avaliar a validade e a confiabilidade das definições operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem Vínculo Pais-bebê analisadas por especialistas, cujos resultados foram apresentados anteriormente.

16.1 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em três Unidades de Saúde da Família (USF's) localizadas no município da Vitória de Santo Antão - PE. Essas unidades atendem diariamente comunitários residentes em uma sua área adscrita. Os enfermeiros componentes da Estratégia Saúde da Família (ESF) desenvolvem atividades de acordo com as políticas do Ministério da Saúde, dentre elas a assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

16.2 População e amostra

A população do estudo foi composta por mães de bebês com idade até 12 meses. A amostra foi selecionada mediante a técnica de amostragem por conveniência por meio dos seguintes critérios de inclusão: mulheres com idade entre 18 e 45 anos, alfabetizadas, cadastradas nas USF's lócus da pesquisa, mães de bebês com idade entre

4 e 12 meses que compareceram às USFs no período de junho a outubro de 2013 para as consultas de puericultura.

Alguns autores destacam que bebês recém-nascidos ou menores de 4 meses não apresentam uma variedade de respostas aos sinais interativos da mãe (SEIDL-DE-MOURA et al., 2008). Esse fato justificou a escolha por essa faixa etária.

Quanto aos critérios de exclusão, adotaram-se: adoecimento ou ocorrência de óbito do bebê durante o período de coleta e deslocamento da puérpera da área de cobertura da Unidade de Saúde da Família lócus desse estudo.

Um total de 101 mães participaram deste estudo. Todas as amostras foram provenientes desse grupo e variaram de acordo com cada análise efetuada, a saber:

✓ Para o cálculo da consistência interna: 101 mães foram avaliadas por intermédio das definições operacionais do indicadores do resultado Vínculo Pais-bebê. Essa amostra foi por selecionada por meio da técnica de amostragem por conveniência, ou seja, à medida que preenchiam os critérios de inclusão citados. Geralmente, entre cinco e dez sujeitos por item do instrumento são satisfatórios para a análise da consistência interna (PASQUALI, 2010). Assim, considerando o número de indicadores da escala NOC (20 itens), a amostra foi estimada em, no mínimo, 100 mulheres.

✓ Para a confiabilidade teste-reteste: a amostra foi calculada com base nos seguintes parâmetros estatísticos: valor de correlação intraclassa a ser identificado de 0,85 e extensão do intervalo de confiança para a correlação intraclassa de 0,1. O cálculo resultou em 51 mães. Porém, somente 41 mães foram avaliadas por observadores diferentes que utilizaram a escala NOC original e a escala com as definições operacionais. O intervalo entre as medidas foi de no mínimo sete e no máximo quinze dias para se evitar vieses decorrentes do efeito memória.

✓ Para a investigação de diferenças entre as medidas decorrentes das avaliações com e sem o emprego das definições: a amostra foi de 54 mães avaliadas por dois examinadores, sendo que um utilizou a escala NOC sem as definições e o outro aplicou a escala com as definições operacionais.

✓ Para a estimativa da validade concorrente: aplicou-se a escala NOC com as definições operacionais conjuntamente com o IPVM em uma amostra de 62 mães que foram selecionadas mediante a técnica de amostragem por conveniência. O IPVM intitulado originalmente *Maternal Attachment Inventory* foi proposto por Müller (1994). Esse inventário, em sua versão original, possui elevada consistência interna ($\alpha=0,85$) (MÜLLER, 1994) e validade concorrente com outros instrumentos (SHIM; KIM, 2004; DAMATO, 2007).

16.3 Instrumento de coleta de dados

Após a análise de conteúdo e semântica realizada pelos enfermeiros especialistas e de USF's, um instrumento preliminar foi aplicado à cinco mães com o intuito de verificar se os indicadores elaborados e validados na etapa anterior estavam adequados ao contexto clínico da assistência de enfermagem à mulher e à criança atendidas em unidades de saúde.

Realizaram-se os ajustes necessários e uma nova versão foi proposta para validação clínica junto à população - alvo. O instrumento de coleta dos dados foi composto por duas partes: 1. Dados de caracterização da mãe e do seu bebê; e 2. Lista de itens correspondentes às definições operacionais dos indicadores do resultado de enfermagem Vínculo Pais - bebê (APÊNDICE D).

Ademais, os examinadores que não aplicaram as definições operacionais, utilizaram a escala NOC em sua versão original (ANEXO B).

Para a averiguação da validade concorrente da escala NOC Vínculo Pais-bebê com definições, adotou-se o IPVM como padrão-ouro. Esse inventário encontra-se validado para mães de crianças brasileiras com idade entre 6 e 13 anos e possui elevada consistência interna (BOECKEL et al., 2011).

Primeiramente, com o intuito de estimar a confiabilidade desse inventário para mães de bebês com até 12 meses, realizou-se um estudo piloto prévio com 41 mulheres atendidas em uma USF da Vitória de Santo Antão. Os resultados revelaram que o IPVM apresentou elevada consistência interna ($\alpha = 0,85$). Esses resultados justificam a escolha desse instrumento como "padrão-ouro" para a verificação da validade concorrente da escala NOC com as definições operacionais. Detalhes acerca desse instrumento estão apresentados no ANEXO C.

16.4 Procedimento de coleta de dados

Para aplicação do instrumento com as definições operacionais, realizou-se o treinamento de cinco auxiliares de pesquisa recém-formados no curso de graduação em Enfermagem.

16.4.1 Treinamento dos avaliadores

Esses colaboradores participaram de um curso com carga horária de dez horas sobre o vínculo entre mãe e bebê e a taxonomia de resultados de enfermagem (NOC).

Após essa discussão teórica, três observadores foram orientados quanto à utilização das definições operacionais e avaliaram três mães em momentos separados no período de fevereiro a março de 2013. Os demais não utilizaram essas definições, mas acessaram as definições conceituais.

Essas mães foram avaliadas uma vez por cada dupla de observador (com e sem a definição operacional), considerando o intervalo de uma semana entre as medidas. As mulheres foram abordadas por três duplas de pesquisadores. Posteriormente, analisaram-se os níveis de concordância entre esses enfermeiros e eventuais dúvidas nas avaliações foram esclarecidas.

16.4.2 Coleta de dados

Após o treinamento, inicialmente, uma amostra de 47 mães foi interpelada acerca dos indicadores de avaliação do vínculo em um espaço privativo da USFs ou em suas casas, nos meses de maio, junho e julho de 2013. Ademais, as últimas sete mães também responderam o IPVM para subsidiar à análise de validade concorrente.

Solicitou-se que o bebê estivesse acordado durante a entrevista para que fosse possível mensurar determinados indicadores. Três avaliadores participaram desta etapa e utilizaram somente as definições operacionais e o IPVM. Os demais colaboradores, designados para aplicar a escala NOC original (sem definições), estavam indisponíveis para participarem da coleta nesse período.

Nesta ocasião, em cada dia de coleta pré-estabelecido de acordo com a rotina de trabalho do enfermeiro da USF, havia somente um avaliador na USF ou no domicílio da mãe para avaliá-la com o auxílio das definições operacionais.

Posteriormente, nos meses de agosto, setembro, outubro e novembro de 2013, uma amostra de 54 mães foi avaliada com os três instrumentos: escala NOC com e sem o auxílio das definições operacionais e o IPVM. Desse total, 41 participantes foram submetidas a duas verificações em dois momentos distintos (teste-reteste), com intervalo de uma a duas semanas entre as avaliações.

Em cada dia de coleta dos dados dessa etapa, havia na unidade de saúde ou na residência da participante uma dupla de avaliadores para aplicar o IPVM e o instrumento com e sem as definições operacionais. Organizou-se um cronograma em conformidade com a disponibilidade de cada colaborador.

Não foi possível realizar o teste-reteste com todas as 54 mães, em virtude da dificuldade para a participante comparecer à USF com o seu bebê no intervalo de tempo citado e para os pesquisadores se deslocarem na comunidade sem o auxílio do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Além disso, a incompatibilidade de horários entre os pesquisadores colaboradores e as mães também foi um fator que dificultou a realização do teste-reteste.

Nesse ínterim, dois observadores necessitaram se ausentar do estudo, em virtude de compromissos profissionais. Esse fato dificultou e prolongou substancialmente a coleta dos dados, pois somente quatro auxiliares estavam disponíveis em dias específicos da semana para colaborar com a pesquisa. Ademais, as mães, por vezes, não compareciam à unidade de saúde nos dias programados, fazendo com que os pesquisadores necessitassem se deslocar para a residência da mãe. O desconhecimento do território dificultou o deslocamento e foi necessária a presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Esse profissional, do mesmo modo, possuía uma série de atribuições na USF e por isso encontrava-se indisponível para acompanhar a coleta.

16.5 Análise dos dados

Os dados foram organizados em uma planilha do Microsoft Software Excel[®] versão 2007 e analisados com o auxílio do pacote estatístico IBM SPSS[®] (Statistical Package for the Social Sciences) versão 17.0.

A existência de diferenças entre as avaliações efetuadas com e sem a utilização das definições operacionais foi verificada por meio do Teste de Wilcoxon. Esse teste é adotado quando há os mesmos participantes ou participantes emparelhados em duas condições e avalia se existe diferença estatisticamente significativa entre as médias dos postos das duas situações, por exemplo empregar ou não as definições operacionais (DANCEY; REIDY, 2013).

Quanto à análise do padrão das discordâncias entre medidas repetidas (teste-reteste) com e sem o emprego das definições operacionais, calculou-se o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI), cuja interpretação seguiu o referencial proposto por Bland e Altman (1986), a saber: correlação elevada: 0,75 a 1,0; moderada: 0,4 a 0,74; fraca: < 0,4.

Para verificar a magnitude da correlação entre as avaliações teste-reteste com e sem as definições e investigar a validade concorrente entre a escala NOC e o IPVM examinou-se o Coeficiente de Correlação ρ (rho) de Spearman.

Finalmente, a consistência interna da escala de resultado de enfermagem Vínculo Pais-bebê com as definições operacionais foi mensurada pelo Coeficiente *alfa* (α) de Cronbach.

Nunnally sugere que um instrumento é confiável quando o valor alfa é de pelo menos 0,70 (NUNNALLY, 1970). Cronbach afirma que valores acima de 0,80 evidenciam elevada consistência interna (CRONBACH, 1951).

Para a análise da significância estatística, utilizou-se o nível de confiança de 5% ($\alpha=0,05$).

16.6 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) e recebeu parecer favorável. Foram respeitados todos os aspectos éticos referentes às pesquisas com seres humanos contidos na resolução 466/12 (BRASIL, 2012).

Ademais, as mães foram esclarecidas quanto aos objetivos da pesquisa e deram sua anuência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE F). Foram garantidos o anonimato e o direito da mãe de retirar-se do estudo sem que isso acarretasse qualquer prejuízo ao seu atendimento ou ao acompanhamento do seu bebê.

17 RESULTADOS

Quanto ao perfil das mães, evidenciou-se que a média de idade foi de 25,49 anos ($\pm 6,13$). Os bebês apresentaram, em média, 6,89 meses ($\pm 2,28$). A média de filhos por mulher foi de 1,68 ($\pm 1,01$).

No que concerne à escolaridade, 16,0% relataram ter concluído o ensino fundamental e 36,0% finalizaram o ensino médio. Apenas 5,0% possuem nível superior e 2,0% são pós-graduadas. As demais participantes interromperam os estudos, ensino fundamental incompleto (22,0%) e ensino médio incompleto (17,0%), em virtude da gravidez.

Com relação à situação conjugal, 46,0% das mães são casadas e 43,0% possuem união estável. A gravidez foi planejada por 45,0% das participantes. A maior parte (91,0%) reside com o pai do seu bebê.

A existência de diferenças entre as avaliações efetuadas com o auxílio e sem a utilização das definições operacionais foi verificada por meio do Teste de Wilcoxon. Nesta pesquisa, 54 mães foram examinadas por dois pesquisadores, em que um aplicou a definição operacional e o outro efetuou a avaliação por meio da escala NOC original (sem as definições). Os dados dessa análise estão contidos nas tabelas 5.

Tabela 5 - Comparação dos postos médios dos indicadores NOC com e sem a utilização das definições operacionais (n=54). Vitória de Santo Antão, 2014.

Indicadores da escala "Vínculo Pais-Bebê"	CD ¹		SD ²		Z	Valor p ^{**}
	PM ³	M	PM ³	M		
Prática de comportamentos saudáveis durante a gravidez	19,74	5,00	17,50	4,00	-4,790	0,000
Designação de atributos específicos ao feto	18,50	5,00	14,19	5,00	-4,023	0,000
Preparação para o bebê antes do nascimento	16,00	4,00	16,59	5,00	-3,393	0,001

Verbalização de sentimentos positivos relativos ao bebê	10,50	5,00	13,13	5,00	-2,449	0,014
Bebê seguro ao colo de forma bem próxima	13,13	5,00	12,50	5,00	-3,024	0,002
Ato de tocar, fazer movimentos delicados de toque no bebê	13,50	5,00	14,63	4,00	-0,365	0,715
Ato de beijar o bebê	14,13	3,00	20,34	5,00	-3,711	0,000
Ato de sorrir para o bebê	10,24	5,00	8,00	5,00	-3,380	0,001
Uso da posição face-face	20,00	5,00	15,33	4,00	-2,102	0,036
Uso de contato com os olhos	22,00	5,00	14,19	4,00	-3,464	0,001
Vocalização para o bebê	15,20	5,00	13,29	5,00	-0,974	0,330
Brincadeiras com o bebê	15,50	4,00	17,40	5,00	-3,393	0,001
Reação aos indicadores do bebê	13,00	4,00	16,58	5,00	-3,837	0,000
Ato de confortar o bebê	11,00	5,00	13,40	5,00	-1,588	0,112
Ato de segurar o bebê para alimentá-lo	12,96	5,00	13,04	5,00	-0,179	0,858
Ato de manter o bebê seco, limpo e aquecido	0,00	4,00	18,00	5,00	-5,916	0,000
Ato do bebê de olhar para os pais	13,54	5,00	13,00	5,00	-4,271	0,000
Reação do bebê aos indicadores dos pais	12,52	5,00	12,00	5,00	-4,426	0,000
Busca de proximidade pelo bebê	4,57	5,00	4,00	5,00	-2,111	0,035

¹CD: Com definições; ²SD: Sem definições; ³PM: Postos médios.

**Teste de Wilcoxon/ Teste bilateral.

Fonte: Dados da pesquisa

Os indicadores Prática de comportamentos saudáveis durante a gravidez; Designação de atributos específicos ao feto; Bebê seguro ao colo de forma bem próxima; Ato de sorrir para o bebê; Uso da posição face-face; Uso de contato com os olhos; Vocalização para o bebê; Ato do bebê de olhar para os pais; Reação do bebê aos indicadores dos pais; e Busca de proximidade pelo bebê apresentaram maiores escores (postos médios maiores) na escala NOC quando avaliados com as definições operacionais. Essas diferenças foram estatisticamente significantes para todos os itens ($p < 0,05$), exceto no que se refere à Vocalização para o bebê ($p = 0,330$).

Evidenciaram-se maiores escores (postos médios maiores), na ausência de definições operacionais, com relação aos indicadores: Preparação para o bebê antes do nascimento; Verbalização de sentimentos positivos relativos ao bebê; Ato de beijar o bebê; Brincadeiras com o bebê; Reação aos indicadores do bebê; e Ato de manter o bebê seco, limpo e aquecido. Os indicadores Ato de tocar, fazer movimentos delicados

de toque no bebê; Ato de confortar o bebê; e Ato de segurar o bebê para alimentá-lo também mostraram maiores escores quando analisados com a utilização da NOC original. Contudo as diferenças entre não utilizar as definições e empregá-las não foram estatisticamente significantes ($p > 0,05$).

No tocante aos níveis de vinculação, as mães apresentaram elevados escores - (4) Frequentemente demonstrado ou (5) Consistentemente demonstrado - na maior parte dos itens. Porém, quanto aos indicadores Ato de beijar o bebê e Reação aos indicadores do bebê, os escores foram distribuídos uniformemente entre os níveis (3) Algumas vezes demonstrado, (4) Frequentemente demonstrado ou (5) Consistentemente demonstrado.

As próximas análises referem-se à uma amostra de 41 mães submetidas ao teste e reteste. As tabelas 6 e 7 expõem o coeficiente de correlação intraclasse entre os avaliadores que efetuaram essas avaliações com e sem a utilização das definições operacionais.

Tabela 6 - Coeficiente de Correlação Intraclasse entre medidas decorrentes de avaliações Teste-Retestes com a utilização das definições operacionais (n=41). Vitória de Santo Antão, 2014.

Indicadores da escala "Vínculo Pais-Bebê"	CCI¹ - CD² T-R³	IC 95%⁴	Valor p
Prática de comportamentos saudáveis durante a gravidez	0,977	0,957 - 0,988	0,000
Designação de atributos específicos ao feto	0,951	0,908 - 0,974	0,000
Preparação para o bebê antes do nascimento	0,957	0,921 - 0,977	0,000
Verbalização de sentimentos positivos relativos ao bebê	1,000	-	-
Bebê seguro ao colo de forma bem próxima	0,938	0,885 - 0,967	0,000
Ato de tocar, fazer movimentos delicados de toque no bebê	1,000	-	-
Ato de beijar o bebê	0,543	0,148 - 0,756	0,007
Ato de sorrir para o bebê	1,000	-	-
Uso da posição face-face	0,734	0,503 - 0,858	0,000
Uso de contato com os olhos	0,944	0,896 - 0,970	0,000

Vocalização para o bebê	0,931	0,871 - 0,963	0,000
Brincadeiras com o bebê	0,983	0,968 - 0,991	0,000
Reação aos indicadores do bebê	0,966	0,937 - 0,982	0,000
Ato de confortar o bebê	1,000	-	-
Ato de segurar o bebê para alimentá-lo	0,906	0,825 - 0,950	0,000
Ato de manter o bebê seco, limpo e aquecido	0,891	0,797 - 0,942	0,000
Ato do bebê de olhar para os pais	0,940	0,889 - 0,968	0,000
Reação do bebê aos indicadores dos pais	0,796	0,619 - 0,891	0,000
Busca de proximidade pelo bebê	1,000	-	-

¹CCI: Coeficiente de Correlação Intraclasse; ²CD: Com definição; ³T-R: Teste-Retestes; ⁴IC: Intervalo de confiança.

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 7 - Coeficiente de Correlação Intraclasse entre medidas decorrentes de avaliações Teste-Retestes sem a utilização das definições operacionais (n=41). Vitória de Santo Antão, 2014.

Indicadores da escala "Vínculo Pais-Bebê"	CCI¹ - SD T-R²	IC 95%³	Valor p
Prática de comportamentos saudáveis durante a gravidez	0,614	0,280 - 0,794	0,002
Designação de atributos específicos ao feto	0,149	-0,587 - 0,545	0,304
Preparação para o bebê antes do nascimento	0,679	0,400 - 0,828	0,000
Verbalização de sentimentos positivos relativos ao bebê	0,613	0,279 - 0,793	0,002
Bebê seguro ao colo de forma bem próxima	0,475	0,021 - 0,719	0,021
Ato de tocar, fazer movimentos delicados de toque no bebê	0,590	0,234 - 0,780	0,003
Ato de beijar o bebê	0,381	-0,155 - 0,669	0,065
Ato de sorrir para o bebê	0,808	0,642 - 0,897	0,000
Uso da posição face-face	0,528	0,120 - 0,748	0,009
Uso de contato com os olhos	0,700	0,440 - 0,839	0,000
Vocalização para o bebê	0,558	0,175 - 0,763	0,005
Brincadeiras com o bebê	0,703	0,447 - 0,841	0,000
Reação aos indicadores do bebê	0,455	-0,016 - 0,709	0,028
Ato de confortar o bebê	0,347	-0,219 - 0,651	0,090
Ato de segurar o bebê para alimentá-lo	0,558	0,176 - 0,764	0,005
Ato de manter o bebê seco, limpo e aquecido	0,618	0,287 - 0,796	0,001
Ato do bebê de olhar para os pais	0,204	-0,484 - 0,575	0,235
Reação do bebê aos indicadores dos pais	0,506	0,078 - 0,736	0,014
Busca de proximidade pelo bebê	0,223	-0,449 - 0,585	0,212

¹CCI: Coeficiente de Correlação Intraclasse; ²SD: Sem definição; ³T-R: Teste-Retestes; ⁴IC: Intervalo de Confiança.

Fonte: dados da pesquisa.

No que concerne às avaliações teste-reteste com o emprego das definições operacionais, apenas as medidas dos indicadores Ato de beijar o bebê e Uso da posição

face-face apresentaram correlação moderada. Os indicadores Verbalização de sentimentos positivos relativos ao bebê; Ato de tocar, fazer movimentos delicados de toque no bebê; Ato de sorrir para o bebê; Ato de confortar o bebê; e Busca de proximidade pelo bebê demonstraram correlação perfeita ($CCI = 1,0$). Todas as demais medidas mostraram CCI maiores do que 0,75, o que denota elevada correlação (BLAND; ALTMAN, 1986).

Em contrapartida, quando se analisaram as correlações das medidas do teste-reteste sem a utilização das definições, as correlações foram fracas ($CCI < 0,40$) para os indicadores Designação de atributos específicos ao feto, Ato de beijar o bebê, Ato de confortar, Ato do bebê de olhar para os pais e Busca de proximidade pelo bebê. Ademais, com exceção do item Ato de sorrir para o bebê, cuja correlação foi elevada ($CCI = 0,808$), todos os demais apresentaram correlação moderada (CCI entre 0,40 e 0,74).

Assim, observa-se que somente as medidas do indicador Ato de sorrir para o bebê, nos exames do teste e reteste, com e sem o emprego das definições, mostraram CCI elevado nestas duas situações. Contudo, a definição operacional tornou a medida mais consistente, pois o CCI foi igual a 1,0.

Para verificar a validade concorrente da escala NOC com os indicadores operacionais, utilizou-se o Inventário de Percepção Vincular Materna (IPVM), como padrão-ouro, em uma amostra de 62 mães. Calcularam-se os escores médios de cada um desses instrumentos. Evidenciou-se correlação entre eles ($\rho = 0,357$; $p = 0,004$).

Sobre a verificação da consistência interna da escala NOC com definições operacionais, o coeficiente alfa de Cronbach foi considerado aceitável ($\alpha = 0,716$). Reforça-se que essa versão não contém o indicador Realização de visitas ao berçário.

Diante do exposto, observa-se que as definições operacionais proporcionaram maior uniformidade e similaridade entre as avaliações de mães acompanhadas em USF's.

18 DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que as mães eram jovens, casadas ou com união marital estável e a maioria mora com o pai do seu bebê. Ademais, 52,0% possuem um filho, 39,0% interromperam os estudos em decorrência da gestação e 45,0% afirmaram que planejaram a gravidez.

Esses resultados são semelhantes aos achados de Vieira e colaboradores (2011) em um estudo voltado para identificação de diagnósticos de enfermagem no puerpério. Esses autores também encontraram mulheres jovens, casadas ou em união estável.

O suporte familiar, sobretudo do companheiro, é um dos aspectos essenciais para o progresso da gestação e do período pós-parto de forma saudável (VIEIRA et al., 2011). O ato de planejar a gravidez, conjuntamente com a família, promove a participação coletiva e aumenta a autoestima da mãe.

O apoio social contribui para uma experiência mais prazerosa da maternidade, principalmente quando as mães são adolescentes (PICCININI et al., 2002). Um estudo sobre o apoio social recebido pela mãe desde a gravidez até o período puerperal mostrou que os pais são habilidosos quanto aos cuidados básicos com o bebê (RAPOPORT; PICCININI, 2006).

Em contrapartida, sentimentos como medo, ansiedade, preocupação decorrentes da inexperiência em como atender às demandas do recém-nascido podem interferir no desempenho do papel de pai, principalmente quando ele não participa ou não é estimulado a se integrar, como parte indispensável desse processo, desde o início da gestação (BRITO; OLIVEIRA, 2006).

O ciclo gravídico-puerperal é acompanhado de sentimentos ambivalentes, tais como alegria, satisfação com o papel de mãe, ansiedade, insegurança, incerteza, dentre

outros. Assim, a família desempenha uma função importante de auxiliar na transição e adaptação ao novo papel (VIEIRA et al., 2011).

O apego dos pais para como os seus filhos não é instantâneo e instintivo, a partir do nascimento da criança. Trata-se de um processo contínuo iniciado na gestação, em que o bebê imaginário passa a fazer parte do cotidiano dos pais, sendo formado a partir das suas fantasias, desejos, sonhos e das suas representações dos modelos de ser mãe e pai (BRAZELTON, 2002).

No tocante ao grau de escolaridade, aproximadamente 40,0% das participantes afirmaram ter interrompido os estudos durante a gestação ou logo após o parto. Os achados deste estudo confirmam às evidências existentes que mostram a gravidez precoce como fator que pode desencadear, além da baixa auto-estima, o abandono da escola, do trabalho e até mesmo do lazer (LIMA et al., 2004; PINTO; MARCON, 2012).

Diante do exposto, faz-se necessário que o enfermeiro implemente estratégias de promoção à inserção dos membros da família no cuidado à mãe e ao seu filho. É importante que esse profissional esteja atento às dinâmicas familiares, valores, crenças e atitudes presentes no contexto da chegada de um novo integrante da família que exigirá uma reformulação nos papéis e nas regras do funcionamento familiar (MINUCHIN, 1985; SILVA; TONETE, 2006).

18.1 Diferenças encontradas nas avaliações realizadas com e sem o uso das definições operacionais

Uma definição operacional é um procedimento que especifica como um conceito é aplicado dentro de um determinado conjunto de circunstâncias. De uma outra forma, uma definição operacional é uma descrição precisa de como um fenômeno pode ser medido. Portanto, ela necessita ser específica, concreta, mensurável e útil para as pessoas envolvidas (PASQUALI, 2010).

A importância de se elaborar e utilizar definições operacionais está na diminuição de ambigüidades entre os enfermeiros, pois possibilita que todos tenham o mesmo entendimento e mensurem da mesma forma o fenômeno de enfermagem em questão. De fato, isso foi evidenciado neste estudo, pois as avaliações teste e teste-reteste foram uniformes e similares no grupo de avaliadores que utilizaram as definições operacionais.

Isso justifica o fato de que todas as medidas repetidas realizadas com a utilização das definições operacionais, exceto as referentes aos indicadores Ato de beijar o bebê e Vocalização para bebê, apresentaram elevados e até excelentes CCI. Essas evidências não foram encontradas para as mensurações teste-reteste efetuadas sem o auxílio das definições. Ademais, a maior parte das correlações (p) entre as medidas do teste-reteste no grupo que utilizou as definições foram significativamente maiores do que as avaliações realizadas sem essas descrições (tabelas 7 e 8). Isso mostra que o conteúdo teórico utilizado para a elaboração das definições foi adequado e representou o contexto clínico de avaliação da relação entre mãe e filho.

A validação clínica é realizada com o intuito de averiguar se as definições operacionais elaboradas a partir da revisão integrativa ou da análise de conceito e validadas por um grupo de especialistas é confirmada por dados clínicos (HOSKINS, 1989). Um fenômeno de enfermagem é clinicamente validado quando ele representa os comportamentos e as características do paciente (CREASON, 2004).

Conforme os dados da tabela 5, o teste de Wilcoxon mostrou que houve diferenças estatisticamente significantes entre utilizar ou não as definições para 16 itens da escala NOC. Esse resultados corroboram os achados da validação por especialistas, pois todas as definições operacionais foram consideradas simples, claras, precisas e amplas, exceto para o item Realização de Visitas ao berçário.

Não foram encontradas diferenças nas avaliações com e sem as definições operacionais para os indicadores: Ato de tocar, fazer movimentos delicados de toque no bebê; Vocalização para o bebê; Ato de confortar o bebê; e Ato de manter o bebê seco, limpo e aquecido. Em contrapartida, os especialistas consideraram adequadas as definições operacionais para esses itens. Assim, a operacionalização dos indicadores mostrou-se apropriada teoricamente, mas clinicamente não acarretou diferenças nas avaliações.

Dessa forma, as discussões apresentadas a seguir têm o intuito de clarificar os possíveis motivos que justificam a ausência de diferenças nas avaliações desses indicadores.

O contato precoce pele a pele entre mãe e filho oferece benefícios fisiológicos e psicológicos para a mãe e o seu bebê. Esse contato deve ser iniciado imediatamente após o parto de forma contínua, prolongada e de modo que ambos se sintam confortáveis (HAXTON, 2012).

Dentre os benefícios decorrentes desse contato pele a pele, estão o relaxamento da mãe e o do bebê, a redução do choro e do estresse do recém-nascido, a menor perda de energia e a proximidade calorosa do bebê com o colo da sua mãe (HAXTON et al., 2012; ALMEIDA; MARTINS FILHO, 2004).

A amamentação é substancialmente promovida por meio do contato precoce entre mãe e bebê, pois possibilita a sucção eficiente e precoce, aumenta o tempo de aleitamento, além de promover a relação afetiva entre mãe e bebê (TOMA; REA, 2008).

Esse comportamento de interação contato pele a pele deve ser estimulado desde o período gestacional, especialmente nos momentos de intimidade entre a mãe e o seu filho. Uma pesquisa sobre o significado dessa interação para as mães, mostrou que durante o pré-natal não são comuns as orientações referentes aos benefícios do contato pele a pele logo após o parto. As mães relataram sentimentos de felicidade, alívio e amor provenientes dessa interação (MATOS et al., 2010).

A definição conceitual para o Ato de tocar, fazer movimentos delicados de toque no bebê, elaborada e validada por especialistas, foi a seguinte: capacidade da mãe de estabelecer proximidade com o bebê por meio do contato suave de suas mãos com a pele do seu filho, de forma relaxante e prazerosa. Além disso, quando há necessidade de realizar deslocamentos da criança de um local para outro, o faz suavemente (ROCHA; SIMPIONATO; MELLO, 2003; SEIDL DE MOURA et al., 2004; GALVÃO et al., 2009; HAXTON et al., 2012).

As evidências empíricas que embasaram a definição operacional foram: intensidade do toque (leve e firme), tipos de toque (instrumental, expressivo - afetivo, terapêutico e não intencional), frequência (1 vez, 2 vezes, 3 vezes, mais de 3 vezes) e velocidade da ação (rápida, moderada e lenta) (SILVA, 2006).

Para as descrições dos níveis de mensuração da escala NOC, a frequência de ocorrência do toque expressivo-afetivo foi determinante. A escolha por esse tipo deve-se ao fato de que ele remete ao aconchego, à segurança e à proximidade/calor apresentados ao bebê. Está presente nas interações maternas desde a vida intraútero, é apreciado pela criança e representa o “motor” do seu desenvolvimento físico,

emocional, afetivo, social e intelectual. Trata-se de uma expressão do amor, do carinho e dos laços da mãe para com o seu filho (SILVA, 2006).

De modo geral, as mães relatam o toque leve, sutil e delicado no contato com o seu bebê. O toque firme aparece quando há necessidade de segurar o bebê para mantê-lo seguro ou de realizar determinados cuidados básicos (SILVA, 2006). Esse fato sugere que o ato de tocar o bebê é intrínseco ao papel de mãe e, portanto, acontece com frequência. Isso possibilita que os avaliadores, independente das definições, alcancem as mesmas conclusões.

De fato, os escores das avaliações para o indicador Ato de tocar, fazer movimentos delicados de toque no bebê foram muito próximos com e sem as definições, principalmente para os níveis 4 e 5 da escala NOC.

Argumento semelhante pode ser utilizado para explicar a ausência de diferenças nas avaliações dos itens Vocalização para o bebê, Ato de confortar e Ato de manter o bebê seco, limpo e aquecido.

Vocalização para o bebê foi definido como a habilidade da mãe para comunicar-se com o seu filho por meio do canto e da fala com voz apropriada para o seu bebê (ROCHA; SIMPIONATO; MELLO, 2003).

Acima de 90,0% das mães apresentaram níveis 4 e 5 na escala NOC para esse indicador na presença ou ausência das definições. O número de situações do dia-a-dia em que a mãe fala ou canta para o seu bebê foi o parâmetro utilizado para diferenciar os níveis da escala NOC.

Seidl-de-Moura e colaboradores (2008) estudaram as interações entre mãe e bebê durante a rotina diária na sua residência. Os autores evidenciaram que a vocalização da mãe é um comportamento nas interações com o seu bebê e acontece de diversas formas, sobretudo durante conversas diárias e brincadeiras. Rocha, Sampionato

e Mello (2003) encontraram a vocalização da mãe para o seu filho durante a troca de fraldas e amamentação.

O Ato de manter o bebê seco, limpo e aquecido e o Ato de confortar o bebê são indicadores semelhantes e suas definições operacionais podem ser resumidas à habilidade da mãe para desempenhar os cuidados básicos com o seu bebê e responder às necessidades de alimentação/eliminação/higiene/temperatura corporal e, principalmente, no que concerne às demandas de afeto e amor por parte do bebê (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

Assim, por serem comportamentos primordiais e frequentemente presentes no contexto dos cuidados maternos, pode-se supor que eles não sofrem grandes variações. Porém, nos casos de mães com alterações de humor, principalmente a depressão pós-parto, mães deprimidas e seus respectivos bebês apresentam menos vocalizações, comunicações visuais, sorrisos e interações corporais (RIGHETTI-VELTEMA et al., 2002).

Neste estudo, a maioria das mães mostraram escores (4) e (5) na escala NOC para os dois indicadores supracitados nas avaliações com e sem definições, respectivamente.

Ao longo do processo gestacional, a mãe desenvolve uma capacidade de compreender o seu bebê e de exercer com suficiência a maternidade (PINTO; MARCON, 2012). Via de regra, as mães tendem a interagir da mesma forma com os seus filhos, sobretudo quando se trata de prover os cuidados básicos. Sendo assim, utilizar as definições operacionais para estas situações não acarretam diferenças significativas nas avaliações.

Além disso, é importante destacar que os vieses de observação e de avaliação entre os observadores também podem ter influenciado nessas medidas semelhantes com e sem as definições operacionais.

A escala NOC com definições apresentou resultados concordantes com o IPVM, ou seja revelou validade concorrente. A versão original intitulada *Maternal Attachment Inventory* (MAI) possui elevada confiabilidade ($\alpha = 0,85$ - bebês com 4 semanas, $\alpha = 0,76$ - bebês com 4 meses e $\alpha = 0,85$ - bebês com 8 meses) (MÜLLER, 1994).

Na população brasileira, esse inventário encontra-se traduzido, adaptado e validado para mães de crianças com idade entre 6 e 13 anos com elevada consistência interna ($\alpha=0,90$) (BOECKEL et al., 2011). Neste estudo, primeiramente verificou-se a consistência interna desse instrumento em uma amostra piloto composta por 41 mães, cujo resultado foi satisfatório ($\alpha=0,85$).

A consistência interna da escala NOC foi considerada aceitável ($\alpha=0,716$). Dentre os fatores que interferem na estimativa do coeficiente alfa, destacam-se o número de itens do instrumento e o tamanho da amostra. Sugere-se um quantitativo mínimo de 5 a 10 pessoas por cada item do instrumento para compor uma amostra representativa (PASQUALI, 2010). Contudo, nesta pesquisa foi possível alcançar somente o número mínimo de mães, esse fato pode ter influenciado o valor do coeficiente alfa. Apesar disso, a escala com suas respectivas definições operacionais mostrou consistência interna aceitável e portanto é confiável para avaliar o vínculo entre mãe e bebê.

19 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre as avaliações realizadas com e sem as definições operacionais para a maioria dos indicadores, comprovando portanto a hipótese deste estudo.

Os itens Ato de tocar, fazer movimentos delicados de toque no bebê; Vocalização para o bebê; Ato de confortar o bebê; e Ato de manter o bebê seco, limpo e aquecido não apresentaram diferenças quanto ao emprego ou não das definições nas mensurações. Em contrapartida, os especialistas consideraram todas as definições válidas, exceto o indicador Realização de visitas ao berçário que não foi averiguado clinicamente. Esse fato mostra a relevância da validação clínica.

No tocante à fidedignidade das definições, as correlações intraclassas foram excelentes para todos os indicadores, exceto para o Ato de beijar o bebê e Uso da posição face-a-face, cuja correlação foi moderada. Os coeficientes de correlação de Spearman e de consistência interna também mostraram resultados satisfatórios.

Esses achados evidenciam que as definições elaboradas são consistentes para mensurar os indicadores do resultado de enfermagem Vínculo Pais-bebê.

Entretanto, recomenda-se a revisão das definições dos indicadores que não apresentaram divergências entre as avaliações com o intuito de identificar um maior número de evidências empíricas representativas desses fenômenos.

Entre as limitações desta etapa da pesquisa estão: a falta de pesquisas comparativas, a escassez de estudos sobre a avaliação do vínculo entre mãe e bebê por meio de taxonomias de enfermagem, principalmente quanto à identificação ou utilização de parâmetros para a análise da relação afetiva entre mãe e filho. Além disso, apesar de todos os examinadores serem treinados para participar da validação clínica,

não se pode garantir ausência de vieses entre as avaliações que podem estar relacionados com o nível de conhecimento e experiência, imaturidade e desatenção para a avaliação de alguns dados clínicos.

20 CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS

A validação clínica comprovou a hipótese do estudo de que há diferenças entre utilizar as definições operacionais nas avaliações do vínculo entre mãe e bebê e não empregar as definições nessas mensurações. Ademais, os resultados mostraram que as definições foram fidedignas nas medidas teste-reteste (correlação intraclass) e apresentaram consistência interna satisfatória. Isso atesta que as definições medem o que se propõem a medir e, portanto, são capazes de tornar a avaliação do enfermeiro mais acurada acerca do fenômeno em estudo.

Os resultados desta pesquisa fornecem ao enfermeiro um instrumento robusto e operacionalizado para ser utilizado na avaliação de intervenções a serem implementadas com o intuito de promover o vínculo entre mãe e bebê. A ferramenta é confiável e precisa para averiguar a eficácia de determinadas estratégias de cuidado no âmbito das relações afetivas entre mãe e filho.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, E. A., MARTINS FILHO, J. O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. **Rev Ciên Méd**, v. 13, n. 4, p. 381-8, 2004.
- BECK, P. et al. Scales for assessment of diagnosis and severity of mental disorders. **Acta Psychiatr. Scand.**, v. 372, p.1-87, 1993. Supplement.
- BLAND, J. M.; ALTMAN, D. G. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. **Lancet**, v. 1, n. 8476, p. 307-10, 1986.
- BOECKEL, M. G. et al. AF do Inventário Percepção de Vinculação Materna. **Revista Interamericana de Psicologia.**, v. 45, n. 3, p. 439-448, 2011.
- BRASIL. **Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos (revoga as seguintes resoluções: 196/96, 404/08 e 303/00). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- BRITO, R. S.; OLIVEIRA, E. M. F. Aleitamento materno: mudanças ocorridas na vida conjugal do pai. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 27, n. 2, p. 193-202, 2006 jun.
- BRAZELTON, T. B. **Momentos decisivos do desenvolvimento infantil.** 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- CANTILINO, A. **Tradução para o português e estudo de validação da —Postpartum Depression Screening Scale na população brasileira.** 98p. Dissertação (Mestrado em Neuropsiquiatria). Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2003.
- CHAVES, E. C. L; CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Rev Eletr Enferm.**, v. 10, n. 5, p.513-20, 2008.
- CREASON, S. N. Clinical validation of nursing diagnoses. **Int J Nurs Terminol Classif.**, v. 15, p.162-9, 2004.

CRONBACH, L. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, v. 16, n. 3, p. 297-37, 1951.

DAMATO, E. G. Prenatal attachment and other correlates of postnatal maternal attachment to twins. *Advances in Neonatal Care.*, v. 4, n. 5, p. 274-29, 2004.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

GALVÃO, M.T.G et al. Comunicação não verbal entre mãe e filho na vigência do HIV/AIDS à luz da Tacêsica. *Esc Anna Nery Rev Enferm.*, v. 13, n. 4, p. 780-85, 2009.

GROVE, W.M. et al. Reliability studies of psychiatric diagnosis: theory and practice. *Arch. Gen. Psychiatr.*, v. 4, n. 38, p. 408-413, 1981.

HAXTON, D. et al. Implementing skin-to-skin contact at birth using the Iowa model: applying evidence to practice. *Nurs Womens Health.*, v. 16, n. 3, p. 220-9, 2012.

HELZER, J.E. et al. Reliability of psychiatric diagnoses: a methodological review. *Arch. Gen. Psychiatr.*, v. 2, n. 34, p. 129-133, 1977.

HOCKENBERRY, M.J; WILSON, D. **Wong**: Fundamentos de enfermagem pediátrica. 8.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

LIMA, C. T. B et al. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. *Rev Bras Saúde Materno Infantil*, v. 4, n. 1, p. 71-83, 2004.

MATOS, T. et al. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Rev. bras. enferm.*, Brasília , v. 63, n. 6, p. 998-1004, 2010 .

MENEZES, P.R.; NASCIMENTO, A.F. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em Psiquiatria. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.H.; ZUARDI, A.W. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos editorial, 2000, p.23-28.

MINUCHIN, P. Families and individual development: provocations from the field of family therapy. *Child Development*, v. 56, p.289-302, 1985.

MÜLLER, M.E. A questionnaire to measure mother-to-infant attachment. **J Nurs Meas.**, v. 2, n. 2, p. 129-141, 1994.

NUNNALLY, J. C. **Introduction to psychological measurement**. New York: McGraw-Hill; 1970.

PASQUALI, L. cols. **Instrumentação Psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed; 2010.

PICCININI, C. A. et al. Apoio social percebido por mães adolescentes e adultas: da gestação ao terceiro mês de vida do bebê. **Psico** (Porto Alegre), v. 33, n. 1, p. 9-35, 2002.

PINTO, K. R. T. F; MARCON, S. S. A família e o apoio social recebido pelas mães adolescentes e seus filhos. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, n. suplem. p. 153-159, 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem - Avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

RAPOPORT, A; PICCININI, C. A. Apoio Social e Experiência da Maternidade. **Rev. Bras. crescimento desenv. hum.**, v. 16, n. 1, p. 85-96, 2006.

RIGHETTI-VELTEMA, M et al. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. **J Affect Disord.**, v. 70, n. 3, p. 291-306, 2002.

SHIN, H.; KIM, Y. H. Maternal Attachment Inventory: psychometric evaluation of the Korean version. **J Adv Nurs.**, v. 59, n. 3, p. 299-307, 2007.

VIEIRA, F. et al. Diagnósticos de enfermagem relacionados à amamentação no puerpério imediato. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 462-70, 2011.

ROCHA, S. M. M.; SIMPIONATO, E.; MELLO, D. F. Apego Mãe-filho: um estudo comparativo entre mães de parto normal e cesárea. **Rev Bras Enferm.**, v. 56, n. 2, p. 125-129, 2003.

SANTOS, F. A. A. S. **Construção e investigação da validade de definições conceituais e operacionais do resultado de integridade tissular: um estudo com portadores de úlceras venosas**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2011.

SEIDL DE MOURA, M. L. et al. Interações Iniciais Mãe-bebê. **Psicologia: Reflexão e Crítica.**, v. 17, n. 3, p. 295-302, 2004.

SEIDL-DE-MOURA, M. L. et al. Interações Mãe-Bebê de Um e Cinco Meses: Aspectos Afetivos, Complexidade e Sistemas Parentais Predominantes. **Psicologia: Reflexão e Crítica.**, v. 21, n. 1, p. 66-73, 2008.

SILVA, L.; TONETE, V. L. P. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v. 14, n. 2, p. 199-206, 2006.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio:** a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Ed Loyola, 2006.

URBINA, S. Fundamentos da testagem psicológica. Porto Alegre: Artmed; 2007.

TOMA, T. S.; REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup 2, p. S235-S246, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS (ETAPA DE VALIDAÇÃO DAS DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS E OPERACIONAIS)

Prezado colega (enfermeiro),

Sou aluna do curso de doutorado em neuropsiquiatria e ciência do comportamento, e gostaria de convidá-lo para participar do desenvolvimento de uma pesquisa intitulada "Vínculo entre mãe e bebê: validação de um instrumento de avaliação de resultado de enfermagem". Esse estudo tem o objetivo de construir e validar um instrumento de avaliação do resultado de Enfermagem "Vínculo mãe-bebê" a partir dos indicadores propostos pela Classificação de Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification - NOC*).

Sua participação é de fundamental importância. Caso aceite participar, vossa senhoria deverá assinar o presente termo de consentimento, devendo sua assinatura estar digitalizada, pois o presente termo deverá ser encaminhado via e-mail.

Nesta oportunidade, solicitamos sua cooperação no sentido de averiguar a adequação das definições constitutivas e operacionais de 20 indicadores que compõem o resultado de Enfermagem "Vínculo Mãe-bebê".

Ressalto que é possível que o presente estudo lhe traga algum desconforto ao responder os questionamentos dos instrumentos. Os benefícios advindos com os resultados desta pesquisa relacionam-se com a disponibilização de um instrumento de medida do vínculo entre mãe e bebê com propriedades psicométricas confiáveis a ser utilizado por enfermeiros no exercício de sua prática assistencial, bem como o qualificação e embasamento da prática de enfermagem a partir de informações válidas e confiáveis.

Dou-lhe a garantia de que as informações aqui obtidas serão utilizadas apenas para a realização do estudo. Vossa senhoria tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem nenhum dano. Ao apresentar o trabalho, não utilizarei o seu nome nem qualquer outro dado que possa identificá-lo (a).

Para informar irregularidades danosas durante a vossa participação no estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, localizado na Av. Prof. Moraes Rêgo, s/n - 1º andar, Cidade Universitária CEP: 50670-901 Recife - PE, Brasil. **Telefone/Fax do CEP:** (81) 2126-8588.

Caso precise entrar em contato comigo, as informações constam a seguir: Nome: Jaqueline Galdino Albuquerque . Endereço: Rua Carlos Pereira Falcão,743, AP 103, Boa Viagem, CEP: 51-21350, Recife-Pernambuco. Endereço eletrônico: jaquelinealbuquerque@hotmail.com. Telefone: (81) 3523-3351.

Declaração do Participante:

edo, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, a a participação nesta pesquisa.

Vitória de Santo Antão, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

Testemunha 1

Testemunha 2

APÊNDICE B - CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS

Prezado (a), solicitamos que assinale com um "x" aos questionamentos contidos na Parte 1 do Instrumento de coleta de dados (Adaptado de SILVA, 2007).

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	
Parte 1: Caracterização dos experts	
Idade:	Titulação:
Sexo: () Masculino () Feminino	() especialização - Área: () mestrado - Área: () doutorado - Área:
Tempo de formação:	
Instituição onde trabalha:	
Por gentileza, responda aos seguintes questionamentos abaixo:	
1 - Desenvolveu estudo com o uso de Terminologias de Enfermagem (NANDA, NIC, NOC), na forma de: () monografia de graduação / trabalho de conclusão de curso () monografia de especialização / trabalho de conclusão de curso () dissertação () tese () outros () não desenvolvi	
2 - Desenvolveu estudo na temática Saúde da Mulher no Ciclo gravídico-puerperal, na forma de: () monografia de graduação / trabalho de conclusão de curso () monografia de especialização / trabalho de conclusão de curso () dissertação () tese () outros () não desenvolvi	
3 - Desenvolveu estudo na temática Vínculo mãe-bebê, na forma de: () monografia de graduação / trabalho de conclusão de curso () monografia de especialização / trabalho de conclusão de curso () dissertação () tese () outros () não desenvolvi	
4 - Desenvolveu estudo na temática Saúde do recém-nascido/lactente, na forma de: () monografia de graduação / trabalho de conclusão de curso () monografia de especialização / trabalho de conclusão de curso () dissertação () tese () outros () não desenvolvi	
5 - Possui pesquisa publicada envolvendo: () taxonomias de enfermagem (NANDA, NIC e/ou NOC) com enfoque voltado para as seguintes temáticas: assistência de enfermagem no ciclo gravídico-puerperal/promoção do vínculo mãe-bebê/saúde do recém - nascido/lactente. () saúde da mulher no ciclo gravídico - puerperal; vínculo mãe-bebê; saúde do recém-nascido/lactente. () não possui	
6 - Possui estudo publicado em revista INDEXADA envolvendo: () taxonomias de enfermagem (NANDA, NIC e/ou NOC) com enfoque voltado para as seguintes temáticas: assistência de enfermagem no ciclo gravídico-puerperal/promoção do vínculo mãe-bebê/saúde do recém - nascido/lactente. () saúde da mulher no ciclo gravídico - puerperal; vínculo mãe-bebê; saúde do recém-nascido/lactente. () não possui	
5- Participa ou participou de projetos de pesquisa envolvendo o uso de terminologias de enfermagem (NANDA/NIC/NOC)? () sim tempo: _____ () não	
6 - Participa ou participou de projetos de pesquisa envolvendo a temática Assistência de Enfermagem na Saúde da Mulher no Ciclo Gravídico - Puerperal? () sim tempo: _____ () não	
7 - Participa ou participou de projetos de pesquisa envolvendo a temática Vínculo mãe-bebê? () sim tempo: _____ () não	
8 - Participa ou participou de projetos de pesquisa envolvendo a temática Assistência de Enfermagem ao Recém-nascido/lactente? () sim tempo: _____ () não	

9 - Onde exerceu suas atividades profissionais no último ano? () hospital () Unidade de Saúde da Família () Universidade Pública () Curso Técnico () Universidade Privada
10 - Já prestou assistência de enfermagem à gestante, puérpera, recém-nascido? () sim tempo na função: _____ () não
11 - Ministra ou já ministrou disciplinas envolvendo terminologias de enfermagem? () sim () não
12- Ministra ou já ministrou disciplinas envolvendo Assistência de Enfermagem na Saúde da Mulher no ciclo gravídico - puerperal/Saúde do RN/lactente? () sim () não
13 - Utiliza ou já utilizou o Processo de Enfermagem em sua prática profissional (assistencial ou ensino)? () sim Por quanto tempo: _____ () não

Maiores informações que você julgar pertinentes:

Referência: SILVA, V. M. da. **Padrão Respiratório Ineficaz em Crianças com Cardiopatia Congênita: validação de um instrumento de avaliação de resultados de Enfermagem.** 202f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, 2007.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS ENFERMEIROS DE UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ETAPA DE ANÁLISE SEMÂNTICA DAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS)

Prezado colega (enfermeiro),

Sou aluna do curso de doutorado em neuropsiquiatria e ciência do comportamento, e gostaria de convidá-lo para participar do desenvolvimento de uma pesquisa intitulada "Vínculo entre mãe e bebê: validação de um instrumento de avaliação de resultado de enfermagem". Esse estudo tem o objetivo de construir e validar um instrumento de avaliação do resultado de Enfermagem "Vínculo mãe-bebê" a partir dos indicadores propostos pela Classificação de Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification - NOC*).

Sua participação é de fundamental importância. Caso aceite participar, vossa senhoria deverá assinar o presente termo de consentimento, devendo sua assinatura estar digitalizada, pois o presente termo deverá ser encaminhado via e-mail.

Nesta oportunidade, solicitamos sua cooperação no sentido de averiguar a adequação das definições operacionais de 20 indicadores que compõem o resultado de Enfermagem "Vínculo Mãe-bebê".

Ressalto que é possível que o presente estudo lhe traga algum desconforto ao responder os questionamentos dos instrumentos. Os benefícios advindos com os resultados desta pesquisa relacionam-se com a disponibilização de um instrumento de medida do vínculo entre mãe e bebê com propriedades psicométricas confiáveis a ser utilizado por enfermeiros no exercício de sua prática assistencial, bem como o qualificação e embasamento da prática de enfermagem a partir de informações válidas e confiáveis.

Dou-lhe a garantia de que as informações aqui obtidas serão utilizadas apenas para a realização do estudo. Vossa senhoria tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem nenhum dano. Ao apresentar o trabalho, não utilizarei o seu nome nem qualquer outro dado que possa identificá-lo (a).

Para informar irregularidades danosas durante a vossa participação no estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, localizado na Av. Prof. Moraes Rêgo, s/n - 1º andar, Cidade Universitária CEP: 50670-901 Recife - PE, Brasil. **Telefone/Fax do CEP:** (81) 2126-8588.

Caso precise entrar em contato comigo, as informações constam a seguir: Nome: Jaqueline Galdino Albuquerque . Endereço: Rua Carlos Pereira Falcão,743, AP 103, Boa Viagem, CEP: 51-21350, Recife-Pernambuco. Endereço eletrônico: jaquelinealbuquerque@hotmail.com. Telefone: (81) 3523-3351.

Declaração do Participante:

Concedo, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, a minha participação nesta pesquisa.

Vitória de Santo Antão, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

Testemunha 1

Testemunha 2

APÊNDICE D - INSTRUMENTO PRELIMINAR DE COLETA DE DADOS - VALIDAÇÃO CLÍNICA

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - Parte 1		
Dados de identificação (Mãe e bebê)		
Nome da participante:		
Data de nascimento: ___/___/___	Idade:	
Estado civil:	() solteiro () casado () união estável () separado	
Nome do bebê:		
Idade (em meses):	Data de nascimento: ___/___/___	
Endereço:		
Nome do ACS:	USF:	
Dados sócio-demográficos		
Número de filhos:	Renda familiar (TOTAL) (observar se o pai da criança ajuda nas despesas):	Número de pessoas que moram na mesma residência:
Escolaridade (converter posteriormente em anos de estudos)	Antecedentes familiares:	
() Alfabetizado (a)	() HAS: _____	
() Fundamental completo	() DM: _____	
() Fundamental incompleto	() Doença Mental: _____	
() Médio completo	História pregressa da participante:	
() Médio incompleto	() HAS	() Depressão
() Nível superior completo	() DM	() Ansiedade
() Nível superior incompleto	() Diabetes Gestacional	() Outra doença mental: _____
() Pós-graduação		
() Não estudou		
Mora com o pai da criança: () sim () não	Gravidez planejada: () sim () não	

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - Parte 2	
Indicador 1. Prática de comportamentos saudáveis durante a gravidez	
Evidências empíricas	Itens a serem investigados
<p>O enfermeiro deverá verificar se a <u>mulher apresentou os seguintes comportamentos durante a gestação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Iniciou o pré-natal até a 12ª semana de gestação; ✓ Realizou seis ou mais consultas de pré-natal; ✓ Realizou os exames laboratoriais de rotina solicitados pelo enfermeiro: grupo sanguíneo e fator Rh (quando não realizado anteriormente); sorologia para sífilis (VDRL); urina tipo I; hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht); glicemia de jejum; teste anti-HIV com aconselhamento pré-teste e consentimento da mulher; sorologia para hepatite B (HBsAg), se disponível; sorologia para toxoplasmose, se disponível; ✓ Ganho de peso gestacional; ✓ Ingestão de sulfato ferroso e ácido fólico; ✓ Vacinação contra o tétano e hepatite B (se necessário); ✓ Participou das atividades educativas propostas pela unidade de saúde (por exemplo: curso para gestantes); ✓ Praticou exercícios físicos moderados: caminhada ou atividades domésticas; 2 a 3 vezes por semana ou diariamente por 30 minutos; ✓ Realizou preparo das mamas para o aleitamento: a) uso de sutiã durante a gestação, b) banhos de sol nas mamas por 15 minutos (até as 10 horas da manhã ou após as 16 horas), c) evitar o uso de cremes ou pomadas no mamilo, d) evitar a expressão do peito (ou ordenha) durante a gestação para a retirada do colostro. ✓ Participou de atividades de lazer (visitas a parentes e amigos/ assistir televisão/ escutar músicas/ atividades de leitura/ saídas para praias, shoppings, cinemas, dentre outros lugares); ✓ Relatou atividade sexual durante a gestação; ✓ Interagiu com o bebê em sua barriga por meio de conversas rotineiras, toque na barriga e percepção dos movimentos fetais. 	<ul style="list-style-type: none"> 1.1 () Iniciou o pré-natal até a 12ª semana de gestação 1.2 () Iniciou o pré-natal após a 12ª semana de gestação 1.3 () Não realizou o pré-natal 1.4 () Não sabe com quanto tempo de gestação estava quando iniciou o pré-natal 1.5 () Realizou menos do que seis consultas 1.6 () Realizou mais de seis consultas 1.7 () Exames laboratoriais de rotina 1.8 () Fez uso de ácido fólico e sulfato ferroso 1.9 () Esquema de vacinação completo 1.10 () Esquema de vacinação incompleto 1.11 () Ganho de peso gestacional adequado 1.12 () Ganho de peso gestacional inadequado 1.13 () Atividade física: Caminhada 1.14 () Atividade física: cuidados domésticos 1.15 () Atividade física: 1x na semana 1.16 () Atividade física: 2x na semana 1.17 () Atividade física: 3x na semana 1.18 () Atividade física: acima de 3x 1.19 () Participou do curso para gestante ou outra atividade educativa 1.20 () Preparo das mamas para o aleitamento materno: uso de sutiã durante a gestação 1.21 () Preparo das mamas para o aleitamento materno: banhos de sol nas mamas por 15 minutos 1.22 () Preparo das mamas para o aleitamento materno: evitar o uso de cremes ou pomadas no mamilo 1.23 () Preparo das mamas para o aleitamento materno: evitar a expressão do peito (ou ordenha) durante a gestação para a retirada do colostro. 1.24 () Tempo de atividade física: menos que 30' 1.25 () Tempo de atividade física: 30' 1.26 () Tempo de atividade física: acima de 30' 1.27 () Substância psicoativa durante a gestação: _____ 1.28 () Lazer na gravidez: TV/ ouvir música 1.29 () Interação com o bebê na barriga por meio de conversas 1.30 () Interação com o bebê por meio do toque na barriga 1.31 () Interação com o bebê por meio da percepção dos movimentos fetais
Indicador 2. Designação de atributos específicos ao feto	
Evidências empíricas	Itens a serem investigados

<p>O enfermeiro deverá indagar à mãe acerca das <u>características construídas por ela para o seu bebê, durante a gestação</u>, distribuídas nos <i>seguintes critérios</i>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. preferência quanto ao gênero da criança; 2. escolha do nome; 3. características emocionais e comportamentais (bebê sorridente, agitado, calmo, extrovertido, carinhoso, simpático e compreensivo); 4. características físicas (cor dos olhos, dos cabelos e da pele, tamanho e peso; semelhanças do bebê com alguém da família; desenvolvimento físico adequado); e 5. atribuições de características ao seu bebê (ex: agitado ou traquina/tranquilo ou calmo) com base nos movimentos fetais. 	<ol style="list-style-type: none"> 2.1 () Imaginou sexo do bebê: () menino () menina 2.2 () Escolheu o nome antes do parto 2.3 () Imaginou como seria o jeito do bebê (ex: sorridente, agitado, calmo, afetuoso, etc) 2.4 () Imaginou como seriam as características físicas do seu bebê (ex: cor dos olhos, pele, cabelos, aparência com alguém da família, etc.) 2.5 () Percebeu os movimentos do bebê na barriga 2.6 () Imaginou como o seu bebê seria com base nos movimentos fetais: () inquieto/"levado ou traquina" ou () tranquilo/calmo
<p>Indicador 3. Preparação para o bebê antes do nascimento</p>	
<p>Evidências empíricas</p>	<p>Itens a serem investigados</p>
<p>O enfermeiro deverá indagar à mãe acerca dos seguintes pontos pertinentes ao <u>planejamento para a chegada do bebê</u>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. escolha pelo tipo de parto; 2. uso ou não de medicação anestésica; 3. escolha do local onde deseja ter o seu bebê; 4. forma de chegar ao local (meio de transporte/ pessoa designada para levá-la); 5. organização do enxoval e quarto do bebê; 6. pessoa responsável pela manutenção financeira da família após o nascimento; 7. diálogo com os outros membros da família, especialmente se houver outros filhos, sobre a chegada do bebê, suas peculiaridades, e exigências físicas e emocionais; 8. designação de pessoa de confiança para auxiliá-la no período pós-parto e nos cuidados com o bebê; e 9. participação em atividades educativas voltadas para gestantes. 	<ol style="list-style-type: none"> 3.1 () Escolheu pelo tipo de parto: Natural/Normal ou cesáreo 3.2 () Pensou em usar alguma anestesia na hora do parto. 3.3 () Escolheu o lugar onde teria o seu bebê 3.4 () Planejou como chegaria até o lugar onde teria o seu bebê (ex: meio de transporte; pessoa designada para levá-la). 3.5 () Comprou o enxoval e arrumou o quarto do seu bebê antes dele nascer. 3.6 () Definiu pessoa responsável pelo pagamento das despesas com a criança. 3.7 () Conversava com as pessoas da família (outros filhos, marido, etc.) sobre a preparação para a chegada do bebê? (informações sobre as necessidades da criança, exigências e cuidados). 3.8 () Escolheu alguém para lhe ajudar durante o seu resguardo e nos cuidados com o bebê.
<p>Indicador 4: Verbalização de sentimentos positivos em relação ao bebê</p>	
<p>Evidências empíricas</p>	<p>Itens a serem investigados</p>
<p>O enfermeiro deverá indagar à mãe sobre quais <u>sentimentos positivos ela tem pelo seu bebê</u>, a saber: amor, carinho, alegria, prazer, contentamento e auto-realização.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4.1 () Mãe relata sentir amor pelo seu bebê. 4.2 () Mãe relata sentir alegria e afeto quando está com o seu filho. 4.3 () Mãe sente orgulho do seu filho. 4.4 () Mãe se sente realizada e satisfeita com a maternidade. 4.5 () Mãe relata tristeza quando está com o seu bebê. 4.6 () Mãe relata irritabilidade ou impaciência quando está com o seu bebê. 4.7 () Mãe relata ansiedade quando está com o seu bebê. 4.8 () Mãe relata cansaço com as atividades referentes aos cuidados com o bebê.
<p>Indicador 5: Bebê seguro ao colo de forma bem próxima</p>	
<p>Evidências empíricas</p>	<p>Itens a serem investigados</p>
<p>O enfermeiro deverá observar ou perguntar a mãe sobre como ela <u>costuma segurar o seu bebê</u>, a saber:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5.1 () Mãe segura o seu bebê junto ao seu corpo, de forma aconchegante e olha para ele de forma carinhosa.

<p>- A mãe deverá relatar ou demonstrar:</p> <ol style="list-style-type: none"> frequentemente segura o seu bebê junto ao seu corpo, de forma aconchegante, durante: alimentação (mamadeira ou amamentação), conversas, brincadeiras, ato de ninar e outros momentos particulares; uso da posição do ângulo formado pelo pescoço e pelo ombro; uso da posição canguru; sentimento de prazer e contentamento ao segurar o seu bebê junto ao colo. 	<ol style="list-style-type: none"> Mãe utiliza a posição do ângulo formado pelo pescoço e pelo ombro para segurar o bebê. Mãe utiliza a posição canguru. Mãe posiciona adequadamente o bebê para alimentá-lo seja ao peito ou por mamadeira. Mãe segura o bebê junto ao corpo para conversar. Mãe segura o bebê junto ao corpo para niná-lo. Mãe segura o bebê junto ao corpo para brincar. Mãe segura o bebê junto ao corpo em outros momentos particulares (ex: assistir TV). Mãe relata ou demonstra sentimentos de prazer e contentamento ao segurar o bebê junto ao colo durante a entrevista. Mãe relata ou demonstra sentimentos de descontentamento ao segurar o bebê junto ao colo durante a entrevista. Não se observou durante a entrevista a atitude da mãe de segurar o bebê junto ao seu colo. Mãe durante toda ou grande parte da entrevista permaneceu com seu bebê junto ao seu colo de forma próxima e aconchegante, demonstrando prazer nessa interação. Mãe relata evitar contato corporal com o seu filho.
<p>Indicador 6: Ato de tocar, fazer movimentos delicados de toque no bebê</p>	
<p>Evidências empíricas</p>	<p>Itens a serem investigados</p>
<p>O enfermeiro deverá perguntar à mãe <u>de que forma acontece o contato dela com o seu bebê</u>, considerando os seguintes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Situações em que ocorre o toque da mãe no seu filho: momentos de ninar, do banho, da troca de roupas/fraldas, da amamentação/alimentação, brincadeiras; Intensidade do toque (leve e firme): <ol style="list-style-type: none"> Intensidade leve: suave, delicado, sutil. Intensidade firme: este tipo de toque ocorre em virtude da constante necessidade da mãe de manipular a criança com firmeza para prover a sua sustentação, evitando quedas. Tipos de toque (instrumental, expressivo-afetivo, terapêutico, não intencional); <ol style="list-style-type: none"> Instrumental: constitui como o contato físico deliberado necessário para o desempenho de uma tarefa específica. Citam-se neste aspecto as atividades maternas de cuidado em relação à criança, manifestando-se diante da necessidade de esfregar a pele, pôr as fraldas e passar a pomada para prevenção de assaduras. Terapêutico: demonstra uma tentativa da mãe em acalmar o bebê em face de uma reação inesperada dele, como o choro, o soluço e o espirro. Não intencional: trata-se do toque realizado de forma inconsciente e não premeditada. Não representa o afeto e não se relaciona com o desempenho direto dos cuidados. Expressivo-afetivo: remetem ao aconchego, à segurança e à proximidade/calor 	<ol style="list-style-type: none"> Mãe toca levemente e de forma carinhosa em seu filho quando vai niná-lo (expressivo-afetivo). Mãe toca levemente e de forma carinhosa em seu filho para acalmá-lo quando ele chora ou em outra situação inesperada: soluço ou espirro (terapêutico). Mãe toca firmemente em seu filho, porém de forma carinhosa, quando vai banhá-lo, trocar suas roupas ou fraldas e aplicar pomadas para prevenção de assaduras (instrumental). Mãe toca levemente ou firmemente em seu filho, porém de forma carinhosa, para deslocá-lo de um lugar para outro (instrumental). Mãe toca levemente e de forma carinhosa em seu filho durante a alimentação, especialmente amamentação (expressivo-afetivo). Mãe toca levemente ou firmemente em seu filho, porém de forma carinhosa, nos momentos de brincadeiras ou conversas entre eles (expressivo-afetivo). Mãe relata o toque leve como o mais frequente no seu relacionamento com o bebê (expressivo-afetivo/terapêutico). Mãe relata o toque firme como o mais frequente no seu relacionamento com o bebê (instrumental). Mãe relata ou demonstra o toque brusco ou grosseiro como o mais frequente quando vai segurar o seu bebê.

<p>apresentados ao feto. Esse tipo de toque está presente nas interações maternas desde a vida intraútero, é apreciado pela criança e representa o “motor” do seu desenvolvimento físico, emocional, afetivo, social e intelectual. Trata-se de uma expressão do amor, do carinho e dos laços da mãe para com o seu filho.</p> <p>4. Mãe emprega muita força e velocidade ao segurar o bebê. Esse comportamento denota uma repercussão negativa em relação à qualidade das interações.</p>	
<p>7. Ato de beijar o bebê</p>	
<p>Evidências empíricas</p>	<p>Itens a serem investigados</p>
<p>O enfermeiro deverá perguntar à mãe <u>de que forma ocorre o contato com o bebê por meio do beijo</u>, de acordo com os seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Suavidade ao beijar o bebê; ✓ Atividades mais propícias: amamentação/alimentação, brincadeiras, banho, troca de fraldas ou roupas e nos momentos de ninar. ✓ Frequência com que a mãe beija o seu filho durante a entrevista: ✓ 1 a 2 vezes; ✓ 3 a 4 vezes; ✓ mais de 4 vezes; ✓ nenhuma vez. 	<p>7.1 () Mãe beija docemente com frequência o bebê durante a alimentação (amamentação ou mamadeira).</p> <p>7.2 () Mãe beija docemente com frequência o bebê durante as brincadeiras.</p> <p>7.3 () Mãe beija docemente com frequência o bebê durante o banho, troca de fraldas ou roupas.</p> <p>7.4 () Mãe beija docemente com frequência o bebê durante os momentos de ninar.</p> <p>7.5 () Mãe evita interagir com o seu filho por meio do beijo ou relata dificuldade nessa interação.</p> <p>7.6 () Mãe beija docemente o bebê com muita frequência (mais de 4 vezes durante a entrevista).</p> <p>7.7 () Mãe beija docemente o bebê com frequência (3 a 4 vezes durante a entrevista).</p> <p>7.8 () Mãe beija docemente o bebê algumas vezes durante a entrevista (1 a 2 vezes).</p> <p>7.9 () Não se observou durante a entrevista a interação da mãe com o seu filho por meio do beijo.</p>
<p>Indicador 8: Ato de sorrir para o bebê</p>	
<p>Evidências empíricas</p>	<p>Itens a serem investigados</p>
<p>O enfermeiro deverá perguntar à mãe sobre a <u>interação dela com o bebê por meio do sorriso</u>, de acordo com os seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Atividades mais propícias para o ato de sorrir: alimentação, brincadeiras, cuidados diários (banho, troca de fraldas), momentos de ninar e de conversas com o bebê; ✓ Durante a consulta e/ou visita, <u>o enfermeiro deverá observar a expressão facial da mãe</u> que deverá indicar satisfação, prazer e alegria na interação com o seu bebê. 	<p>8.1 () Mãe relata alegria e contentamento ao alimentar o bebê (amamentação ou mamadeira).</p> <p>8.2 () Mãe relata alegria e contentamento ao banhar ou trocar as fraldas do bebê.</p> <p>8.3 () Mãe relata alegria e contentamento quando brinca com o seu filho.</p> <p>8.4 () Mãe relata alegria e contentamento nos momentos de ninar ou de conversas com a criança.</p> <p>8.5 () Mãe demonstra tristeza, irritabilidade e descontentamento durante a entrevista.</p> <p>8.6 () Mãe relata tristeza, irritabilidade e descontentamento ao cuidar do seu bebê.</p> <p>8.7 () Mãe relata não interagir com o seu bebê por meio do sorriso.</p> <p>8.8 () Mãe não interage ou interage muito pouco com o seu bebê por meio do sorriso durante a entrevista.</p> <p>8.9 () Mãe demonstra alegria e contentamento na relação com o bebê durante a entrevista.</p>

Indicador 10: Uso da posição face-a-face	
Evidências empíricas	Itens a serem investigados
<p>O enfermeiro deverá indagar a mãe sobre <u>o uso da posição face-a-face com o seu filho</u>, considerando os seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Posicionamento do bebê que possibilite as trocas face-a-face: <ul style="list-style-type: none"> - mãe posiciona o bebê no mesmo plano do seu rosto de forma que facilite o contato visual entre eles durante as brincadeiras ou conversas; - mãe posiciona o bebê apropriadamente para alimentá-lo (amamentação ou mamadeira) de forma que possibilite o uso da posição face-a-face; - mãe deita a criança na cama de forma que possibilite o uso da posição face-a-face e o contato por meio do olhar. ✓ Quantidade de trocas face-a-face: ideal - pelo menos quatro interações durante a consulta. 	<p>10.1 () Mãe posiciona o bebê no mesmo plano do seu rosto durante as brincadeiras ou conversas entre eles.</p> <p>10.2 () Mãe posiciona o bebê durante a amamentação ou alimentação por mamadeira de modo que possibilite troca de olhares entre eles.</p> <p>10.3 () Mãe deita com o bebê na cama de forma que suas faces fiquem próximas.</p> <p>10.4 () Mãe não posiciona o bebê de forma que mantenha o contato face-a-face.</p> <p>10.5 () Mãe utiliza posição face-a-face com o seu bebê com muita frequência (mais de 4 vezes durante a entrevista).</p> <p>10.6 () Mãe utiliza posição face-a-face com o seu bebê com frequência (3 a 4 vezes durante a entrevista).</p> <p>10.7 () Mãe utiliza posição face-a-face com o seu bebê algumas vezes durante a entrevista (1 a 2 vezes).</p> <p>10.8 () Não se observou durante a entrevista a interação da mãe com o seu filho por meio da posição face-a-face.</p>
Indicador 11: Uso de contato com os olhos	
Evidências empíricas	Itens a serem investigados
<p>O enfermeiro deverá indagar a mãe sobre a <u>comunicação dela com o seu bebê por meio do contato com os olhos</u>, considerando os seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Situações que propiciam o contato por meio do olhar: aleitamento/alimentação, brincadeiras e conversas com o seu bebê; ✓ Sentimento de alegria/prazer/contentamento ao olhar para o seu bebê; ✓ Reação positiva do bebê ao contato visual da mãe. ✓ Contato visual carinho entre mãe e filho durante a entrevista. 	<p>11.1 () Mãe relata ou demonstra olhar carinhosamente para o seu filho.</p> <p>11.2 () Mãe relata ou demonstra olhar carinhosamente para o seu filho durante a alimentação, especialmente amamentação.</p> <p>11.3 () Mãe relata ou demonstra olhar carinhosamente para o seu filho durante as brincadeiras ou conversas entre eles.</p> <p>11.4 () Mãe relata ou demonstra olhar carinhosamente para o seu filho durante os cuidados diários (banho, troca de roupas ou fraldas).</p> <p>11.5 () Mãe relata sentimentos positivos (calma, prazer, alegria, contentamento, amor) ao olhar para o seu filho.</p> <p>11.6 () Mãe demonstra face inexpressiva ou de descontentamento ao olhar para o seu filho.</p> <p>11.7 () Observa-se o contato visual entre mãe e filho durante toda ou quase toda a entrevista.</p> <p>11.8 () Não se observou o contato visual entre mãe e filho durante a entrevista.</p> <p>11.9 () Mãe relata evitar contato visual com o seu filho, pois não sente alegria, amor ou qualquer outro sentimento semelhante nessa interação.</p>
Indicador 12: Vocalização para o bebê	

Evidências empíricas	Itens a serem investigados
<p>O enfermeiro deverá indagar à mãe sobre a <u>habilidade para comunicar-se com o seu bebê</u>, considerando os seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Uso de um tom de voz específico (suave, alegre e prazeroso) para falar com o seu bebê; ✓ Conversas frequentes com o bebê; ✓ Uso de cantigas de ninar; ✓ Vocalização nas diversas atividades do cotidiano: durante ou após o banho ou troca de fraldas, amamentação/alimentação, brincadeiras ou leitura de estórias. 	<p>12.1 () Mãe relata conversar com o seu filho em um tom de voz específico (suave, alegre e prazeroso).</p> <p>12.2 () Mãe relata cantar para o bebê em um tom de voz específico (suave, alegre e prazeroso).</p> <p>12.3 () Mãe conta estórias em tom de voz atrativo para o seu bebê.</p> <p>12.4 () Mãe relata sentimentos positivos (alegria, amor, prazer, tranquilidade) quando conversa ou canta para o seu filho.</p> <p>12.5 () Mãe relata conversar ou cantar para o seu filho durante ou após o banho e a troca de fraldas ou roupas.</p> <p>12.6 () Mãe relata conversar ou cantar para o seu filho durante a alimentação.</p> <p>12.7 () Mãe relata conversar ou cantar para o seu filho quando vai acalenta-lo, colocá-lo para dormir ou quando ele desperta.</p> <p>12.8 () Mãe relata conversar ou cantar para o seu filho durante as brincadeiras ou leitura de estórias.</p> <p>12.9 () Mãe relata ou demonstra não sentir alegria ou prazer em conversar ou contar para o seu filho.</p> <p>12.10 () Durante a entrevista, observa-se que a mãe vocaliza para o seu bebê, seja conversando ou cantando.</p>
Indicador 13: Brincadeiras com o bebê	
Evidências empíricas	Itens a serem investigados
<p>O enfermeiro deverá indagar à mãe sobre a <u>habilidade para brincar com o seu bebê</u>, considerando os seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mãe brinca com o seu bebê espontaneamente, independente de manifestação de choro; ✓ Mãe faz uso de objetos atrativos para tornar a brincadeira interessante para o bebê; ✓ Mãe faz imitação de sons, utiliza tom de voz alegre ou músicas que estimulem brincadeiras; ✓ Mãe conta estórias em tom de brincadeira para o bebê. 	<p>13.1 () Mãe relata brincar com o seu filho, porém de forma indireta, independente da manifestação de choro da criança.</p> <p>13.2 () Mãe relata brincar de forma participativa com o seu bebê, independente da manifestação de choro da criança.</p> <p>13.3 () Mãe relata brincar com o seu filho somente quando ele chora.</p> <p>13.4 () Mãe relata utilizar brinquedos atrativos para estimular o seu bebê.</p> <p>13.5 () Mãe utiliza músicas, tom de voz alegre ou imita sons de animais ou de objetos inanimados para interagir com o seu filho durante as brincadeiras.</p> <p>13.6 () Mãe refere não brincar com o seu filho e não sente alegria ou prazer nesse tipo de atividade.</p>
Indicador 14: Reação aos indicadores do bebê	
Evidências empíricas	Itens a serem investigados
<p>O enfermeiro deverá indagar à mãe sobre:</p> <p><u>como ela responde às necessidades do bebê</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ troca de fraldas, dor, calor, sono, fome, conforto, amor, carinho; 	<p>14.1 () Mãe refere reconhecer os motivos que levam o seu bebê a chorar.</p> <p>14.2 () Mãe refere não reconhecer os motivos que levam o seu bebê a chorar ou apresenta dificuldades para percebê-los.</p> <p>14.3 () Mãe relata responder de forma negativa quando vê o seu bebê chorar (preocupação,</p>

<p><u>como ela responde aos sinais de comunicação do seu filho:</u></p> <p>✓ tais como: sorriso, gritos, balbucios e, principalmente, choro, considerando que este é uma das formas de comunicação mais efetivas que o bebê possui para interagir com seus pais.</p>	<p>nervosismo, ansiedade, irritabilidade, impaciência, desespero).</p> <p>14.4 () Mãe refere atender às necessidades do seu bebê imediatamente quando ele chora.</p> <p>14.5 () Mãe refere satisfazer às necessidades do seu bebê, contudo não o faz imediatamente, mesmo que ele esteja chorando.</p> <p>14.6 () Mãe relata responder de forma positiva (alegria, amor, satisfação) quando vê o seu bebê sorrir e/ou balbuciar.</p> <p>14.7 () Mãe relata indiferença ou não corresponder às formas de comunicação do seu bebê: sorriso, balbucios e choro.</p> <p>14.8 () Quando o bebê chora ou está agitado, mãe refere acalmá-lo banhando ou trocando fraldas, se necessário.</p> <p>14.9 () Quando o bebê chora ou está agitado, mãe refere acalmá-lo cantando uma canção.</p> <p>14.10 () Quando o bebê chora ou está agitado, mãe refere acalmá-lo enrolando no cueiro, balançando ou embalando-o.</p> <p>14.11 () Quando o bebê chora ou está agitado, mãe refere acalmá-lo posicionando-o ao peito.</p> <p>14.12 () Quando o bebê chora ou está agitado, mãe refere acalmá-lo fazendo uso da mamadeira.</p> <p>14.13 () Quando o bebê chora ou está agitado, mãe refere acalmá-lo fazendo uso da chupeta.</p> <p>14.14 () Quando o bebê chora ou está agitado, mãe refere acalmá-lo aconchegando-o junto ao seu colo.</p> <p>14.15 () Quando o bebê chora ou está agitado, mãe refere deixar que ele se acalme sozinho.</p>
<p>Indicador 15: Ato de confortar o bebê</p>	
<p>Evidências empíricas</p>	<p>Itens a serem investigados</p>
<p>O enfermeiro deverá indagar à mãe sobre as <u>ações empregadas para manter o conforto do bebê</u>, considerando os seguintes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alimentação: 15.1 e 15.2 <ol style="list-style-type: none"> 1.1 amamentação; 1.2 uso da mamadeira; 1.3 uso da posição face-a-face, toque suave e aconchego ao colo. 2. Higiene/banho: 15.3, 15.4, 15.5, 15.6 e 15.7 <ol style="list-style-type: none"> 2.1 preparo do banho (água morna - temperatura adequada para o bebê); 2.2 utilização do toque suave na pele do bebê; 2.3 conversas ou brincadeiras com o filho; 2.4 faz massagens suaves na pele do bebê com sabonete apropriado; 2.5 uso de roupas leves e frescas ou agasalhos, dependendo da temperatura. 3. Sono: 15.8, 15.9, 15.10 e 15.11 <ol style="list-style-type: none"> 3.1 preparação do ambiente, fechando as janelas para evitar que o bebê tenha hipotermia, especialmente, nos primeiros dias de vida; 3.2 higienização do local e minimização de barulhos; 3.3 utilização de ventilador ou ar-condicionado somente quando necessário; 3.4 utilização de rede ou cortina para proteger o bebê de mosquitos (mosquiteiro); 	<ol style="list-style-type: none"> 15.1 () Mãe amamenta o bebê ou utiliza mamadeira sempre que ele sente fome ou estabelece horários para a alimentação. 15.2 () Durante a amamentação ou alimentação por mamadeira, mãe interage com o bebê por meio do uso da posição face-a-face, toque suave e aconchego ao colo. 15.3 () Mãe refere prepara o banho do bebê com água em temperatura ambiente ou morna, dependendo da temperatura do dia ou da idade do bebê. 15.4 () Durante o banho, mãe massageia suavemente a pele do bebê. 15.5 () Durante o banho, mãe conversa ou brinca com o bebê. 15.6 () Durante o banho, mãe coloca o bebê na água aos poucos começando pelos pés. 15.7 () Faz uso de roupas leves e frescas ou de agasalhos, dependendo da temperatura. 15.8 () Quando vai colocar o bebê para dormir, diminui luminosidade do quarto, averigua a higiene do local e minimiza os barulhos externos. 15.9 () Utiliza o ventilador ou ar condicionado somente quando necessário. 15.10 () Utiliza algum meio para proteger a criança de mosquitos (mosquiteiro). 15.11 () Realiza troca de fraldas antes do bebê dormir.

<p>3.5 realização da troca de fraldas antes de dormir; 4. Envolvimento afetivo: verificar avaliação dos indicadores: 5, 6, 7 e 13.</p>	
<p>Indicador 16: Ato de segurar o bebê para alimentá-lo</p>	
<p>Evidências empíricas</p>	<p>Itens a serem investigados</p>
<p>O enfermeiro deverá indagar à mãe sobre a <u>forma como ela segura o bebê durante a alimentação (amamentação e/ou mamadeira)</u>, considerando os seguintes aspectos:</p> <p>1. Quanto à posição: escolha de uma posição que seja confortável para ambos (DEITADA, SENTADA ou em PÉ);</p> <p>2. Quanto à técnica, o enfermeiro deverá solicitar, durante a consulta ou visita, para que a mãe descreva como ela posiciona o bebê para amamentar: a) o corpo do bebê deve estar inteiramente de frente para a mãe e bem próximo, de tal forma que a sua barriga esteja voltada para o corpo da mãe; b) a criança deve estar alinhada, a cabeça e a coluna em linha reta, no mesmo eixo, e a sua boca deve estar de frente para o bico do peito de sua mãe, a qual deverá apoiar com o braço e mão o corpo e o “bumbum” do bebê. c) Após essa preparação, a mãe deverá aproximar a boca do bebê ao peito, para que ele possa abocanhá-lo, colocando a maior parte da aréola dentro da boca, de maneira que o queixo do bebê toque o peito da mãe.</p> <p>3. Na presença de alimentação por mamadeira: a mãe deverá segurar o bebê junto ao seu corpo e balançá-lo.</p> <p>4. Quanto ao envolvimento afetivo durante a alimentação (amamentação ou mamadeira): verificar as avaliações contidas nos seguintes itens: 6.5, 7.1, 8.2, 10.2, 11.2, 12.6, 15.2</p>	<p>16.1 () Durante o preparo para a alimentação do bebê, mãe escolhe uma posição que seja confortável para ambos: sentada, deitada ou em pé.</p> <p>16.2 () Mãe realiza a técnica correta quanto ao posicionamento para amamentar o seu filho (acertou todos os passos).</p> <p>16.3 () Mãe relata ou demonstra dificuldade para posicionar o bebê durante a amamentação (nº de passos errados: ___)</p> <p>16.4 () Mãe segura o bebê junto ao seu corpo e o balança durante a alimentação por mamadeira.</p> <p>16.5 () Mãe relata não segurar o bebê para alimentá-lo.</p>
<p>Indicador 17: Ato de manter o bebê seco, limpo e aquecido</p>	
<p>Evidências empíricas</p>	<p>Itens a serem investigados</p>
<p>O enfermeiro deverá indagar à mãe sobre a <u>rotina de cuidados diários prestados ao bebê</u>, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realiza, no mínimo, de seis a dez trocas de fraldas por dia; ✓ Realiza a higiene da criança sempre que há troca de fraldas (pelo menos de seis a dez vezes por dia); ✓ Usa creme protetor contra assaduras, mas realiza antes a limpeza dos resíduos de urina e fezes com algodão embebido em água morna ou óleo; ✓ Realiza, pelo menos um banho por dia no bebê, dando atenção para a higiene das unhas e do coto umbilical; ✓ Usa roupas e acessórios (touca, luvas e meias) em conformidade com a temperatura do 	<p>17.1 () Realiza, no mínimo, de seis a dez trocas de fraldas por dia.</p> <p>17.2 () Realiza a troca de fraldas sempre que necessário.</p> <p>17.3 () Realiza a higiene da criança sempre que há troca de fraldas.</p> <p>17.4 () Realiza a troca de fraldas apenas quando está "cheia".</p> <p>17.5 () Usa creme protetor contra assaduras, mas antes realiza a limpeza dos resíduos de urina e fezes com algodão embebido em água morna ou óleo.</p> <p>17.6 () Realiza, pelo menos um banho por dia no bebê, dando atenção para a higiene das unhas e do coto umbilical.</p> <p>17.7 () Realiza a higiene da cavidade oral com fralda embebida em água;</p> <p>17.8 () Realiza limpeza das narinas com solução fisiológica antes das mamadas.</p>

local (calor ou frio), bem como utiliza agasalhos, principalmente, durante a noite (item 15.7); ✓ Realiza a higiene da cavidade oral com fralda embebida em água; ✓ Realiza limpeza das narinas com solução fisiológica antes das mamadas.	
Indicador 18: Ato do bebê de olhar para os pais	
Evidências empíricas	Itens a serem investigados
O enfermeiro deverá indagar à mãe acerca do <u>contato visual que o bebê estabelece com ela</u> , considerando as seguintes situações: ✓ Bebê acompanha os movimentos da mãe com o olhar; ✓ Bebê olha para a mãe durante a troca de fraldas/roupas; ✓ Bebê olha para a mãe quando está sendo alimentado; ✓ Bebê olha para a mãe quando ela chama o seu nome; ✓ Bebê olha para a mãe quando ela conversa com ele e o acaricia.	18.1 () Acompanha os seus movimentos com o olhar. 18.2 () Olha para a senhora durante a troca de fraldas/roupas. 18.3 () Olha para a senhora durante a alimentação. 18.4 () Olha para a mãe quando ela chama o seu nome. 18.5 () Olha para a mãe quando ela conversa com ele e o acaricia.
Indicador 19: Reação do bebê aos indicadores dos pais	
Evidências empíricas	Itens a serem investigados
O enfermeiro deverá indagar à mãe acerca das <u>reações do bebê perante às seguintes situações</u> : ✓ O bebê chora quando está sozinho; ✓ O bebê sente-se feliz na presença da mãe; ✓ O bebê sorri em resposta a outro sorriso; ✓ O bebê procura a mãe quando escuta a sua voz; ✓ O bebê olha para a mãe durante a amamentação; ✓ O bebê é capaz de discernir uma voz amável de outra brava, reagindo de modo diferente, de acordo com essas circunstâncias.	19.1 () Mãe relata que o bebê chora quando está sozinho. 19.2 () Mãe relata que o bebê corresponde com sorriso, gritos e balbucios aos seus cuidados. 19.3 () Mãe refere que o filho sorri em resposta a outro sorriso. 19.4 () Mãe refere que o filho a procura quando escuta a sua voz. 19.5 () Mãe refere que o bebê é capaz de diferenciar uma voz amável de outra brava, reagindo de modo diferente, de acordo com essas circunstâncias. 19.6 () Mãe relata que o filho a olha de forma carinhosa durante a amamentação. 19.7 () Mãe refere que o bebê não apresenta reação nas situações citadas.
Indicador 20: Busca de proximidade pelo bebê	
Evidências empíricas	Itens a serem investigados
O enfermeiro deverá indagar à mãe acerca das <u>formas utilizadas pelo bebê para solicitar a presença dos pais junto a ele</u> , principalmente da mãe, a saber: ✓ O bebê chora quando está sozinho, principalmente na ausência da mãe (19.1); ✓ O bebê corresponde com sorriso, gritos e balbucios aos cuidados da mãe (19.2); ✓ O bebê demonstra prazer na proximidade com o colo da mãe; ✓ O bebê sorri na presença dos pais, principalmente da mãe; ✓ O bebê faz gestos pedindo colo aos pais, principalmente da mãe.	20.1 () Mãe relata que o bebê demonstra prazer na proximidade com o seu colo. 20.2 () Mãe refere que o filho sorri na sua presença; 20.3 () Faz gestos pedindo colo aos pais, principalmente a senhora. 20.4 () Mãe refere que o bebê não busca proximidade com ela.

Examinadora: _____ Data da coleta: ___/___/___

APÊNDICE E - Definições operacionais dos níveis de mensuração da escala NOC utilizadas na validação clínica.

Indicador 1. Prática de comportamentos saudáveis durante a gravidez	
Evidências empíricas e forma de mensuração	Definição operacional para os níveis da escala NOC
<p>O enfermeiro deverá verificar se a <u>mulher apresentou os seguintes comportamentos durante a gestação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Iniciou o pré-natal até a 12ª semana de gestação; ✓ Realizou menos de seis consultas de pré-natal; ✓ Realizou seis ou mais consultas de pré-natal; ✓ Realizou os exames laboratoriais de rotina solicitados pelo enfermeiro: grupo sanguíneo e fator Rh (quando não realizado anteriormente); sorologia para sífilis (VDRL); urina tipo I; hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht); glicemia de jejum; teste anti-HIV com aconselhamento pré-teste e consentimento da mulher; sorologia para hepatite B (HBsAg), se disponível; sorologia para toxoplasmose, se disponível; ✓ Ganho de peso gestacional; ✓ Ingestão de sulfato ferroso e ácido fólico; ✓ Vacinação contra o tétano e hepatite B (se necessário); ✓ Participou das atividades educativas propostas pela unidade de saúde (por exemplo: curso para gestantes); ✓ Praticou exercícios físicos moderados: caminhada ou atividades domésticas; 2 a 3 vezes por semana ou diariamente por 30 minutos; ✓ Realizou preparo das mamas para o aleitamento: a) uso de sutiã durante a gestação, b) banhos de sol nas 	<p>(1) Nunca demonstrado:</p> <p>Presença do comportamento (1) e de um dos demais aspectos citados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mulher não compareceu ao pré-natal ou realizou apenas uma consulta; e 2. não praticou exercícios físicos; e/ou 3. não realizou o preparo das mamas para o aleitamento; e/ou 4. verbalizou não interação com o bebê durante a gestação; e/ou 5. relatou consumo de substâncias psicoativas. <p>(2) Raramente demonstrado:</p> <p>Presença de pelo menos 4 dos 6 primeiros comportamentos, juntamente com 1 dos demais conforme descrição abaixo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mulher iniciou o pré-natal após a 12ª semana de gestação; e 2. compareceu menos de seis consultas de pré-natal; e 3. não realizou os exames de rotina; e 4. não fez uso de ácido fólico; e 5. não utilizou sulfato ferroso; e 6. esquema vacinal incompleto; e 7. relatou cuidados domésticos e/ou caminhada como sua atividade física uma vez na semana, por pelo menos 30 minutos; e/ou 8. apresentou ganho de peso inapropriado; e/ou 9. participou de atividade educativa para gestantes; e/ou 10. relatou ou demonstrou despreparo quanto ao aleitamento materno: seguiu apenas uma orientação; e/ou 11. esquema de vacinação ausente; e/ou 12. interagiu com o bebê na barriga por meio de uma das seguintes formas: conversas, toque ou observação dos movimentos fetais. <p>(3) Algumas vezes demonstrado:</p> <p>Presença de pelo menos 5 dos 8 primeiros comportamentos, juntamente com 1 dos demais descritos abaixo. O comportamento (8) deve estar presente obrigatoriamente.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mulher iniciou o pré-natal após a 12ª semana de gestação; e 2. compareceu menos de seis consultas de pré-natal; e 3. realizou exames laboratoriais de rotina; e 4. fez uso ou não de ácido fólico; e

<p>mamas por 15 minutos (até as 10 horas da manhã ou após as 16 horas), c) evitar o uso de cremes ou pomadas no mamilo, d) evitar a expressão do peito (ou ordenha) durante a gestação para a retirada do colostro.</p> <p>✓ Participou de atividades de lazer (visitas a parentes e amigos/ assistir televisão/ escutar músicas/ atividades de leitura/ saídas para praias, shoppings, cinemas, dentre outros lugares);</p> <p>✓ Relatou atividade sexual durante a gestação;</p> <p>✓ Interagiu com o bebê em sua barriga por meio de conversas rotineiras, do toque na barriga e da percepção dos movimentos fetais.</p>	<p>5. utilizou ou não sulfato ferroso;</p> <p>6. esquema de vacinação completo ou incompleto; e</p> <p>7. relatou cuidar da casa e/ou caminhada como prática de atividade física duas vezes na semana, por 30 minutos ou menos; e</p> <p>8. interagiu com o bebê na barriga por meio de, pelo menos, uma das seguintes formas: conversas rotineiras, toque e observação dos movimentos fetais; e</p> <p>9. apresentou ganho de peso inapropriado; e/ou</p> <p>10. participou de atividade educativa para gestantes; e/ou</p> <p>11. realizou pelo menos uma orientação com relação ao preparo das mamas para o aleitamento; e/ou</p> <p>12. participou de atividades de lazer.</p> <p>(4) Frequentemente demonstrado:</p> <p>Presença de pelo menos 6 dos 8 primeiros comportamentos, juntamente com 1 dos demais descritos abaixo. O comportamento (8) deve estar presente obrigatoriamente.</p> <p>1. mulher iniciou o pré-natal até a 12ª semana de gestação ou após esse período; e</p> <p>2. compareceu a seis ou mais consultas pré-natais; e</p> <p>3. realizou exames laboratoriais de rotina; e</p> <p>4. fez uso de ácido fólico; e</p> <p>5. utilizou sulfato ferroso; e</p> <p>6. esquema de vacinação completo; e</p> <p>7. praticou caminhada e/ou realizou atividades domésticas, no mínimo 2 vezes na semana, por pelo menos 30 minutos; e</p> <p>8. interagiu com o bebê na barriga por meio de duas das seguintes formas: conversas rotineiras, toque e observação dos movimentos fetais; e</p> <p>9. apresentou ganho de peso adequado; e/ou</p> <p>10. participou de atividade educativa para gestantes; e/ou</p> <p>11. realizou pelo menos uma orientação com relação ao preparo das mamas para o aleitamento; e/ou</p> <p>12. participou de atividades de lazer.</p> <p>(5) Consistentemente demonstrado:</p> <p>Presença de pelo menos 7 dos 8 primeiros comportamentos, juntamente com 1 dos demais descritos abaixo. O comportamento (8) deve estar presente obrigatoriamente.</p> <p>1. mulher iniciou o pré-natal até a 12ª semana de gestação ou após esse período; e</p> <p>2. compareceu a seis ou mais consultas pré-natais; e</p> <p>3. realizou exames laboratoriais de rotina; e</p> <p>4. fez uso de ácido fólico;</p> <p>5. utilizou sulfato ferroso;</p> <p>6. esquema de vacinação completo; e</p> <p>7. praticou caminhada e/ou realizou atividades domésticas, no mínimo 2 vezes na semana, por pelo menos 30 minutos; e</p> <p>8. interagiu com o bebê na barriga por meio das seguintes formas: conversas rotineiras, toque e observação dos movimentos fetais;</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>e</p> <p>9. apresentou ganho de peso adequado; e/ou</p> <p>10. participou de atividade educativa para gestantes; e/ou</p> <p>11. realizou pelo menos uma orientação com relação ao preparo das mamas para o aleitamento; e/ou</p> <p>12. participou de atividades de lazer.</p>
Indicador 2. Designação de atributos específicos ao feto	
Evidências empíricas e forma de mensuração	Definição operacional para os níveis da escala NOC
<p>O enfermeiro deverá indagar à mãe acerca das características construídas por ela para o seu bebê, durante a <u>gestação</u>, distribuídas nos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. preferência quanto ao gênero da criança; 2. escolha do nome; 3. características emocionais e comportamentais (bebê sorridente, agitado, calmo, extrovertido, carinhoso, simpático e compreensivo); 4. características físicas (cor dos olhos, dos cabelos e da pele, tamanho e peso; semelhanças do bebê com alguém da família; desenvolvimento físico adequado); e 5. atribuições de características ao seu bebê (ex: agitado ou traquina/tranquilo ou calmo) com base nos movimentos fetais. 	<ol style="list-style-type: none"> (1) Nunca demonstrado: não se observou, no relato da mãe, nenhum aspecto com relação à caracterização do seu bebê durante o período gestacional. (2) Raramente demonstrado: mãe relata um dos cinco aspectos apresentados para caracterizar o seu bebê na fase intra-uterina. (3) Algumas vezes demonstrado: mãe relata dois dos cinco aspectos apresentados para caracterizar o seu bebê na fase intra-uterina. (4) Frequentemente demonstrado: mãe relata três dos cinco aspectos apresentados para caracterizar o seu bebê na fase intra-uterina. (5) Consistentemente demonstrado: mãe relata quatro ou mais aspectos para designar o seu bebê durante a gestação.
Indicador 3. Preparação para o bebê antes do nascimento	
Evidências empíricas e forma de mensuração	Definição operacional para os níveis da escala NOC
<p>O enfermeiro deverá indagar à mãe acerca dos seguintes pontos pertinentes ao <u>planejamento para a chegada do bebê</u>:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. escolha pelo tipo de parto; 2. uso ou não de medicação anestésica; 3. escolha do local onde deseja ter o seu bebê; 4. forma de chegar ao local (meio de transporte/ pessoa designada para levá-la); 5. organização do enxoval e quarto do bebê; 6. pessoa responsável pela manutenção financeira da família após o nascimento; 7. diálogo com os outros membros da família, especialmente se houver outros filhos, sobre a chegada do bebê, suas peculiaridades, e exigências físicas e emocionais; 8. designação de pessoa de confiança para auxiliá-la no período pós-parto e nos cuidados com o bebê; e 9. participação em atividades educativas voltadas para gestantes. 	<ol style="list-style-type: none"> (1) Nunca demonstrado: mãe relatou que não houve planejamento prévio para a chegada do bebê. (2) Raramente demonstrado: o planejamento realizado pela mãe contemplou de um a dois aspectos apresentados na definição operacional. (3) Algumas vezes demonstrado: o planejamento realizado pela mãe contemplou de três a quatro aspectos apresentados na definição operacional. (4) Frequentemente demonstrado: o planejamento realizado pela mãe contemplou de cinco a sete aspectos apresentados na definição operacional. (5) Consistentemente demonstrado: o planejamento realizado pela mãe contemplou mais de sete aspectos apresentados na definição operacional.

Indicador 4: Verbalização de sentimentos positivos em relação ao bebê	
Evidências empíricas e forma de mensuração	Definição operacional para os níveis da escala NOC
O enfermeiro deverá indagar à mãe sobre quais <u>sentimentos positivos ela tem pelo seu bebê</u> , a saber: amor, carinho, alegria, prazer, contentamento e auto-realização.	<p>(1) Nunca demonstrado: mãe relatou apenas sentimentos negativos (tristeza, impaciência, irritabilidade, ansiedade ou cansaço).</p> <p>(2) Raramente demonstrado: mãe relatou mais sentimentos negativos do que positivos referentes ao seu bebê.</p> <p>(3) Algumas vezes demonstrado: mãe relatou sentimentos positivos e negativos na mesma proporção.</p> <p>(4) Frequentemente demonstrado: mãe relatou mais sentimentos positivos do que negativos referentes ao seu bebê.</p> <p>(5) Consistentemente demonstrado: mãe relatou somente sentimentos positivos referentes ao seu bebê.</p>
Indicador 5: Bebê seguro ao colo de forma bem próxima	
Evidências empíricas e forma de mensuração	Definição operacional para os níveis da escala NOC
<p>O enfermeiro deverá observar ou perguntar a mãe sobre como ela <u>costuma segurar o seu bebê</u>, a saber:</p> <p>- A mãe deverá relatar ou demonstrar:</p> <p>1. frequentemente segura o seu bebê junto ao seu corpo, de forma aconchegante, durante: alimentação (mamadeira ou amamentação), conversas, brincadeiras, ato de ninar e outros momentos particulares;</p> <p>2. uso da posição do ângulo formado pelo pescoço e pelo ombro;</p> <p>3. uso da posição canguru;</p> <p>4. sentimento de prazer e contentamento ao segurar o seu bebê junto ao colo.</p>	<p>(1) Nunca demonstrado:</p> <ol style="list-style-type: none"> mãe relata evitar contato corporal com o bebê; e/ou durante a entrevista, relata ou demonstra sentimentos de descontentamento ao segurar o bebê junto ao seu colo. <p>(2) Raramente demonstrado: mãe relata ou demonstra posicionar o bebê junto ao seu corpo para:</p> <ol style="list-style-type: none"> amamentá-lo; e/ou se estiver em alimentação por mamadeira, descreve segurar o bebê junto ao seu corpo e balançá-lo. <p>(3) Algumas vezes demonstrado:</p> <ol style="list-style-type: none"> mãe relata ou demonstra segurar o bebê junto ao seu corpo, durante a amamentação, utilizando posicionamento correto quanto ao aleitamento materno; e/ou se estiver em alimentação por mamadeira, descreve segurar o bebê junto ao seu corpo e balançá-lo. Além disso, mãe relata ou demonstra segurar o bebê de forma aconchegante em uma das seguintes situações: conversar, ninar, brincar ou durante outras atividades. <p>(4) Frequentemente demonstrado:</p> <ol style="list-style-type: none"> mãe relata ou demonstra segurar o bebê junto ao seu corpo, de forma aconchegante, na posição do ângulo formado pelo pescoço e pelo ombro; e/ou posicionar o bebê de forma que promova a amamentação eficaz, caso esteja em aleitamento materno; e/ou se estiver em alimentação por mamadeira, descreve segurar o bebê junto ao seu corpo e balançá-lo. Pode haver relato de uso da "posição canguru". Além disso, mãe relata ou demonstra segurar o bebê de forma aconchegante em duas das seguintes situações: conversar, ninar, brincar ou durante outras atividades. Mãe durante toda ou grande parte da entrevista permaneceu com seu bebê junto ao seu colo de forma próxima e aconchegante. <p>(5) Consistentemente demonstrado: mãe relata os seguintes comportamentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> segurar o bebê junto ao seu corpo, de forma aconchegante, na posição do ângulo formado pelo pescoço e pelo ombro; e/ou posicionar o bebê de forma que promova a amamentação eficaz, caso esteja em aleitamento materno; e/ou se estiver em alimentação por mamadeira, descreve segurar o bebê junto ao seu corpo e balançá-lo. Pode haver relato de uso da "posição canguru". Além disso, mãe relata ou demonstra segurar o bebê de forma aconchegante em três das seguintes situações: conversar, ninar, brincar ou durante outras atividades. Mãe durante toda ou grande parte da entrevista permaneceu com seu bebê junto ao seu colo de forma próxima e aconchegante.
Indicador 6: Ato de tocar, fazer movimentos delicados de toque no bebê	
Evidências empíricas e forma de mensuração	Definição operacional para os níveis da escala NOC

<p>O enfermeiro deverá perguntar à mãe <u>de que forma acontece o contato dela com o seu bebê</u>, considerando os seguintes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Situações em que ocorre o toque da mãe no seu filho: momentos de ninar, do banho, da troca de roupas/fraldas, da amamentação/alimentação, brincadeiras; 2. Intensidade do toque (leve e firme): <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Intensidade leve: suave, delicado, sutil. 2.2 Intensidade firme: este tipo de toque ocorre em virtude da constante necessidade da mãe de manipular a criança com firmeza para prover a sua sustentação, evitando quedas. 3. Tipos de toque (instrumental, expressivo-afetivo, terapêutico, não intencional); <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Instrumental: constitui como o contato físico deliberado necessário para o desempenho de uma tarefa específica. Citam-se neste aspecto as atividades maternas de cuidado em relação à criança, manifestando-se diante da necessidade de esfregar a pele, pôr as fraldas e passar a pomada para prevenção de assaduras. 3.2 Terapêutico: demonstra uma tentativa da mãe em acalmar o bebê em face de uma reação inesperada dele, como o choro, o soluço e o espirro. 3.3 Não intencional: trata-se do toque realizado de forma inconsciente e não premeditada. Não representa o afeto e não se relaciona com o desempenho direto dos cuidados. 3.4 Expressivo-afetivo: remetem ao aconchego, à segurança e à proximidade/calor apresentados ao feto. Esse tipo de toque está presente nas interações maternas desde a vida intraútero, é apreciado pela criança e representa o “motor” do seu desenvolvimento físico, emocional, afetivo, social e intelectual. Trata-se de uma expressão do amor, do carinho e dos laços da mãe para com o seu filho. 4. Mãe emprega muita força e velocidade ao segurar o bebê. Esse comportamento denota uma repercussão negativa em relação à qualidade das interações. 	<p>(1) Nunca demonstrado: mãe refere não interagir com o seu filho por meio do toque ou tocá-lo de forma rude.</p> <p>(2) Raramente demonstrado: mãe refere ausência dos toques expressivo-afetivo e terapêutico na sua relação com o bebê. O toque instrumental é relatado como o mais frequente, especialmente durante o banho ou troca de roupas/fraldas.</p> <p>(3) Algumas vezes demonstrado: mãe refere o emprego do toque instrumental com muita frequência durante o banho do seu filho ou troca de fraldas/roupas. Além disso, relata o uso do toque terapêutico para acalmar o seu bebê quando ele chora.</p> <p>(4) Frequentemente demonstrado: mãe refere o emprego dos toques instrumental, terapêutico e expressivo-afetivo. Contudo, relata que o instrumental é o mais frequente no contato com o seu bebê.</p> <p>(5) Consistentemente demonstrado: mãe refere o emprego dos toques instrumental, terapêutico e expressivo-afetivo. Contudo, relata que o expressivo-afetivo e terapêutico são os mais frequentes no contato com o seu bebê.</p>
<p>Indicador 7: Ato de beijar o bebê</p>	<p>Definição operacional para os níveis da escala NOC</p>
<p>Evidências empíricas e forma de mensuração</p>	<p>O enfermeiro deverá perguntar à mãe <u>de que forma ocorre</u> (1) Nunca demonstrado: mãe evita beijar o seu bebê ou demonstra dificuldade para beijá-lo. Durante a entrevista não se observa esse comportamento entre mãe e filho.</p>

<p>o contato com o bebê por meio do beijo, de acordo com os seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Suavidade ao beijar o bebê; ✓ Atividades mais propícias: amamentação/alimentação, brincadeiras, banho, troca de fraldas ou roupas e nos momentos de ninar. ✓ Frequência com que a mãe beija o seu filho durante a entrevista: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 a 2 vezes; ✓ 3 a 4 vezes; ✓ mais de 4 vezes; ✓ nenhuma vez. 	<p>(2) Raramente demonstrado: durante a entrevista não se observa interação da mãe com o seu filho por meio do beijo ou verifica-se a ocorrência desse comportamento por no máximo duas vezes. Mãe relata beijá-lo docemente durante apenas uma das seguintes situações: alimentação, banho ou troca de fraldas/roupas, brincadeiras e momentos de ninar.</p> <p>(3) Algumas vezes demonstrado: durante a entrevista não se observa interação da mãe com o seu filho por meio do beijo ou verifica-se a ocorrência desse comportamento por no máximo duas vezes. Além disso, mãe relata beijá-lo docemente durante, no mínimo, duas das seguintes situações: alimentação, banho ou troca de fraldas/roupas, brincadeiras e momentos de ninar.</p> <p>(4) Frequentemente demonstrado: durante a entrevista se observa interação da mãe com o seu filho por meio do beijo por 3 a 4 vezes. Além disso, mãe relata beijá-lo docemente durante, no mínimo, duas das seguintes situações: alimentação, banho ou troca de fraldas/roupas, brincadeiras e momentos de ninar.</p> <p>(5) Consistentemente demonstrado: durante a entrevista se observa interação da mãe com o seu filho por meio do beijo por mais de quatro vezes. Além disso, mãe relata beijá-lo docemente durante, no mínimo, duas das seguintes situações: alimentação, banho ou troca de fraldas/roupas, brincadeiras e momentos de ninar.</p>
Indicador 8: Ato de sorrir para o bebê	
Evidências empíricas e forma de mensuração	Definição operacional para os níveis da escala NOC
<p>O enfermeiro deverá perguntar à mãe sobre a <u>interação dela com o bebê por meio do sorriso</u>, de acordo com os seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Atividades mais propícias para o ato de sorrir: alimentação, brincadeiras, cuidados diários (banho, troca de fraldas), momentos de ninar e de conversas com o bebê; ✓ Durante a consulta e/ou visita, <u>o enfermeiro deverá observar a expressão facial da mãe</u> que deverá indicar satisfação, prazer e alegria na interação com o seu bebê. 	<p>(1) Nunca demonstrado: mãe refere não sorrir para o seu bebê, e esse comportamento também não foi observado durante a entrevista. Além disso, é possível evidenciar face de tristeza ou descontentamento da mãe com relação ao seu filho durante a entrevista.</p> <p>(2) Raramente demonstrado: mãe refere sorrir para o bebê durante uma das seguintes situações: alimentação (amamentação ou mamadeira), banho ou troca de fraldas, brincadeiras, momentos de ninar ou de conversas com a criança. Além disso, durante a entrevista mãe não interagiu ou interagiu muito pouco com o seu filho por meio do sorriso. É possível evidenciar tristeza, irritabilidade ou descontentamento da mãe com relação ao seu filho durante a entrevista.</p> <p>(3) Algumas vezes demonstrado: mãe refere sorrir para o bebê durante, no mínimo, duas das seguintes situações: alimentação (amamentação ou mamadeira), banho ou troca de fraldas, brincadeiras, momentos de ninar ou de conversas com a criança. Além disso, durante a entrevista mãe sorriu poucas vezes ou não interagiu por meio do sorriso com o seu bebê.</p> <p>(4) Frequentemente demonstrado: mãe refere sorrir para o bebê durante três das seguintes situações: alimentação (amamentação ou mamadeira), banho ou troca de fraldas, brincadeiras, momentos de ninar ou de conversas com a criança. Além disso, mãe sorriu frequentemente para o seu bebê e demonstrou prazer nessa interação durante a entrevista.</p> <p>(5) Consistentemente demonstrado: mãe refere sorrir para o bebê durante todas as seguintes situações: alimentação (amamentação ou mamadeira), banho ou troca de fraldas, brincadeiras, momentos de ninar e de conversas entre eles. Além disso, mãe sorriu frequentemente para o seu bebê e demonstrou prazer nessa interação durante a entrevista.</p>
Indicador 10: Uso da posição face-a-face	
Evidências empíricas e forma de mensuração	Definição operacional para os níveis da escala NOC
<p>O enfermeiro deverá indagar a mãe sobre o <u>uso da posição face-a-face com o seu filho</u>, considerando os seguintes</p>	<p>(1) Nunca demonstrado: mãe não posiciona o bebê de forma que mantenha o contato face-a-face. Durante a entrevista não se observou utilização da posição face-a-face entre mãe e filho.</p>

<p>aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Posicionamento do bebê que possibilite as trocas face-a-face: <ul style="list-style-type: none"> - mãe posiciona o bebê no mesmo plano do seu rosto de forma que facilite o contato visual entre eles durante as brincadeiras ou conversas; - mãe posiciona o bebê apropriadamente para alimentá-lo (amamentação ou mamadeira) de forma que possibilite o uso da posição face-a-face; - mãe deita a criança na cama de forma que possibilite o uso da posição face-a-face e o contato por meio do olhar. ✓ Quantidade de trocas face-a-face: ideal - pelo menos quatro interações durante a consulta. 	<p>(2) Raramente demonstrado: mãe posiciona o bebê no mesmo plano do seu rosto, facilitando o contato visual entre eles em uma das seguintes situações: brincadeiras ou conversas entre eles; alimentação/amamentação; e na cama de modo que suas faces fiquem próximas. Durante a entrevista mãe utiliza essa posição de uma a duas vezes ou não se verificou esse comportamento durante a entrevista.</p> <p>(3) Algumas vezes demonstrado: mãe posiciona o bebê no mesmo plano do seu rosto, facilitando o contato visual entre eles em uma das seguintes situações: brincadeiras ou conversas entre eles; alimentação/amamentação; e na cama de modo que suas faces fiquem próximas. Durante a entrevista mãe utiliza essa posição de uma a duas vezes.</p> <p>(4) Frequentemente demonstrado: mãe posiciona o bebê no mesmo plano do seu rosto, facilitando o contato visual entre eles, em pelo menos duas das seguintes situações: brincadeiras ou conversas entre eles; alimentação/amamentação; e na cama de modo que suas faces fiquem próximas. Durante a entrevista mãe utiliza essa posição de 3 a 4 quatro vezes.</p> <p>(5) Consistentemente demonstrado: mãe posiciona o bebê no mesmo plano do seu rosto, facilitando o contato visual entre eles, em pelo menos duas das seguintes situações: brincadeiras ou conversas entre eles; alimentação/amamentação; e na cama de modo que suas faces fiquem próximas. Durante a entrevista mãe utiliza essa posição mais de 4 vezes.</p>
Indicador 11: Uso de contato com os olhos	
Evidências empíricas e forma de mensuração	Definição operacional para os níveis da escala NOC
<p>O enfermeiro deverá indagar a mãe sobre a <u>comunicação dela com o seu bebê por meio do contato com os olhos</u>, considerando os seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Situações que propiciam o contato por intermédio do olhar: aleitamento/alimentação, brincadeiras e conversas com o seu bebê; ✓ Sentimento de alegria/prazer/contentamento ao olhar para o seu bebê; ✓ Reação positiva do bebê ao contato visual da mãe. ✓ Contato visual carinho entre mãe e filho durante a entrevista. 	<p>(1) Nunca demonstrado: mãe relata evitar contato visual com o seu filho, pois não sente alegria, amor ou qualquer outro sentimento semelhante nessa interação. Não se observou o contato visual entre mãe e filho durante a entrevista.</p> <p>(2) Raramente demonstrado: mãe demonstra face inexpressiva ou de descontentamento ao olhar para o seu filho.</p> <p>(3) Algumas vezes demonstrado: mãe relata ou demonstra olhar carinhosamente para o seu bebê durante uma das seguintes atividades: alimentação, brincadeiras/conversas, cuidados diários com o seu filho. Além disso, relata sentimentos positivos ao olhar para o seu filho.</p> <p>(4) Frequentemente demonstrado: mãe relata ou demonstra olhar carinhosamente para o seu bebê durante duas das seguintes atividades: alimentação, brincadeiras/conversas, cuidados diários com o seu filho. Além disso, relata sentimentos positivos ao olhar para o seu filho. Observa-se o contato visual entre mãe e filho durante toda ou quase toda a entrevista.</p> <p>(5) Consistentemente demonstrado: mãe relata ou demonstra olhar carinhosamente para o seu bebê durante todas as seguintes atividades: alimentação, brincadeiras/conversas, cuidados diários com o seu filho. Além disso, relata sentimentos positivos ao olhar para o seu filho. Observa-se o contato visual entre mãe e filho durante toda ou quase toda a entrevista.</p>
Indicador 12: Vocalização para o bebê	
Evidências empíricas e forma de mensuração	Definição operacional para os níveis da escala NOC
<p>O enfermeiro deverá indagar à mãe sobre a sua <u>habilidade para comunicar-se com o seu bebê</u>, considerando os seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Uso de um tom de voz específico (suave, alegre e prazeroso) para falar com o seu bebê; ✓ Conversas frequentes com o bebê; ✓ Uso de cantigas de ninar; ✓ Vocalização nas diversas atividades do cotidiano: 	<p>(1) Nunca demonstrado: mãe relata ou demonstra não sentir alegria ou prazer em conversar ou cantar para o seu bebê.</p> <p>(2) Raramente demonstrado: mãe relata conversar com o seu bebê, em tom de voz normal, aproveitando um dos seguintes momentos para estabelecer essa relação: banho ou troca de fraldas; amamentação/alimentação; quando vai acalotá-lo, colocá-lo para dormir ou quando ele desperta; e durante brincadeiras ou leitura de estórias.</p> <p>(3) Algumas vezes demonstrado: mãe relata conversar, cantar ou contar estórias para o seu filho em tom de voz normal ou alegre, suave e atrativo para o bebê. Além disso, relata sentimentos positivos quando vocaliza para ele e/ou refere conversar ou cantar em dois dos seguintes momentos: banho ou troca de fraldas; amamentação/alimentação; quando vai acalotá-lo, colocá-lo para dormir ou quando ele desperta; e durante brincadeiras ou leitura de estórias.</p> <p>(4) Frequentemente demonstrado: mãe relata conversar, cantar ou contar estórias para o seu filho em tom de voz alegre, suave e</p>

<p>durante ou após o banho ou troca de fraldas, amamentação/alimentação, brincadeiras ou leitura de estórias.</p>	<p>atrativo para o bebê. Além disso, relata sentimentos positivos quando vocaliza para ele e/ou refere conversar ou cantar em, no mínimo, três dos seguintes momentos: banho ou troca de fraldas; amamentação/alimentação; quando vai acalotá-lo, colocá-lo para dormir ou quando ele desperta; e durante brincadeiras ou leitura de estórias. No momento da entrevista, pode haver ou não vocalização da mãe para o seu bebê, seja conversando ou cantando.</p> <p>(5) Consistentemente demonstrado: mãe relata conversar, cantar ou contar estórias para o seu filho em tom de voz alegre, suave e atrativo para o bebê. Além disso, refere sentimentos positivos quando vocaliza para ele e relata conversar ou cantar em todos os seguintes momentos: durante ou após o banho ou troca de fraldas; alimentação; quando vai acalotá-lo; colocá-lo para dormir ou quando ele desperta; e durante brincadeiras ou leitura de estórias. No momento da entrevista, pode haver ou não vocalização da mãe para o seu bebê, seja conversando ou cantando.</p>
Indicador 13: Brincadeiras com o bebê	
Evidências empíricas e forma de mensuração	Definição operacional para os níveis da escala NOC
<p>O enfermeiro deverá indagar à mãe sobre a sua <u>habilidade para brincar com o seu bebê</u>, considerando os seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mãe brinca com o seu bebê espontaneamente, independente de manifestação de choro; ✓ Mãe faz uso de objetos atrativos para tornar a brincadeira interessante para o bebê; ✓ Mãe faz imitação de sons, utiliza tom de voz alegre ou músicas que estimulem brincadeiras; ✓ Mãe conta estórias em tom de brincadeira para o bebê. 	<p>(1) Nunca demonstrado: mãe relata não brincar com seu bebê e nem sentir alegria ou prazer na realização desse tipo de atividade.</p> <p>(2) Raramente demonstrado: mãe relata brincar com o seu bebê somente quando ele está chorando e, além disso, não utiliza meios para torna a brincadeira atrativa para o seu bebê.</p> <p>(3) Algumas vezes demonstrado: mãe relata brincar com o seu bebê somente quando ele está chorando. Além disso, utiliza somente um dois dos seguintes recursos para tornar as brincadeiras mais atrativas para a criança: brinquedos, músicas ou imitação de sons de animais/ objetos inanimados.</p> <p>(4) Frequentemente demonstrado: mãe relata brincar com o seu filho de forma indireta e/ou participativa, independente da manifestação de choro da criança. Além disso, utiliza de um a dois dos seguintes recursos para tornar as brincadeiras mais atrativas para a criança: brinquedos; músicas ou imitação de sons de animais/ objetos inanimados; e contação de histórias (item 12.3).</p> <p>(5) Consistentemente demonstrado: mãe relata brincar com o seu filho de forma indireta e/ou participativa, independente da manifestação de choro da criança. Além disso, utiliza três dos seguintes recursos para tornar as brincadeiras mais atrativas para a criança: brinquedos; músicas ou imitação de sons de animais/ objetos inanimados; e contação de histórias (item 12.3).</p>
Indicador 14: Reação aos indicadores do bebê	
Evidências empíricas e forma de mensuração	Definição operacional para os níveis da escala NOC
<p>O enfermeiro deverá indagar à mãe sobre:</p> <p><u>como ela responde às necessidades do bebê:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ troca de fraldas, dor, calor, sono, fome, conforto, amor, carinho; <p><u>como ela responde aos sinais de comunicação do seu filho:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ tais como: sorriso, gritos, balbucios e, principalmente, choro, considerando que este é uma das formas de comunicação mais efetivas que o bebê possui para interagir com seus pais. 	<p>(1) Nunca demonstrado: mãe refere não reconhecer os motivos que levam o seu bebê a chorar. Além disso, não atende as necessidades do seu bebê, mesmo que ele esteja chorando. Pode referir indiferença ou não corresponder apropriadamente aos sorrisos e balbucios do seu bebê. Há relato de respostas negativas em reação às manifestações de choro da criança.</p> <p>(2) Raramente demonstrado: mãe refere não reconhecer os motivos que levam o seu bebê a chorar ou apresentar dificuldades para percebê-los. Relata atender às necessidades do seu bebê, contudo não o faz imediatamente, mesmo que ele esteja chorando. Dentre o repertório de possibilidades listadas para atender ao choro do bebê, há relato de apenas um comportamento. Pode referir indiferença ou não corresponder apropriadamente aos sorrisos e balbucios do seu bebê. Há relato de respostas negativas em relação às manifestações de choro da criança.</p> <p>(3) Algumas vezes demonstrado: mãe refere apresentar dificuldades para reconhecer os motivos que levam o seu bebê a chorar ou relata perceber apropriadamente essas necessidades. Além disso, pode relatar responder imediatamente a essas demandas ou demorar a atender as necessidades do bebê, mesmo que ele esteja chorando. Dentre o repertório de possibilidades listadas para atender ao choro do bebê, há relato de dois a três comportamentos. Refere corresponder positivamente (alegria, amor, satisfação) aos sorrisos e balbucios do seu bebê. Pode haver relato de respostas negativas quando o bebê chora.</p> <p>(4) Frequentemente demonstrado: mãe relata perceber as necessidades do seu filho manifestadas por meio do choro. Além disso, pode relatar responder imediatamente a essas demandas ou demorar a atender as necessidades do bebê, mesmo que ele esteja chorando. Dentre o repertório de possibilidades listadas para atender ao choro do bebê, há relato de quatro a cinco comportamentos.</p>

	<p>Refere corresponder positivamente (alegria, amor, satisfação) aos sorrisos e balbucios do seu bebê. Pode haver relato de respostas negativas quando o bebê chora.</p> <p>(5) Consistentemente demonstrado: mãe relata perceber as necessidades do seu filho manifestadas por meio do choro e respondê-las imediatamente. Dentre o repertório de possibilidades listadas para atender ao choro do bebê, mãe relata, pelo menos, seis comportamentos. Refere corresponder positivamente (alegria, amor, satisfação) aos sorrisos e balbucios do seu bebê. Pode haver relato de respostas negativas quando o bebê chora.</p>
<p>Indicador 15: Ato de confortar o bebê</p>	
<p>Evidências empíricas e forma de mensuração</p>	<p>Definição operacional para os níveis da escala NOC</p>
<p>O enfermeiro deverá indagar à mãe sobre as <u>ações empregadas para manter o conforto do bebê</u>, considerando os seguintes aspectos:</p> <p>1. Alimentação: 15.1 e 15.2 1.1 amamentação; 1.2 uso da mamadeira; 1.3 uso da posição face-a-face, toque suave e aconchego ao colo.</p> <p>2. Higiene/banho: 15.3, 15.4, 15.5, 15.6 e 15.7 2.1 preparo do banho (água morna - temperatura adequada para o bebê); 2.2 utilização do toque suave na pele do bebê; 2.3 conversas ou brincadeiras com o filho; 2.3 faz massagens suaves na pele do bebê com sabonete apropriado; 2.4 uso de roupas leves e frescas ou agasalhos, dependendo da temperatura.</p> <p>3. Sono: 15.8, 15.9, 15.10 e 15.11 3.1 preparação do ambiente, fechando as janelas para evitar que o bebê tenha hipotermia, especialmente, nos primeiros dias de vida; 3.2 higienização do local e minimização de barulhos; 3.3 utilização de ventilador ou ar-condicionado somente quando necessário; 3.4 utilização de rede ou cortina para proteger o bebê de mosquitos (mosquiteiro); 3.5 realização da troca de fraldas antes de dormir;</p> <p>4. Envolvimento afetivo: verificar avaliação dos indicadores: 5, 6, 7 e 13.</p>	<p>(1) Nunca demonstrado: mãe não realiza cuidados que promovam o conforto do bebê. Quanto ao envolvimento afetivo, apresenta nível 1 (nunca demonstrado) em, pelo menos, 2 dos seguintes indicadores: 5, 6, 7 e 13.</p> <p>(2) Raramente demonstrado: mãe realiza, no mínimo: 1 cuidado referente à alimentação do seu filho; 1 quanto à higienização; e 1 com relação a promoção de um sono confortável para a criança. Quanto ao envolvimento afetivo, apresenta nível 2 (raramente demonstrado) em, pelo menos, 2 dos seguintes indicadores: 5, 6, 7 e 13.</p> <p>(3) Algumas vezes demonstrado: mãe realiza, no mínimo: 1 cuidado referente à alimentação do seu filho; 2 quanto à higienização; e 2 com relação a promoção de um sono confortável para a criança. Quanto ao envolvimento afetivo, apresenta nível 3 (algumas vezes demonstrado) em, pelo menos, 2 dos seguintes indicadores: 5, 6, 7 e 13.</p> <p>(4) Frequentemente demonstrado: mãe realiza, no mínimo: 1 cuidado referente à alimentação do seu filho e 3 quanto à higienização. Verifica-se ainda, 3 cuidados com relação a promoção de um sono confortável para a criança. Quanto ao envolvimento afetivo, apresenta nível 4 (frequentemente demonstrado) ou 5 (consistentemente demonstrado) em, pelo menos, 2 dos seguintes indicadores: 5, 6, 7 e 13.</p> <p>(5) Consistentemente demonstrado: mãe realiza, no mínimo: 1 cuidado referente à alimentação do seu filho e 4 ou mais quanto à higienização. Verifica-se ainda, 4 cuidados com relação a promoção de um sono confortável para a criança. Quanto ao envolvimento afetivo, apresenta nível 4 (frequentemente demonstrado) ou 5 (consistentemente demonstrado) em, pelo menos, 2 dos seguintes indicadores: 5, 6, 7 e 13.</p>

Indicador 16: Ato de segurar o bebê para alimentá-lo	
Evidências empíricas e forma de mensuração	Definição operacional para os níveis da escala NOC
<p>O enfermeiro deverá indagar à mãe sobre a <u>forma como ela segura o bebê durante a alimentação (amamentação e/ou mamadeira)</u>, considerando os seguintes aspectos:</p> <p>1. Quanto à posição: escolha de uma posição que seja confortável para ambos (DEITADA, SENTADA ou em PÉ);</p> <p>2. Quanto à técnica, o enfermeiro deverá solicitar, durante a consulta ou visita, para que a mãe descreva como ela posiciona o bebê para amamentar: a) o corpo do bebê deve estar inteiramente de frente para a mãe e bem próximo, de tal forma que a sua barriga esteja voltada para o corpo da mãe; b) a criança deve estar alinhada, a cabeça e a coluna em linha reta, no mesmo eixo, e a sua boca deve estar de frente para o bico do peito de sua mãe, a qual deverá apoiar com o braço e mão o corpo e o “bumbum” do bebê. c) Após essa preparação, a mãe deverá aproximar a boca do bebê ao peito, para que ele possa abocanhá-lo, colocando a maior parte da aréola dentro da boca, de maneira que o queixo do bebê toque o peito da mãe.</p> <p>3. Na presença de alimentação por mamadeira: a mãe deverá segurar o bebê junto ao seu corpo e balançá-lo.</p> <p>4. Quanto ao envolvimento afetivo durante a alimentação (amamentação ou mamadeira): verificar qual o relato da mãe nos seguintes aspectos:</p> <p>4.1 Mãe toca levemente e de forma carinhosa em seu filho durante a alimentação, especialmente amamentação (expressivo-afetivo).</p> <p>4.2 Mãe beija docemente com frequência o bebê durante a alimentação (amamentação ou mamadeira).</p> <p>4.3 Mãe relata alegria e contentamento ao banhar ou trocar as fraldas do bebê.</p> <p>4.4 Mãe posiciona o bebê durante a amamentação ou</p>	<p>(1) Nunca demonstrado: mãe relata não segurar o bebê para alimentá-lo. Além disso, há resposta positiva da mãe em apenas um dos itens relacionados ao envolvimento afetivo com o seu filho durante a alimentação (itens 6.5, 7.1, 8.1, 10.2, 11.2, 12.6 e 15.2).</p> <p>(2) Raramente demonstrado: mãe escolhe uma posição confortável para alimentar o seu bebê; relata ou demonstra (erro de 1 a 2 passos) dificuldades quanto à técnica correta para amamentar o filho e/ou para segurar o bebê junto ao corpo e balançá-lo, no caso de alimentação por mamadeira. Além disso, há resposta positiva da mãe em dois itens relacionados ao envolvimento afetivo com o seu filho durante a alimentação (itens 6.5, 7.1, 8.1, 10.2, 11.2, 12.6 e 15.2).</p> <p>(3) Algumas vezes demonstrado: mãe escolhe uma posição confortável para alimentar o seu bebê; apresenta pouca dificuldade quanto à técnica correta para amamentação (erro de 1 a 2 passos) e/ou para segurar o bebê junto ao corpo e balançá-lo, no caso de alimentação por mamadeira. Além disso, há resposta positiva da mãe em três itens que remetem envolvimento afetivo com o seu filho durante a alimentação (itens 6.5, 7.1, 8.1, 10.2, 11.2, 12.6 e 15.2).</p> <p>(4) Frequentemente demonstrado: mãe escolhe uma posição confortável para alimentar o seu bebê; utiliza técnica correta para amamentá-lo ou apresenta pouca dificuldade quanto à técnica (erro de 1 a 2 passos) e/ou para segurar o bebê junto ao corpo e balançá-lo, no caso de alimentação por mamadeira. Além disso, há resposta positiva da mãe em no mínimo 4 e no máximo 6 itens que remetem envolvimento afetivo com o seu filho durante a alimentação (itens 6.5, 7.1, 8.1, 10.2, 11.2, 12.6 e 15.2).</p> <p>(5) Consistentemente demonstrado: mãe escolhe uma posição confortável para alimentar o seu bebê; utiliza técnica correta para amamentá-lo e/ou segura o bebê junto ao corpo e o balanço caso esteja sendo alimentado por mamadeira. Além disso, há resposta positiva da mãe em todos os itens que remetem envolvimento afetivo com o seu filho durante a alimentação (itens 6.5, 7.1, 8.1, 10.2, 11.2, 12.6 e 15.2).</p>

<p>alimentação por mamadeira de modo que possibilite troca de olhares entre eles.</p> <p>4.5 Mãe relata ou demonstra olhar carinhosamente para o seu filho durante a alimentação, especialmente amamentação.</p> <p>4.6 Mãe relata conversar ou cantar para o seu filho durante a alimentação.</p> <p>4.7 Durante a amamentação ou alimentação por mamadeira, mãe interage com o bebê por meio do uso da posição face-a-face, toque suave e aconchego ao colo.</p>	
Indicador 17: Ato de manter o bebê seco, limpo e aquecido	
Evidências empíricas e forma de mensuração	Definição operacional para os níveis da escala NOC
<p>O enfermeiro deverá indagar à mãe sobre a <u>rotina de cuidados diários</u> prestados ao bebê, a saber:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realiza, no mínimo, de seis a dez trocas de fraldas por dia; ✓ Realiza a higiene da criança sempre que há troca de fraldas (pelo menos de seis a dez vezes por dia); ✓ Usa creme protetor contra assaduras, mas realiza antes a limpeza dos resíduos de urina e fezes com algodão embebido em água morna ou óleo; ✓ Realiza, pelo menos um banho por dia no bebê, dando atenção para a higiene das unhas e do coto umbilical; ✓ Usa roupas e acessórios (touca, luvas e meias) em conformidade com a temperatura do local (calor ou frio), bem como utiliza agasalhos, principalmente, durante a noite (item 15.7); ✓ Realiza a higiene da cavidade oral com fralda embebida em água; ✓ Realiza limpeza das narinas com solução fisiológica antes das mamadas. 	<p>(1) Nunca demonstrado: mãe não realiza cuidados para manter o bebê seco, limpo e aquecido.</p> <p>(2) Raramente demonstrado: mãe realiza de um a dois cuidados apresentados.</p> <p>(3) Algumas vezes demonstrado: mãe realiza de três a quatro cuidados apresentados.</p> <p>(4) Frequentemente demonstrado: mãe realiza cinco a seis cuidados apresentados. O item 15.7 (Faz uso de roupas leves e frescas ou de agasalhos, dependendo da temperatura) pode estar presente.</p> <p>(5) Consistentemente demonstrado: mãe realiza todos os cuidados apresentados. O item 15.7 (Faz uso de roupas leves e frescas ou de agasalhos, dependendo da temperatura) pode estar presente.</p>
Indicador 18: Ato do bebê de olhar para os pais	
Evidências empíricas e forma de mensuração	Definição operacional para os níveis da escala NOC
<p>O enfermeiro deverá indagar à mãe acerca do <u>contato visual que o bebê estabelece com ela</u>, considerando as seguintes situações:</p>	<p>(1) Nunca demonstrado: bebê não estabelece contato visual prolongado com a mãe.</p> <p>(2) Raramente demonstrado: bebê olha para a mãe em, no máximo, duas situações citadas.</p> <p>(3) Algumas vezes demonstrado: bebê olha para a mãe em três situações citadas.</p> <p>(4) Frequentemente demonstrado: bebê olha para a mãe em quatro situações citadas.</p>

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Bebê acompanha os movimentos da mãe com o olhar; ✓ Bebê olha para a mãe durante a troca de fraldas/roupas; ✓ Bebê olha para a mãe quando está sendo alimentado; ✓ Bebê olha para a mãe quando ela chama o seu nome; ✓ Bebê olha para a mãe quando ela conversa com ele e o acaricia. 	<p>(5) Consistentemente demonstrado: bebê olha para a mãe em todas as situações citadas.</p>
<p>Indicador 19: Reação do bebê aos indicadores dos pais</p>	
<p>Evidências empíricas e forma de mensuração</p>	<p>Definição operacional para os níveis da escala NOC</p>
<p>O enfermeiro deverá indagar à mãe acerca das <u>reações do bebê perante às seguintes situações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ O bebê chora quando está sozinho; ✓ O bebê sente-se feliz na presença da mãe; ✓ O bebê sorri em resposta a outro sorriso; ✓ O bebê procura a mãe quando escuta a sua voz; ✓ O bebê olha para a mãe durante a amamentação; ✓ O bebê é capaz de discernir uma voz amável de outra brava, reagindo de modo diferente, de acordo com essas circunstâncias. 	<p>(1) Nunca demonstrado: o bebê apresenta apenas uma das reações citadas ou mãe relata ausência de reatividade nas situações citadas.</p> <p>(2) Raramente demonstrado: o bebê apresenta, no máximo, duas reações citadas.</p> <p>(3) Algumas vezes demonstrado: o bebê apresenta três reações citadas.</p> <p>(4) Frequentemente demonstrado: o bebê apresenta quatro reações citadas.</p> <p>(5) Consistentemente demonstrado: o bebê apresenta, no mínimo, cinco reações citadas.</p>
<p>Indicador 20: Busca de proximidade pelo bebê</p>	
<p>Evidências empíricas e forma de mensuração</p>	<p>Definição operacional para os níveis da escala NOC</p>
<p>O enfermeiro deverá indagar à mãe acerca das <u>formas utilizadas pelo bebê para solicitar a presença dos pais junto a ele</u>, principalmente da mãe, a saber:</p> <p>Comportamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ O bebê chora quando está sozinho, principalmente na ausência da mãe (19.1); ✓ O bebê corresponde com sorriso, gritos e balbucios aos cuidados da mãe (19.2); ✓ O bebê demonstra prazer na proximidade com o colo da mãe; ✓ O bebê sorri na presença dos pais, principalmente da mãe; ✓ O bebê faz gestos pedindo colo aos pais, principalmente da mãe. 	<p>(1) Nunca demonstrado: o bebê não apresenta comportamento de busca de proximidade pela sua mãe.</p> <p>(2) Raramente demonstrado: o bebê apresenta somente 1 comportamento que denota a necessidade de estar próximo da mãe.</p> <p>(3) Algumas vezes demonstrado: o bebê apresenta 2 comportamentos que denotam a necessidade de estar próximo da mãe.</p> <p>(4) Frequentemente demonstrado: o bebê apresenta 3 comportamentos que denotam a necessidade de estar próximo da mãe.</p> <p>(5) Consistentemente demonstrado: o bebê apresenta, no mínimo, 4 comportamentos que denotam a necessidade de estar próximo da mãe.</p>

APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MULHERES NO PERÍODO PÓS-PARTO.

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa. Sua participação é importante, porém você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Sou enfermeira, aluna do curso de doutorado em neuropsiquiatria e ciência do comportamento da Universidade Federal de Pernambuco. Estou realizando, neste momento, um estudo sobre a avaliação do Vínculo entre mãe e bebê e de que forma o enfermeiro pode ajudar no fortalecimento dessa interação entre mãe e filho. Para isso, necessito de sua autorização, por meio da assinatura deste termo de consentimento. Sua participação é de fundamental importância para que possamos desenvolver ações de enfermagem mais eficazes para fortalecer a comunicação e a interação entre a senhora e o seu bebê.

Informo-lhe que o risco existente para a senhora, nesta pesquisa, está relacionado com o possível constrangimento ao responder os questionamentos acerca do vínculo com o seu bebê. Os benefícios desse estudo estão relacionados com uma assistência de Enfermagem mais qualificada e direcionada para as suas necessidades e do seu bebê, com o objetivo de fortalecer a ligação entre vocês dois.

Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo serão usadas apenas para a realização deste trabalho, e, também, asseguro-lhe que a qualquer momento terá acesso às informações sobre o estudo, inclusive para tirar dúvidas. Você tem liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e desistir de participar, sem que isto lhe traga prejuízo. Finalmente, informo que, quando apresentar este trabalho, não usarei o seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-la.

Para informar irregularidades danosas durante a sua participação no estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, localizado na Av. Prof. Moraes Rêgo, s/n - 1º andar, Cidade Universitária CEP: 50670-901 Recife - PE, Brasil. **Telefone/Fax do CEP:** (81) 2126-8588.

Caso precise entrar em contato comigo, as informações constam a seguir: Nome: Jaqueline Galdino Albuquerque . Endereço: Rua Carlos Pereira Falcão, 743, AP 103, Boa Viagem, CEP: 51-21350, Recife-Pernambuco. Endereço eletrônico: jaquelinealbuquerque@hotmail.com. Telefone: (81) 3523-3351.

Declaração do Participante:

Concedo, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, a minha participação nesta pesquisa.

Vitória de Santo Antão, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

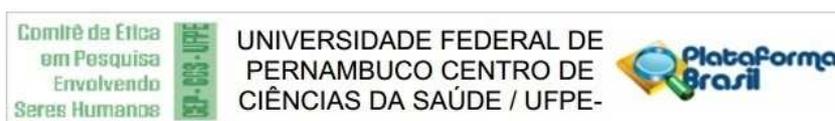
Assinatura do Pesquisador Responsável

Testemunha 1

Testemunha 2

ANEXOS

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VÍNCULO MÃE-BEBÊ: VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE RESULTADO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: JAQUELINE GALDINO ALBUQUERQUE

Área Temática: A critério do CEP

Versão: 1

CAAE: 06349612.4.0000.5208

Instituição Proponente: Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Final

Detalhe:

Justificativa: Envio de relatório final

Data do Envio: 12/05/2014

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 645.549

Data da Relatoria: 20/05/2014

Apresentação da Notificação:

A notificação foi apresentada para avaliação do relatório final da pesquisa

Objetivo da Notificação:

O pesquisador solicita a aprovação do relatório final da pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador indicou a utilização do TCLE e informando os Riscos e Benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

A notificação foi apresentada com o relatório final e o mesmo está adequado, com a indicação dos resultados e conclusão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram considerados adequados.

Recomendações:

S/recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer da notificação do relatório final da pesquisa, tendo o mesmo sido avaliado e o protocolo aprovado de forma definitiva

RECIFE, 13 de Maio de 2014

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 Fax: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO B - ESCALA NOC RESULTADO DE ENFERMAGEM VÍNCULO PAIS - BEBÊ

Resultado de Enfermagem “Vínculo Pais-Bebê”						
Indicadores	ND	RD	AD	FD	CD	NA
Prática de comportamentos saudáveis durante a gravidez	1	2	3	4	5	
Designação de atributos específicos ao feto	1	2	3	4	5	
Preparação para o bebê antes do nascimento	1	2	3	4	5	
Verbalização de sentimentos positivos relativos ao bebê	1	2	3	4	5	
Bebê seguro ao colo de forma bem próxima	1	2	3	4	5	
Ato de tocar, fazer movimentos delicados de toque no bebê	1	2	3	4	5	
Ato de beijar o bebê	1	2	3	4	5	
Ato de sorrir para o bebê	1	2	3	4	5	
Realização de visitas ao berçário	1	2	3	4	5	
Uso da posição face-face	1	2	3	4	5	
Uso de contato com os olhos	1	2	3	4	5	
Vocalização para o bebê	1	2	3	4	5	
Brincadeiras com o bebê	1	2	3	4	5	
Reação aos indicadores do bebê	1	2	3	4	5	
Ato de confortar o bebê	1	2	3	4	5	
Ato de segurar o bebê para alimentá-lo	1	2	3	4	5	
Ato de manter o bebê seco, limpo e aquecido	1	2	3	4	5	
Ato do bebê de olhar para os pais	1	2	3	4	5	
Reação do bebê aos indicadores dos pais	1	2	3	4	5	
Busca de proximidade pelo bebê	1	2	3	4	5	

ND - Nunca demonstrado; RD - Raramente demonstrado; AD - Algumas vezes demonstrado; FD - Frequentemente demonstrado; CD - Consistentemente demonstrado; NA - Não se aplica.

ANEXO C - INVENTÁRIO DE PERCEPÇÃO VINCULAR MATERNA (IPVM)

	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Eu sinto amor pelo meu filho(a)				
2. Eu me sinto afetuosa e feliz com meu filho(a)				
3. Eu quero passar mais tempo com meu filho(a)				
4. Eu procuro ficar com meu filho(a)				
5. Somente olhar para o meu filho(a) faz com que eu me sintam bem				
6. Eu sei que meu filho(a) precisa de mim				
7. Eu acho meu filho(a) bonito				
8. Fico contente que este seja meu filho(a)				
9. Eu me sinto especial quando meu filho(a) sorri				
10. Eu gosto de olhar nos olhos do meu filho(a)				
11. Eu gosto de abraçar meu filho(a)				
12. Eu observo se meu filho(a) está bem				
13. Eu quero meu filho(a) perto de mim				
14. Eu converso sobre meu filho(a) com os outros				
15. É divertido estar com meu filho(a)				
16. Eu gosto de ter meu filho(a) aconchegado a mim				
17. Eu tenho orgulho do meu filho(a)				
18. Eu gosto de ver meu filho(a) fazer coisas novas				
19. Eu penso muito no meu filho(a)				
20. Eu conheço bem o jeito do meu filho(a)				
21. Eu quero que meu filho(a) confie em mim				
22. Eu sei que sou importante para o meu filho(a)				
23. Eu entendo o que meu filho(a) quer dizer				
24. Eu dou atenção especial ao meu filho(a)				
25. Eu acalmo meu filho(a) quando ele(a) está triste/chorando				
26. Amar meu filho(a) é fácil				

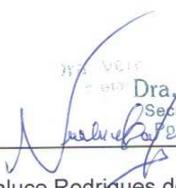
ANEXO D - CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DA VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PERNAMBUCO



CARTA DE ANUÊNCIA

Pela presente, a Secretaria Municipal de Saúde da Vitória de Santo Antão, sediada a Avenida Henrique de Holanda, nº727, correspondente ao CEP 55.602-000, na cidade de Vitória de Santo Antão, Estado de Pernambuco, aqui representada por *Dra. Veraluce Rodrigues de Lira Maranhão*, atualmente exercendo a função de *Secretária de Saúde*, declara ter conhecimento das atividades a serem realizadas a serem realizadas na sede da instituição em função do projeto de pesquisa intitulado "Vínculo Mãe - Bebê: validação de um instrumento de avaliação de resultado de enfermagem no contexto da Estratégia Saúde da Família". Os dados serão coletados nas Unidades de Saúde da Família (USF), no período de agosto / 2012 a fevereiro / 2013, que tem por responsáveis a aluna **Jaqueline Galdino Albuquerque** e orientador o **Prof. Everton Botelho Sougey**, assim como o conhecimento de todas as etapas do mesmo para fins de obtenção do título de Doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.

Vitória de Santo Antão, 11 de Junho de 2012.


Dra. Veraluce Lira
Secretária de Saúde
Portaria 010/2009

Veraluce Rodrigues de Lira Maranhão
Secretária de Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Av. Henrique de Holanda, Nº 727, Matriz - CEP: 55.602-001 - Vitória de Santo Antão - PE - Fone/Fax: (81) 3523.1111 / 3523.2345
E-mail: saudevitoria_pe@hotmail.com CNPJ: 08.916.501/0001-24