

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

LÍLIAN DO NASCIMENTO

**COMUNICAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL: DECODIFICAÇÃO POR ENFERMEIROS.**

**Juiz de Fora
2013**

LÍLIAN DO NASCIMENTO

**COMUNICAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL: DECODIFICAÇÃO POR ENFERMEIROS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, área de concentração: Tecnologia e Comunicação no cuidado em Saúde e Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Iêda Maria Ávila Vargas Dias

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Anna Maria de Oliveira Salimena

Juiz de Fora

2013

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Nascimento, Lílian do.
Comunicação de Recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal : Decodificação por Enfermeiros / Lílian do Nascimento. -- 2013.
110 p. : il.

Orientadora: Iêda Maria Ávila Vargas Dias
Coorientador: Anna Maria de Oliveira Salimena
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

1. Recém-nascido. 2. Comunicação. 3. Enfermagem. 4. Cinésica. I. Dias, Iêda Maria Ávila Vargas , orient. II. Salimena, Anna Maria de Oliveira , coorient. III. Título.

LÍLIAN DO NASCIMENTO

COMUNICAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL: DECODIFICAÇÃO POR ENFERMEIROS.

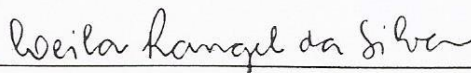
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, área de concentração: Tecnologia e Comunicação no cuidado em Saúde e Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 12 de Julho de 2013

BANCA EXAMINADORA



Profª Doutora Anna Maria de Oliveira Salimena (Presidente da banca)
Universidade Federal de Juiz de Fora – FACENF/UFJF



Profª Doutora Leila Rangel da Silva (1ª Examinadora)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – EEAP/UNIRIO



Profª Doutora Denise Barbosa de Castro Friedrich (2ª Examinadora)
Universidade Federal de Juiz de Fora – FACENF/UFJF

Dedico este trabalho...

A Deus e à Nossa Senhora.

Pela força e sabedoria em acreditar que tudo é possível, mesmo diante das adversidades, dificuldades e barreiras às quais temos que enfrentar a cada dia.

Mas a fé nos direciona para o impossível e inalcançável.

Tudo posso naquele que me fortalece (Filipenses 4:13).

A minha mãe, Lúcia.

Pelo amor e carinho. Compartilhando comigo sonhos, angústias e projetos como este.

Minha maior encorajadora!

Ao meu pai, Edio.

Pelo apoio e presença nesta trajetória de vida e estudos.

Ao meu irmão e sobrinhas, Edmilson, Maria Eduarda e Ana Carolina.

Pelo apoio e amizade.

Aos amigos de trabalho em especial Elizete, Diogo e Mariza.

Obrigada por dividirem comigo não só o dia-a-dia profissional, mas as inusitadas horas de realização de tarefas e os prazos a serem cumpridos.

Este trabalho não seria o mesmo sem a convivência generosa e compreensiva de vocês.

AGRADECIMENTOS

À Iêda.

A minha querida professora e amiga o meu agradecimento especial e carinhoso pela oportunidade, confiança e palavras de incentivo e amor próprios de uma MÃE/Orientadora. Divido com você, minha amiga, ainda que distante sempre tão próxima o resultado deste trabalho. Você participou de perto do início da minha caminhada acadêmica e sei que parte do meu gostar pela saúde da criança e pesquisa foi alicerçado a partir de suas aulas e exemplo de ser humano - tão querida. Obrigada por dividir comigo não só a gênese e construção deste estudo, mas o início da minha trajetória profissional, compreendendo e incentivando toda minha vontade em meio as minhas limitações. Este trabalho traduz o quão presente ficou seus ensinamentos em minha vida. Muito obrigada Iêda!

À Anna.

Querida Professora Anna, também dedico meu agradecimento especial pela oportunidade de aceitar essa orientanda, no decorrer do processo. Nossa proximidade fez com que eu a respeitasse ainda mais como profissional e ser humano. Agradeço o carinho, a presteza e as palavras de conforto com as quais me acolheram nos mais diversos momentos ao longo desses dois anos. Muito obrigada Anna!

As professoras **Denise, Leila e Rosângela**, com toda minha admiração, por aceitarem tão gentilmente contribuir para o processo de construção e agora finalização deste trabalho. Obrigada novamente pela presença e contribuições!

Aos meus **colegas enfermeiros** que, carinhosamente, concordaram em compartilhar comigo suas vivências para a construção deste trabalho expondo suas percepções, observações e seu cotidiano tão rico em experiências de cuidar.

Aos **recém-nascidos** por tornarem este trabalho uma realidade. Este estudo foi possível a partir do momento em que estes pequenos sujeitos pré-verbais estabeleceram pontes de amor, confiança e cumplicidade com a enfermagem, considerando os enfermeiros (as) interlocutores capazes de decodificar seu sentir.

Aos **amigos (as) do mestrado**, enfermeiros dedicados e competentes. Embora cada um em uma área de concentração, sintonizamos e partilhamos conhecimentos e apoio. Obrigada pela convivência Roberta, Gustavo, Alcimar, Rúbia, Sandrinha, Thais, Angélica, Maristela e Deliane.

Aos **professores (as) do mestrado** pelo aprendizado e direcionamento. Obrigada pela partilha do conhecimento e convivência neste período.

A professora **Marli Salvador**, pela amizade e exemplo, partilhando sua experiência e permitindo meu acesso à prática com os alunos na saúde da criança e co-orientação acadêmica de trabalhos de final de curso.

Aos **alunos da graduação** pelo aprendizado e companhia durante as aulas ministradas e viagens a eventos da enfermagem.

As **professoras Zuleyce e Vitória** por partilharem comigo seu conhecimento e permitirem minha participação como monitora na disciplina de Pesquisa em Enfermagem.

Ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem** pela bolsa de monitoria a mim concedida. Proporcionando recursos que viabilizaram a realização deste projeto e aprimoramento profissional e pessoal junto ao cenário acadêmico.

E às secretárias da Pós-graduação, **Jorbênia e Elisângela**, pela atenção, carinho e disposição no atendimento as nossas demandas.

Aos **amigos de longa data**, Ana Claudia, Laura, Poliana, Amanda, Rafael, Flávia pelo companheirismo e momentos de alegria no decorrer dos anos de nossa amizade. E os demais **amigos e colaboradores** para a realização deste estudo, por contribuírem para que fosse possível tecer uma poesia entre o observável e o subjetivo, trazendo a luz o que para mim é essencial no cuidar do recém-nascido, compreendê-los.

“O que eu quero contar é tão delicado quanto à própria vida”

(Clarice Lispector)

Não faças do amanhã
o sinônimo de nunca,
nem o ontem te seja o mesmo
que nunca mais.
Teus passos ficaram.
Olhes para trás...
mas vá em frente
pois há muitos que precisam
que chegues para poderem seguir-te.

[...] você nunca achará o arco-íris, se você estiver olhando para baixo.

Charles Chaplin

RESUMO

A comunicação faz parte de um processo contínuo que envolve sujeitos e fatores, em que uns agem sobre os outros, influenciando e sendo estimulado por mecanismos sonoros, táteis, visuais e dolorosos. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um ambiente repleto destes mecanismos. O contato com este ambiente propicia ao recém-nascido uma experiência diversa daquela vivenciada antes do nascimento, no útero materno. Ao receber estes estímulos, o recém-nascido reagirá demonstrando bem-estar/conforto ou desconforto/incômodo, através de códigos não verbais. Traçaram-se como objetivos deste estudo: descrever os elementos de comunicação não verbal do recém-nascido internado em UTIN que são identificados e decodificados pelo enfermeiro; e discutir a comunicação não verbal do recém-nascido, internado em UTI neonatal, sob a luz da Teoria Cinésica. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, descritiva, cujos dados foram coletados em um Hospital da Zona da Mata mineira através de entrevista semiestruturada com 16 enfermeiros atuantes em UTI neonatal. As unidades temáticas que emergiram desta investigação foram: o Entendimento do enfermeiro sobre a comunicação não verbal do recém-nascido; A interpretação/decodificação dos enfermeiros para as manifestações expressas pelo recém-nascido; e A valorização da comunicação não verbal na UTI neonatal. Evidenciamos que a comunicação faz parte da vida desde a gestação e pode influenciar e interferir fortemente no desenvolvimento e crescimento, não havendo sustentação científica para a afirmação de que o neonato não se comunica, ao contrário, o não verbalizar não implica no ato de não comunicar-se. Assim, este estudo almeja cooperar como consulta e reorientação aos profissionais da enfermagem, oferecendo subsídios para uma melhoria contínua na qualidade da assistência prestada por estes no cuidado ao recém-nascido.

Palavras-chave: Recém-nascido. Comunicação. Enfermagem. Cinésica.

ABSTRACT

The communication is part of an ongoing process that involves people and factors, which act on each other, influencing and being stimulated by sound, tactile, visual and painful mechanisms. The Neonatal Intensive Care Unit (NICU) is a place full of these mechanisms. The contact with this place propitiates the newborn a different experience from that experienced before birth, in the womb. When the newborn receives these stimulus, he/she reacts, demonstrating welfare/comfort or discomfort / nuisance through nonverbal codes. The aims of this study are to describe the elements of nonverbal communication of newborns admitted to the NICU that are identified and decoded by the nurse and discuss the nonverbal communication of newborns, admitted to the NICU, under the Kinesics Theory. This is a qualitative and descriptive study, in which data were collected in a hospital in the Zona da Mata of Minas Gerais through semi structured interviews with 16 nurses in the NICU. The thematic units that emerged from this research were: the nurse's understanding about the nonverbal communication of the newborn; the interpretation / decoding of nurses for the demonstrations expressed by the newborn and the valuation of non-verbal communication in the NICU. It's important to say that the communication is part of life since pregnancy and can affect and interfere heavily in development and growth , there is no scientific support for the claim that the neonate does not communicate , on the contrary, not verbalizing does not imply the act of not communicating . Thus, this study aims cooperating as consult and as reorientation of nursing professionals, offering subsidies for continuous improvement in the quality of care provided by them, to care for the newborn.

Keywords : Newborn . Communication . Nursing . Kinesics .

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Ambiente em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).....	16
Fluxograma 1 - Concepção de infante no contexto comunicativo.....	19
Modelo 1 - Comparativo da estrutura de comunicação verbal e não verbal.....	30
Esquema 1 - Representação esquemática da classificação Cinésica das posições e movimentos corporais.....	32
Esquema 2- Níveis da Teoria Cinésica.....	40
Tabela 1 – Características dos Enfermeiros (as) entrevistados.....	42

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Mensagem: Estresse e fadiga.....	54
Quadro 2 - Mensagem: Mal adaptado ao meio extrauterino.....	57
Quadro 3 - Mensagem: Intubado.....	60
Quadro 4 - Mensagem: Sentindo dor.....	64
Quadro 5 - Mensagem: Quando tocado.....	70
Quadro 6 - Mensagem: Equilibrado e estável.....	73
Quadro 7 - Mensagem: Durante a amamentação.....	78
Quadro 8 - Mensagem: Na presença da família.....	82

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 OBJETIVOS DO ESTUDO	22
1.2 RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	23
2 ESTADO DA ARTE	24
2.1 COMUNICAÇÃO	25
2.2 COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL	27
2.3 TEORIA CINÉSICA (KINESICS)	29
2.4 TEORIA CINÉSICA – APLICABILIDADE NA ENFERMAGEM NEONATAL	32
3 MÉTODO	35
3.1 TIPO DE ESTUDO	35
3.2 CENÁRIO	36
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA	37
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	37
3.5 COLETA DE DADOS	38
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	39
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	41
4.1 ENTENDIMENTOS DO ENFERMEIRO SOBRE A COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL DO RECÉM- NASCIDO	45
4.2 A INTERPRETAÇÃO/DECODIFICAÇÃO DOS ENFERMEIROS PARA AS MANIFESTAÇÕES EXPRESSAS PELO RECÉM-NASCIDO	52
4.3 A VALORIZAÇÃO DA COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	85
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	92
APÊNDICES	107
ANEXOS	109

1 INTRODUÇÃO

Minha observação dos recém-nascidos

Lembro que em uma das ocasiões em que visitei a UTI neonatal, ainda como acadêmica, a ânsia pelo aprendizado de técnicas e habilidades novas fazia com que eu, intimamente, observasse a todos que ali estavam.

A pediatria sempre me remeteu a barulhos (risos), mas aquele local não era silencioso de falas infantis, porém com um barulho característico de aparelhos que me causava receio, se mudasse a intensidade ou constância, algo de errado estava acontecendo.

Dos recém-nascidos, silenciosos, sequer ouvia seus choros, pensei - é justificável, são fraquinhos. Mas como saber se estão melhorando? Só os aparelhos para ajudar nisso, certamente se algo estiver errado, os aparelhos apitam e a equipe saberá! Sem dúvida, se os recém-nascidos falassem, seria bem mais fácil!

Mas isso não foi algo que me intimidou, resolvi que depois de formada me dedicaria a conhecer melhor o universo daqueles pequenos. Assim foi que em uma das ocasiões da minha prática eles vieram a responder a pergunta que eu havia feito anos antes...

Nesta ocasião, um dos colegas ao realizar um procedimento de PICC¹ em um recém-nascido com má formação, tentou por mais de uma vez a manobra e continuava... Em relato, o colega não sentia preocupação em agredir/traumatizar a criança "pois o bebê, devido ao seu problema de má formação cerebral, não chora, não suga, sequer sentirá dor se eu continuar..." (Colega da UTIN).

E ele assim o fez... E aquele pequeno, que para ele não expressaria nenhuma reação, até mesmo por sua limitação física, liberou lágrimas, num choro silencioso, transpirou de molhar a roupinha e ficou extremamente ruborizado. O colega mudou sua opinião, pois a mensagem do recém-nascido estava clara... "Pare, você está me machucando demais". Ali tive a certeza: eles sempre falaram, nós é que negamos a entendê-los!

¹ Cateter Central de Inserção Periférica: tubo flexível projetado especificamente para ser inserido em uma das veias periféricas do paciente para passar medicamentos e fluidos diretamente para a corrente sanguínea. A extremidade do cateter é colocada em uma das veias centrais próximas ao coração para que os fluidos se misturem rapidamente com o sangue (PAULA et al., ca.2010).

O expressar é intrínseco à existência humana. A transmissão e recepção de mensagens do mundo ocorrem muito antes do nascimento. Sendo o comunicar uma implicação para o existir no mundo (BITTES JÚNIOR; MATHEUS, 2000). É uma forma de integração e influência entre os seus envolvidos, onde se estabelece relações sociais e formação de vínculos.

Destacam-se os grifos do autor Melo (1975, p. 14), que definem a comunicação como uma *comunhão e/ou comunidade* entre os seus envolvidos. A comunhão de mensagens e entendimentos faz parte do processo comunicacional. Para Berlo (1991, p. 33):

Um processo é definido como “qualquer fenômeno que apresente contínua mudança no tempo”, ou “qualquer operação ou tratamento contínuo”. Quinhentos anos do nascimento de Cristo, Heráclito destacou a importância do conceito de processo, ao declarar que um homem não pode entrar duas vezes no mesmo rio; o homem será diferente e assim também o rio. [...]

Pode-se dizer que a comunicação faz parte de um processo contínuo, que envolve sujeitos e fatores, em que uns agem sobre os outros, influenciando e sendo estimulado por mecanismos sonoros, táteis, visuais e dolorosos. A propósito das ideias de Berlo (1991), jamais seremos os mesmos após o processo comunicacional com o outro e nem este o será. Além disso, nossas mensagens e o canal para transmiti-las sofrerão influências diretas e contínuas do meio que nos cerca.

Com vistas a este meio que circunda o processo comunicacional, posso dizer que os estímulos ambientais e interacionais presentes durante a hospitalização do recém-nascido foram-me perceptíveis enquanto atuava em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, de um hospital filantrópico da cidade de Juiz de Fora, Zona da Mata Mineira.

Além do cenário, a comunicação envolve um grupo responsável por criar um sistema de comunicação que permite a troca de informações entre si. Em meio a está troca, o surgimento do pensamento verbal e da linguagem como sistemas de signos passa por vários níveis. Dentre eles uma fase não verbal, que antecede à fase verbal com o desenvolvimento da linguagem. Como o recém-nascido está na fase não verbal é reconhecida como pré-verbal no desenvolvimento do pensamento e uma fase pré-intelectual no desenvolvimento da linguagem. Mesmo antes de dominar a linguagem, a criança demonstra capacidade de resolver problemas

práticos, utilizar instrumentos e meios indiretos para conseguir seus objetivos, a exemplo: o choro, o riso, o balbucio, utilizados como meio de contato social (GARCIA; CAMARGO, 2007).

A convivência com os recém-nascidos pré-verbais aprofundou minhas reflexões sobre as potencialidades dos neonatos e os mecanismos utilizados para interagirem conosco. Posso dizer que essa interação traduz o cuidado de enfermagem, citado por Waldow (2001), aquele presente a qualquer momento e circunstância do viver humano.

Reflexões acerca deste cuidado conduzem-me a acreditar que a capacidade da enfermagem neonatal em cuidar do recém-nascido é traduzida diretamente em sua habilidade de comunicar-se com ele, interagindo e decodificando suas manifestações, nas diferentes situações em que este ser humano é submetido no cenário de internação, em seus primeiros momentos de vida. A exemplo durante a amamentação, interação com a família, ao ser tocado e/ou submetido a procedimentos dolorosos e de cuidado, e demais manuseios/interações que ocorrem durante a hospitalização do recém-nascido.

Na assistência cotidiana aos recém-nascidos hospitalizados percebe-se muitas vezes uma disponibilidade de recursos que para o senso comum são considerados essenciais, como: estrutura física e recursos tecnológicos (condizentes ao preconizado pelos padrões técnicos), recursos materiais (em quantidade e qualidade necessárias), uma equipe técnica e de nível superior treinada e capacitada. Todavia, não são aparatos suficientes para aquisição de uma assistência de qualidade, uma vez que esta implica no aprimoramento de habilidades comunicacionais e observacionais do enfermeiro (BOSI; UCHIMURA, 2007).

O descompasso entre o avanço tecnológico e o aprimoramento das habilidades do enfermeiro neste cenário revela uma preocupação: como cuidar de forma mais resolutiva do recém-nascido (pré-verbal) em um ambiente com estímulos por vezes agressivos a sua recuperação e/ou desenvolvimento.

A desvalorização da singularidade do sujeito, sendo este adulto ou criança/recém-nascido, é um obstáculo à compreensão do outro a partir do entendimento do seu mundo, ou seja, de suas vivências e sentimentos. Entender o significado que o outro atribui ao sofrer é possível quando lhe damos voz, não só

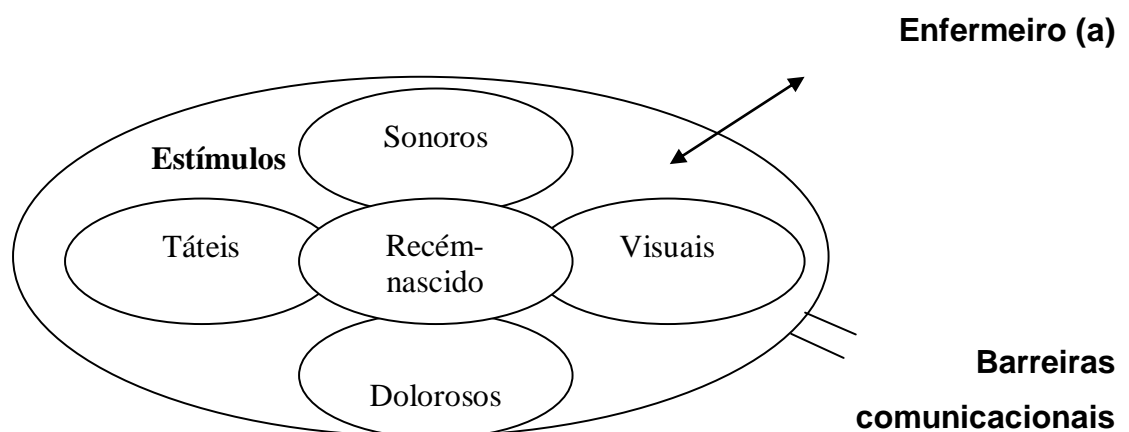
verbalmente, mas também no que fala seu corpo e sua vida. Os vários meios de expressão são essenciais na prática do cuidado humanizado (SILVA et al., 2009).

Independente de sua idade, é assegurado a toda criança o direito ao respeito, a não violação da sua integridade física, psíquica e moral. Abrangendo a preservação de sua imagem, identidade, autonomia, valores, ideias e crenças, além dos espaços e objetos pessoais. Este direito é assegurado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, artigo 17. Do mesmo modo, o artigo 15 deste Estatuto garante à criança o direito à liberdade, sendo esta a liberdade de brincar, buscar refúgio, auxílio, orientação, opinar e, sobretudo, a liberdade de expressar-se (BRASIL, 1990).

De acordo com o artigo 11 da Portaria Nº 930 de 10 de maio de 2012, a UTIN deve cumprir requisitos de humanização que contemplem: controle de ruídos; iluminação; climatização; iluminação natural, para as novas unidades; garantia de livre acesso à mãe e ao pai, e permanência da mãe ou do pai; garantia de visitas programadas dos familiares e garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares pela equipe médica, no mínimo, uma vez ao dia (BRASIL, 2012).

Consoante, a humanização deve envolver intervenções compreendidas na integralidade do sujeito, ou seja, considera sua saúde e qualidade de vida, tanto durante, como após a internação. Referindo a devida importância aos avanços tecnológicos do ambiente da UTIN, mas valorizando as dimensões relacionais e situacionais no cuidado ao neonatal (SILVA et al., 2009). Apesar das dimensões situacionais, e considerando o humanizar no cenário neonatal, pode-se inferir que o recém-nascido é submetido a estímulos distintos ao experienciado no útero materno.

Figura 1: Ambiente em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN):



Fonte: Representação gráfica da autora

A UTIN é um ambiente repleto de estímulos: sonoros, ruídos ocasionados por equipamentos e equipe; luminosos, decorrente de lâmpadas e janelas; dolorosos, procedimentos invasivos ou pelo próprio manuseio dos recém-nascidos; e táteis, como o toque que pode ser parado, ou mínimo toque, e o toque friccionado, intencional ou não, muitas vezes realizado até por pais/familiares, além de outros.

O recém-nascido exposto ao ambiente da UTI neonatal pode receber alguns destes estímulos a todo o momento. Quando o estímulo é ponderado, ameno (com vistas a assemelhar-se ao ambiente uterino) o neonato reagirá com equilíbrio/homeostase demonstrando bem-estar e conforto. Mas quando os estímulos são excessivos e agressivos, ele poderá responder de modo negativo a esta superestimulação demonstrando desconforto e incômodo.

Muitas vezes eles não são compreendidos em suas respostas. Essa problemática é uma realidade com a qual me deparei durante a minha vivência na UTI neonatal. Percebe-se, por vezes, que a assistência oferecida pela enfermagem limita-se a cuidados técnicos específicos relacionados a procedimentos que envolvem os cuidados com o corpo, mas sem uma maior preocupação com as mensagens por ele exteriorizadas. Com isso uma relação restrita é estabelecida entre o enfermeiro e o neonato privilegiando os aspectos biológicos em detrimento a outros aspectos, como o tecnológico, humano e comunicacional.

A equipe de enfermagem, de modo especial o enfermeiro, agrega características de uma formação (humanística, relacional, comunicacional e científica) específica para lidar não só com o recém-nascido internado, sendo este de risco ou não, como também com seus pais/responsáveis (CARMONA et al., 2012; KLOCK; ERDMANN, 2012).

Entretanto, as habilidades supracitadas, de modo especial a comunicacional e observacional, perdem-se quando não compreendidas e/ou trabalhadas pelo próprio enfermeiro e seu grupo de trabalho, apesar de até ser um mecanismo de defesa, representa uma barreira que pode prejudicar a comunicação enfermeiro e recém-nascido. Reis e Rodrigues (2009) falam-nos que a assistência centrada na patologia, a falta de treinamento específico, de recursos humanos e materiais, o envolvimento com os modernos equipamentos, a sobrecarga de trabalho e a lista de rotinas a serem cumpridas na unidade, são realidades que também dificultam o reconhecimento das reações demonstradas pelo recém-nascido.

Além disso, a não predisposição a compreender a comunicação não verbal do recém-nascido acaba por gerar um distanciamento entre o cuidador e o ser cuidado, de modo a comprometer a qualidade da assistência, uma vez que nos coloca numa situação dominadora, sendo o neonato o ser dominado que não pode ser compreendido em suas vontades e queixas, pois ainda não desenvolveu sua capacidade de falar.

O alcance da comunicação não verbal efetiva requer uma maior sensibilidade e percepção do enfermeiro para compreender e não só ver e ouvir os sinais não verbais de comunicação do recém-nascido. Como infere Leboyer (2008) em sua obra intitulada: *Por um nascimento sem violência: "O recém-nascido não fala? Não, não. Somos nós que não os escutamos"*.

A reflexão sobre esse pensamento conduziu pesquisas que avaliam a comunicação não verbal. Estas denunciam a sua presença nos mais diversificados contextos, particularmente entre os adultos que a utilizam muitas vezes de forma inconsciente para reforçar sua comunicação verbal e/ou denunciar mensagens implícitas no silêncio de suas falas, ou ainda com indivíduos incapazes de comunicar-se verbalmente (deficientes auditivos que não desenvolveram a fala), mas necessitam expressar-se, principalmente no processo de interação com outro. Autores como Silva e Paegle (2005), Pagliuca e outros (2010), Perissinoto (2009), Fernandes e Amato (2010), Scochi e outros (2004), Chun (2010), Rodrigues (2005), Prochet e Silva (2008) são unânimes em atribuir a comunicação não verbal como um importante mecanismo de compreensão do sujeito.

Estes e muitos outros estudos conduzem a pensarmos sobre quão vasto é o campo de entendimento dos mecanismos não verbais e o quanto estes podem ser ajustáveis e/ou entendíveis no âmbito do pré-verbal. Isto suscitou o interesse em investigar essa temática. Associado ao fato de que enquanto fazia um trabalho bibliográfico sobre as manifestações de dor do recém-nascido, ao término da especialização em UTI neonatal, constatei que embora haja escalas de mensuração da dor, os registros escritos sobre as manifestações não verbais do recém-nascido são escassos ou inexistentes. Quando há algum, este é pontual, e fica perdido, em meio à evolução de enfermagem.

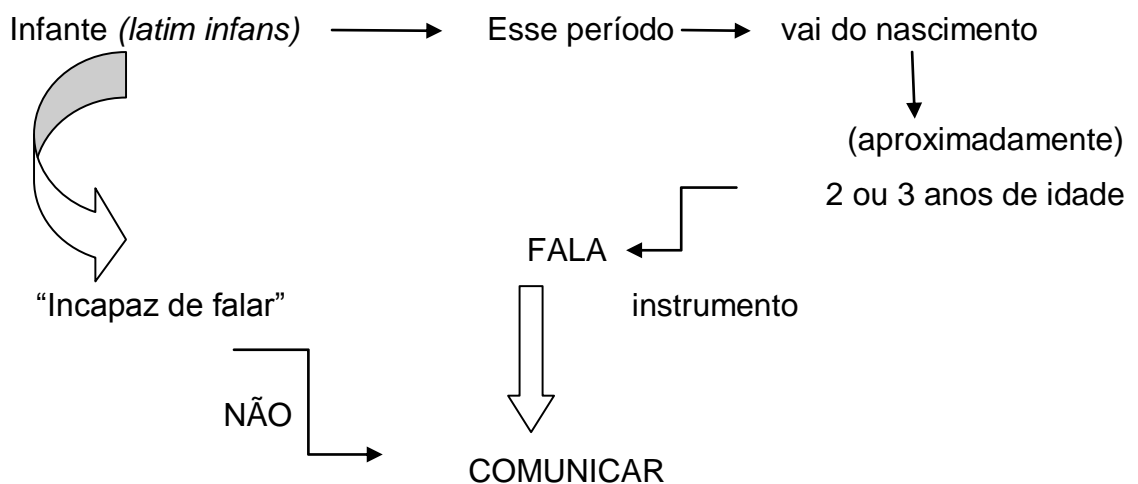
Esta realidade causou-me inquietação, visto que o não registrar também pode vincular-se ao não estabelecimento do processo de comunicação com o recém-nascido e, portanto, a não implementação da assistência de enfermagem. Isso

implica na perda de registros importantes, que potencializariam a qualidade das ações a serem realizadas para a sistematização da assistência de Enfermagem neste cenário.

O cenário de UTIN é uma unidade de atendimento pacientes de 0 a 28 dias de vida, criticamente enfermos, graves ou de risco, que necessitam de assistência contínua, requerendo recursos e cuidados especializados, direcionados ao diagnóstico e atendimento nas 24 horas de assistência. Portanto, como implica numa necessidade contínua, esta também necessita ser planejada. A sistematização da assistência das ações de enfermagem na UTI neonatal promove a organização, eficiência e validade da assistência prestada, sendo a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) indispensável neste cenário (BITTAR et al., 2006).

Neste sentido, reflexões sobre a comunicação pré-verbal do recém-nascido, à luz de uma fundamentação teórica da comunicação social, emergem como uma necessidade na rotina e sistematização do cuidado prestado na UTI. Diante dos preceitos de uma teoria comunicacional, entende-se que a equipe de enfermagem que permanece 24 horas com o recém-nascido desenvolverá um papel primordial no reconhecimento das manifestações expressas por este, sendo a sua avaliação a conduta inicial para promover medidas de conforto que minimizem as necessidades não só físicas do neonato (DINIZ, 2008).

Fluxograma 1 - Concepção de infante no contexto comunicativo:



Fonte: Representação gráfica da autora

A palavra infante, originada do termo do latim *infans*, significa incapaz de falar. Portanto a infância seria o período que vai do nascimento até aproximadamente dois anos de idade, quando a fala já se transformou em um importante instrumento de comunicação (BRASIL, 2002). Entretanto, é notório, que mesmo antes desta idade, o infante estabelece várias formas de comunicação na tentativa de ser compreendido. Esse tipo de comunicação é denominado não verbal, ou no caso específico do neonato trata-se de uma comunicação pré-verbal, pois ele manifesta-se por gestos, sons e olhares.

Vale destacar que as capacidades expressivas de comunicação podem ser observadas e interpretadas desde a gestação, quando as mães entendem os movimentos fetais como expressão do que é agradável ou não para o seu conceito (THOMAZ et al., 2005).

Após o nascimento, os recém-nascidos revelam seu estado, não somente através de parâmetros físicos como peso e sinais vitais, mas também através de sinais comportamentais como posturas, gestos, grito, choro, entre outros. Para Guinsburg (2010) parece haver um repertório próprio de expressão, ou seja, uma linguagem que o neonato revela tentando comunicar o que ele sente e o adulto precisa reconhecer ou decodificar os sinais emitidos pelo sujeito pré-verbal.

A análise de estudos ao longo da história indica diferentes formas de comunicação infantil. Charles Darwin, em 1872, observou mudanças nas expressões da face em crianças com evidências de que a mímica facial das emoções é própria do indivíduo (CHRISTOFFEL, 2011).

Por conseguinte, o entendimento sobre as surpreendentes capacidades dos recém-nascidos começou com estudos que desvendaram a organização e os níveis de comportamento, sendo documentado cada aspecto do neonato, como: caretas, soluços, espirros, tremores, contrações, atividade de respiração e sucção, movimentos de braço e perna, bem como movimentos de olhos e pálpebras por minuto. Foi documentado ainda cada um e todos os reflexos e respostas dos recém-nascidos ao ambiente, isso permitiu descobrir que atividades aparentemente aleatórias e não relacionadas enquadravam-se em grupos comportamentais. A partir disso, não se acredita mais que os gestos e contorções dos neonatos não tenham significado (KLAUS; KLAUS, 2001).

Em face disto, a Teoria Cinésica que é o estudo da linguagem corporal assume um papel importante na decodificação das mensagens recebidas durante as interações profissionais ou pessoais de modo que é escolhida como referencial teórico para este estudo.

A Teoria Cinésica foi proposta por Birdwhistell (1952). O antropólogo não identificou qualquer expressão facial ou posição do corpo que tivesse o mesmo significado nas diversas sociedades, considerando que não há gestos ou movimentos corporais que possam ser considerados como símbolos universais tendo toda cultura seu repertório gestual próprio. Deste modo, o significado de cada comportamento não é tão simples que possa ser colocado num glossário de gestos, pelo contrário, implica em supor que apenas o movimento do corpo não traduz o significado da mensagem, havendo necessidade de inseri-lo num contexto (SILVA et al., 2000). O contexto a ser trabalhado neste estudo é a UTI neonatal, sendo o significado atribuído às mensagens relacionadas a este cenário.

Corroborando Potter e Perry (2005) afirmam que a comunicação não verbal não pode ser desvinculada do contexto individual ou de natureza social ao qual pertence a informação implicando em dizer que, para a comunicação ser efetiva, a mensagem do emissor deve ser um estímulo para o receptor e este deve decodificá-la e respondê-la. Tal perspectiva torna-se relevante na enfermagem neonatal que tem como sujeito um ser habilitado a usar outras formas de expressão que não a fala para estabelecer a comunicação. Se considerarmos que é por meio da linguagem corporal e das reações comportamentais que o recém-nascido se comunica, julga-se, então, que o enfermeiro deverá desenvolver a habilidade de compreender essa linguagem não verbal, pois isso permitirá a avaliação das necessidades do recém-nascido de forma precisa.

Neste sentido, destaco duas experiências que obtive durante o mestrado, e que foram essenciais para o entendimento do potencial comunicativo e suas possibilidades na interação recém-nascido e enfermeiro. Ao cursar uma disciplina sobre cuidado, realizei com meu grupo de estudo a análise crítica de uma dissertação que abordava o vínculo entre criança e a mãe, de acordo com referencial de Winnicott. Foi ali que percebi as potencialidades da formação do vínculo para o desenvolvimento do potencial comunicativo da criança, seja com a família e/ou equipe.

A teoria psicanalítica de Winnicott tem o ser humano não como um objeto da natureza, mas sim como uma pessoa que para existir precisa de atenção e cuidados de outro ser humano (WINNICOTT, 1964).

Em outro momento, cursando a disciplina de Bases Filosóficas e Teóricas da Enfermagem, o estudo sobre as Teorias de Enfermagem, em especial a de Madeleine Leninger², que com sua concepção transcultural fez-me desvendar um dos porquês da interpretação das manifestações não verbais sofrer influência do contexto. Qualquer cuidado, independente da época, inevitavelmente sofrerá influências da cultura e crenças do local onde ele é realizado. Além disso, também no âmbito das teorias de Enfermagem, Jean Watson³ considera a linguagem não verbal como a “linguagem transparente do corpo” referindo-se a não ter consciência do que expressamos quando não verbalizamos.

Frente ao exposto, foi premissa na elaboração deste estudo que o processo comunicacional pode influenciar e sofrer influências do modo como são estabelecidas as ações de enfermagem. A reflexão acerca disso conduziu a delimitação da comunicação pré-verbal do recém-nascido na UTI neonatal como objeto de estudo na presente investigação. Sendo sistematizado na seguinte questão norteadora: Quais as estruturas de comunicação expressadas pelos recém-nascidos internados na UTI Neonatal que são identificados e decodificados pelo enfermeiro?

1.1 Objetivos

Para responder a estes questionamentos traçamos os seguintes objetivos:

- Listar as estruturas de comunicação pré-verbal expressas pelos recém-nascidos internados em UTI neonatal que são identificadas e decodificadas pelo enfermeiro.
- Discutir a comunicação não verbal do recém-nascido, internado em UTI neonatal, à luz da Teoria Cinésica.

² Teoria transcultural de Madeleine Leninger (1978) – trabalha a diversidade e universalidade do cuidado cultural, indicando valores, padrões e comportamentos de cuidado comuns às culturas (GEORGE e col., 2000).

³ Teoria de Watson (1985) – principal enfoque da enfermagem está nos fatores de cuidado que deriva da perspectiva humanística combinadas em base de conhecimentos científicos (GEORGE e col., 2000).

1.2 Relevância e contribuições do estudo

Ainda que questões físicas (incubadora, equipamentos), instrucionais (qualificação e treinamento) ou mesmo institucionais (número cada vez maior de atividades a serem realizadas) representem uma barreira ao processo comunicacional entre equipe de enfermagem e recém-nascidos, em uma UTI Neonatal, é através da sensibilidade e percepção do enfermeiro que será possível atender às necessidades do recém-nascido, visto que este ainda não dispõe de capacidade cognitiva ou verbal para se comunicar com o seu meio, justificando a relevância deste estudo.

Ao aprofundar nesta temática, ansiamos pela reflexão da equipe de enfermagem sobre o valor atribuído ao que o recém-nascido expressa naquele determinado contexto. Uma vez que as interações estabelecidas com a criança durante a hospitalização ampliam as possibilidades de minimizar agravos, além de melhorar a assistência e resolubilidade do cuidado prestado.

Este estudo contribuirá para o ensino como fonte bibliográfica relacionada à habilidade comunicacional do enfermeiro em interpretar os sinais e manifestações de seu cliente. Assim como oferecer a fundamentação em uma teoria que possibilita fazer ligações com outros campos do saber.

Acredita-se que o estudo possa contribuir ainda para um conhecimento acerca de si próprio, ou seja, uma internalização a respeito de que tipo de mensagens transmitimos, que tipos de mensagens transmitem nossos colegas de trabalhos, os familiares dos recém-nascidos nos mais diversos cenários: hospitalar, domiciliar, comunitário.

Além disso, mostra-se relevante o fato da comunicação não verbal no cenário da UTI neonatal ainda constituir um desafio tanto para a pesquisa como para o cuidado de Enfermagem. Logo, a busca de conhecimentos sobre essa temática caracteriza-se como um importante instrumento para uma prática neonatal mais humanizada. Por fim, o estudo oferece subsídios para outras pesquisas que transcorram sobre esta temática e para estudos mais aprofundados que se fizerem oportunos.

2 ESTADO DA ARTE

Dentre as necessidades humanas básicas o ato de comunicar é considerado um dos mais essenciais, embora também complexo. Na busca de satisfazer esta necessidade, o ser humano foi criando formas que possibilitaram a este relacionar-se com outros e com o meio em que vive. Evidências comunicacionais que explicitam estas formas de interação estão presentes na trajetória da humanidade desde os primórdios (GARCIA; CAMARGO, 2007).

Uma leitura desta trajetória conduz ao entendimento do processo comunicacional. Este foi imbricado em instrumentos, símbolos e canais que permitiram articular a intencionalidade do sujeito à compreensão da mensagem, desde tempos mais antigos à era industrial, cuja difusão das mensagens escritas estende-se ao coletivo e às massas gradativamente. E as mensagens divulgadas se por um lado favoreciam a luta de classes, por outro contribuía na formação da opinião e difusão do conhecimento, elucidando o saber aos que antes não tinham acesso à informação.

Como os primórdios não sabiam falar, o homem utilizava-se de gestos, sinais e imagens, para se expressar. Com isso eles faziam desenhos em cavernas representando figuras de seu cotidiano, emitiam sinais (como sinais de fumaça para informar suas distâncias) e articulavam gestos comuns entre eles (MARQUES, 2007).

Consoante, o gesto foi considerado o mecanismo primário de comunicação desde a Pré-história⁴. Esta forma de comunicação esteve presente até o surgimento da escrita, que perpassou Idade Antiga, Média, Moderna, Contemporânea e Pós-modernidade (CAES, 2012).

O mundo antigo traduzia uma comunicação representada pela fixação das mensagens através do papiro e a escrita, cuja transmissão a longas distâncias ocorria por pombos correios. Por conseguinte, no decorrer desta trajetória, no Mundo Clássico, a inércia das palavras é substituída pela oratória. E oradores passam a

⁴ Pré-História: Compreende o período Paleolítico e Neolítico. Idade Antiga: Compreende o fim da pré-história – aparecimento da escrita – até o século V depois de Cristo (queda do Império Romano do Ocidente, em 476). Idade Média: Compreende o período do final da Antiguidade até o século XV (queda de Constantinopla, em 1453). Idade Moderna: Do final da Idade Média até o final do século XVIII (revolução francesa, em 1789). Idade Contemporânea: Do final da idade moderna até os dias atuais, denominado também de Idade Pós-Moderna.

articular e difundir ideias em parlatórios. No período Medieval, há um retorno à linguagem escrita com o apogeu da tipografia e criação da imprensa, responsável pela difusão de mensagens pela escrita (BOTTAN, 2010).

A escrita surgiu como uma necessidade de registrar, armazenar dados entre povos e civilizações. Embora, seus instrumentos, suportes e formas de circulação sejam determinantes para sua durabilidade ou não (AZEREDO, 2011).

Por conseguinte, na sociedade pós-industrial são mantidos os mecanismos de comunicação para formação de opinião e difusão do conhecimento, agregando a estes instrumentos facilitadores que promoveram uma espécie de simbiose entre o homem e a tecnologia, para o uso da comunicação, eliminando barreiras de tempo e espaço para transmissão da informação (BOTTAN, 2010).

Ainda que a comunicação passe a agregar a tecnologia, ou associe-se a ela, percebe-se que ao longo da história foi sendo construída e consolidada uma linguagem de sinais na qual os gestos substituíram e/ou complementaram efetivamente as palavras e/ou escrita. De modo que cientistas admitem ser a primeira língua humana, a gestual. O ser humano a aprende e decodifica com maior facilidade (ADORNO, 2010).

Logo, nos primeiros anos de vida, o ser humano direciona todos os seus atos úteis em direção às pessoas, através de gestos e expressões que visam a satisfazer as necessidades que necessita ser suprida. Esse mecanismo faz parte da evolução humana, ou seja, a perspectiva da ajuda, troca e partilha mútua para manutenção da subsistência (GUEDES, 2007).

2.1 Comunicação

Comunicação no sentido etimológico significa “por em comum”, sendo tão importante ao ser humano como o ato de respirar, andar, essencial à vida (BITTES JUNIOR; MATEUS, 2003). Ela envolve um campo de trocas e interações que permite: perceber, expressar e relacionar com os outros, além de ensinar e aprender. Entrando em sintonia, aproximando, trocando, intercambiando, dialogando, expressando, influenciando, persuadindo, convencendo, solidarizando, tornando transparente, comungando (MORAN, 2007).

Todos estes conceitos de comunicação partem de um repertório próprio de cada um, cujos componentes envolvem: experiências, conhecimentos, crenças, valores, atitudes, signos e a própria habilidade comunicativa. Estes componentes

influenciam diretamente na percepção da realidade objetiva; na interpretação da mensagem, resultante de uma triagem e percepção do que foi recebido; e o significado pessoal que cada um atribui a objetos, pessoas, situações, eventos e demais. Muito embora, continuamente estamos nos interpretando, através de construções próprias que criamos do outro, os estereótipos, uma interpretação superficial e provisória do outro (BORDENAVE, 2009).

Stefanelli (1993) afirma que a comunicação é um processo de partilhar e compreender a mensagem que o outro nos transmite, considerando que essas mensagens podem influenciar de modo direto no comportamento daqueles envolvidos na comunicação, em especial, o emissor e o receptor da mensagem.

Ao receber a mensagem, o receptor decodifica-a e retorna-a ao emissor. Num processo de retroalimentação que auxilia a revelar o significado da mensagem que foi recebida (POTTER; PERRY, 2005).

A retroalimentação influencia o processo comunicativo substancialmente, pois enquanto o emissor emite mensagens, ele mantém contínuo contato perceptivo com o meio que o envolve. De modo que há uma troca contínua de mensagens com o meio ou com o que o outro promove: a percepção, a decodificação, a interpretação (BORDENAVE, 2009).

Frequentemente o enfermeiro (a) assume tanto o papel de emissor como receptor num mesmo processo comunicativo ao relacionar-se com o paciente. O que implica que ele envie mensagens que o paciente entenda e compreenda as mensagens recebidas por este (BITTES JÚNIOR; MATHEUS, 2000).

A mensagem é a “ideia” transmitida, e esta “ideia” deve ter o mesmo significado para o receptor, pois senão a comunicação efetiva não ocorre (BITTES JÚNIOR; MATHEUS, 2000). Quando há convergência dos significados, é estabelecida a sintonia com o outro, ou seja, há algo em comum (comunicação). Se, além disto, aceitamos o outro aproximando-se emocionalmente deste, temos o diálogo, e quando este processo aprofunda-se surge a comunhão (comum-união) que pode originar um sentimento de amizade entre os envolvidos (BORDENAVE, 2009).

Essa decodificação da mensagem pode ocorrer por intermédio da comunicação verbal e não verbal, estando em evidência no processo de interação interpessoal. O processo de interação interpessoal assim como a comunicação são processos contínuos e ocorrem desde os primeiros anos de vida, de modo especial

neste último, através da comunicação não verbal que antecede a verbal (POTTER; PERRY, 2005).

Na comunicação verbal, para que o processo comunicativo ocorra, o emissor utiliza de um signo para transmitir a mensagem que lhe convém ao seu receptor. A existência de um signo implica que este seja claro, ou seja, cumpra sua finalidade, informando, fazendo compreender e explicando (RECTOR, 1993).

O signo verbal são as palavras, fruto da linguagem oral e construção social. De acordo com Andrade (2006), baseando-se em Piaget, na linguagem oral, os signos ou palavras têm significados compartilhados e compreendidos pela sociedade, e servem para comunicar o que já foi compreendido. A linguagem oral se desenvolve na infância com o início do uso dos signos verbais, sendo favorecida pela diferenciação significante/significado, quando a criança já é capaz de formar imagens mentais. Desprendendo-se de situações imediatas, a criança passa a formar uma linguagem proveniente de situações passadas, por meio do uso da palavra, início do período representativo. De modo que no âmbito comunicativo ela se expressa com palavras: fatos, sentimentos, desejos.

Tanto na fala como na escrita, o signo é transmitido por intermédio de um código. Responsável pela transmissão do significado da mensagem, a esse código dá-se o nome de linguagem. Na comunicação, a mudança de uma palavra pode mudar todo o significado da frase, implicando em dizer que a linguagem ocorre pela palavra que pode ser ou não reforçada pela comunicação não verbal (POTTER; PERRY, 2005).

Para Bühler (2008) no início, ou anterior ao desenvolvimento da linguagem, a criança faz uso dos gestos em substituição ao signo linguístico. Estes gestos e/ou manifestações substituem e/ou acompanham o desenvolvimento das palavras facilitando o processo comunicacional. Trata-se de uma linguagem própria não manifesta pela oralidade, mas sim pelos movimentos e expressões corporais, expressos pela comunicação não verbal e/ou pré-verbal.

2.2 Comunicação não verbal

De acordo com Potter e Perry (2005, p. 218) a comunicação não verbal consiste na “transmissão de mensagens sem o uso da palavra”. Um tipo de comunicação totalmente reportável aos primeiros anos de vida dos seres humanos, quando se percebe desde o nascimento formas de comunicação como o choro,

sons, expressões faciais, audição, tato, atitudes. Somente com o passar dos anos os humanos desenvolvem formas mais elaboradas de comunicação como a fala e a escrita (NOBREGA; SILVA, 2009).

A função da comunicação não verbal é reforçar ou substituir o que está sendo dito, contradizer a comunicação verbal e demonstrar sentimentos, anseios, desconfortos e demais. Isso pode muitas vezes gerar incongruências entre o que se diz e o que se expressa, ocasionando equívocos entre emissor e receptor. Desta forma, a comunicação não verbal potencializa ou nega as mensagens verbais que estão sendo transmitidas. Essa amplitude da comunicação não verbal faz com que muitas vezes não captemos a totalidade da mensagem por não atentarmos ao que está além das palavras do emissor.

Neste tipo de comunicação a mensagem é transmitida e recebida pelos sentidos, compreendendo: expressão facial, corporal, gestos e toques. No processo comunicativo, o não verbal pode complementar uma informação verbal, de modo a completar e/ou rejeitar; contradizer; enfatizar; substituir, oferecer indícios sobre emoções ou até mesmo controlar ou regular relacionamentos (STEFANELLI, 1993).

Uma compreensão deste sentido seria que na comunicação verbal o signo verbal (palavra) estabelece entre ele e o objeto uma clara distinção que permite um imediato reconhecimento do objeto e do signo. Ao contrário o texto não verbal o objeto não se distingue do signo, porque o signo é extraído do próprio objeto, como parte dele (FERRARA, 2007).

A comunicação não verbal envolve todos os órgãos dos sentidos, estando presente na interação pessoa-pessoa, mesmo que não haja verbalização de palavra alguma. Ela envolve três tipos de suporte: o corpo (aspectos físicos, fisiológicos e movimentos), instrumentos utilizados pelo homem ligados ao meio que auxiliam no processo comunicativo (produtos da habilidade humana) e a disposição dos indivíduos no espaço (SILVA, 1996).

De modo que para Nóbrega e Silva (2009) a comunicação não verbal pode ser estabelecida através:

Toque - atitude de unir ao outro, percebendo o outro ou a relação com o outro, o toque pode indicar distância ou envolvimento entre as pessoas que estão se comunicando. Sofrendo influências de pessoa para pessoa, culturas e contextos em que ele ocorre.

Territorialidade ou proxêmica - uso do espaço enquanto produto cultural, a distância pode influenciar e definir o tipo de comunicação que desejamos manter com o outro.

Paralinguagem, paraverbal ou paralinguística - qualquer som produzido pelo aparelho fonador, diferentemente das palavras. O tom de voz, o ritmo, suspiro, períodos de silêncio, entonação que damos às palavras quando falamos.

Além destes, há ainda outras formas de comunicação evidentes em nossas características físicas (cuidados com o corpo, modo de vestir); que é a própria aparência do corpo; fatores do meio ambiente, como a forma de organização do espaço individual, disciplina ou não; forma de gesticular durante uma conversa; movimentos corporais imperceptíveis.

Doravante, há uma ciência que estuda o comportamento cinético do corpo, que é a cinética e/ou cinésica. A cinésica é tida como uma das principais formas de comunicação e no presente estudo será o fio condutor das discussões suscitadas.

2.3 Teoria Cinésica (Kinesics)

A teoria cinésica é proveniente de investigações sobre gestos e movimentos corporais, de modo particular a decodificação dos sinais corporais (BIRDWHISTELL, 1970; SILVA, 2010). O percussor desta teoria foi o antropólogo americano Ray Birdwhistell (1970-1994). O teórico usou a linguística como modelo para sua obra, onde estudou os sinais do corpo em uma estruturação semelhante à compreensão da fala (SILVA, 1996).

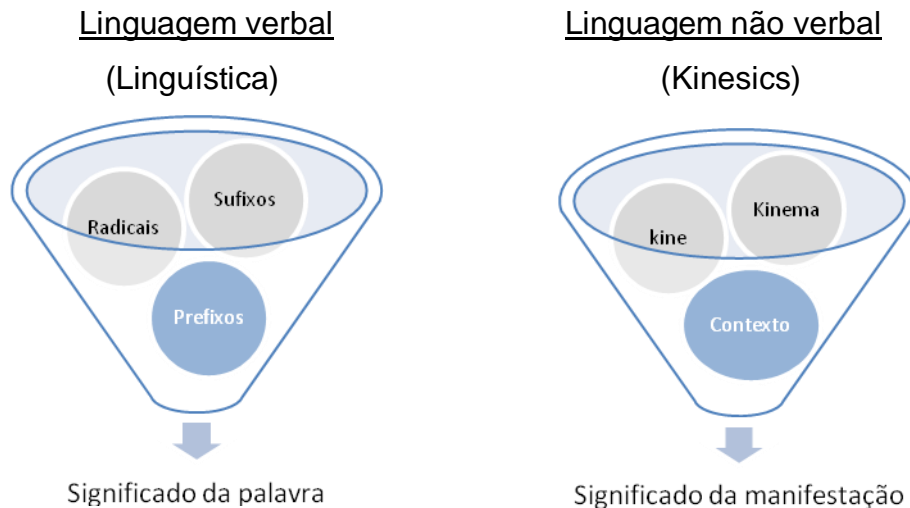
A estrutura compreendida na Teoria refere-se a um sistema no qual está inserido a linguagem corporal. Na linguagem corporal é atribuído aos principais movimentos do corpo um símbolo que pode ser analisado no contexto de um sistema social determinado (BERARDINELLI, 2005; BIRDWHISTELL, 1970; SILVA, 2010).

Ou seja, Birdwhistell considerou os gestos semelhantes às estruturas linguísticas, assim como as palavras são formadas de radicais, prefixos, sufixos para externar o significado da palavra, os gestos também necessitam compor-se em estruturas para fornecer o real significado da manifestação.

Na cinética estas estruturas são os *kines* e *kinemas*. O *kine* é uma simples contração ou movimento mais perceptível, acima deles há os *kinemas*, que são movimentos mais amplos e mais significativos portadores de significados quando

vistos num contexto (DAVIS, 1979). Quer dizer, assim como o discurso verbal pode ser repartido em sons, palavras, sentenças, parágrafos discurso não verbal também recebe significação quando forma grupos de kines e kinemas num dado contexto.

Modelo 1 - Comparativo da estrutura de comunicação verbal e não verbal:



Fonte: Representação gráfica da autora

Segundo esta teoria, é possível comunicar através dos movimentos do corpo e dos membros, ou seja, através de movimentos se consegue transmitir informações. Exemplos concretos destes fatos são as expressões faciais, as posições corporais, entre outros. Contudo, estas manifestações só recebem significados quando integradas num contexto (NASCIMENTO, 2010).

Logo, para o entendimento da teoria, parte-se do pressuposto de que todo movimento corporal visível ou gesto possui um significado no contexto que se apresenta, de modo que não existem gestos universais e sim uma sincronia em que uma pessoa exerce influência sobre a outra (SCHIMIDT; SILVA, 2012).

Por outro lado, quando se fala que há sim “manifestações universais” - como sorrisos para expressar alegrias, ou caretas para expressar desconfortos - Ray Birdwhistell considera que o significado atribuído a cada expressão difere de cultura para cultura, isto é, pode haver manifestações universais, porém os significados variam e cada cultura possui seu próprio repertório gestual, assim como o aprendizado destes gestos varia de lugar para lugar (DAVIS, 1979).

Assim a forma de expressar um sorriso de alegria pode mudar de local para local e/ou cultura para cultura, ilustra-se: em certos locais é comum gargalhadas, em outros sorrisos mais frios. Além disso, a ocorrência de cada gesto não é única, singular, mas pode agregar outras manifestações como no caso do sorriso: enrugando ou franzindo a face, inclinar a cabeça, mudar a postura corporal. Além de ser expresso com outros gestos que traduzam um significado de alegria, ou deboche, ou sorriso forçado.

Por isso, as conclusões do teórico consideram que a verdadeira comunicação humana ocorre em um nível abaixo da consciência, sem que se perceba toda sua estrutura no processo interacional/comunicacional. Além disso, para cada padrão gestual que se repete num determinado contexto é atribuído uma significação. Não há um gesto único que expresse um significado, mas este traz consigo um conjunto de manifestações (Kines e Kinemas) que expressam determinado significado.

Birdwistell também nos aponta para os marcadores de fala, ou seja, pequenos gestos que acompanham a fala: movimentos de olhos, cabeça, dedos, mão. Ou mesmo o realce cinético: a ênfase vocal que denotamos a um discurso que sutilmente desejamos destacar, o tom de voz que utilizamos as manifestações que corroboram ou contradizem nosso discurso.

Muitas vezes há uma clara distinção entre o que queremos dizer e como queremos ser entendidos. E esta distinção reflete-se em números, Davis (1979) nos afirma que 55 a 65% das mensagens recebidas provêm da comunicação não verbal, pois muito embora uma pessoa seja capaz de falar 150 palavras por minuto, o cérebro é capaz de processar muito mais informações nesse período.

Na compreensão do processo interacional que envolve a comunicação, Silva (1996) “citando a Janela de Johari”⁵ de Luft e Ingham (1961) chama-nos atenção para a complexidade da pessoa humana, de modo especial quando nas interações com o outro. Ao compreender o outro de modo holístico no contexto, nossas percepções pessoais, as percepções que os outros estabelecem ao nosso respeito e a tendência da pessoa não ter consciência de todas as respostas de seu próprio repertório gestual. Pois este, por vezes, transcorre fora da percepção consciente durante as interações.

⁵ A Janela de Johari é um modelo conceitual para uma visão do relacionamento interpessoal. Os quatro quadrantes da Janela auxiliam na percepção de como as pessoas se relacionam em grupos. Uma vez que a dinâmica do relacionamento faz os quadrantes se moverem (aumentando ou diminuindo principalmente após estímulos que recebemos (FERREIRA, 2004).

Com vistas a este processo interacional/comunicativo, na cinésica as posições e movimentos do corpo são classificados em: emblemas, ilustradores, reguladores e os adaptadores (SILVA 1996 apud NOBREGA; SILVA, 2009).

ESQUEMA 1 – Representação esquemática da classificação Cinésica das posições e movimentos corporais:



Fonte: Representação da autora a partir da classificação da Cinésica (SILVA 1996 apud NOBREGA e SILVA, 2009)
Imagens: Google imagens

Os adaptadores serão foco neste estudo, pois se referem ao mecanismo de comunicação que pode ser utilizado pelo recém-nascido em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

2.4 Teoria Cinésica – aplicabilidade na Enfermagem Neonatal

O conhecimento sobre as capacidades do recém-nascido ampliou-se ao longo da história. Nos últimos quarenta anos os neonatologistas e profissionais de saúde pré e perinatal, tiveram oportunidade de conhecer melhor os neonatos. Antes o recém-nascido considerado tabula rasa, incapaz de sentir dor e manifestar emoções, passa a ser identificado como indivíduo com habilidades e necessidades específicas (CUNHA, 2011).

Além disso, em 1960, com o advento das Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) e consequente diminuição da mortalidade neonatal, começaram a surgir relatos de pesquisas sobre as competências e capacidades do neonato. Iniciaram-se os estudos sobre os aspectos comportamentais (sono e vigília) e sua influência no desempenho da criança. Estes aspectos do neonato foram contemplados na avaliação desenvolvida por Brazelton e colaboradores em 1973, levando em conta aspectos do funcionamento cortical e da interação com o cuidador (SOUSA et al., 2006).

Mesmo porque a fase neonatal, dentre as diferentes etapas da vida do ser humano, é aquela em que o indivíduo doente ou não exige um cuidado integral do seu cuidador. Aos recém-nascidos saudáveis, cabe à mãe prestar esse cuidado. Porém, na ausência da figura materna ou em meio a uma situação de não saúde, outra pessoa se responsabilizará pelo cuidado. Tratando-se de um recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, o cuidado é exercido pela equipe de saúde, e nesse ponto destaca-se a participação do enfermeiro (BUENO, 2007).

Os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem são essenciais na equipe de saúde de uma unidade de internação neonatal, e possuem a oportunidade de estabelecerem um convívio intenso com o neonato através das atividades de cuidar. Ao falarmos do cuidado, deve-se levar em conta que para o mesmo ocorrer faz-se necessário um processo interativo onde o profissional cuidador, no caso da equipe de enfermagem, aplique além de sua habilidade técnica conhecimentos, intuição e, sobretudo, muita sensibilidade para com o indivíduo a ser cuidado (MENDES; BONILHA, 2003).

Frente ao exposto é que a comunicação não verbal emerge como uma dimensão do cuidar compreendendo uma das ações do enfermeiro e de sua equipe. A simples tomada de consciência, pelos profissionais de saúde, de que os recém-nascidos são capazes de se manifestarem através de seu corpo é elemento decisivo para uma assistência de qualidade (DINIZ, 2008). Neste sentido, a Teoria Cinésica auxilia nesta compreensão.

Ainda que a linguagem pela palavra seja o mecanismo mais importante dos humanos para trocar informações e comunicar o que sentem, o recém-nascido e o lactente não articulam as palavras e ainda não tem consciência para expressar através da fala seus anseios e desconfortos, porém eles são dotados de habilidades

inatas que lhes permitem uma forma de comunicação muito sutil, a linguagem pré-verbal que se expressa no corpo que fala (CUNHA, 2011). Ou seja, na Kinesics de seus gestos, no cenário neonatal.

3 MÉTODO

Lakatos e Marconi (2008) descrevem a pesquisa como um procedimento formal, como método de pensamento reflexivo, que requer um tratamento científico e é um caminho para se conhecer a realidade ou parte desta. Minayo (2001) complementa esse conceito ao colocar que embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação. Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática. E a partir disso a mesma autora nos coloca a direção que uma pesquisa deve seguir, ou seja, a sua metodologia, conceituando-se como o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Essa metodologia deve articular teoria, realidade empírica, pensamentos e técnicas.

Para que uma pesquisa adquira um tratamento científico como citado por Lakatos e Marconi (2008), temos que delimitar o que seria esse caráter ou método científico. Segundo Polit e Hungler (1995) o método científico de investigação refere-se a um conjunto genérico de procedimentos ordenados e disciplinados, utilizados para a aquisição de informações seguras e organizadas.

Portanto a pesquisa científica que representa a aplicação do método científico ao estudo de um assunto de interesse, pode ser definida como investigações controladas e sistemáticas que apresentam suas raízes na realidade objetiva e que buscam o desenvolvimento de conhecimentos gerais acerca de fenômenos naturais. De modo que o propósito da pesquisa científica geralmente é o de responder questões ou solucionar problema. E isso reflete efetividade pelo tipo de estudo a ser seguido e a consonância do objetivo que se deseja alcançar.

3.1 Tipo de Estudo

Estudo de natureza qualitativa, descritiva, considerando a temática que envolve questões subjetivas relacionadas à interação e à comunicação pré-verbal do recém-nascido durante a hospitalização no cenário da UTI neonatal.

A pesquisa descritiva busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como dos grupos e comunidades mais complexas. Para tanto, observa-se, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los (GIL, 2010).

É através da abordagem qualitativa que é verificado como as pessoas avaliam uma experiência, ideia ou evento; como definem um problema e quais opiniões, sentimentos e significados encontram-se associados a determinados fenômenos (LERVOLINO; PELICIONI, 2001). Consoante, opta-se por este tipo de pesquisa devido à oportunidade de apresentar contribuições no processo de mudança, na criação ou formação de opiniões de determinado grupo, permitindo, em maior grau de profundidade, a interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes desses indivíduos (GIL, 2010).

3.2 Cenário

O cenário escolhido foi uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital Público localizado na cidade de Juiz de Fora, Zona da Mata Mineira.

A missão da referida instituição é prestar atendimento médico-hospitalar aos usuários do SUS buscando qualidade, humanização e integração ao sistema. Como hospital geral possui serviços de Imagem: Raios-x, Ultrassom, RED, Colostograma, Urografia excretora; Cardiologia: Ecocardiogramas, Testes Ergonômicos, Eletrocardiograma; Pronto Atendimento, Laboratório, Internações Feminina e Masculina, Tisiologia, Pediatria, UTI's Neonatal e Pediátrica, Lactário, Agência Transfusional, CCIH, CTI Adulto, Centro Cirúrgico, CME, Centro de Reabilitação, Maternidade para Gestante de Alto Risco; Serviço de Apoio ao Paciente: Fisioterapia, Serviço Social, Psicologia, Fonoaudiologia. Além de Departamento de Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Terapia Ocupacional (FHEMIG, 2013).

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é destinada aos recém-nascidos prematuros que precisam de assistência intensiva. São crianças que apresentam quadro de dificuldades respiratórias; cardiopatias congênitas; má formação; baixo peso ou distúrbios metabólicos e demais.

Neste cenário atuam 16 enfermeiros, em turnos de trabalho diários de 6h/dia (manhã/tarde/noite) e escalas de plantão 12/36; 12/48 ou 12/84 horas.

Minayo (2001) coloca que o trabalho de campo permite a aproximação do pesquisador com a realidade sobre a qual formulou uma pergunta, mas também estabelece uma interação com os “atores” que conformam a realidade e, assim, possibilita construir um importante conhecimento empírico.

3.3 Sujeitos da pesquisa

Enfermeiros que atuam no setor de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, independente da idade, cor, religião, sexo, tempo de formação e que aceitaram participar de forma voluntária da pesquisa através da assinatura de um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice B).

Foram entrevistados todos os enfermeiros que no momento da pesquisa encontravam-se lotados na referida unidade cenária do estudo, totalizando 16 sujeitos da pesquisa.

O recrutamento dos sujeitos para a participação no estudo foi realizado por meio de um convite formal realizado por ocasião da visita da pesquisadora na unidade. Os sujeitos receberam todas as informações sobre a pesquisa, especialmente o objetivo e procedimentos e tiveram ampla liberdade em aceitar ou recusar o convite.

3.4 Aspectos éticos

Considerando que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco e de acordo com a resolução CNS 196/96 o pesquisador se compromete com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, nesta perspectiva, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da FHEMIG. Com a aprovação, parecer nº 068/2011 (anexo 1), somente após a aprovação do Comitê teve início a fase de coleta de dados.

O instrumento de coleta de dados foi aplicado mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos sujeitos da pesquisa (Apêndice B), os dados por eles produzidos foram utilizados somente para fins científicos, sendo-lhes asseguradas a confidencialidade e a privacidade, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas. Assim, enfatiza-se que este estudo segue questões éticas presentes na pesquisa de campo, como a proteção dos mesmos contra qualquer espécie de dano e garantia do sigilo e anonimato em relação aos depoimentos.

Deste modo, para garantir o anonimato dos enfermeiros (as), optou-se por identificá-los com nomes fictícios, sendo estes substantivos de instrumentos musicais. A música é uma das mais antigas formas do ser humano comunicar-se. Nas mais variadas culturas é comprovado que o som provocado pelos instrumentos musicais tem relativa associação com o desenvolvimento humano, em especial nas

crianças, promovendo: socialização, disciplina, autoestima, criatividade, coordenação e de modo especial a comunicação.

Logo, a associação de nomes de instrumentos musicais aos enfermeiros, deve-se ao fato destes emitirem sons e reações que tocam aos sentidos dos recém-nascidos durante a interação, provocando manifestações e sentimentos. Quando em sintonia, afinação, os enfermeiros podem provocar: tranquilidade, alegria, bem-estar. Mas quando desafinados/desajustados podem provocar a mesma reação a quem os escuta.

Muito embora a interpretação e sensações ocasionadas por cada instrumento seja única, quando trabalham em um conjunto harmônico, os instrumentos podem orquestrar maravilhosas canções promovendo a plena recuperação e bem estar de que interagem com eles, os recém-nascidos.

3.5 Coleta de dados

Referente aos procedimentos da pesquisa científica, o presente estudo foi realizado a partir da entrevista semiestruturada, ou seja, tem como matéria prima a fala de alguns interlocutores.

A entrevista semiestruturada permite que, por meio do diálogo e de sua flexibilidade, apareçam contribuições do participante a partir das quais novas questões possam ser formuladas, de modo a se estabelecer uma visão mais ampla do problema em estudo (NEGRINE, 2010). A escolha desse tipo de entrevista se deve ainda ao fato do entrevistador ser livre para adaptar suas perguntas à determinada situação e permite ao informante responder livremente usando linguagem própria para emitir opiniões (RAMPAZZO, 1998).

Inicialmente, foi aplicado um instrumento de caracterização dos sujeitos (Apêndice A) considerando dados referentes ao gênero e idade dos entrevistados, o tempo de experiência profissional dos enfermeiros, assim como o tempo de trabalho na área de neonatologia. A especialidade dos enfermeiros também foi considerada.

Posteriormente, os depoentes relataram o que entendiam sobre a comunicação não verbal e as formas de registrá-lo (caso assim o fizessem). Além dos sinais/manifestações que interpretavam/decodificavam como representativos em situações vivenciadas pelo recém-nascido.

Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra, de forma atenta e minuciosa, para posterior interpretação e análise. Na descrição, as opiniões dos

informantes são apresentadas da maneira mais fiel possível, como se os dados falassem por si próprios; e por último, na interpretação, buscam-se sentidos das falas e das ações para se chegar a uma compreensão ou explicação que vão além do descrito e analisado.

3.6 Análise dos dados

A fase de análise dos dados teve a finalidade de estruturar os elementos obtidos para fornecer as respostas ao problema investigado, permitindo a interpretação dos dados que buscam o sentido mais amplo das respostas, com a ligação a outros conhecimentos previamente adquiridos (MINAYO, 2001).

Foi utilizada a modalidade de análise temática proposta por Minayo (2008) Este tipo de análise baseia-se em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação e, posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias.

Deste modo a análise dos dados ocorreu nas seguintes etapas:

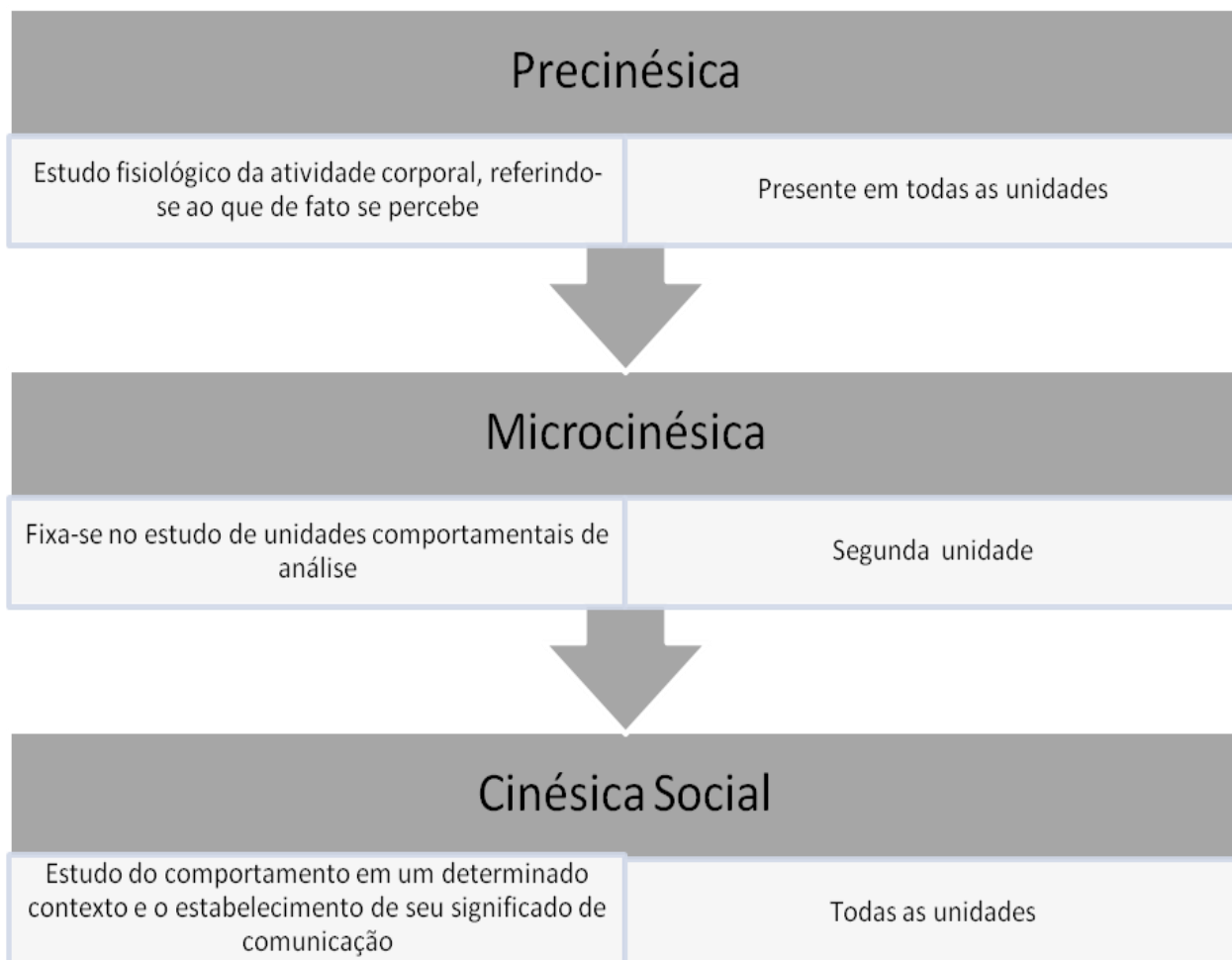
1ª) Pré-análise, em que foi realizada uma leitura flutuante do material coletado tomando como base os referenciais e objetivos do estudo;

2ª) Exploração dos dados com objetivo de alcançar o núcleo de sentido dos discursos. Neste ponto procuramos fundamentar a exploração na classificação da Teoria cinésica sobre os níveis comunicacionais oferecendo subsídios a construção das unidades.

Para Nascimento (2010) a teoria da cinésica, proposta por Birdwhistell, é concebida em três níveis: a precinésica, a microcinésica e a cinésica social. Embora esses níveis estejam intrinsecamente presentes nas unidades, algumas apresentam uma maior aproximação de um ou outro nível. Por exemplo, a Precinésica, permeia todas as unidades, pois emerge a concepção geral do que seja a comunicação não verbal do recém-nascido, ou seja, o que pode ser facilmente percebido. De modo que é focada na compreensão dos movimentos mais amplos e significativos, sem associações complexas, referindo-se ao que de fato se percebe. A Microcinésica é abordada na segunda unidade quando se procura estabelecer o significado atribuído a unidades de comportamento do recém-nascido. E a Cinésica social está presente em todas as unidades do estudo, pois o olhar foi direcionado para o neonato, considerando o contexto em que ele está inserido, UTI neonatal.

Ficando assim representada graficamente:

Esquema 2 - Níveis da Teoria Cinésica.



Esquema 2- Classificação dos níveis da Teoria Cinésica
Adaptado de Nascimento (2010)

3ª) Etapa: realizamos o tratamento dos dados obtidos, interpretando-os e procurando dar ênfase à repetição de núcleos de sentidos presentes nos discursos, vislumbrando as inferências teóricas.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram entrevistados 16 enfermeiros, sendo 12 do gênero feminino e quatro do gênero masculino. A faixa etária dos entrevistados variou entre 24 a 52 anos; com tempo de experiência profissional em enfermagem de 1 ano a 25 anos; e média de atuação em neonatologia de 6 anos.

Constatou-se que o número de enfermeiros que possuíam especialização era de 15, sendo que deste total, 12 enfermeiros são especialistas em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal concomitantemente com outros campos de saberes como: Saúde do Adulto, Saúde Mental, Controle de Infecção Hospitalar, Gestão Hospitalar e Acreditação, Assistência Hospitalar, Saúde do Trabalhador. Ou seja, nenhum possuía somente a especialização em neonatologia, todos a somavam a outras especializações. Apenas um enfermeiro não possuía nenhuma especialização (Tabela 1).

Vale destacar que os enfermeiros não-neonatologistas, que atuavam na unidade neonatal, eram especialistas em: Saúde Coletiva e Métodos Dialíticos e Transplante (1); Centro Cirúrgico, Central de Material Esterilizado e Recuperação Pós Anestésica (1); Residência em Saúde do Adulto, Saúde Coletiva e Controle de Infecção Hospitalar (1).

Tabela 1 – Características dos enfermeiros (as) entrevistados:

Enfermeiro (a)	Nome fictício	Gênero	Idade (anos)	Tempo de Experiência Profissional (ano)	Tempo de atuação em neonatologia (ano)	Especialista (S/N)	Tipo de Especialidade
1	<i>Flauta</i>	♀	38	12	10	S	- Assistência hospitalar ao neonato; e - Enfermagem UTI
2	<i>Violino</i>	♂	33	6	0,04 (15 dias)	S	- Saúde Coletiva; - Métodos dialíticos e transplante.
3	<i>Tuba</i>	♀	31	6	0,6 (7 meses)	S	- Centro cirúrgico; - CME; - Recuperação Pós-anestésica.
4	<i>Bombo</i>	♂	32	7	0,75 (9 meses)	S	- Residência Saúde do adulto; - Saúde Coletiva; - Controle de Infecção Hospitalar.
5	<i>Harpa</i>	♀	51	25	17	S	- Saúde Mental; - UTI adulto e neonatal.
6	<i>Piano</i>	♂	34	10	7	S	- Assistência hospitalar ao neonato.
7	<i>Clarinetas</i>	♀	43	15	1	S	- UTI neo pediátrica e adulto.
8	<i>Saxofone</i>	♂	49	25	25	S	- Saúde do trabalhador e; - UTI neonatal
9	<i>Viola</i>	♀	30	6	2	S	- Neonatologia.
10	<i>Fagote</i>	♀	39	16	10	S	- Neonatologia
11	<i>Trompete</i>	♀	40	6	3	S	- Gestão hospitalar e acreditação e - Assistência ao neonato
12	<i>Violoncelo</i>	♀	52	12	7	S	- UTI adulto; - Assistência hospitalar ao neonato.
13	<i>Oboé</i>	♀	29	4	0,2 (2 meses)	S	- UTI adulto e neonatal.
14	<i>Trombone</i>	♀	24	1,6	1,6	S	- UTI adulto e neonatal.
15	<i>Contrabaixo</i>	♀	49	25	3	N	
16	<i>Flautim</i>	♀	38	11	8	S	- UTI neonatal; - Assistência hospitalar ao neonato; - Cuidados intensivos hospitalares.

Fonte: autora

No corolário de abrangência da linguagem própria dos recém-nascidos hospitalizados na UTI neonatal e recorrendo aos níveis da Teoria Cinésica para reportar-nos às vivências, experiências e importância que os sujeitos deste estudo atribuem a esta linguagem, de modo peculiar a percepção e decodificação destas manifestações, decorrentes da leitura cotidiana do universo dos enfermeiros (as) propõem-se as seguintes unidades temáticas, com as respectivas subunidades analíticas.

Unidades Temáticas	Subunidades
<p>1) O entendimento dos enfermeiros sobre a comunicação dos recém-nascidos</p> <p><i>(Manifestações mais amplas que denotam a existência da comunicação não verbal no cenário da UTI neonatal, considerando o universo de valores e crenças dos enfermeiros).</i></p> <p>Com enfoque: A pre-cinésica, considerando o “contexto” e “kines”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A comunicação não verbal do recém-nascido sob o olhar da enfermagem; - Situações de maior percepção da comunicação não verbal do recém-nascido pelo enfermeiro.
<p>2) A interpretação/decodificação dos enfermeiros para as manifestações expressas pelo recém-nascido.</p> <p><i>(Grupos de manifestações que denotam uma mensagem aos enfermeiros, considerando momentos/contextos específicos da internação do neonato na UTI).</i> Com enfoque: A microcinésica, considerando o “contexto”, “kinemas” e “significado da mensagem”</p>	<p>Recém-nascido:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Em situações de estresse e fadiga; - Mal adaptado ao meio extrauterino; - Submetido à intubação; - Com dor; - Quando tocado; - Em situações de equilíbrio e estabilidade; - Durante a amamentação; - Na presença da família.
<p>3) A valorização da comunicação não verbal na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal <i>(Implica na interação e valoração deste tipo de comunicação, considerando as habilidades e competências do enfermeiro).</i></p> <p>Com enfoque: A cinésica social, considerando a valoração e validação/registo da mensagem não verbal no contexto onde ocorre a comunicação</p>	

Relevante destacar que apesar da preferência pela divisão em unidades temáticas e subunidades (almejando o entendimento da temática *versus* teoria abordada), é tênue a relação de uma unidade com a outra. Visto ambos estarem presentes a todo o momento no cenário da UTI neonatal. Esta percepção e decodificação sofrem influências de crenças, valores, costumes e vínculos muito particulares entre os seus envolvidos.

De modo que ao qualificar a subjetividade dos enfermeiros(as) que atuam no cenário neonatal, torna-se evidente o quanto a representação atribuída a comunicação não verbal reveste-se de valores próprios e interfere e/ou é uma consequência do vínculo que este estabelece com a criança hospitalizada. Logo, nossa análise será consubstanciada nessa relação, interação e comunicação. Sendo que está última exerce influências cotidianas, em maior ou menor intensidade na formação do vínculo enfermeiro/recém-nascido.

Em uma reflexão à luz da teoria cinésica, somos levados a compreender que apenas uma visão superficial, distanciada, com um olhar generalizado já promoveria uma interpretação primária sobre as manifestações expressas do recém-nascido. Ou seja, sem tanto aproximarmos, observarmos, já teríamos uma identificação de que manifestações existem, e algumas delas se tornam muito perceptíveis, os *kines* (a exemplo, o choro – quando ocorre, sei que quer dizer algo, embora não saiba associar o que é).

Mas quando eu estreito este vínculo, esta aproximação, tenho a possibilidade de observar e detalhar mais o que percebo e filtrar informações/ manifestações mais significativas para cada momento, os *kinemas* (sei agora que o choro vincula-se a outros sinais, como exemplo a tonalidade e intensidade que ocorre, e essa interpretação, já me conduz a formulação de um sentido para mensagem expressa pela criança, choro agudo pode ser dor, choro mais grave pode ser fome).

Sendo que estes momentos tornam-se mais frequentes e/ou constantes, pois diante de um vínculo maior o *feedback* de mensagens transmitidas e recebidas também o será. Isso possibilita uma interpretação bem mais específica e aguçada sobre a mensagem que chega ao receptor, e o seu real significado, naquele dado contexto. Teremos aí a qualificação e validação dos kines/kinemas, que são manifestações repletas de sentidos.

Para Ray Birdwhistell, um grupo de manifestações traduz um significado/mensagem de quem não as expressa verbalmente, num momento/contexto específico, cabendo ao receptor a decodificação desta mensagem, respeitando seus padrões culturais e valores. Enfocando este pensamento como pano de fundo de nosso estudo, apontamos situações específicas da UTI neonatal aos nossos receptores (enfermeiros), no intuito de obter quais as manifestações que eles percebiam e decodificavam em cada situação apresentada. Estas manifestações, em grupo conduziram-nos ao significado das mensagens atribuídas à linguagem do recém-nascido, naquele contexto específico, a UTI neonatal.

Como concebe Birdwhistell (1985), um determinado comportamento a atividade corporal visível encerra significados socialmente reconhecidos e válidos. E estes sinais identificados pelo receptor, são igualmente captados por seu grupo. Consoante, no próprio âmbito da Enfermagem, a teórica Madeleine M. Leininger baseia sua teoria Transcultural na premissa de que pessoas de cada cultura não apenas podem definir as formas nas quais experimentam e percebem seu universo de assistência da enfermagem, mas também pode relacionar essas experiências e percepções com crenças e práticas gerais de saúde (GEORGE, 2000).

Para discorrer nesta análise segue as unidades temáticas e subunidades propostas:

4.1 Entendimento do enfermeiro sobre a comunicação não verbal do recém-nascido

Ao iniciar esta unidade temática, parte-se do pressuposto que “entendimento” decorre do conhecimento e da observação ambos importantes instrumentos do cuidado de enfermagem.

O conhecimento, mediado pelos sentidos e organizado pelo pensamento, faz apelo à compreensão e antecipa possibilidades de transformação (RAPOSO, 2004). A construção do conhecimento ocorre a todo instante, de modo que a observação está presente a todo o momento através dos órgãos dos sentidos (tato, olfato, audição e visão) implicando em aspectos pessoais de cada um em sua interação com o outro. No processo interacional entre quem cuida e quem é cuidado há troca de informações, sentimentos e conhecimento entre os seus envolvidos (NOBREGA; SILVA, 2009).

Pode-se dizer que essa interação é evidente. O recém-nascido, independente de sua idade ao nascimento, é capaz de expressar suas emoções e reações, como: prazer e dor, buscar contato e dele fugir quando não pode mais suportar a estimulação negativa (que causa desconforto e dor e o estresse por ela provocado) (ROLIM; CARDOSO, 2006). Ou mesmo, expressam bem-estar e tranquilidade diante de interações e/ou estímulos.

Consoante, o entendimento da comunicação não verbal deste recém-nascido pelo enfermeiro chama-nos atenção devido a sua complexidade e constância no cotidiano de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Os profissionais muitas vezes não valorizam ou atentam seu olhar para as manifestações dos neonatos hospitalizados. O que nos conduz a análise do olhar destes enfermeiros e das situações em que estas manifestações são mais perceptíveis. Esta análise inicial parte do discurso de Birdwhistell (1971, p. 70): “A comunicação não é o que acontece em um canal. [...] comunicação parece ser um sistema que faz uso de todas as modalidades sensoriais”

A despeito destas palavras, a comunicação vai além do canal verbal (acústico), mas manifesta-se através de um sistema sensorial, entendido pela observação e/ou “olhar” do seu receptor, no caso o enfermeiro que reconhece e assimila ou não este tipo de linguagem como um conhecimento valioso à sua assistência.

A comunicação não verbal do recém-nascido sob o “olhar da enfermagem”.

O reconhecimento da linguagem não verbal do recém-nascido é uma das estratégias para o cuidado humanizado, em especial no âmbito da UTI Neonatal. Percebe-se ao analisar o discurso dos depoentes, que a maioria reconhece esse tipo de linguagem no processo de interação com o recém-nascido.

Para os enfermeiros atuantes na UTI Neonatal, os recém-nascidos utilizam a comunicação não verbal para expressar-se, uma vez que não dispõem da capacidade da fala desenvolvida. Essa afirmação é consoante a Mendes e Bonilha (2003) que referem ser a inexperiência no relacionamento com outras pessoas e a incapacidade de expressão através da linguagem verbal, o motivo para que o recém-nascido utilize a linguagem corporal (trejeitos corporais e faciais) e o choro como seu primeiro recurso para emissão de sinais sobre seus sentimentos.

Essa “linguagem corporal neonatal” foi citada com frequência pelos sujeitos deste estudo, ao definirem comunicação não verbal do recém-nascido.

[...] eu entendo que são os sinais que ele demonstra comportamental, fisiológico (pausa) e organizacional, a própria organização dele [...] (Flauta).

[...] Comunicação não verbal são aquelas manifestações que ele demonstra para gente como expressões faciais, movimento de corpo, braços, pernas, a própria apatia dele em alguns momentos, alteração de frequência cardíaca, padrão respiratório, tudo isso acaba sendo manifestado na comunicação não verbal [...] (Violino).

[...] Ele vai te apresentar movimentos involuntários, a hemodinâmica dele vai interferir também, frequência cardíaca, queda de saturação, entendeu, frequência respiratória, então acredito que isso ta tudo envolvido no processo de comunicação do recém-nascido [...] (Viola).

Percebe-se que os enfermeiros definem a comunicação não verbal como um tipo de comunicação que envolve vários mecanismos como: sinais físicos, comportamentais e organizacionais, como ilustram *Viola* e *Violino*. Corroborando, Galvão e outros (2009) nos referem a comunicação não verbal como todas as manifestações do comportamento não expressas por palavras.

Um dos depoimentos chama a atenção para a organização do recém-nascido, como forma de expressão de sua comunicação. Neste sentido, a teoria sincrono-ativa de *Heidelise Als* vem descrever essa organização comportamental. Como a relação de equilíbrio ou desequilíbrio que o recém-nascido estabelece com o ambiente e os subsistemas: autônomo, motor, de estados comportamentais, de atenção-interação e regulação. Essa relação implica no desenvolvimento da criança (TAMEZ, 2013).

De acordo com esta teoria, o recém-nascido apresenta um desequilíbrio entre esses subsistemas quando submetido a processos dolorosos ou excessivos manuseios (DITTIZ, 2006). O que representaria um dos principais momentos que o neonato utiliza para comunicar-se, pois há uma intensa interação, expressa muitas vezes com vários gestos, dentre eles o choro acaba sendo o mais evidente.

Essa concepção implica em dizer que embora o choro seja uma das principais formas de comunicação do recém-nascido, esta não deve ser a única a ser considerada, uma vez que o recém-nascido estabelece outras formas de comunicar-se. Porém para que estas formas sejam percebidas é imprescindível à predisposição além da sensibilidade e observação da equipe que dele cuida. Desta forma, a equipe alcançará o nível da significância, fundamental nos preceitos cinéticos de

comunicação.

Embora se tenha clareza que a percepção e intuição na interpretação do gesto ainda são um desafio na compreensão não verbal, pela própria ausência do instrumento palavra, Birdwhistell (1970) nos fala que muitas vezes grande parte da verdadeira comunicação humana se passa num nível em que a relevância das palavras é apenas indireta.

Vale destacar que apesar da maioria dos sujeitos terem essa compreensão, em uma das entrevistas foi inferida a incapacidade do recém-nascido se expressar e demonstrar seus sentimentos.

[...] na verdade o recém-nascido não consegue falar nem expressar os seus sentimentos, porque ele é muito primário, ele não conversa igual um adulto, ele não expressa sentimentos igualmente [...] (Violoncelo).

O depoimento nos remete a compreensão do recém-nascido como *tábula rasa* referida por Cunha (2011). Para o autor, nos últimos quarenta anos os profissionais de saúde das áreas de pré e perinatal tiveram oportunidade de conhecer melhor o recém-nascido, antes considerado *tábula rasa*, ou seja, incapaz de sentir dor e manifestar emoções, sendo agora reconhecido como indivíduo com habilidades e necessidades específicas.

Apesar dessa preocupação, ainda nos dias atuais nos deparamos com colocações como esta. Isso mostra a relevância da discussão deste tema. Em outros depoimentos percebe-se, em mais de uma fala, que os enfermeiros ao abordarem a comunicação não verbal do recém-nascido, fazem uma analogia entre o recém-nascido e o adulto, destacando a semelhança entre estes.

[...] assim como a do adulto, a comunicação não-verbal com a criança é o que ele demonstra, com o corpo, sem sons, sem falar. Demonstração não verbal é demonstração de algum gesto, alguma atitude (Fagote).

[...] No recém-nascido, comunicação não-verbal seria também igual do adulto, porque não tem aquela coisa, não verbaliza [...] (Clarinetista).

Muito embora é consenso entre os profissionais da neonatal que o recém-nascido não seja um “adulto pequeno”, mas sim uma criança em desenvolvimento. A comparação externada nas falas não está errada se considerarmos a dimensão comunicativa. Segundo Silva e outros (2000) a linguagem não verbal tem a função de exprimir sentimentos e emoções quase sempre não verbalizados e pode ser observada em todas as faixas etárias e em diversos momentos. Para o autor, este

tipo de linguagem é constituído pela aparência física, movimentos do corpo ou expressões corporais e desempenha um importante papel na comunicação, tanto de adultos quanto do recém-nascido. É de extrema importância para a comunicação o relacionamento social correspondendo a uma modalidade primitiva de apreensão do indivíduo e do mundo que o cerca. Como infere Birdwhistell (1971, p.10):

A criança aprende seu comportamento comunicativo, através da incorporação e modificação de uma série de padrões entrelaçados. Intimamente associado à sua aculturação e socialização, sua linguagem e seu sistema de movimento fornece-lhes o contato com os problemas de seu ambiente e, muitas vezes, com suas soluções.

Destaca-se, neste âmbito, o conhecimento obtido através da experiência direta ou indiretamente daqueles que o experimentaram, denominado por Leninger (2006) em sua Teoria do Cuidado Cultural como conhecimento êmico, ou centralizado na pessoa. Se considerarmos tanto o recém-nascido como o enfermeiro, podemos aludir que na visão de Leninger para este tipo de comunicação envolve sua experiência cotidiana direta no lidar com o recém-nascido.

De modo que, ao analisar os resultados, as descrições sobre as especializações já realizadas pelos nossos depoentes, foi possível inferir o provável ensejo dos enfermeiros em estar se qualificando para compreender, ampliar seu olhar no cuidado e interação com os neonatos. Tal fato concebe-se, como um fator positivo no entendimento e qualificação da comunicação não verbal na UTI neonatal.

Outro aspecto que chama atenção foi a riqueza de detalhes e a agilidade em externar o que é comunicação não verbal por parte dos enfermeiros com maior tempo de prática profissional e/ou especialização na área neonatal. Muito embora todos os demais enfermeiros que não se enquadravam nesta situação soubessem referir o sentido de comunicação não verbal, nossa observação durante as entrevistas detectou certa dificuldade em relatar, falas pausadas e sucintas e/ou escolhas criteriosas de palavras ou termos a serem utilizados para definir este tipo de comunicação para os enfermeiros não especialistas em neonatologia.

Situações de maior percepção da comunicação não verbal do recém-nascido pelo enfermeiro

Na vivência diária na UTI neonatal e considerando os níveis estabelecidos pela teoria cinésica que perpassam a significância das mensagens, sejam fisiológicas ou comportamentais, deve-se dar importância a todas as manifestações apresentadas pelo recém-nascido, embora determinadas situações sejam mais perceptíveis. Tais manifestações são demonstradas de diversas maneiras em diferentes situações, alguns exemplos são: queda de saturação, aumento da frequência cardíaca e respiratória, extensão e flexão dos membros inferiores e superiores, caretas, choro, sono, sorriso, entre outros.

O repertório gestual do recém-nascido é reconhecido pelos sujeitos do estudo como uma forma de comunicação não verbal. Estes destacam as situações de choro como uma das principais formas dessa comunicação:

[...] o choro é a forma dele se expressar, é às vezes como ele até gesticula, a expressão dele quando ele tá com dor, ele tem uma expressão quando tá sentindo frio tem várias maneiras de comunicar essa é a comunicação não verbal. (Bombo).

[...] só o choro já seria um principio de comunicação que eu acho com relação ao recém-nascido, um choro pode te dizer muita coisa no recém-nascido, já é uma forma de comunicação dele com você (Clarinetta).

A primeira forma de comunicação do recém-nascido com o mundo é o choro. É a forma mais poderosa e eficaz de conseguir chamar a atenção dos outros para o que se está sentindo. O recém-nascido chora não somente porque está com fome ou dor, chora para demonstrar que algo o incomoda. Decifrar o choro da criança é um desafio para a equipe de enfermagem que mistura intuição, conhecimento e muita percepção (RODRIGUES, 2013).

Porém, apesar do choro ter sido identificado como a principal manifestação da comunicação não verbal do recém-nascido, ele não é a única forma de comunicação identificada. Esta percepção é coerente a cinésica ao ponto de referir que uma mensagem envolve mais de uma manifestação para que receba uma significância pelo seu receptor. Como foi mencionado na fala de *Bombo*, o recém-nascido consegue se expressar com uma variedade de manifestações e estas possuem um determinado significado no contexto da UTI neonatal, como refere Birdwhistell (1971, p. 227): “As respostas finais para “O que significa X” só podem ser alcançadas quando

todos os outros sistemas sociais que interagem em qualquer situação são cuidadosamente analisados”.

O recém-nascido estabelece outras formas de se comunicar, mas que para serem percebidas é imprescindível a observação e valoração dessas manifestações por parte da equipe que dele cuida. Neste sentido, os depoimentos demonstram que a comunicação não verbal é mais perceptível para os sujeitos do estudo em situações de manuseio, como: troca de fraldas e banho; situações de desconforto relacionadas à fome, dor, submissão a procedimentos, especialmente, procedimentos dolorosos, como a punção venosa.

[...] Ele se comunica com a gente o tempo todo, durante todo momento ele tá se comunicando até no momento de repouso dele, mas percebemos mais nos momentos de intervenção, no momento que a gente vai fazer algum procedimento com ele [...] (Violino).

[...] a gente dá o banho no recém-nascido, tem que puncionar a veia do recém-nascido, eu tenho que colher o sangue do recém-nascido, e as vezes o recém-nascido entra em um sono profundo, ele tá entrando naquele sono basal para o profundo, quando você vai e manipula ele, então aí ele começa a se manifestar [...] (Viola).

[...] durante a troca de fralda, aquilo que não é considerado um procedimento doloroso que você tá trocando a fralda, tá aconchegando a criança, ou tá trocando o leito, ele também se comunica da mesma forma [...] (Contrabaixo).

Estas falas são condizentes a Teoria Cinésica sobre o sistema cinésico e/ou de movimento. Em cujo processo ocorre a partir da relação/ interação com o outro, neste configura-se as responsabilidades e expectativas de ambos (BIRDWHISTELL, 1971). Corroborando, para Winnicott (1945) dentre as conquistas humanas para o alcance do desenvolvimento está a integração, onde passa-se do *self* para a inter-relação com o outro e formação do eu. Essa integração envolve tanto o eu com o outro, como o eu com o ambiente facilitando o processo comunicativo.

Para os depoentes, a maior identificação das situações de comunicação não verbal estabelecido pelos recém-nascidos se relaciona extrinsecamente ao tempo de prática profissional, que segundo eles permite uma melhor observação do recém-nascido. Em algumas falas os enfermeiros mencionam a “experiência na prática” como um fator determinante para a identificação e estabelecimento da comunicação não verbal, como revelam *Flautim* e *Tuba*:

[...] pela minha falta de experiência na prática mesmo, minha prática é pequena, eu aprendi isso vendo, observando, como é que a criança reage, ele interage, com a gente, então é perceptível, a personalidade dela que já vem desde seu nascimento, gostos, as preferências, foi assim, é visual mesmo [...] (Flautim).

[...] É pela pouca experiência que eu tive, acho que ela se torna evidente principalmente durante os cuidados de enfermagem, a hora do manuseio, e a hora que ele tá tendo alguma alteração na parte fisiológica com ele [...] (Tuba).

Para os entrevistados o tempo de prática profissional de trabalho relaciona-se na melhor ou não identificação e observação das manifestações do recém-nascido. Assim como contribui de uma forma geral para o aprimoramento de todo o processo de trabalho, embora não seja determinante. Outros fatores como a assistência centrada na patologia, a falta de treinamento específico, a falta de recursos humanos e materiais e a sobrecarga de trabalho são realidades que também dificultam o reconhecimento das manifestações demonstradas pelo recém-nascido no processo de comunicação não verbal.

Além disso, a literatura apresenta-nos outras barreiras de comunicação, como: a falta de concentração, a pressuposição do entendimento, a ausência de significação comum, influência de mecanismos inconscientes e limitação do emissor/receptor. Nesta, a falta de habilidade para ouvir, ver, sentir, compreender a mensagem do outro (BITTES JÚNIOR; MATHEUS, 2000).

Ao findar esta unidade temática evidencia-se que de forma geral os sujeitos da pesquisa identificam a comunicação não verbal expressa pelos recém-nascidos em várias situações e momentos de seu cuidado, o que é imprescindível para a ampliação da assistência prestada pelo enfermeiro.

4.2 A interpretação/decodificação dos enfermeiros para as manifestações expressas pelo recém-nascido

Essa unidade temática foi construída a partir dos significados atribuídos às manifestações expressas pelo recém-nascido em situações específicas, de acordo com a percepção do enfermeiro e tendo como pano de fundo a Teoria Cinésica. Para Birdwhistell (1970, p. 70) “comunicação é um processo contínuo que utiliza os diversos canais e as suas combinações, como adequados para uma situação particular”.

Além dos diversos canais e combinações, Birdwistell (1970) aponta para uma regularidade sistemática nos movimentos que denotam estas situações particulares.

Ou seja, há uma tendência em repetir gestos/manifestações quando submetido a uma mesma situação.

A partir deste entendimento, essas combinações foram marcadas em prováveis situações presentes na internação neonatal, no intuito de organizar unidades de estudo, representativas do ambiente da UTI neonatal. Para cada momento sugerido (banho, dor, interação familiar), os depoentes relatavam qual sinal/manifestação (Kines/Kinemas) lhes era mais perceptível. Neste sentido, nossa análise versou sobre o fato de que para cada grupo de manifestações naquele contexto (UTI neonatal) é atribuída uma significação, ou seja, é realizada a decodificação da mensagem que o recém-nascido estaria transmitindo naquele momento. De uma linguagem corporal busca-se uma interpretação verbal.

Portanto, parte-se do pressuposto que cada gesto/manifestação do recém-nascido representa um emblema, ou seja, um movimento cinético realizado no intuito de suportar ou responder a uma determinada situação. Logo, os sinais pontuados pelos enfermeiros em nossa análise é a linguagem do recém-nascido para transmitir essa busca por adaptação ora positiva/adaptativa, ora negativa/não adaptativa.

Recém-nascido em situações de estresse e fadiga

As causas de estresse para o recém-nascido em uma UTI neonatal são variadas, elas incluem: ventilação prolongada, nutrição inadequada, episódios de queda de saturação de oxigênio, iluminação intensa, ruídos constantes além de múltiplos procedimentos (AYMAR; COUTINHO, 2008). Estes vários fatores além do estresse podem ocasionar ainda fadiga ao neonato, que passa a responder de diversas formas.

[...] quando ele está fadigado, é engraçado que ele faz aquela face de cansaço, ele mostra para gente aquela face de sofrimento, além do próprio morfológico da criança, você vê o tórax da criança mais distendido, a respiração com mais dificuldade, ele manifesta na frequência cardíaca, frequência respiratória [...] (Contrabaixo).

Verificamos que os sinais de estresse e fadiga não são apresentados de forma singular sendo, na maioria das falas, associados a sinais comportamentais e fisiológicos, como: dificuldade respiratória, alterações na frequência cardíaca, prostração, choro, sonolência e bocejos. Além disso, outra manifestação correlatada nos momentos de estresse e fadiga foi a alteração da expressão facial (caretas), fronte saliente, lábio encolhidinho, estreitamento da fenda palpebral e labial. Em

contraponto, alguns enfermeiros também detectaram o estresse através de manifestações de agitação.

[...] ele faz careta, respiração ofegante, com frequência respiratória maior, e careta junta, espreme a face, isso mesmo [...] (Fagote).

[...] geralmente é o choro, a face de dor, é o que você geralmente vê, lágrimas, às vezes fica bocejando demais, quando ta em tubo, muito bocejar, às vezes, movimentos rápidos, descontrolados [...] (Violoncelo).

De acordo com Aymar e Coutinho (2008) situações de estresse e fadiga do recém-nascido são manifestadas através de mímicas faciais, alteração de sinais fisiológicos, alterações de sono e irritabilidade. Ou seja, sinais fisiológicos e comportamentais adaptadores traduzem uma mensagem verbal para equipe de enfermagem de que “algo não vai bem” e que eles precisam “ajustar-se”.

Há adaptadores (Kines/Kinemas) representativos do estresse que pontuamos nas falas dos depoentes. Estes sinais auxiliaram na decodificação do real significado da mensagem do recém-nascido: “Estou estressado, fatigado”. Quando exteriorizam as seguintes manifestações:

Quadro 1 - Mensagem: Estresse e fadiga	
Enfermeiro (a)	Grupo de manifestações do recém-nascido: <i>Kines e/ou Kinemas de estresse e fadiga</i>
<i>Flauta</i>	Apatia, imobilidade, cansaço.
<i>Violino</i>	Agitação, alteração da expressão facial, choro, ativo.
<i>Tuba</i>	Choro, agitação.
<i>Bombo</i>	Taquicardia, respiração alterada, queda de saturação, agitação.
<i>Harpa</i>	Agitação
<i>Piano</i>	Alteração da frequência cardíaca, respiratória e saturação.
<i>Clarineteta</i>	Choro.
<i>Saxofone</i>	Irritabilidade
<i>Viola</i>	Postura extensora nos membros superiores e inferiores.
<i>Fagote</i>	Prostração.
<i>Trompete</i>	Irritado, inquieto, choro.
<i>Violoncelo</i>	Queda da saturação, alteração frequência cardíaca.
<i>Oboé</i>	Choro persistente, inquietação.
<i>Trombone</i>	Fronte saliente, lábio encolhidinho, fenda palpebral estreitada, face de cansaço, sofrimento, tórax distendido, respiração dificultada, alteração na frequência cardíaca e respiratória.

Continuação... Quadro 1 - Mensagem: Estresse e fadiga	
Enfermeiro (a)	Grupo de manifestações do recém-nascido: <i>Kines e/ou Kinemas de estresse e fadiga</i>
<i>Contrabaixo</i>	Irritabilidade, choro intenso, insônia, inquietação, desconforto.
<i>Flautim</i>	Prostração, sonolência e bocejos.

Fonte: autora

Observa-se que alguns emblemas como: choro intenso e persistente; irritação; prostração; inquietação e alteração cardíaca, respiratória e de saturação repetem-se nas falas. Ou seja, possíveis kines/kinemas formadores da significação da mensagem “estou estressado e fadigado”, no contexto da UTI neonatal.

Consoante, alguns destes adaptadores relacionados ao estresse e fadiga vivenciados pelos recém-nascidos são referidos por Tamez e Silva (2013), ao descrevem alterações sistêmicas e suas respectivas manifestações quando o recém-nascido encontra-se em situação de estresse:

- Sistema cardiorrespiratório: irregularidade na respiração, apneia, diminuição da oxigenação, aumento da pressão arterial, aumento das frequências cardíaca e respiratória;
- Pele: palidez, mosqueado e cianótico;
- Visceral: náusea, eructação, soluços, evacuação, flatulência e vômito;
- Sistema motor: flacidez, hiperextensão das extremidades, tremores;
- Nível de atenção: olhos vagando, sem manter contato visual, bocejo, espirro, irritabilidade e choro.

Pinto e outros (2008) expressam que o neonato pode apresentar ainda comportamentos de virar a cabeça para o lado oposto ao estímulo, cobrir o rosto com as mãos, usar o sono como refúgio, podendo também apresentar algumas manifestações fisiológicas como: hipotermia, aumento da frequência respiratória, respiração forçada e o aumento da taxa metabólica acompanhada de hipoglicemia, com nível de glicose sérica abaixo de 30mg/dl, antes do terceiro dia após o nascimento ou abaixo de 40mg/dl do terceiro dia em diante.

Frequentemente as manifestações de estresse e fadiga associam-se a excessiva manipulação do recém-nascido.

[...] a gente tá manipulando em excesso, é um profissional que vai lá e faz um procedimento, chega outro e faz outro, e aí vai fazer um conjunto de procedimentos que tá incomodando ele, então ele entra nesse processo de estresse e fadiga (Viola).

Diante da manipulação relatada, entende-se que estas manifestações do recém-nascido fazem parte de um comportamento de reação, oriundo do seu repertório gestual, em que de acordo com os preceitos cinésicos, representam uma linguagem de adaptação aos estímulos negativos. Com estas manifestações o neonato procura adaptar-se a situações que precisa suportar, a exemplo, o excesso de manipulação. Ele expressa com sinais fisiológicos e comportamentais para que seus receptores o compreendam e o deixe retornar ao estágio de equilíbrio e tranquilidade.

Recém-nascido mal adaptado ao meio extrauterino

A experiência vivenciada pelo recém-nascido em uma UTI Neonatal é bem diferente da experiência no ambiente uterino, uma vez que o meio uterino é ideal para o crescimento e desenvolvimento fetal, além disso, possui características como: temperatura agradável e constante, aconchego e sons diminuídos (REICHERT et al., 2007). Desse modo é esperado que o neonato apresente manifestações de má adaptação ao meio extrauterino.

[...] ele tá mal adaptado, acho que nunca vai ficar adaptado numa UTI, ele sempre vai ficar estressado, não é um ambiente que ele deveria estar, ele deveria estar em casa, ou no útero materno, ele não vai estar adaptado, porque não é natural estar dentro de um hospital (Trombone).

Percebe-se que o estresse, anteriormente relatado, muitas vezes é interpretado como uma má-adaptação ao meio extrauterino. No entanto, não se trata da mesma situação. Embora as manifestações relacionadas sejam semelhantes, perceptível nos depoimentos que referiram manifestações de choro, agitação, e alteração dos sinais fisiológicos, como relacionadas à má adaptação. Além destes, foram também relatados o desordenamento do recém-nascido e o afastamento ao contato, como principais sinais de má adaptação ao meio extrauterino. Ou mecanismos que refletem que elas estão tentando adaptar-se a este meio.

[...] ele fica alheio, ele não aceita que você pegue, quando você vai fazer algum carinho ele não gosta, (expressa com gestos) ele afasta [...] (Harpa).

[...] olha para o teto vê que é um ambiente estranho, já chora. A gente observa isso que chora, até no dia-a-dia [...], ela tá ali deitada, tá olhando para o lado do teto, já chora. Sente ameaçado, indefeso [...] (Clarinetista)

[...] Esse já é difícil (risos). Mas eu acredito que é a mesma coisa, ele também fica agitado, o choro é diferente [...] (Bombo)

Nesta situação, os adaptadores - Kines/Kinemas - recorrentes nas falas dos depoentes auxiliaram os enfermeiros a decodificar o real significado da mensagem do recém-nascido: “Não estou bem/adaptado fora do útero da minha mãe”. São eles:

Quadro 2 - Mensagem: Mal adaptado ao meio extrauterino	
Enfermeiro (a)	Grupo de manifestações do recém-nascido: <i>Kines e/ou Kinemas de má adaptação ao meio extrauterino</i>
<i>Flauta</i>	Não fica aconchegado no ninho, dificuldade de entrar no sono profundo, movimentos de braços e pernas buscando, não conseguem se alinhar, saturação prejudicada, maior movimentação.
<i>Violino</i>	Choro.
<i>Tuba</i>	Choro mais grave, agudo, agitação.
<i>Bombo</i>	Alteração nos sinais vitais.
<i>Harpa</i>	Recém-nascido alheio, não aceita colo, afastamento.
<i>Piano</i>	Muito incomodo
<i>Clarinetista</i>	Choro.
<i>Saxofone</i>	Irritabilidade, sem posição na incubadora.
<i>Viola</i>	Postura extensora nos membros superiores e inferiores.
<i>Fagote</i>	Desorganizado na incubadora, choro, agitação, insônia.
<i>Trompete</i>	Inquietação, agitação, choro, feição de não confortável.
<i>Violoncelo</i>	Inquieto
<i>Oboé</i>	Sem núcleos de sentido na resposta.
<i>Trombone</i>	Agitação, abalos, língua protusa e para fora, face de choro, desconforto.
<i>Contrabaixo</i>	Irritabilidade, choro intenso, insônia, inquietação, desconforto (<i>mesmas manifestações do estresse e fadiga para o depoente</i>).
<i>Flautim</i>	Desordenado, debatendo no leito.

Fonte: autora

É recorrente nos discursos indicadores de má adaptação ao meio extrauterino, manifestações como: choro grave; desordenação e dificuldade de alinhar-se; agitação; desconforto e afastamento. O recém-nascido utiliza mecanismos comunicativos adaptadores para demonstrar que está mal adaptado e busca com alguns movimentos a estabilidade e adaptação ao meio extrauterino.

Ao interpretar esses sinais de má-adaptação, os profissionais as relacionam às medidas de controle de estímulos ambientais. Uma vez que, segundo estes, há estímulos em uma UTI neonatal causadores dessa má adaptação, como: luminosidade, ruídos e manuseio excessivo. Desse modo os profissionais apontam medidas de alívio para minimizar desconfortos e desajustes.

[...] Uma coisa que a gente, tá, procura fazer é o controle da luz, entendeu, principalmente à noite, porque de dia é um pouco pior, mas a noite é onde acende muita luz, é o horário que ele deveria está bem tranquilo, então a gente tenta limitar bem esta situação principalmente o prematuro, a gente tenta fazer o mínimo toque. Quando entra a equipe, agora mesmo, até me chamou a médica, que horas você vai entrar ali, pra gente chegar todo mundo junto [...] (Violoncelo).

Além das medidas de controle de estímulos ambientais, percebe-se na fala de *Violoncelo* a preocupação da equipe em agrupar os cuidados e procedimentos num mesmo momento para evitar o constante e frequente manuseio do recém-nascido.

Este agrupamento de cuidados deve ser feito respeitando os ciclos de sono e as pistas emitidos pelo recém-nascido. Deve-se mantê-lo organizado durante a execução de cada procedimento, e após a realização destes, procurar garantir ao menos 60 minutos de tranquilidade, sem nenhum manuseio ou estimulação ao neonato (SILVA, 2006).

Recém-nascido submetido à intubação

Na internação neonatal, por vezes é necessário a realização de alguns procedimentos de risco no intuito de evitar e/ou tratar determinadas complicações que possam comprometer a vida dos recém-nascidos. Dentre estes procedimentos, destaca-se a intubação traqueal (MOURA, 2004).

A intubação traqueal é a colocação de um tubo dentro da traqueia, seja através da via oral ou nasal. Suas principais indicações para todas as idades são situações de emergência: parada cardiorrespiratória; insuficiência respiratória; hipoventilação; choque; coma; pós-operatório; politraumatismo; controle de

ventilação (PaCO₂) e administração de medicamentos como surfactante e aqueles indicados na parada cardiorrespiratória (MATSUMOTO; CARVALHO, 2007).

A intubação, se por um lado promove a manutenção da vida, por outro pode ocasionar alterações fisiológicas e traumatismos locais. Consoante, para Scochi et al., (2006) a intubação traqueal é reconhecida pelos enfermeiros(as) como uma das principais situações dolorosas em UTI neonatal. Além disso, independente da idade, todo paciente submetido à intubação é impedido de expressar-se verbal/oralmente (MARTINELLI, 2008).

Em nosso entendimento, por ser uma situação promotora de dor e desconforto e limitante da comunicação verbal, julgamo-la expressiva da comunicação não verbal do recém-nascido hospitalizado. De modo que questionamos os enfermeiros (as) sobre este momento.

Alguns enfermeiros (as) referem perceber sinais não verbais comunicativos de adaptação por meio de expressões como: face de dor, ruborização, língua protusa, expressão de incomodo. Além disso, relatam também sinais fisiológicos como alteração na frequência cardíaca e saturação.

[...] (pausa) sim eu percebo, o incomodo do tubo mesmo na boca, ele tá incomodado, torce a carinha, o rosto, dá para perceber que tá incomodado [...] (Fagote).

[...] ele manifesta fácies de dor geralmente, às vezes até lacrimeja, apresenta movimentos repetidos de braço, às vezes, fechamento e abertura das mãos, as vezes flexão e extensão das pernas, com muita rapidez, entendeu, como se estivesse batendo as perninhas[...] (Violoncelo).

Para os depoentes, tanto as manifestações fisiológicas, como comportamentais são manifestações adaptadoras que denotam incômodo e dor, ocasionados pelo tubo traqueal. Pela fala de *Violoncelo* percebe-se que alguns recém-nascidos rejeitam o tubo em uma atitude de fuga, seria como se expressassem o quanto o incomoda, debatendo-se no leito.

Quando intubado, o neonato manifesta-se ainda por gestos como: movimentos de mãos com fechamento e abertura ou em sentido ao tubo para retirá-lo, flexão e extensão das pernas e também emite sons, seria o chamado choro silencioso diante da dor, o recém-nascido abre sua boca e a sua língua fica em posição de taça (MARGOTTO; RODRIGUES, 2004).

[...] são diversos, mas você não ouve, escuta o choro porque principalmente porque a criança tá sedada. Então assim não tem essas expressões, mas

tem as vezes quando a sedação diminui um pouquinho aí você vê ele se debatendo, ele luta sempre contra o respirador, então o ciclo do respirador ele é diferente, ele cicla diferente, então se sabe lá tá brigando contra o respirador, entendeu [...] (Bombo)

[...] quando ele tá intubado eu sinto que ele tá pedindo ele não tá entendendo o que tá acontecendo 'me tira daqui' entendeu?![...] (Harpa)

Por outro lado, as manifestações dos recém-nascidos quando intubados, possuem uma interpretação/decodificação diferenciada em decorrência da vivência cotidiana dos enfermeiros (as) para alguns os recém-nascidos não manifestam sinais por estarem sedados, outros relatam perceber sua comunicação não verbal mesmo na situação de sedação.

Frente a esta dualidade, observa-se minimamente que a sedação é considerada uma limitação na interpretação da linguagem não verbal dos recém-nascidos. Muito embora, mesmo nesta situação, sejam observadas manifestações.

[...] se ele tiver sedado ele fica confortável, se ele não tiver sedado ele fica agitado (Flautim).

Percebe-se na fala de *Flautim*, uma diferenciação dos adaptadores, quando o recém-nascido está sedado ou não. De modo que quando está sedado este expressa: tranquilidade. E, sem o efeito da sedação manifesta agitação.

Os adaptadores, *Kines/Kinemas*, presentes na situação de intubação, de acordo com os enfermeiros, são manifestações que podem estar presentes tanto com sedação ou não. Estes auxiliam os enfermeiros a decodificar o real significado da mensagem do recém-nascido quando está com o tubo. Como ilustra a fala de Harpa é como se o recém-nascido expressasse: “*me tira daqui*” (*recém-nascido*).

Quadro 3 - Mensagem: Intubado	
Enfermeiro (a)	Grupo de manifestações do recém-nascido: <i>Kines e/ou Kinemas quando está intubado</i>
<i>Flauta</i>	FÁCIE de dor testa franzida.
<i>Violino</i>	Mais reativo
<i>Tuba</i>	Choro silencioso debate-se.
<i>Bombo</i>	Choro, mão contra o tubo, levanta as perninhas.
<i>Harpa</i>	Sinto ele pedir “me tira daqui”.
<i>Piano</i>	Inquietação, alteração na frequência cardíaca.

Continuação... Quadro 3 - Mensagem: Intubado	
Enfermeiro (a)	Grupo de manifestações do recém-nascido: <i>Kines e/ou Kinemas quando está intubado</i>
<i>Clarinetista</i>	Quietinho, “amoadado”.
<i>Saxofone</i>	Fácie de dor, lacrimeja, movimentos repentinos do braço, fechamento e abertura das mãos, flexão e extensão das pernas com muita rapidez, batendo as perninhas.
<i>Viola</i>	Incomodo, torce o rostinho.
<i>Fagote</i>	Queda de saturação, “briga” com o respirador.
<i>Trompete</i>	Incômodo, choro silencioso.
<i>Violoncelo</i>	<i>Fácie de dor.</i>
<i>Oboé</i>	Choro silencioso, queda de saturação, inquietação.
<i>Trombone</i>	Reflexo de vômito, língua protusa, ruborizado.
<i>Contrabaixo</i>	<i>Não sei te dizer.</i>
<i>Flautim</i>	Agitação (se não estiver sedado), tranquilo (sedado).

Fonte: autora

De modo geral é recorrente nas falas sinais como: choro silencioso; agitação para retirar o tubo, batendo e levantando as perninhas; abertura e fechamento das mãos; franzir a *fácie*; queda da saturação e *fácie* de dor. Também, chama-nos atenção o termo “briga com respirador”. Em nossa concepção uma manifestação de autorregulação de sua própria respiração, no sentido de retirar o tubo. Com exceção da fala sobre a sedação (que traduz tranquilidade), a mensagem que nos passa os adaptadores na situação de intubação é: “o tubo me incômoda”.

Recém-nascido com dor

A dor é conceituada como uma sensação desagradável, uma experiência individual e complexa que envolve o organismo como um todo e caracteriza-se pela complexidade, subjetividade e multidimensionalidade, acrescenta-se ainda que seja uma medida subjetiva para qual não é possível o acesso direto. Portanto, faz-se indispensável a expressão da dor por parte daquele que a sente (KRODI, 2009).

Sentir e expressar a dor são sinais de que algo não está bem em nosso organismo, ou, uma reação de proteção de nosso corpo e esse sentir torna-se tão essencial quanto a respiração e a alimentação, porém, em alguns momentos torna-se desnecessário e limitante. Sendo indispensável a realização de estudos,

providências, intervenções, para amenizá-la ou mesmo evitá-la. (NEVES; CORRÊA, 2008).

Nesse paradigma, o estudo da dor avançou muito nas últimas décadas tornando a sua avaliação e a intervenção uma preocupação crescente entre os profissionais de saúde (SILVA et al., 2007). Mesmo porque, sua avaliação passa a ser considerada como o “quinto sinal vital”, devendo ser avaliada a cada verificação de sinais (NEVES; CORRÊA, 2008). Além disso, as peculiaridades que envolvem o sentir e expressar a dor nos remetem a busca de conhecimentos sobre a comunicação, compreensão e o manejo da criança ou neonato submetido a cuidados intensivos, expostos a vários e sucessivos eventos estressantes e dolorosos. O que promove sua constante comunicação.

Neste estudo, as situações de dor são relatadas como momentos mais perceptíveis de manifestação da comunicação não verbal do recém-nascido, são adaptadores facilmente identificados pelos enfermeiros (as).

[...] A comunicação se torna mais evidente nos procedimentos dolorosos [...]
(Flauta)

[...] o recém-nascido não consegue falar nem expressar os seus sentimentos, então ele transmite através de alguns fatos, exemplo a dor [...]
(Violoncelo)

Percebe-se que devido à impossibilidade de verbalizar, a principal forma de um recém-nascido expressar a dor perpassa por atitudes comportamentais emblemáticas, gestos que traduzem uma mensagem verbal. Dessa forma, fica subentendido que a avaliação da dor em recém-nascido fundamenta-se na avaliação das respostas destes à dor. Estas respostas podem ser analisadas ainda a partir de alterações das medidas fisiológicas observadas antes, durante e depois de um estímulo potencialmente doloroso.

Segundo Cardoso e outros (2007), nas reações fisiológicas destaca-se o aumento da frequência cardíaca, respiratória e da pressão arterial, a diminuição da saturação de oxigênio, apneia e cianose. Consoante, Scochi e outros (2006) referem: expressão facial e o choro; testa enrugada, os olhos fechados e a boca aberta; movimentação corporal (extensão e flexão dos membros superiores e inferiores), agitação e irritabilidade/desconforto (SCOCHI et al.; 2006); reflexo de retirada, chutes (NÓBREGA et al.; 2007); a atividade motora (MEDEIROS et al.; 2007); acrescentando Setz e outros (2007) ainda referem a irritabilidade, a letargia, a

perda de apetite, distúrbios no padrão do sono e vigília, repouso voluntário, quietude ou inquietação aumentada, postura rígida, ausência de afetividade ou raiva, flexão e tremores das extremidades, resposta motora com a finalidade de afastar a região afetada em relação a fonte do estímulo doloroso, movimentação da cabeça de um lado para o outro ou puxar as orelhas durante a dor de ouvido (SETZ et al.; 2001).

Porém, é relevante destacar que muitas vezes não se sabe se a criança manifesta dor ou apenas desconforto ou incômodo ou sofrimento (BRASIL, 2002). Isso porque, as alterações fisiológicas referentes à dor dependem de características como: intensidade, duração, estímulos de caráter agudo ou crônico. Todos esses fatores podem ter efeitos variados e significativos em relação à percepção e experiência dolorosa do neonato. Sendo assim, ratifica-se a concepção da Teoria Cinésica de que toda manifestação corporal sofre influências do universo aonde encontram seus sujeitos e essas influências são externadas por meio das mensagens que o emissor deseja transmitir e o real significado que o receptor atribui a elas (BIRDWHISTELL, 1971).

Com enfoque aos sinais e manifestações de dor, alguns relatos apontam principalmente para sinais fisiológicos como: aumento da frequência cardíaca, queda da saturação e sudorese.

[...] ele fica taquicárdico, ou às vezes ele fica taquipneico, pode ter queda de saturação, é uma criança que fica mais agitada no leito, que você não consegue conter, mesmo com os rolinhos, com um ninho bem adaptado, é uma criança com difícil contenção, face de choro, a fenda labial estreita, a língua fica protusa, às vezes tudo ao mesmo tempo [...] (Trombone).

[...] então na verdade são sinais que eles apresentam quando estão com dor, geralmente é a face, a mímica de dor, geralmente ele encolhe, franzimento da testa, possui lágrimas, bocejamentos, às vezes coloca muito a mão ou tenta levar a mão aonde ou o local que ele está sentindo muita dor [...] (Violoncelo).

Há ainda uma resposta motora corporal, o que embora não corresponda a um sinal de forma exclusiva, os neonatos apresentam uma movimentação espontânea que é natural na sua comunicação. Porém, ainda assim é considerada uma das letras do alfabeto da comunicação de dor que precisa ser compreendida: fricção do calcanhar, rigidez do tórax, movimentos de flexão e extensão das extremidades são exemplos dessa resposta (GUINSBURG, 2010).

Alguns destes sinais foram mencionados pelos enfermeiros em cujas percepções observaram: a flexão e encolhimento de membros, agitação, desconforto e principalmente, o choro, como uma das principais manifestações apresentadas pelos recém-nascidos frente à dor.

[...] primeira manifestação da dor é o choro, o desconforto, ele fica muito inquieto. Você coloca ele numa posição e ele não fica satisfeito [...] (Saxofone).

[...] com dor, a principal demonstração acho que é o flexionar, a criança tende a se juntar, flexionar-se, a tirar também o membro do local [...] (Fagote).

[...] também essa coisa do choro intenso, sabe, um desconforto físico, que você percebe através de movimentos igual um adulto mesmo, ele encolhe, ele mexe, você vê que ele ta com dor (Flautim).

Além do choro, a mímica facial destaca-se como um dos elementos principais no estudo da expressão da dor dos recém-nascidos que são: olhos apertados, boca aberta e esticada, sulco naso-labial aprofundado, tremor de queixo, protusão de língua, fronte saliente, lábios entreabertos, lábios franzinos, língua tensa. Sinais e manifestações mencionados pelos sujeitos do estudo.

[...] Estar com dor é a expressão facial, a agitação, a questão do choro [...] (Bombo).

[...] intubado ou não, é a face, a mímica de dor, geralmente ele encolhe, franzi a testa, possui lágrimas, bocejamentos, às vezes, coloca muito a mão ou tenta levar a mão onde ou o local que ele está sentindo muita dor, então essas coisas são bem evidentes (Violoncelo).

Por fim, percebe-se que os sinais/manifestações (*kines/kinemas*) mais recorrentes nos relatos dos enfermeiros auxiliam na decodificação do significado da mensagem do recém-nascido: “*Estou sentindo dor*”. São eles:

Quadro 4 - Mensagem: sentindo dor	
Enfermeiro (a)	Grupo de manifestações do recém-nascido: <i>Kines e/ou Kinemas quando está sentindo dor</i>
<i>Flauta</i>	Alteração de frequência cardíaca, queda de saturação, semblante de choro, choro, sem movimento nenhum porque ele já passou por todas essas fases e já cansou e já não consegue mais manifestar, apático.

Continuação... Quadro 4 - Mensagem: sentindo dor	
Enfermeiro (a)	Grupo de manifestações do recém-nascido: <i>Kines e/ou Kinemas quando está sentindo dor</i>
<i>Violino</i>	Enruga testa, choro.
<i>Tuba</i>	Choro, sudoreico, taquicárdico, agitação.
<i>Bombo</i>	Oscilação dos parâmetros, choro.
<i>Harpa</i>	Ele fica "arredio".
<i>Piano</i>	Choro, taquicardia, hipotermia.
<i>Clarineta</i>	Choro
<i>Saxofone</i>	Desconforto, encolhido, franzimento da testa, lágrimas, bocejamentos, coloca muito a mão ou tenta levar a mão aonde está sentindo dor.
<i>Viola</i>	Flexão, a criança tende a juntar-se, tirar o membro do local.
<i>Fagote</i>	Choro, inquietação, resmunga.
<i>Trompeta</i>	Choro, inquietação, agitação, desconforto.
<i>Violoncelo</i>	Fácie de dor, alteração na frequência cardíaca e saturação.
<i>Oboé</i>	Choro persistente.
<i>Trombone</i>	Taquicárdico, taquipneico, queda de saturação, agitação, face de choro, fenda labial estreita, língua protusa.
<i>Contrabaixo</i>	Choro intenso, desconforto físico, encolhe, mexe.
<i>Flautim</i>	Franzir de testa, choro, desconforto geral, aumento frequência cardíaca, queda de saturação.

Fonte: autora

Percebe-se que alguns adaptadores como: choro; alteração da frequência cardíaca e respiratória; saturação; sudorese; franzir de testa; encolhimento e caretas representam os principais kinemas formadores da significação da mensagem "estou sentindo dor", no contexto da UTI neonatal.

Observa-se pela amplitude de *kines* e *kinemas* de dor citados pelos depoentes que estas embora pareçam ser manifestações de fácil leitura, o enfermeiro interpreta a situação dolorosa, mas tem dificuldades em sua avaliação. O que, talvez, se oponha para que isso aconteça seja a limitação em qualificar um fenômeno subjetivo e abstrato (SOUSA et al., 2006).

A falta de treinamento na avaliação da dor e dificuldades objetivas devido à ausência de comunicação verbal clara são outros fatores que contribuem para o tratamento insuficiente da mesma em recém-nascidos. Embora medidas farmacológicas e não farmacológicas seguras já estejam bem estabelecidas, mesmo para recém-nascidos pré-termo escalas de dor válidas ou indicadores comportamentais e fisiológicos sejam disponíveis, estes recursos não são rotineiramente utilizados na maioria das UTI Neonatais e variam consideravelmente, dependendo da situação clínica.

Esta dificuldade na avaliação pode ocasionar um aspecto negativo no quadro clínico do recém-nascido, o que justifica a necessidade do enfermeiro avaliar, prescrever e realizar cuidados complementares ao alívio da dor (KRODI, 2009). Mesmo porque, calcula-se que, como parte dos cuidados de rotina nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais, cada recém-nascido gravemente doente é submetido de 50 a 150 procedimentos dolorosos por dia. Por isso, torna-se imprescindível interpretar/decodificar, saber avaliar a dor e estabelecer adequada intervenção, no sentido de diminuir e/ou evitar efeitos nocivos para o desenvolvimento do recém-nascido, além de contribuir para uma recuperação mais rápida e para a qualidade da assistência prestada (SOUSA et al., 2006).

Recém-nascido quando recebe o toque

A pele é o primeiro meio de comunicação, mais eficiente, protetor e constitui grande veículo para absorção e/ou eliminação de cargas psíquicas: emocionais ou físicas de frio ou calor. É o espelho do funcionamento do organismo, sua cor, textura, umidade, secura, reflete o estado de ser; os tremores, a sudorese e o aumento nas concentrações de catecolaminas, hormônio do crescimento, glucagon, cortisol, aldosterona e outros corticosteróides, bem como a supressão da secreção de insulina (CARDOSO et al., 2007).

Além disso, tocar a pele do outro implica em: ir ao encontro, apalpar, sensibilizar, aplicar o sentido do tato, fazer notar a presença, cumprimentar, confortar. De modo geral, a vivência humana está associada ao toque como uma forma de comunicação. Neste sentido, o ato de tocar resguarda inúmeras representações para cada indivíduo, estas representações ocorrem de acordo com o contexto sociocultural em que esteja inserido (LOPES et al., 2009).

Consoante, o cuidado estabelecido através do toque, no contexto cultural de cada um é identificado pela visão de mundo, estrutura social e linguagem do grupo (LEINIGER, 2006). Sofrendo influências de aspectos como a sensualidade, privacidade, crenças e alterações sensoriais (patologias). Sensual porque exercita o prazer dos sentidos e privacidade porque envolve a permissão social para tocar o corpo do outro (MIRANDA; SOBRAL, 1992).

O toque vai além de um mero contato físico, ele é uma porta aberta à troca energética entre dois seres humanos (SÁ, 2001, p.69). Sendo também, uma necessidade básica do ser humano que precisa ser satisfeita para que o organismo sobreviva (PINTO; ROCHA; SILVA, 2002, p.31).

No âmbito da comunicação não verbal, pode-se dizer que o toque está inserido num conjunto de manifestações que possibilitam a enfermagem aproximar-se de forma solidária e compreensiva do outro, além das habilidades técnicas (DIAS, et al., 2008). Para Figueiredo (1994, p. 30): *As mãos da enfermeira (o) são aquelas que mais tocam o corpo do cliente*. E, é por este mesmo toque que a enfermagem, os familiares e o próprio recém-nascido internado em UTI neonatal trocam/compartilham sentimentos e manifestações: carinho, afeto, aproximação ou mesmo agressão e dor.

No neonato o sentido do tato é ativado bem antes do nascimento, uma vez que os recém-nascidos estão cercados e são acariciados por fluidos e tecidos quentes desde o início da vida fetal. Depois do nascimento, eles continuam a gostar da proximidade, de calor e de consolo tátil.

É através do toque que o recém-nascido está constantemente recebendo e respondendo a estímulos do ambiente, sendo um dos gatilhos que desencadeiam suas respostas. Os recém-nascidos gostam de toques suaves e movimentos rítmicos. Mesmo dentro do útero, o feto se acostumou a ser embalado pelos movimentos da mãe. Logo após o nascimento, o toque junto ao corpo o acalma - isso pode ser visualizado mesmo em atividades rotineiras: durante a amamentação; banho; troca de roupas e fralda; segurá-lo; andar com ele (a) nos braços. Isto posto, o toque estimula os sentidos e o movimento dos recém-nascidos (MEYERHOFF, 200-).

Menon (2009) utiliza das colocações de Watson (1975) ao distinguir o toque entre o enfermeiro e o neonato em três tipos: o toque afetivo que não faz parte dos procedimentos; o toque instrumental que ocorre quando o profissional vai realizar uma técnica e o toque instrumental-afetivo, que se refere a uma combinação dos dois tipos citados.

No acorde e complementando, os depoentes referem existir toques que “confortam” e/ou “machucam”.

[...] depende do toque, depende quando você toca o recém-nascido, se você tocar ele pra confortar, o meio que você toca ele, ele vai te responder bem, se for um prematuro extremo e você não tocar e sim esfregar o recém-nascido aí a reação vai ser diferente, entendeu (Piano).

Depende da forma do toque, às vezes, uma coisa que eu achei muito interessante, é que as vezes a criança está dentro da incubadora, até os pequenininhos que são considerados o mínimo toque e as vezes naquela irritabilidade, naquele choro, naquele incomodo, quando você toca ele, as vezes ele vai segurar no seu dedo. Só dele segurar no seu dedo ele acalma é impressionante isso, você vê que ele parece protegido, tem alguém perto de mim, me dando atenção, me dando carinho, esta comigo aqui, eu não estou sozinho, nesse ambiente [...] (Contrabaixo).

A fala de *Contrabaixo* evidencia o aspecto de proteção e afeto que pode ser transmitido pelo toque do enfermeiro (a) ao recém-nascido. O toque adequado e com efeitos positivos além de promover o relaxamento, reduz o estresse, a ansiedade e a dor; promove a sensação de bem-estar, acelera o processo de cura, alivia doenças psicossomáticas; acolhendo quem o recebe.

Consoante, o toque é uma das dimensões da comunicação não verbal estudadas pela Teoria Cinésica. A ele são associados tanto manifestações positivas como negativas, como evidenciam as falas de *Piano* e *Contrabaixo*. O toque com inferências positivas acalma e tranquiliza o recém-nascido, um destes tipos é o toque terapêutico.

O toque terapêutico baseia-se no uso consciente das mãos para harmonizar o campo de energia do cliente, pode ser considerada uma interpretação contemporânea para antigas técnicas de cura. A técnica do toque terapêutico pode ser dividida em quatro fases: a centralização da consciência, a avaliação do campo de energia do paciente, o reequilíbrio ou repadronização da energia e a reavaliação do campo de energia do paciente (KRIEGER, 1995). Para Ackermam (1996) os

recém-nascidos que recebem o toque terapêutico podem ter um ganho de peso 50% a mais do que os neonatos que não recebe este tipo de toque.

[...] um momento especial ali, você tem as vezes com um toque um diferencial, você tá ofertando um cuidado você acaba acalmando essa criança, então o toque geralmente faz bem pra ele, então eu acho que ele se senti mais protegido (Violino).

[...] um toque diferente, é um toque acolhedor que você tem que dar, de pegar as vezes na cabecinha só e confortar ele, nada de você ficar passando mãozinha (enfermeira faz gestos demonstrando), igual a gente tem mania em criança, vamos fazer carinho, não!! criança não quer isso, principalmente os nossos aqui, o mínimo toque, porque são recém-nascidos com 600, 700, 800 gramas. Se você fica estimulando, tem perda calórica, então você não pode. E questão de infecção também, o nosso foco é diferente. Nos até evitamos (Tuba).

No depoimento de *Tuba* há menção ao “mínimo toque” como um toque adequado ao recém-nascido na UTI neonatal. O mínimo toque envolve algumas posturas da equipe de enfermagem, como conversar com o recém-nascido antes de realizar o procedimento, criando um vínculo de confiança. Falar antes de tocar, não expor ele a mais de uma estimulação ao mesmo tempo, evitar o menor sinal de estresse possível. Para Winnicott (1969) chama-se “contato sem atividade”. Nessa relação estabelecida cria-se o vínculo com o recém-nascido sem a necessidade de tocá-lo para muito estimulá-lo, no alcance de um toque mínimo (FARIAS; OLIVEIRA, 2012).

Deste modo, observa-se a interação comunicacional através do toque como um instrumento de cuidado essencial na manutenção do conforto na vida extra-uterina. O que torna salutar que os enfermeiros vejam o toque também como um canal de comunicação, evidentemente com bom senso para não torná-lo algo desgastante para o recém-nascido.

O popularmente chamado “toque inadequado” pode ocasionar manifestações decodificadas como negativas: que repelem, ocasionando desconforto e irritabilidade. Dentre as manifestações negativas evidenciadas após ou durante este tipo de toque estão: o susto, a irritação, agitação ou mesmo fúrias de dor.

[...] muitas vezes ele leva susto ao momento, às vezes se irrita, principalmente quando ele tá em repouso, dormindo em paz e às vezes a gente incomoda o individuo naquele horário, ele geralmente leva susto, ai ele fica irritado, porque na verdade ele tava descansando, e você mexeu, geralmente ele apresenta o choro [...] (Violoncelo).

[...] então as vezes a gente orienta muito os pais, as vezes eles tem mania de chegar e fazer carinho na criança, friccionar, isso pra criança é um estímulo estressante. A criança já é prematura, então há terminações nervosas deles devido a má formação, a prematuridade. Então ele entende aquilo como um processo doloroso, então é uma criança que fica agitada, às vezes é uma criança que não aceita o toque, ele encolhe, ele dá um sobressalto, ele abala, ele realmente muda também [...] (Contrabaixo).

Algumas vezes as manifestações expressas por *Violoncelo* e *Contrabaixo* provêm do toque inadequado do excessivo manuseio. Este pode originar respostas de estresse comportamental: reflexo de susto, aumento da movimentação, agitação e/ou choro.

Tanto os sinais/manifestações (*Kines/Kinemas*) positivos, como negativos foram pontuados nos relatos dos enfermeiros. Sua frequência auxilia na decodificação do significado das mensagens do recém-nascido: “*Estou bem com seu toque, continue!*” ou “*Você está me fazendo mal, não me toque!*”. São eles:

Quadro 5 - Mensagem: quando tocado	
Enfermeiro (a)	Grupo de manifestações do recém-nascido: <i>Kines e/ou Kinemas quando tocado</i>
<i>Flauta</i>	Conforto, aconchego, tranquilidade ou desconforto.
<i>Violino</i>	Calma.
<i>Tuba</i>	Estresse, desconforto.
<i>Bombo</i>	Desconforto ou conforto, calma.
<i>Harpa</i>	Calma ou estresse.
<i>Piano</i>	Conforto ou desconforto.
<i>Clarineta</i>	Inquieto, choro.
<i>Saxofone</i>	Susto, irritabilidade, choro.
<i>Viola</i>	Conforto, incômodo.
<i>Fagote</i>	Param de chorar.
<i>Trompete</i>	Aconchego, acolhimento.
<i>Violoncelo</i>	Calmo, tranquilo, desconforto, choro.
<i>Oboé</i>	Param de chorar.
<i>Trombone</i>	Estresse, agitação, ele encolhe, ele dá um sobressalto, ele abala, ele realmente muda quando tocado.
<i>Contrabaixo</i>	Acalma.
<i>Flautin</i>	Choro, estresse, queda de saturação, alteração na frequência cardíaca.

Fonte: autora

Percebe-se que algumas manifestações como: conforto, tranquilidade, calma e cessão do choro denotam que o recém-nascido sente-se bem com o toque e expressa isto, como suposição a mensagem “*Estou bem, com seu toque, continue!*”. Mas há adaptadores com significância negativa: desconforto, inquietação, estresse, susto, alteração na frequência cardíaca e respiratória e queda de saturação. Estes adaptadores representam *kinemas* formadores da significação da mensagem “este toque está me fazendo mal”, no contexto da UTI neonatal.

Antes, ou no decorrer da decodificação destas mensagens negativas, os enfermeiros procuram estabelecer estratégias, como o mínimo toque, o agrupamento de cuidados num mesmo horário, respeitando os momentos de descanso do neonato, a orientação familiar sobre a forma adequada de tocar o recém-nascido e demais.

Para Klaus e Kennel (2001) se um bebê de baixo peso é tocado, embalado, acariciado, abraçado diariamente ou se conversarmos com ele durante sua permanência na enfermaria, ele poderá apresentar menos pausas respiratórias, ganho de peso e um progresso mais rápido em algumas áreas de maior funcionamento cerebral que pode persistir por meses após a alta.

Por fim, parte-se do pressuposto que o toque e as massagens apropriadas parecem ativar várias respostas fisiológicas e emocionais que podem tranquilizar, relaxar, aumentar o conforto do neonato e a produção de hormônios do crescimento auxiliando o sistema imunológico (KLAUS; KENNEL, 2001).

Deste modo, as manifestações positivas em relação ao toque não devem ser pontuais, mas sim uma constante no ambiente da UTI neonatal. Almeja-se que com os relatos seja uma realidade cotidiana.

[...] ele manifesta, parece que ele tem uma sensação de aconchego, sabe?! de acolhimento [...] (Saxofone).

[...] se ele não está com dor, eles gostam do toque, ele já para de chorar, entendeu, ao toque ele para de chorar na mesma hora é instantâneo [...] (Trompete).

[...] se você toca pra confortar, o meio que você toca ele, ele vai responder bem [...] (Viola).

Saxofone, Trompete e Viola ilustram as manifestações positivas decorrente do toque, congruentes à fala de Ackermam (1993, p. 102): Com o toque pode-se transmitir mais amor em cinco segundos do que através de palavras em cinco minutos.

Recém-nascido em situações de equilíbrio e estabilidade

Considera-se, também, importante discutir as manifestações apresentadas quando o recém-nascido está equilibrado. Neste sentido, Rolim e Cardoso (2006) mencionam algumas manifestações: frequência cardíaca e respiratória regular; boa oxigenação; cor da pele estável; funções digestivas estáveis; ocasionais sustos ou estremecimentos; tônus muscular mantido; aconchego; sorriso; busca de sucção; movimentos suaves e coordenados; olhar interessado; sono profundo; dirigir o rosto para a voz; elevação das sobrancelhas; imitação das expressões faciais.

Algumas dessas manifestações foram presentes.

[...] quando ta em equilíbrio, ele fica tranquilo, quietinho na incubadora, sem choro, fica organizadinho [...] (Trompete).

[...] equilibrado ele fica respirando bem, com frequência cardíaca e frequência respiratória normal, geralmente eupnéico e temperatura boa [...] (Fagote).

[...] percebo como um momento de muita paz, tudo fica muito regular na criança, sono tranquilo, os sinais vitais ficam extremamente estáveis, ele demonstra regularidade [...] (Flautim).

Observa-se pelas falas uma organização e tranquilidades veladas quando a criança está em equilíbrio e estabilidade na UTI Neonatal. No entendimento dessa organização do recém-nascido, em especial o pré-termo, a Teoria sincrono-ativa Heidelise Als (2009) nos conduzem ao entendimento dessa organização comportamental do recém-nascido e o seu desenvolvimento como uma relação entre o equilíbrio da criança e sua interação com o ambiente e os subsistemas: autonômico, motor, de estados comportamentais, de atenção-interação e regulação. Essa teoria identifica o limiar de equilíbrio e estabilidade do recém-nascido como a sua capacidade de autorregulação e sua “real” disponibilidade de energia para procedimentos clínicos de acordo com o funcionamento dos subsistemas.

Corroboram neste sentido as concepções da Teoria Cinética cujas formulações e emissões de mensagens envolvem o aspecto integrador do processo comunicativo, sua interação constante com o que está a sua volta, incluindo operações comportamentais que são a manutenção e regulação do sistema comunicacional e relatos de uma situação particular para o entendimento de um contexto mais amplo de interação (BIRDWHISTELL, 1971).

Os subsistemas do recém-nascido são interligados, interativos e promovem o estado de equilíbrio/homeostase da criança. Devido a esta interdependência, pode-se observar que, se existe uma desorganização de um determinado subsistema, isso acarretará na sobrecarga dos demais e será manifestada pelo neonato como alterações dos seus comportamentos (BRASIL, 2011; KUDO et al., 1997; MONTEIRO, 2007; PÊGO, 2007).

Segundo a abordagem síncrono-ativa, as alterações comportamentais dos recém-nascidos em resposta aos estímulos advindos do meio são observáveis, sendo nomeadas como sinais comunicativos de aproximação ou retraimento (ALS, 2009; BRASIL, 2011; KUDO et al., 1997).

Os sinais/manifestações (*kines/Kinemas*) de equilíbrio/estabilidade foram recorrentes nas falas dos enfermeiros (as), sua frequência auxilia na decodificação do significado das mensagens do recém-nascido: “Estou bem, equilibrado, aproxime-se!”. Denotam aproximação interacional a despeito das teorias de Heidelise Als, com conseqüente reflexo do meio em que está inserido, como sugere Birdwhistell. São eles:

Quadro 6 - Mensagem: equilibrado e estável	
Enfermeiro (a)	Grupo de manifestações do recém-nascido: <i>Kines e/ou Kinemas quando está equilibrado e estável</i>
<i>Flauta</i>	criança fletida, aconchegada, dormindo, calminha, tranquila, parâmetros estáveis.
<i>Violino</i>	Calma.
<i>Tuba</i>	Calma, tranquila, serena.
<i>Bombo</i>	alimenta de forma adequada no seio materno, por sucção ou gavagem, parâmetros adequados.
<i>Harpa</i>	Dorme, aceita manuseio/procedimentos.
<i>Piano</i>	Quietinha, saturação e frequência estáveis.
<i>Clarineta</i>	Sorriso ao toque.

Continuação... Quadro 6 - Mensagem: equilibrado e estável	
Enfermeiro (a)	Grupo de manifestações do recém-nascido: <i>Kines e/ou Kinemas quando está equilibrado e estável</i>
<i>Saxofone</i>	Bem-estar, tranquilidade, sono, emite sons, esboça sorriso.
<i>Viola</i>	Flexionado, face tranquila, respira bem, frequência cardíaca e respiratória estáveis, eupneico, temperatura adequada.
<i>Fagote</i>	Tranquilo, quietinho, sem choro, organizado.
<i>Trompete</i>	Tranquilo, dormindo muito.
<i>Violoncelo</i>	Sono tranquilo.
<i>Oboé</i>	<i>Não respondeu a pergunta</i>
<i>Trombone</i>	Calma, levanta os braçinhos, face serena, frequência cardíaca e respiratória normal.
<i>Contrabaixo</i>	“Em paz”, tudo normal, não chora, sono tranquilo, sinais vitais estáveis.
<i>Flautim</i>	Sono estável, boa saturação, “a gente fala que é o neném bonitinho”, frequência cardíaca boa, sem sinal de desconforto.

Fonte: autora

Percebe-se que algumas manifestações como: aconchego; tranquilidade; parâmetros estáveis; e aproximação, com sorrisos ao toque, sucção desejável ao seio, aceita manuseio e procedimentos. Sugerem que o recém-nascido está estável, organizado e equilibrado e expressa isso, com vistas à mensagem “Estou organizado, aceito sua aproximação/interação!”.

Os sinais de aproximação indicarão que o recém-nascido está recebendo uma quantidade de estimulação e interação adequada convidando o profissional a intervir com ele. Os sinais de retraimento indicam que o bebê está muito estressado e as estimulações excessivas devem ser gradativamente retiradas indicando ao profissional a necessidade de esperar um momento mais adequado para realizar a intervenção.

Ao apresentar uma respiração calma, pulso regular, coloração cutânea rosada, estável e sem alterações viscerais o neonato demonstra capacidade de gerir estímulos internos e externos. Assim, a postura harmoniosa, o equilíbrio entre flexão e extensão débil ou hipertônias, o uso das mãos seja segurando objetos levando a mão à boca ou à face, sugando o dedo ou realizando movimentos bucais solicitando sucção, podem ser afetados na presença de estresse, caracterizando uma desorganização de membros e flacidez motora. Portanto, reconhecer essa

linguagem não verbal nesta situação (equilíbrio/estabilidade) é uma das estratégias para o cuidado humanizado no cenário da UTI Neonatal (ROLIM; CARDOSO, 2006).

Recém-nascido durante a amamentação

De acordo com Freud (1974) parte da mente humana se desenvolve na mais tenra idade, sentimentos e fantasias que deixam marcas e mantêm-se ativos e contínuos ao longo da vida humana. Consoante, no âmbito da psicanálise concebe significativa relevância aos vínculos afetivos estabelecidos nesta fase, através da oralidade para o processo de aquisição da identidade humana (SILVA; DAUBER, 2008).

Neste entendimento, para Freud, quando o recém-nascido grita e/ou chora quando quer o seio, há uma comunicação estabelecida entre a criança e a mãe que oferecerá o seio para acalmá-lo. Essa compreensão mútua concebe significativa importância à amamentação para o desenvolvimento da linguagem. Pode-se dizer que desde a suas origens, a criança está envolvida no “grande outro” (mãe). A criança anseia pelo outro que é o lugar onde primeiramente estabelece a linguagem e o simbólico, sendo este a mãe presente nos momentos de cuidado, como a amamentação (QUEIROZ, 2005).

A amamentação é concebida como um dos principais momentos de manifestação não verbal do recém-nascido. O ato que envolve a amamentação é uma interação social (comunicativa) estabelecida entre o binômio mãe e filho, no intuito de suprir uma necessidade humana básica - a alimentação. Trata-se de um momento singular que revela variáveis ambientais, culturais e sociais diferenciadas.

Afinal, é concebível que as mães possuem crenças, valores, normas e padrões de vida praticados e apreendidos que foram e são compartilhados/transmitidos através de suas mães, avós e vizinhas, ou outros membros de seu convívio social, capazes de influenciar seu pensar, agir e decidir (MACHADO, 2002). Consoante, Leninger (2006) refere que práticas de cuidado à saúde, tanto profissionais como populares, derivam da cultura e influenciam as práticas e os sistemas de enfermagem. Neste, inclui-se comunicação.

Na Teoria Cinésica, Birdwhistell (1971, p.173) ratifica essa ideia: *“Embora o comportamento/movimento do corpo seja baseado na estrutura fisiológica, os aspectos comunicativos desse comportamento são modelados pela experiência social e cultural”*.

No tocante a comunicação da mãe com seu filho passa a ser um intercâmbio: enquanto ela o alimenta ou responde a outras necessidades como troca de fraldas, banho ou aconchego, o recém-nascido responde com os seus próprios recursos através de mímicas, vocalizações, sorrisos, choro, dormir ou mamar. Com isso, a relação entre mãe e filho torna-se um verdadeiro diálogo (FINNIE, 2000; MORIZOT, 1999).

A literatura nos aponta que durante o aleitamento algumas manifestações comunicacionais podem ser observadas como: o contato olho a olho mãe/recém-nascido e a reação do neonato quando a mãe conversa com alguém durante a amamentação. Neste caso normalmente observa-se que o neonato para de sugar ou altera seu ritmo de sucção prestando atenção na mãe. O lactente age tanto sobre a sua mãe por meio de seus olhares, sorrisos, mímicas, quanto a mãe sobre o seu recém-nascido por meio de palavras, gestos e toques que possuem um efeito tranquilizador. Um sistema de comunicação equilibrado entre a mãe e o lactente irá orientar e facilitar a intervenção da mãe com relação à criança e a consequente formação do vínculo que vai se solidificando no desenrolar da interação (FINNIE, 2000).

Percebemos que neste momento é evidente pelos gestos e comportamentos do neonato uma comunicação não-verbal, representada pela cinésica de adaptação a amamentação e vínculo materno.

[...] os primeiros momentos de amamentação normalmente são estressantes para o recém-nascido porque o posicionamento pra mãe ainda é muito novo! O receio do primeiro contato também é muito novo, o recém-nascido tá buscando a dieta de uma maneira fisiológica lá sugando ao seio, mas tão logo ele se aconchega e se posiciona a gente observa que tem um equilíbrio entre os dois (Violino)

[...] Ah é um momento muito importante, você vê que apesar daquele estresse, que a pega não é correta ainda, mas o vínculo com a mãe, você vê que a maioria deles ficam bem tranquilos, é um momento mesmo de aconchego, que eles parecem que esquecem o mundo, só quer mamar ali (risos) entendeu?! É uma situação muito bonita de se ver [...]. (Bombo)

[...] Depende!...a maioria na amamentação interage muito bem com a mãe, ele sabe que é a mãe, ele conhece a mãe muito bem. Mas um ou outro caso ele fica ...O início é muito difícil porque nem ele sabe, nem a mãe sabe, então ele fica de lado. Mas quando ele consegue perceber que aquilo ali é bom nossa é maravilhoso. (Harpa)

Na amamentação é estabelecida a interação da comunicação interpessoal entre o recém-nascido pré-verbal - que utiliza-se de uma linguagem própria para manifestar-se - e a mãe que possui uma extrema sensibilidade a todos os sinais e manifestações do recém-nascido (DELGADO; ZORZETTO, 2003). Em suas observações, Winnicott (2006) define os primeiros momentos de contato das mulheres/mães com seus recém-nascidos como *Preocupação Materna Primária*, uma fase de especial sensibilidade materna, em que esta se afasta de todos os seus demais interesses, pessoais, sociais e outros. Nessa fase a mãe é capaz de captar e decodificar os sinais de seu filho, interpretando com eficácia o que seu recém-nascido deseja e como fazer para agradá-lo.

Para Winnicott (1964), a amamentação é a oportunidade na qual ocorrem as primeiras comunicações entre a mãe e o recém-nascido. Esse momento pode ser considerado uma base para as experiências futuras do recém-nascido sempre que estiver em meio com seus instintos. Essa interação ocorre através do *holding*, *handling* e *object presentation*:

– *Holding* (o segurar): envolve um colo físico e psicológico que protege o recém-nascido das *intrusões* do mundo externo que são acompanhados por agonias primitivas como um retorno a um estado não integrado, estado de confusão, ser deixado cair ou cair eternamente e a organização de defesas primitivas. O colo da mãe oferece sustento, aquece e protege a criança contra danos reais e fantasiados. Apesar da cinésica, por facilitar o processo de interação, o estar no colo materno durante a amamentação pode favorecer manifestações de gestos que denotam conforto, proteção, tranquilidade.

– *Handling* (manipular): envolve os cuidados físicos direcionados à criança, proporcionando a integração psicossomática. Entendida como a possibilidade de surgir o psique a partir da elaboração imaginativa das experiências e sensações vividas no corpo, unindo a eles e dando origem à unidade psique-soma (WINNICOTT, 1954; 1949). As doenças psicossomáticas são ilustrações de experiências que não ocorreram bem nos estágios iniciais. Durante a amamentação estes cuidados podem estar presentes na posição em que a criança é colocada, no ajuste (pega) ao seio, nos toques realizados pela mãe. Além disso, o *Handling* pode ocorrer em diversos momentos durante a internação neonatal, implicando na frequente manifestação de respostas não verbais adaptadoras decorrentes do ato de ser manuseado.

– Object presentation (apresentação de objetos): situação em que a realidade externa é apresentada ao recém-nascido. Neste momento a mãe pode-se colocar como filtro que simplifica e adapta a realidade às necessidades e habilidades da criança. A mãe pode apresentar o mundo à criança gradualmente de modo a não interromper sua vivência de continuidade. Nesta situação é que ocorre a fusão da base de relacionamentos em que a mãe e o adulto estabelecerão com o mundo externo e seus objetos, como a perda desta capacidade. Assim, pode-se dizer que o primeiro objeto real do recém-nascido é o seio materno, é o primeiro contato real que ele reconhece e toca. Sua interação/ comunicação primária se dá com a mãe, posteriormente com outros objetos/mecanismos que estão à sua volta.

Em todo este processo que envolve a amamentação, a equipe de enfermagem deve ser facilitadora dessa interação e consequente comunicação, compreendendo as mensagens do neonato em suas experiências de comunicação com a mãe e com o mundo à sua volta. Como refere Pilotto (2009) seria uma espécie de boas vindas ao mundo, realizada pelas relações comunicações entre a tríade: recém-nascido, família e enfermagem. De modo que, para que esta tríade interaja plenamente é necessário que os sinais/ manifestações do recém-nascidos sejam reconhecidos e decodificados no intuito de facilitar o ato de alimentar da criança.

Os sinais/manifestações (*Kines/Kinemas*) pontuados pelos enfermeiros(as) como recorrentes durante a amamentação auxiliam na decodificação do significado das mensagens do recém-nascido quando em interação com sua mãe durante a amamentação. A frequência destes adaptadores auxilia na decodificação do significado das mensagens do recém-nascido: “Este momento está sendo para mim!” ou “Algo não está bom, não consigo alimentar como desejo!”.

Quadro 7 - Mensagem: durante a amamentação	
Enfermeiro (a)	Grupo de manifestações do recém-nascido: <i>Kines e/ou Kinemas durante a amamentação</i>
<i>Flauta</i>	Equilíbrio, estresse.
<i>Violino</i>	Não sei dizer.
<i>Tuba</i>	Tranquilidade.
<i>Bombo</i>	Diminuição da ansiedade, prazer.
<i>Harpa</i>	Interação.
<i>Piano</i>	Tranquilidade.
<i>Clarineta</i>	Relaxado(a), tranquilo.

Continuação... Quadro 7 - Mensagem: durante a amamentação	
Enfermeiro (a)	Grupo de manifestações do recém-nascido: <i>Kines e/ou Kinemas durante a amamentação</i>
<i>Saxofone</i>	Irritação, choro, “berro”, interação,
<i>Viola</i>	Busca, prazer.
<i>Fagote</i>	Tranquilidade.
<i>Trompete</i>	Calma, “demonstra acolhimento”
<i>Violoncelo</i>	Tranquila, calma.
<i>Oboé</i>	Normal.
<i>Trombone</i>	Tranquila, sinais vitais estáveis, “criança confortável”, irritado.
<i>Contrabaixo</i>	Prazer, conforto, aconchego, dorme.
<i>Flautim</i>	Confortável, estável, estresse, franzir de testa, choro, agitação, agitação.

Fonte: autora

Observa-se que durante a amamentação são recorrentes manifestações como tranquilidade, equilíbrio, conforto, aconchego, busca, prazer. Tais manifestações podem denotar a plena interação ocorrida entre o recém-nascido e sua mãe, no cenário da UTI neonatal, refletindo a resolutividade da amamentação para o desenvolvimento e recuperação da criança. Por outro lado há relatos de estresse no neonato que, de acordo com a depoente que mencionou esta manifestação, é decorrente de dificuldades nos momentos iniciais da amamentação, devido à pega incorreta da criança e dificuldades da mãe em acomodar o filho no seio.

Há razões fisiológicas, comportamentais e por vezes subjetivas que implicam no processo de amamentação, como: ingurgitamento mamário por repleção excessiva ou por retenção do leite; as mastites, inflamação das mamas; seios dolorosos; ferimento dos mamilos (gretas ou fissuras). Ainda, razões subjetivas decorrente de crenças maternas como: “pouco leite”, insuficiência quantitativa da produção de leite e “leite fraco”, deficiência qualitativa do leite produzido ou dificuldades pessoais em amamentar. O aconselhamento nestas situações é direcionada para a continuação da amamentação, mas com posição e procedimentos adequados (COUTINHO; LEAL, 2005; GALVÃO, 2006).

Desse modo, o aconselhamento por via dos processos educativos é essencial no ato de amamentação desde o pré-natal. Em Freire (2011) concebemos que cada processo educativo deve basear-se no ser humano como núcleo fundamental, considerando suas concepções culturais, sociais e a interação que estabelece com

outros seres humanos pelo qual decorrem ideias, valores, modos e interpretação de vida.

Consoante, Leninger (2006), ao fazer referências dos meta-paradigmas de enfermagem em sua Teoria Transcultural, sugere que o cuidado ofertado durante a amamentação deve considerar a cultura e subcultura da puérpera. Assim, há modos de ação a partir deste cuidado que envolvem: a preservação/manutenção do cuidado cultural, a acomodação/negociação e a repadronização/reestruturação do cuidado cultural. Uma vez que os conhecimentos apreendidos e transmitidos culturalmente oportunizam ações de saúde e cuidado na relação/atenção materno infantil, zelando pelo bem estar da mãe e recém-nascido. A partir do que a mãe já sabe é possível estabelecer um aconselhamento afim de ajustar, repadronizar ou mesmo estruturar a prática para o alcance do bem estar da mãe e do filho. O bem estar da mãe é refletido no diálogo estabelecido com o profissional, nas demonstrações de cuidado expressas quando amamenta, sua linguagem verbal e não verbal. Já o bem estar do recém-nascido é refletido nas manifestações não verbais ocorridas durante a amamentação, sendo este satisfatório ou não a ele. Decodificar essas manifestações através da cinésica de seus movimentos auxilia na conservação, ajuste ou mesmo repadronização do cuidado cultural e técnico prestado pelo enfermeiro.

O diálogo que reveste no apoio e aconselhamento à mãe já é conduta preconizada nos dez passos para o “sucesso do aleitamento materno” idealizados pelos programas de atenção à criança, como a estratégia “Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)”, patrocinada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas (UNICEF) (SOUZA; MATA, 2011).

Logo, estender a compreensão deste diálogo a todos os envolvidos no processo - familiares enfermeiros e recém-nascidos - pode representar uma riqueza maior ao sucesso do aleitamento materno e conseqüente redução do desmame precoce.

Recém-nascido na presença da família

De acordo com a resolução CONANDA n.41 que discorre sobre o direito das crianças e adolescentes hospitalizados, todo recém-nascido sem distinção tem o direito a não ser separado de sua mãe ao nascer (CONANDA, 1995). Assim, no advento da assistência ao recém-nascido hospitalizado a mãe deve ser amplamente bem vinda à UTI Neonatal (COSTA et al., 2009).

Muito embora, Pierre Budim considerado o primeiro perinatologista da era moderna, em seu livro “The Nursling” (publicado em 1907), reconhece que as mães perdem o interesse nos filhos quando não podem cuidar deles (KLAUS; KENNEL, 1993). Isto pode ser um agravante quando a criança está hospitalizada. Além disso, o ter seu recém-nascido hospitalizado ou com algum agravo, limitação ao nascimento, pode suscitar vários sentimentos e concepções junto aos familiares, como: impotência, falha, incompetência, culpa, estresse, ansiedade ou mesmo esperança na melhora e alta.

Ademais, um risco a esta situação de ter seu recém-nascido em uma UTI Neonatal é um abalo à formação do vínculo inicial que é a união emocional dos pais em relação ao filho, tão importante para os familiares que reconhecem um novo membro familiar como para o desenvolvimento fisiológico/afetivo da criança e consolidação do papel de cuidador materno.

Estudos como o de Souza (2000) e Scochi e outros (2003) sobre a participação materna e familiar no cuidado ao recém-nascido revelam um desejo da família em cuidar do recém-nascido na UTI Neonatal. Estes cuidados envolveriam: trocar fraldas, dar banho, limpar os olhos, “vestir roupinhas”, segurar a cabeça, mexer na perna, cortar as unhas, limpar o ouvido, passar pomada. Para as mães, a possibilidade de estar perto de sua criança nos primeiros momentos de vida envolve sentimentos de bem estar, alívio, alegria e medo (COSTA, 2009).

Acrescenta-se a esta realidade o fato dos recém-nascidos serem totalmente dependentes de suas mães e dos pais para o preenchimento de todas as suas necessidades físicas e emocionais, em especial nos primeiros momentos de sua vida. Para que este vínculo ocorra fatos importantes são considerados como: planejamento e aceitação da gravidez; conscientização dos movimentos do feto; percepção do feto como uma pessoa separada; vivência do trabalho do parto; contato com a criança e sua aceitação como uma pessoa individual na família. O

contato da pele, o toque, o olfato, o calor físico, a audição e o estímulo visual operam juntos na promoção do vínculo entre mãe e a criança (BRAZELTON, 1988).

Ao falar sobre esse vínculo Winnicott (1990) aborda três perspectivas: o modo como a criança é apoiada, aceita, acolhida; a forma como ela é manipulada, cuidada; e o modo de apresentação do objeto (ao recém-nascido reconhecer o que o cerca). Em consonância, a família corresponde a este vínculo ao querer acolher seu recém-nascido com ações de carinho, amor e envolvimento, procurando saber tudo sobre ele, como os “porquês” do que a criança está sentindo e como reage a cada momento de interação.

Neste sentido, as pesquisas cinéticas revelam que, sem o participante estar ciente, este é constantemente envolvido em ajustes para a presença e atividades de outros seres humanos. Como sujeitos sensíveis eles utilizam seu equipamento sensorial para completar este ajuste (BIRDWHISTELL, 1971). Esta dinâmica pode ser constante na interação entre o recém-nascido e seus familiares.

É na troca afetiva expressa em ajustes sensoriais que o enfermeiro encontra seu papel de mediador para que funções maternas e familiares possam ocorrer de modo pleno no ambiente hospitalar. Para isso, ele pode contar com subsídios da Teoria Cinésica na compreensão dos recém-nascidos durante as interações familiares.

Os sinais/manifestações (*Kines/Kinemas*) relatados pelos enfermeiros durante as interações familiares podem referir-se aos ajustes citados por Birdwistell. Eles traduzem a significação dos sentimentos advindos neste momento tanto para os familiares como para os recém-nascidos.

Quadro 8 - Mensagem: na presença da família	
Enfermeiro (a)	Grupo de manifestações do recém-nascido: Kines e/ou Kinemas quando na presença da família
<i>Flauta</i>	Busca o olhar da mãe, o laço com o cuidador e com o familiar.
<i>Violino</i>	Conforto, segurança, calma.
<i>Tuba</i>	Afeto.
<i>Bombo</i>	Estabilização de parâmetros.
<i>Harpa</i>	Tranquilidade.
<i>Piano</i>	Tranquilidade, desenvolve.
<i>Clarinetas</i>	Quieto, tranquilo, sorri.
<i>Saxofone</i>	Interage, sorri.
<i>Viola</i>	Levantam os olhinhos, buscam e identificam o som.
<i>Fagote</i>	Tranquilidade.
<i>Trompete</i>	Acolhimento, inquietação.

Continuação... Quadro 8 - Mensagem: na presença da família	
Enfermeiro (a)	Grupo de manifestações do recém-nascido: Kines e/ou Kinemas quando na presença da família
<i>Violoncelo</i>	Tranquilidade.
<i>Oboé</i>	Reconhecimento familiar, conforto, segurança.
<i>Trombone</i>	Calma, relaxada, aconchegado, dorme.
<i>Contrabaixo</i>	<i>Não respondeu do recém-nascido</i> e sim dos pais: "Ansiedade".
<i>Flautim</i>	queda de saturação, movimentação no leito, desconforto, bem-estar.

Fonte: autora

Durante a presença da família os ajustes/adaptadores externados pelos recém-nascidos revelam o reconhecimento familiar e a busca constante da criança em interagir com sua mãe e outros familiares. São eles: busca do olhar da mãe; identificar o som da voz de seus familiares reagindo na presença do som da voz familiar; movimentação quando em presença de familiares e expressão de sorrisos. Além disso, houve relato de estabilização de parâmetros e manifestações de conforto, calma e sono dos recém-nascidos quando o recém-nascido recebia a visita da família, o que pode ser decodificado como uma expressão de segurança e proteção em estar próximo de entes que para eles já são queridos desde o primeiro momento.

Por outro lado, corroborando nos achados da literatura sobre sentimentos maternos/paternos, um dos enfermeiros observou sinais mais relevantes nos pais e mães durante a interação. Dentre estes sinais foram evidentes a ansiedade e desconforto denotando uma possível idealização e concretização do recém-nascido desejado e o real. Por outro lado, as manifestações expressas pela criança quando em presença da família faz com que a preocupação e ansiedade cedam lugar ao acolhimento e envolvimento. Ao perceber que a criança interage aos estímulos de sua presença, o familiar tende a se sentir recompensado e também acolhido e estes sentimentos podem promover mais interações de carinho e afeto entre ambos.

Para Dias e outros (2011) pais que desenvolvem a sensibilidade de reconhecer a maneira particular de comunicação de seus filhos reagirão com sorrisos, toques, beijos e vocalizações. Seria uma retroalimentação comunicativa no qual os recém-nascidos manifestam seus sentimentos para que seus familiares, em especial pais e mães, reajam aprendendo e decodificando sinais de apego para responder de maneira sensitiva a estes. E, nesse âmbito, o enfermeiro torna-se o mediador e facilitador para que este processo de comunicação não verbal ocorra da forma mais resolutiva e harmônica possível.

Ao término desta unidade de análise reportamos-nos a Ferrara (2007) ao atribuir a comunicação não verbal como uma experiência cotidiana, presente nas mais diversas situações do dia a dia. Deste modo, em momentos eventuais do viver de cada sujeito, nas mais diversas faixas etárias, emergem sensações e associações que despertam memórias das nossas experiências sensíveis e culturais, individuais e coletivas de forma que a vivência passada de cada um é conservada na memória e acionada no momento da leitura não verbal.

Neste contexto, reportamos às vivências, experiências dos enfermeiros quando concebem algumas manifestações do recém-nascido, decorrentes de suas leituras cotidianas. Essas manifestações foram marcadas em situações específicas, destacando a importância do profissional da UTI conhecer, identificar e intervir junto aos sinais neurocomportamentais e cinésicos do neonato. Isto possibilitará um atendimento humanizado, com respeito ao desenvolvimento e ritmo de cada criança, os quais estarão mais receptivos para os procedimentos clínicos (ALS, 2009; BRASIL, 2009).

Caminha-se rumo a uma excelência na assistência quando contamos com uma equipe capaz de identificar, por intermédio dos monitores (tecnologias da UTI neonatal) e da linguagem não-verbal expressa pelo recém-nascido, os sinais que descrevem o seu estado de estresse ou desorganização; e a utilizar estratégias que facilitem o estabelecimento de sua reorganização – equilíbrio e estabilidade.

Essa medida aliada à sensibilidade, envolvimento e comprometimento por parte dos profissionais que cuidam da criança mostra-se como instrumento necessário, facilitador e eficaz na promoção de saúde, tornando mais rápida a recuperação e a ida desses recém-nascidos para suas casas.

No entanto, percebemos que há um prejuízo na assistência ao recém-nascido quando, devido ao desconhecimento ou descrédito de algum membro da equipe de enfermagem, os sinais de estresse/desorganização e/ou organização/equilíbrio não são compreendidos. Tal conduta ocasiona um comprometimento na qualidade da assistência prestada aos neonatos.

Isto sinaliza para a necessidade de cursos de capacitação intersetorial, no intuito de transmitir conhecimentos e habilidades a esses profissionais no manejo com o recém-nascido além da sensibilização para a validação e valoração de registros sobre os mecanismos de comunicação não verbal, para que possam atuar na UTI Neonatal sem prejuízos ao cuidado a eles destinado.

4.3 A valorização da comunicação não verbal na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

A comunicação não verbal possui significativa importância na interação social, tanto dos adultos quanto dos recém-nascidos, uma vez que corresponde a uma forma de apreensão do indivíduo e do mundo que o cerca. Na concepção de Birdwhistell (1970), devemos buscar o significado sempre e somente dentro de um contexto. Desta forma, o significado da mensagem jamais se insere em um movimento isolado do corpo.

O mundo que cerca o recém-nascido em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é repleto de estímulos que suscitam o seu expressar. Os próprios depoimentos apontam para o fato da comunicação não verbal do recém-nascido ser mais perceptível em determinadas situações, como troca de fraldas e banho, situações de desconforto relacionadas à fome, dor, submissão a procedimentos especialmente dolorosos, como a punção venosa.

[...] Ele se comunica com a gente o tempo todo, durante todo momento ele tá se comunicando até no momento de repouso dele, mas percebemos mais nos momentos de intervenção, no momento que a gente vai fazer algum procedimento com ele [...] (Violino)

[...] a gente dá o banho no recém-nascido, tem que puncionar a veia do recém-nascido, eu tenho que colher o sangue do recém-nascido, e as vezes o recém-nascido entra em um sono profundo, ele tá entrando naquele sono basal para o profundo, quando você vai e manipula ele, então aí ele começa a se manifestar [...] (Viola)

[...] durante a troca de fralda, aquilo que não é considerado um procedimento doloroso que você tá trocando a fralda, tá aconchegando a criança, ou tá trocando o leite, ele também se comunica da mesma forma [...] (Contrabaixo)

Percebe-se nos processos interativos evidenciados pelas falas que a observação é um importante instrumento de cuidado dispensado pelos enfermeiros e este se relaciona intimamente com a comunicação estabelecida com o recém-nascido. Todavia, cada pessoa observa um fato seguindo seus valores, visão de mundo, experiências, expectativas, emoções, motivações, além de fatores externos como cultura e meio ambiente/contexto onde se estabelece o cuidado (NÓBREGA ; SILVA, 2009).

Quando nos deparamos com a comunicação não verbal do recém-nascido, somos levados a refletir o quanto muitas vezes fechamos nossa percepção ao

ver/ouvir muito mais do que ao compreender e absorver o sentido das mensagens. É uma espécie de filtro que fazemos sobre o que para nós é importante ou não. E, de certo, nossa atenção acaba nos levando para o que podemos mais facilmente interpretar ou julgar. Essa valoração sofre muitas vezes a influência de questões como: tempo de prática profissional, formação acadêmica, idade ou mesmo a cultura.

Em relação à identificação da comunicação não verbal expressa pelos recém-nascidos, os enfermeiros afirmam estar extrinsecamente relacionada ao tempo de prática profissional. O tempo de prática na enfermagem é um fator determinante para a identificação da comunicação não verbal, que segundo eles, permite uma observação diferenciada.

[...] pela minha falta de experiência na prática mesmo, minha prática é pequena, eu ainda não sei bem, mas acho que a criança reage, ele interage com a gente, então é perceptível, a personalidade dela que já vem desde seu nascimento, gostos, as preferências, foi assim, é visual mesmo [...] (Flautim)

[...] É pela pouca experiência que eu tive, acho que a comunicação se torna evidente principalmente durante os cuidados de enfermagem, a hora do manuseio, e a hora que ele tá tendo alguma alteração na parte fisiológica com ele [...] (Tuba).

Refletindo no âmbito da Teoria Cinésica o tempo de prática profissional pode influenciar de modo positivo ou negativo na importância atribuída à comunicação não verbal. O substancial tempo de profissão em cuidar do recém-nascido poderia interferir na percepção e sensibilidade do enfermeiro na interpretação dessas manifestações, ou mesmo na pré-disposição em considerá-los elementos importantes no cuidar, isto é, como já passou longos períodos com esse paciente pré-verbal o enfermeiro seria capaz de compreendê-lo melhor, sendo capaz também de associar suas manifestações a códigos verbais estabelecendo uma previsibilidade do que fazer a partir de cada mensagem decodificada. O que na concepção de comunicação de Birdwhistell (1971, p. 14):

Seria um sistema do qual os seres humanos estabelecem uma continuidade previsível na vida. Longe de ser um processo dedicado a mudar, mas maioria da interação social está preocupada com a manutenção de um equilíbrio permanente.

Por outro lado, o extenso tempo de profissão poderia promover a banalização de manifestações importantes que já não são mais qualificadas como antes pelo

enfermeiro. O enfermeiro poderia percebê-las de modo não significativo já que está habitualmente acostumado com elas. Neste aspecto, precede a questão do profissional ouvir e visualizar, mas não se importar em compreender e decodificar a mensagem uma vez que julga por si só saber o que o neonato necessita.

Todos os indivíduos têm capacidade de emitir e receber sinais não-verbais. Porém, esta capacidade sofre influência de múltiplas variáveis, uma delas é a aprendizagem da prática no decorrer da vida cotidiana. Esta aprendizagem pode ocorrer por imitação, automodelação, adaptação às instruções e retroalimentação a partir das reações de outros indivíduos. Mas, além disso, alguns fatores têm sido considerados no desenvolvimento das habilidades não verbais, são eles: a motivação, atitude, experiência e conhecimento (CUNHA, 2011).

Acrescentam-se os fatores que interferem na percepção do verbal e do não verbal apontado em estudo de Oliveira e outros (2005) como: as expectativas e emoções - quando alegres, interessados, fica-se mais susceptíveis a leitura do não verbal, porém na tristeza, contrariedades, raiva, essa tarefa é dificultada; estereótipo e experiências anteriores diminuem a visão do contexto do indivíduo e acionam os mecanismos de proteção; o pouco conhecimento do indivíduo que está emitindo seu significado; pouco tempo utilizado para o reconhecimento do estímulo que acaba por empobrecer a percepção; limitações físicas relacionadas aos órgãos dos sentidos e alterações metabólicas como dor, cansaço que limitam a identificação do não-verbal; ruídos funcionam como interferência quando se tenta estabelecer uma interação e por fim a não motivação, grande impeditivo de desenvolver habilidades para lidar com o não-verbal (OLIVEIRA, 2005).

Apesar de todos esses fatores intervenientes, o reconhecimento e a valorização da linguagem não verbal do recém-nascido permeiam o cenário do estudo. Entretanto, os relatos apontam que essa comunicação não é registrada sistematicamente, utiliza-se a folha de evolução de enfermagem por não existir nenhum impresso específico.

[...] são considerados e o registro pelo que eu presenciei aqui no setor é feito através da evolução, (Tuba).

[...] De comunicação não-verbal? (pausa na fala/silêncio) não é uma coisa assim pelo menos que eu percebo, oficial. Mas por exemplo, na evolução os sinais, os sintomas. Muitas vezes a gente tem que tá considerando isso. Mas não assim que eu tenha percebido algo que seja (risos) registrado. (Oboé)

[...] a gente utiliza na evolução, quando a gente tá fazendo algum procedimento. Tem outro lugar? Não acho que não, tem não (Oboé).

Duarte e Ellensohn (2007) abordam a importância de estar registrando ou sistematizando as informações dentro da Unidade, pois isso em muito contribui para a obtenção de uma assistência de qualidade. Além disso, as vantagens de se estabelecer uma sistematização da assistência de enfermagem são inquestionáveis, tanto na assistência prestada como no reconhecimento da profissão.

A resolução do COFEN- 272/2002 determina a Sistematização da Assistência de Enfermagem como incumbência privativa do enfermeiro e ressalta a importância e a obrigatoriedade da implantação da mesma (COREN – MG, 2009). Neste sentido, acredita-se que o registro dos elementos comunicacionais tanto verbais como não verbais seja importante no processo de enfermagem.

O Processo de Enfermagem é um modo organizado de prestar o cuidado ao cliente. Ele é composto de etapas que devem ser previamente estabelecidas: a coleta de dados, diagnósticos, implementação de cuidados de enfermagem e avaliação dos resultados obtidos. Além disso ele auxilia a implantação de uma teoria na prática (TANNURE; GONÇALVES, 2010).

Para que todas estas etapas ocorram de forma desejável é necessário o registro e a comunicação eficiente dos dados (verbais e não verbais) entre os membros da equipe interdisciplinar garantindo a continuidade da assistência e detecção precoce de problemas e possíveis ações diagnósticas.

Essa dinâmica ainda não é uma realidade do serviço, cenário do estudo. Assim como a utilização de escalas e ou protocolos relacionados à comunicação não verbal do recém-nascido, que segundo os enfermeiros sujeitos do estudo, não é uma prática institucionalizada, embora utilizada por alguns profissionais por iniciativa própria.

[...] Então comecei usando a escala NFCS⁶ que é a escala de avaliação de dor, então durante os procedimentos dolorosos ou então toda vez que o funcionário fosse manusear a criança, a intenção é estar avaliando [...] (Contrabaixo).

⁶ NFCS – Neonatal Facial Coding System (escala de Dor) (OLIVEIRA, 2005)

De acordo com os relatos as ações envolvendo a utilização de instrumentos são ainda pontuais no serviço. Desse modo, o estudo da Cinésica traz a possibilidade de associar uma linguagem não verbal a um código verbal, no intuito de facilitar a correspondência de significados num determinado contexto. Acredita-se que este direcionamento promoverá a associação da prática com um pensamento teórico, além, predispondo a organização da coleta de dados verbais e não verbais.

Parte-se do pressuposto que a enfermagem conheça quem ela irá cuidar, antes de prestar os cuidados. Para isso a mensuração é referida por alguns autores como a validação da observação. E esta se faz com a junção de habilidades e competências próprias do enfermeiro incluindo seus sentidos de tato, olfato, audição e visão para determinar quantidade, ritmo, frequência, extensão e outras características do que é mensurado. Mas, para tal, conta-se com o aparato de instrumentos próprios para validar e registrar a observação (NOBREGA; SILVA, 2009).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante meu percurso profissional/acadêmico as questões que envolviam a saúde da criança e do recém-nascido sempre me pareceram muito instigantes, principalmente em decorrência das expressivas capacidades que percebia. E, de fato, os questionamentos e as respostas que envolviam o universo desses pequenos sempre chegaram ao meu cotidiano investigativo e profissional de uma forma muito natural e prazerosa.

O neonato, de modo especial, despertou minha atenção pelas inúmeras dimensões que visualizava em seu cuidar. Embora, como muitos profissionais da área reconhecia suas potencialidades (principalmente por intermédio da literatura), não as compreendia com clareza. Isto é, concebia o fato dos neonatos manifestarem suas vontades, mas suas expressões eram apenas ouvidas e visualizadas por mim sem nenhum aprofundamento, não as compreendia em sua significância. Em minha concepção o importante era assisti-lo em suas necessidades as quais eu julgava saber quais eram, afinal eles não falavam!

Contudo, ao direcionar este estudo ao campo do saber da comunicação não verbal neonatal fui conduzida a uma melhor compreensão sobre algumas das inúmeras dimensões que envolviam o seu cuidar, dentre estas, a decodificação das mensagens frente à comunicação não verbal do recém-nascido. Na construção deste estudo, conduziu a situar este tipo de comunicação como uma experiência humana primária - ela não necessita de uma experiência anterior para ocorrer.

A comunicação faz parte da vida desde a gestação e pode influenciar e interferir fortemente no desenvolvimento e crescimento dos indivíduos. Como os sentidos, a comunicação é um ato que independe de uma faixa etária específica para existir. Logo, não há sustentação científica para a afirmação de que o neonato não comunica ou não interage com as experiências à sua volta da mesma forma que o adulto. Ao contrário, o não verbalizar não implica no ato de não comunicar-se.

Neste pensar, o expressar é um aspecto importante na vida dos recém-nascidos tanto quanto para o adulto, e compreender tais conceitos é fundamental especialmente para os enfermeiros que devem estar atentos para identificar e intervir nesses sinais.

A evolução do conhecimento no campo da ciência, antropologia e ciências comportamentais contribui com valiosas informações no estudo da comunicação não

verbal neonatal. Sendo assim, o maior desafio é reconhecer que o comunicar é uma necessidade e um direito de todas as crianças desde a mais tenra idade. Este desafio proporciona um conteúdo enriquecedor no entendimento e intervenção no cotidiano de crianças internadas na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, seus familiares e profissionais de enfermagem que atuam nessas unidades. Cuidar de um recém-nascido implica não só em realizar procedimentos. É necessário entender o neonato, intervindo de forma humanizada nesse momento delicado de sua vida.

Ficou evidente nas falas dos sujeitos do estudo que identificar e decodificar cada momento de interação com o recém-nascido é uma forma que o enfermeiro encontra de individualizar e humanizar o cuidado, e assim estabelecer o vínculo cuidador/recém-nascido através de uma relação sujeito/sujeito e não sujeito/objeto.

O desenvolvimento deste estudo contribuiu ainda para uma maior reflexão e entendimento sobre as evidências de comunicação não verbal que envolve os recém-nascidos internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Identificando lacunas possíveis de investigação nesta área ao ampliar o conhecimento científico dos pesquisadores e enfermeiros que atuam nestes setores.

Afinal, o estudo da comunicação não verbal à luz da Cinésica contribuiu de certo para o reconhecimento que o recém-nascido comunica, exteriorizando o que sente. Suas mensagens são interpretadas em várias dimensões, da mais ampla à mais complexa, de modo que ambas se inserem num contexto sócio-cultural de cada enfermeiro. Impossível desvincular a compreensão de cada um com suas vivências, experiências, cultura e valores.

Deste modo, fazem-se necessárias mais pesquisas nesta área, pois se acredita que o trilhar por este campo de investigação conduza a resultados oportunos, cooperando como consulta e reorientação dos profissionais da área, oferecendo subsídios para uma melhoria contínua na qualidade da assistência prestada por estes.

Indubitavelmente, a intenção da pesquisadora emerge na premissa de ampliar novos achados e conhecimentos sobre as evidências comunicacionais do recém-nascido ampliando o número de cenários de investigação para outras Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

REFERÊNCIAS

ADORNO, Theodor. Notes on Beckett. **Journal of Beckett Studies**, Reino Unido, v. 19, n. 2, p. 157-178 (English), set. 2010.

ALS, Heidelise. Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP): new frontier for neonatal and perinatal medicine. **Journal of Neonatal-Perinatal Medicine**, Washington, v. 2, n.3, p. 135-147, set. 2009.

ANDRADE, Rosângela Viana. **A emergência da expressão comunicativa na criança com síndrome de down**. 2006. 258 f. Tese (Doutorado em Fisiopatologia Experimental) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-25052006-140940/>>. Acesso em: 14 maio. 2013.

ARCKMAN, Diane. **Uma história natural dos sentidos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996. 366p.

AYMAR, Carmen Lúcia Guimarães de; COUTINHO, Sônia Bechara. Fatores relacionados ao uso da analgesia sistêmica em neonatologia. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 20, n.4, p.405-410, out./dez. 2008.

AZEREDO, Dulcinea. A Importância da escrita na Sociedade Contemporânea (uma abordagem histórica sobre a arte do deus Thoth). In: DISCIPLINA TÓPICOS ESPECIAIS, 2011, Universidade Estácio de Sá [S.l.]. **Trabalho de Disciplina orientação Prof. Dr. Wander Lourenço**. Disponível em: <http://www.jacareacademico.com/art7/Dulcinea_importancia_escrita.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2013.

BERARDINELLI, Lina Márcia M.; COELHO, Maria José; FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. Imagem em movimento: a expressão da gestualidade dos enfermeiros no cuidado. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 68-75, jan./abr. 2005.

BERLO. David K. **O processo da comunicação**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991. 296 p.

BIRDWHISTELL, Ray I. **Introduction to Kinecis**, (Photo-offset) Foreign Service Institute. Louisville: University of Louisville Press. Disponível apenas em microfilme pela University Microfilmes, Inc.,313 North First St., Ann Arbor, Mich, 1952.

_____. **Kinesics and Context: Essays on Body-Motion communication**
Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1970. 338p.

BIRDWHISTELL, Ray I. **Kinesics and Context: Essays on Body-Motion communication**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. 1971. 352p.

_____. _____ . _____ Philadelphia, Univ. of Pennsylvania Press, 1985. 338p.

BITTAR, Daniela Borges; PEREIRA, Lílian Varanda; LEMOS, Rejane Cussi Assunção. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente Crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.4, p. 617-28, out./dez. 2006.

BITTES JÚNIOR, Arthur; MATHEUS, Maria Clara Cassuli. Comunicação. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow (Org.). **Instrumentos Básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. Capítulo 6, p. 61-73.

_____. _____. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow (Org.). **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência**. São Paulo: Atheneu, 2003. Capítulo 6, p. 61-73

BORDENAVE, Juan e Díaz. **Além dos meios e mensagens: introdução à comunicação como processo, tecnologia, sistema e ciência**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. 119p.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; UCHIMURA, Kátia Yumi. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n.1, p. 150-153, fev. 2007.

BOTTAN, Graciele. **A evolução histórica da comunicação e as mídias sociais**. São Paulo: Liderança Estratégica em Comunicação Digital (Lecom S/A), 2010.
Disponível em: <
<http://lecom.com.br/lecom/Portugues/detMidia.php?codnoticia=1028>>. Acesso em: 25 maio. 2013.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Capítulo II, art. 15 e 17.

_____. Ministério da Saúde. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria n.930, de 10 de maio de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 maio. 2012. Seção 2, p. 9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2. ed. Brasília : Ed. Ministério da Saúde, 2011. 204 p.

_____._____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Série Cadernos de Atenção Básica n.11. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2002. 100 p.

BRAZELTON, T. Berry. **Neonatal behavioral assessment scale**. 40. ed. London: Mac Keith Press, 1973. 200p.

_____. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. 1.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988. 208p.

BÜLHER, Karina Elena Cadioli Bernardis. **Desenvolvimento cognitivo e de linguagem expressiva em bebês pré-termo muito baixo peso em seus estágios iniciais**. 2008. 201f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

CAES, Valdinei. A importância da gestualidade na comunicação não verbal. **Revista Eletrônica OPET**, Curitiba, n.7, ago./dez. 2012. Disponível em:<http://www.opet.com.br/revista/administracao_e_cienciascontabeis/pdf/n7/A-IMPORTANCIA-DA-GESTUALIDADE-NA-COMUNICACAO-NAO-VERBAL.pdf>. Acesso em: 23 maio. 2013.

CARDOSO, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão; ROLIM, Karla Maria Carneiro; FONTENELE, Fernanda Cavalcante; GURGEL, Eloah de Paula Pessoa; COSTA, Luciana Rabelo. Respostas fisiológicas e comportamentais do recém-nascido de risco durante o cuidado da enfermeira. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v.28, n.1, p.98-105, 2007.

CARMONA, Elenice Valentim; COCA, Kelly Pereira; VALE, Ianê Nogueira; ABRAÃO Ana Cristina Freitas de Vilhena. Conflitos no desempenho do papel de mãe em estudos com mães de recém-nascidos hospitalizados: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v 46, n.2, p. 505-512, abr. 2012.

CHRISTOFFEL, Marialda Moreira. Uma abordagem histórica do manejo da dor em crianças. In: O MANEJO DA DOR NA CRIANÇA: UM CUIDADO DE ENFERMAGEM, 2011, Rio de Janeiro. Proficiência: Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. Disponível em: < <http://www.programaproficiencia.com.br>>. Acesso em: 10 jan. 2010.

CHUN, Regina Yu Shon. Processos de significação de afásicos usuários de comunicação suplementar e/ou alternativa. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v.15, n.4, p.598-603, dez. 2010.

CONANDA. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Aprova na íntegra o texto da Sociedade Brasileira de Pediatria, relativo aos direitos da criança e do adolescente hospitalizados. Resolução n. 41, de 13 de Outubro de 1995. Direitos das crianças e adolescentes hospitalizados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 out. 1995. Seção 1, p. 16319-16320

COREN-MG. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. **Legislação e normas [texto]**. v. 11, n.1 (2009). Belo Horizonte: COREN-MG [1996?].

COSTA, Suely Alves Fonseca; RIBEIRO, Circéa Amália; BORBA, Regina Issuzu Hirooka de, BALIEIRO, Maria Magda Ferreira Gomes. Família interagindo com o prematuro no domicílio. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.13, n. 4, p. 741-49, out./dez. 2009.

COUTINHO, Joana V.; LEAL, Isabel Pereira. Atitudes de mulheres em relação a amamentação – Estudo exploratório. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 23, n. 3, p. 277-282, jul. 2005.

CUNHA, Iole. **Acalmando a dor e o choro do recém-nascido**. [ca. 2011]. Disponível em: <<http://www.amare.psc.br/arquivo-espaco-info-acalmando.html>>. Acesso em: 4 dez. 2011.

DAVIS, Flora. **A comunicação não-verbal**. Tradução de Antônio Dimas. Direção da edição de Fanny Abramovich. São Paulo: Summus, 1979. 189p.

DELGADO, SUSANA E.; ZORZETTO, Marileuza. A amamentação de bebês pré-termo: um caminho possível para a construção da comunicação. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 53-62, jan./jul. 2003.

DIAS, Andréa Basílio; OLIVEIRA, Leonor; DIAS, Denise Gamio; SANTANA, Maria da Glória. O toque afetivo na visão do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 603-607, set./out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S003471672008000500012&lng=pt&nrm=isso>>. Acesso em: 15 de mar. 2012.

DIAS, Iêda Maria Ávila Vargas; FRIEDRICH, Denise Barbosa de Castro; ROCHA, Semiramis Melani Melo (Orgs.). **Mãe e filho: a eterna ligação**. 1.ed. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2011. 72p.

DINIZ, Kessya Dantas. **Atuação de técnicos de enfermagem junto ao recém-nascido com dor em uma unidade de terapia intensiva neonatal**. 2008. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

DITZ, Erika; MALLOY-FERNANDES, Leandro. Dor neonatal e desenvolvimento neuropsicológico. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.10, n.3, p. 266-270, jul./set. 2006.

DUARTE, Alexandra Paz Pereira; ELLENHOHN, Lisara. Operacionalização de Enfermagem em Terapia Intensiva Neonatal. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p.521- 526, out./dez. 2007.

FARIAS, Vivian Madeira; OLIVEIRA, Vivian Madeira. O papel do psicólogo em uma UTI neonatal. In: ENCONTRO BRASILEIRO DE PSICANÁLISE E SEDUÇÃO GENERALIZADA, 1, 2012, Maringá, LABORATÓRIO DE ESTUDOS PSICANÁLISE E CIVILIZAÇÃO – LEPPSIC E PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA, DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, 1, 2012, Maringá. **Anais...** Maringá: EBPSG, 2012. p. 1-11.

FERNANDES, Fernanda Dreux Miranda; AMATO, Cibelle Albuquerque de la Higuera. O uso interativo da comunicação em crianças autistas verbais e não verbais. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica** [online], São Paulo, v. 22, n.4, p.373-378, out./dez. 2010.

FERRARA, Lucrécia D' Aléssio. **Leitura sem palavras**. 5. ed. [S.l.]: Ática, 2007. 72p.

FERREIRA, Denise. **Janela de Johari**. [ca. 2004]. Disponível em: <<http://www.slideshare.net/LuizCrespodeCarvalho/denise-ferreira-2004-a-matriz-janela-de-johari>>. Acesso em: 23 maio. 2012.

FHEMIG. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS. Juiz de Fora, [ca.2013]. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/atendimento-hospitalar/complexo-de-hospitais-gerais/hospital-regional-joao-penido>. Acesso em: 17 dez. 2013.

FIGUEIREDO, Nélia Maria de Almeida. **O corpo da enfermeira**: Instrumento do cuidado de enfermagem – um estudo sobre representações de enfermeiros. 1994. 282 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994.

FINNIE, Nancie R. A contribuição dos pais para o aprendizado inicial. In: _____. **O manuseio em casa da criança com paralisia cerebral**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2000. p.111-115.

FREIRE. **Educação como prática da liberdade**. 34. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011. 123p.

FREUD, Sigmund. **Instintos e suas vicissitudes** (1915). In: Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Ed. Imago, v. 14, 1974. p. 117- 144.

GALVÃO, Dulce Maria Pereira Garcia. **Amamentação bem sucedida**: alguns factores determinantes. 1.ed. Loures: Lusociência, 2006. 216p.

GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez; PAIVA, Simone de Sousa; COSTA, Ênia; ALMEIDA, Paulo César de; LIMA, Ivana Cristina Vieira de; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Comunicação não verbal entre mãe e filho na vigência do HIV/aids à Luz da Tacêsica. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p.780-85, out./dez. 2009.

GARCIA, Maria Madalena Momesso; CAMARGO, Neuci Lemme. Estudo do desenvolvimento da linguagem de crianças de 0 a 2 anos. **Revista Científica Eletrônica de pedagogia** [online], São Paulo, ano 5, n.9, Jan. 2007.

GEORGE, Julia B. George (Col.). **Teorias de Enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. 361p.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 200p.

GUEDES, Adrienne Ogêda. A psicogênese da pessoa completa de Henri Wallon: Desenvolvimento da comunicação humana nos seus primórdios. **Revista Gestão Universitária**, [S.l.], ed. 138. 2007.

GUINSBURG, Ruth. A linguagem da dor no recém-nascido. In: DOCUMENTO CIENTÍFICO DO DEPARTAMENTO DE NEONATOLOGIA, 2010, São Paulo, **Sociedade Brasileira de Pediatria**, 2010. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/doc_linguagem-da-dor-out2010.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2013.

KLAUS, Marshall H.; KENNEL, John H. Atendimento para os pais de bebês prematuros ou doentes. In: _____. **Pais/ Bebê -a formação do apego**. Porto Alegre (RS): Artes Médicas, 1993. 181p.

KLAUS, Marshall; KLAUS, Phyllis. **O surpreendente recém-nascido**. Porto Alegre: Artmed, 2001. 111p.

KLOCK, Patrícia; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Cuidando do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 46, n.1, p.45-51, fev. 2012.

KRIEGER, Dolores. **O toque terapêutico**: versão moderna da antiga técnica de imposição das mãos. 9. ed. São Paulo: Cultrix, 1995. 199p.

KRODI, Prislaine. **Psicanálise, saúde e desenvolvimento humano na prática profissional do analista em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. 2009. 102p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

KUDO, Aide Mitie. **Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 1997. 293p.

LAKATOS, Maria Eva; MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas De Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas; amostragens e técnicas de pesquisa; elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 277p.

LEBOYER, Frederick. **Pour une naissance sans violence**. Paris: Seuil, 2008. 156p.

LENINGER, Madeleine M. **Culture care diversity and universality**: a theory of nursing. 2.ed. New York: National League for Nursing. 2006. 432 p.

LERVOLINO, Solange Abrocesi; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. A Utilização do Grupo Focal Como Metodologia Qualitativa na Promoção da Saúde. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 35, n.2, p.115-21, jun. 2001.

LOPES, Renata Francioni Lopes; SOARES, Mirian Sales; SÁ, Lincon Feres de; CÂMARA, Vilma Duarte. Toque: ferramenta terapêutica no tratamento geriátrico e gerontológico. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v.6, n.3, p.402- 412, set./dez. 2009.

LUFT, Joseph; INGHAM, Harrington. **The johari window**: a graphic model for interpersonal relations. Los Angeles: University of California, Western Training Laboratory, 1961. 501p.

MACHADO, Claudia Maria Diaz. **O cuidado educativo transcultural no processo puerperal**. 2002. 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MARGOTTO, Paulo Roberto; RODRIGUES, Débora N. Analgesia/Sedação. In: **Assistência ao Recém-nascido de Risco**. Edição por Paulo Roberto Margotto. 2. ed. Brasília: [s.n.], 2004. Cap.3.

MARQUES, Rodrigo. **O homem na Pré-história**. [S.l.: s.n.], 2007. Disponível em: <<http://rodrigomarques.wordpress.com/2007/07/12/o-homem-na-pre-historia/>> Acesso em: 23 maio.2013.

MARTINELLI, Rosana. **Comunicação não-verbal como tecnologia leve-dura**. 2008. 89 p. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, SC, 2008.

MATSUMOTO, Toshio; CARVALHO, Werther Brunow de. Tracheal intubation. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 83, nº2, supl.0, p. S83-S90, maio. 2007.

MELO, José Marques de. **Comunicação Social: teoria e pesquisa**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1975. 300 p.

MORIZOT, Regina. A relação mãe-bebê e suas implicações no desenvolvimento infantil. **Fonoaudiologia Brasil**, São Paulo, v.2, n.2, p. 20-26, jul. 1999.

MENDES, Eliane Norma Wagner; BONILHA Ana Lúcia Lourenzi. Procedimento de Enfermagem: uma dimensão da comunicação com o recém-nascido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.24, n.1, p.109-118, abr. 2003.

MENON, Daniele; MARTINS, Andreia Pereira; DYNIEWICZ, Ana Maria. Condições de conforto do paciente internado em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista enfermagem UFPE** [on line], v. 3, n.4, p. 831-8, 2009.

MEYERHOFF, Michael. Tradução por HowStuffWorks Brasil. 2009. **Os cinco sentidos do recém-nascido**. [S.l.: s.n], [200-]. Disponível em: < <http://saude.hsw.uol.com.br/desenvolvimento-recem-nascido3.htm>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; GOMES, Suely Ferreira Deslandes Romeu (orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 9-29.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11.ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MIRANDA, Cristina Maria Loyola; SOBRAL, Vera Regina Salles. Sexualidade e Enfermagem. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana: Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana/ SBRASH**, São Paulo, v.3, n.1, 1992.

MORAN, José Manuel. **Desafios na Comunicação Pessoal: gerenciamento integrado da comunicação pessoal, social e tecnológica**. 3.ed. São Paulo: Paulinas, 2007. 248p.

MOURA, José Henrique Silva. **Entubação endotraqueal neonatal: revisão da literatura e avaliação da técnica da entubação digital**. 2004. 60p. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004.

NASCIMENTO, Carlos. **O fenômeno da comunicação: Teorias de modelos da comunicação**. [ca. 2010]. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Tecnologias da Informação e Comunicação) - Instituto Piaget, Campus Almada, Almada, 2010. Disponível em: < <http://pt.slideshare.net/alosed/o-fenmeno-da-comunicacao>>. Acesso em 16 dez. 2013.

NEGRINE, Airton. Instrumentos de coleta de informações nas pesquisas qualitativas. In: MOLINA NETO, Vicente; TRIVIÑOS, Augusto N.S. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa na educação física: alternativas metodológicas**. 3. ed. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2010. p. 61-93.

NEVES, Fabrícia A. Mazzo; CORRÊA, Darcy A. Martins. Dor em recém nascidos: percepção da equipe de saúde. **Revista Ciência e Cuidados de Saúde**, Maringá, PR, v. 7, n. 4, p. 461-467, out./dez. 2008.

NÓBREGA, Maria Miriam Lima; SILVA, Kenya de Lima. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2. ed. Belo Horizonte: ABEn, 2008/2009. 232 p.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes. **Blackbook – Pediatria**. 3. ed. Belo Horizonte: Ed. Black Book, 2005. 640 p.

OLIVEIRA, Poliéria Santos de; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti; FERREIRA-FILHA, Maria de Oliveira. Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em Centro de Terapia Intensiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [on line], Goiânia, v. 7, n.1, p. 54-63, 2005.

PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag ; PAIVA, Simone de Sousa ; GALVÃO, Marli Teresinha Gimeniz ; ALMEIDA, Paulo César de. Comunicação não-verbal mãe/filho na vigência do HIV materno em ambiente experimental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.18, n.1, p.41-47, jan./fev. 2010.

PAULA, Adriana Gonçalves de; ALMEIDA, Márcia Regina Mendes; VELOSO, Maria Aparecida Mendes de Almeida; SILVA, Patrícia Corina Carvalho. Cateter central de inserção periférica. In: CURSO DE QUALIFICAÇÃO PARA INSERÇÃO E MANUTENÇÃO DE PICC: CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA, Belo Horizonte: NEO. CON. Consultoria em neonatologia, [ca.2010].

PÊGO, Jaqueline A.; MAIA, Suzana M. A importância do ambiente no desenvolvimento do recém-nascido pré-termo. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 39-50. abr. 2007.

PERISSINOTO, Jacy ; FARAH, Leila Sandra Damião ; CHIARI, Brasília Maria. Estudo longitudinal da atencao compartilhada em crianças autistas nao-verbais. **Revista CEFAC**, São Paulo, v. 11, n.4, p.587-597, out./dez. 2009.

PILOTTO, Diva Thereza dos Santos. **As vivências de mulheres no cuidado materno**. 2009.101f. Dissertação (Programa de Pós-graduação em enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

PINTO, Cleusa Maria de Souza; ROCHA, Eliane Alves; SILVA, Maria Júlia Paes da. O Toque como elemento de comunicação Parturiente/Enfermeiro Obstetra durante a assistência no pré-parto. **Nursing**, São Paulo, ano 5, n 47, p.31-34, abr. 2002.

PINTO, Eunice da Fonseca; SILVA, Iris Lima e.; CARDOSO, Fabrício; BERESFORD, Heron. O estresse no neonato pré-termo: uma reflexão axiológica acerca de possíveis influências dos fatores sensório-ambientais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Fitness & Performance Journal**, Rio de Janeiro, v.7, n.5, p. 345-51, set./out. 2008.

POLIT, Denise F; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391p.

POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processo e prática**. 6.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 1729p.

PROCHET, Teresa Cristina; SILVA, Maria Julia Paes da. Situações de desconforto vivenciadas pelo idoso hospitalizado com a invasão do espaço pessoal e territorial. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.310-315, jun. 2008.

QUEIROZ, Telma Corrêa da Nóbrega. **Do desmame ao sujeito**. 1.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2005. 287 p.

RAMPAZZO, Lino. **Metodologia Científica**: para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação. 2.ed. São Paulo: Ed. Stiliano, 1998.

RAPOSO, M. Eugênia Simões Raposo. **A construção da pessoa**: educação artística e competências transversais. 2004. 456f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação / Educação e Desenvolvimento) - Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2004.

RECTOR, Mônica; TRINTA, Aluizio Ramos. **Comunicação do corpo**. 2.ed. São Paulo: Ática, 1993. 88p.

REICHERT, Altamira Pereira da Silva; LINS, Rilávia Nayara Paiva; COLLET, Neusa. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 1, p. 200-213, jan./abr. 2007.

REIS, Dayse Annie Mizumoto; RODRIGUES, Lidiane Maria Paula. **A dor no recém-nascido pré-termo na unidade de terapia intensiva neonatal**. 2009. 49 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) Centro Universitário Clarentiano, Batatais, 2009.

RODRIGUES, Bruno. **Qual é o significado do choro do seu bebê?** São Paulo: Guia do bebê [online], [ca. 2013]. Disponível em: <http://guiadobebe.uol.com.br/significados-do-choro/>. Acesso em: 18 dez. 2011.

RODRIGUES, Isabel Galhano. Comunicação não-verbal e filmes etnográficos : os movimentos do corpo como património imaterial .**Revista prisma.com [online]**, Porto, n.1, p.61-100, 2005. Disponível em: < <http://revistas.ua.pt/index.php/prismacom/article/viewFile/587/539>>. Acesso em 25 maio. 2013.

ROLIM, Karla Maria Carneiro; CARDOSO, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão. A interação enfermeira recém-nascido durante a prática de aspiração orotraqueal e coleta de sangue. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.40, n.4, p.15-23, dez. 2006.

SÁ, Ana Cristina de. **O cuidado emocional em Enfermagem**. São Paulo: Robe Editorial, 2001. 114p.

SCHIMIDT, Teresa Cristina Gioia ; SILVA, Maria Júlia Paes da. Proxêmica e cinésica como recursos comunicacionais entre o profissional de saúde e o idoso hospitalizado. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p. 349-54, jul./set. 2012.

SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan; NUNES, Rachel; FURTADO, Maria Cândida de Carvalho; LEITE, Adriana Moraes. A dor na Unidade Neonatal sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem de um hospital de Ribeirão Preto-SP. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 59, n.2, p.188-94, mar./abr. 2006.

SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan; LEITE, Adriana Moraes ; SILVA, Isília Aparecida. Comunicação não-verbal: uma contribuição para o aconselhamento em amamentação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.2, p.258-264, mar./abr. 2004.

SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan; KOKUDAY, Maria de Lourdes do Patrocínio; RIUL, Maria José Sartori; ROSSANEZ, Léa Silvia Sian; FONSECA, Luciana Mara Monti; LEITE, Adriana Moraes. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade- as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.11, n.4, p.539-43, jul./ago. 2003.

SETZ, Vanessa Grespan; PEDREIRA, Mavilde da L. Gonçalves; PETERLINE, Maria Angélica Sorgini; HARADA, Maria de Jesus Castro S; PEREIRA, Sônia Regina. Avaliação e Intervenção para o alívio da dor da criança hospitalizada. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 2, p.55-65, maio./ago. 2001.

SILVA, Iris Lima e; ALMEIDA, Ana Cristina M.T. de; ROMERO, Elaine; BERESFORD, Heron. Percebendo o corpo que aprende: considerações teóricas e indicadores para avaliação da linguagem não-verbal de escolares do 1º. ciclo do ensino fundamental. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação** [online], Rio de Janeiro, v.12, n.45, p. 995-1012, out./dez. 2004.

SILVA, Laura Johanson da; SILVA, Leila Rangel da; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira. Tecnologia e humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v.43, n.3, p.684-9, 2009. Disponível em:< [www. ee.usp.br/reesp/](http://www.ee.usp.br/reesp/)> Acesso em: 22 maio.2012.

SILVA, Lúcia Marta Giunta da; BRASIL, Virginia Visconde; GUIMARÃES, Heloísa Cristina Quatrini Carvalho Passos; SAVONITTI, Beatriz Helena Ramos Almeida; SILVA, Maria Júlia Paes da. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p.52-58, ago. 2000.

SILVA, Luciana Codognoto da; DAUBER, Lia. Da amamentação aos afetos da vida adulta. **Interbio**, Dourados, MS, v.2 n.2, p.4-11, jul./dez. 2008.

SILVA, Maria Júlia Paes da. Aspectos gerais da construção de um programa sobre comunicação não verbal para enfermeiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. especial, p. 25-37, abr. 1996.

SILVA, Maria Júlia Paes da. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais na área de saúde**. 7.ed. São Paulo: Loyola, 2010. 133p.

SILVA, Maria Júlia Paes da; PAEGLE, Silene Oliveira. Análise da comunicação não-verbal de pessoas portadoras de ostomia por câncer de intestino em grupo focal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.1, p.46-51, jan./fev. 2005.

SILVA, Yerkes Pereira e; GOMEZ, Renato Santiago; MÁXIMO, Thadeu Alves; SILVA, Ana Cristina Simões e. Avaliação da dor em neonatologia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 57, n. 5, p. 565-574, set./out. 2007.

BUENO, Mariana. Pós-operatório no recém-nascido: avaliação e controle da dor. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO E ENCONTRO INTERNACIONAL SOBRE DOR, 8., 2007, São Paulo. **Anais: ...** São Paulo: SIMBIDOR, 2007. p.70-72.

SOUSA, Bruna Breyanna Brito; SANTOS, Marinense Hermínia; SOUSA, Francisca Georgina Macêdo; GONÇALVES, Anna Paula Ferrario; PAIVA, Sirliane de Souza. A avaliação da Dor como Instrumento para o cuidar do recém-nascido pré-termo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.spe., p.88-96. 2006.

SOUZA, Aspásia Basile Gesteira; MATA, Esmeralda Lopes da. Aleitamento materno e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança. In: SOUZA, Aspásia Basile Gesteira (org.). **Enfermagem Neonatal: cuidado integral ao recém-nascido**. 1.ed. São Paulo: Martinari, 2011. 230p.

Souza, PT. **Participação das mães nos cuidados ao recém-nascido pré-termo na unidade de terapia intensiva neonatal: sentimentos, desejos e necessidades** [monografia]. São Paulo (SP): USP; 2000.

STEFANELLI, Maguida Costa. **Comunicação com paciente teoria e ensino**. 2.ed. São Paulo: Robe editorial, 1993. 200p.

TAMEZ, Raquel Nascimento; SILVA, Maria Jones Pantoja. **Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao recém nascido de alto risco**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. 355p.

TANNURE, Meire Chucre; GONÇALVES, Ana Maria Pinheiro. **SAE, Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 184p.

THOMAZ, Ana Claire Pimenteira; LIMA, Maria Rejane Tenório de; TAVARES, Carlos Henrique Falcão; OLIVEIRA, Carlos Gonçalves de. Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. **Estudos de Psicologia**, Natal, RN, v. 10, n. 1, p. 139-146, jan./abr. 2005.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 3.ed. Porto Alegre: Sagra DC. Luzzato, 2001. 202p.

WATSON, Wilbur H. The meaning of touch: geriatric nursing. **Journal communication**, University of Southern California, v.25, n.3, p. 104-112, set. 1975.

WINNICOTT, Donald Woods. **A criança e seu mundo** (1964). 6.ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982. 270p.

WINNICOTT, Donald Woods. A mente e sua Relação com o Psique-Soma (1949). In: _____ **Textos Selecionados**: Da pediatria à psicanálise. 4. ed. Tradução Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988, p. 409-425.

WINNICOTT, Donald Woods. Breast Feeding (1964). In: _____ **The Child, the family and the outside world**. Reading, Massachusetts, Addison- Wesley, 1997. p. 50-57.

WINNICOTT, Donald Woods. Desenvolvimento emocional primitivo (1945). In: _____ **Textos selecionados**: da pediatria à psicanálise. 4.ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988, p. 269-285.

WINNICOTT, Donald Woods. **De la pédiatrie à la psychanalyse**. Paris: Payot. 1999. Publicado originalmente em 1969.

WINNICOTT, Donald Woods. Localização da Psique no Corpo (1954). In: _____ **Natureza Humana**. Rio de Janeiro. Imago Editora, 1990. p.143

WINNICOTT, Donald Woods. **Natureza humana**. Tradução Davi Litman Bogomoletz. São Paulo: Imago, 1990.

WINNICOTT, Donald Woods. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes. 2006. 98p.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Pesquisa: **“Comunicação no Cuidar de Enfermagem: o que expressam os recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”**.

Data da coleta de dados: ____/____/____ Início: término: Entrevista nº _____

Sexo: Feminino Masculino

Idade: _____

Tempo de experiência profissional: _____

Há quanto tempo você trabalha na área de neonatologia? _____

Possui especialização? Não Sim Qual:

O que você entende por comunicação não-verbal do recém-nascido?

Em sua opinião, em que momento essa comunicação do RN se torna mais evidente?

Em sua unidade, esses elementos comunicacionais são considerados e/ou registrados? Há algum instrumento específico para isso?

Quais as manifestações expressadas pelo recém-nascido você identifica em situações específicas como:

- Estresse e fadiga:
- Má adaptação ao meio extra-uterino:
- Estar intubado:
- Estar com dor:
- Ao toque:
- Em situações de equilíbrio/estabilidade:
- Na amamentação:
- Vinculação familiar:

Há alguma outra situação específica, com a respectiva manifestação, do recém-nascido que você queira referir?

Qual a manifestação do RN você interpreta como mais significativa de adaptação? E qual a mais significativa de má adaptação?

Há algo mais que você queira referir?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Iêda Maria Ávila Vargas Dias
ENDEREÇO: Rua José Lourenço Kelmer, s/n – Campus Universitário
 Bairro Martelos São Pedro
 CEP: 36036-330 – Juiz de Fora – MG
 E-MAIL: vargasdias@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sr(a) está sendo convidado (a), como voluntário(a), a participar da pesquisa **“Comunicação no Cuidar em Enfermagem: o que expressam os recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”**. Neste estudo pretende-se descrever quais elementos de comunicação não verbal do recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal são identificados pelo enfermeiro e discutir a inserção dessa comunicação sob a luz da Teoria da Cinésica no cuidado neonatal.

O motivo que nos levou a estudar este tema é a necessidade de desenvolver a compreensão da linguagem não-verbal dos recém-nascidos, pois acreditamos que isso permitirá a avaliação das necessidades do recém-nascido de forma mais precisa, visto que ele não dispõe de capacidade verbal para se comunicar com o seu meio. A metodologia consiste numa entrevista com questões semiestruturadas, que se autorizado, será gravada e transcrita posteriormente.

Nesta pesquisa, os riscos considerados são mínimos, como aqueles que podem acontecer no seu dia-a-dia, apesar disso, é de responsabilidade da pesquisadora a suspensão e o oferecimento de assistência necessária em relação às possíveis complicações e danos decorrentes da pesquisa.

Para participar você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Podendo retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. A Sr(a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Enfermagem/UFJF e a outra será fornecida a você.

Eu, _____
 _____, **portador do documento de identidade** _____ **fui informado (a) dos objetivos do estudo** “Comunicação no Cuidar em Enfermagem: o que expressam os recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”, **de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Desta forma, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as dúvidas.**

Juiz de Fora, _____ **de** _____ **de 2011.**

**Assinatura do
participante**
End:

**Assinatura do
orientador**
End:

**Assinatura do
pesquisador**
Endereço: Rua José Lourenço
Kelmer, 1350. São Pedro

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFJF

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA / CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA

UFJF

JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900

FONE: (32) 2102-3788 / E-MAIL: cep.propesq@uff.edu.br

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Iêda Maria Ávila Vargas Dias

ENDEREÇO: Rua José Lourenço Kelmer, s/n –
 Campus Universitário Bairro Martelos São Pedro CEP: 36036-330 – Juiz de Fora - MG
 FONE: (32) 3231-2095/(32)9949-2095 E-MAIL: vargasdias@hotmail.com

PARECER Nº. 068/2011

Data: 01/09/2011

Registro CEP/FHEMIG: 068/2011 (este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).

CAAE – 0047.0.287.000-11

Hospital Regional Dr. João Penido – HRJP/FHEMIG.
Pesquisadora responsável: **Iêda Maria Ávila Vargas Dias.**

DECISÃO:

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/FHEMIG) aprovou em 01 de setembro de 2011, o projeto de pesquisa intitulado: “Comunicação no cuidar em enfermagem: o que expressam os recém - nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”.

Segundo o item **VII.13.d da Resolução 196/96**, os pesquisadores ficam **OBRIGADOS** a enviar relatórios anualmente.

Assim o relatório parcial deverá ser entregue em **01/09/2012** e/ou o relatório final ao término da pesquisa.

O relatório poderá seguir o modelo de acompanhamento disponível na Intranet/FHEMIG.

- Formulário CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – deverá ser assinado, pelo pesquisador responsável, nos espaços apropriados, e em seguida o NEP deverá encaminhar a este CEP/FHEMIG 02 (duas) vias, enquanto a outra deverá ser entregue ao pesquisador responsável.


Vanderson Assis Romualdo
Coordenador

Comitê de Ética em Pesquisa / FHEMIG
Vanderson Assis Romualdo

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

27004/2011 - 9

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 068/2011

1 – Título:

“Comunicação no Cuidar em Enfermagem: o que expressam os recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.”

2 – Pesquisador: Iêda Maria Ávila Vargas Dias

Titulação: Enfermeira – Doutora

3 – Histórico:

Recebimento do projeto pelo CEP – **31 de Agosto de 2011.**

Apresentação do projeto na Reunião do CEP – **01 de Setembro de 2011.**

Envio do relatório – **01 de Setembro de 2011.**

4 – Resumo do estudo:

Visão Geral:

- Os autores enviaram projeto conciso, porém bastante claro. Ressalta o fato de estar ancorada na premissa de que é somente através da sensibilidade e percepção do enfermeiro que será possível atender às necessidades do recém-nascido, visto que ele ainda não dispõe de capacidade cognitiva ou verbal para se comunicar com o seu meio. Este estudo mostra-se também relevante, por acreditar que a comunicação não-verbal no cenário da UTIN, ainda constitui um desafio, tanto para a pesquisa como para o cuidado de Enfermagem.

Objetivos:

- Descrever quais elementos de comunicação não verbal do recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal são identificados pelo enfermeiro e discutir a inserção dessa comunicação sob a luz da Teoria da Cinésica no cuidado neonatal.

Metodologia:

- Estudo prospectivo, qualitativo;
- Local: Hospitais públicos, filantrópicos e privados da cidade de Juiz de Fora, sendo o HRJP da Rede FHEMIG;
- Amostra: Enfermeiros que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal do HRJP até que haja saturação da resposta;
- Coleta de dados: Via entrevistas semi-estruturados, que englobam questões sobre o perfil do profissional e sobre o que é a comunicação não-verbal e como ele a interpreta;
- Orçamento: R\$1.290,00 envolvendo material de escritório e serviços de terceiros. Sem ônus para a FHEMIG e de responsabilidade dos pesquisadores.

SIPRO: 2900412011-9

5 – Proteção dos Participantes:

- Esta pesquisa apresenta baixo risco, pois se baseia em entrevistas com profissionais e não há intervenção clínica.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):

- O TCLE usa de linguagem clara e acessível;
- São expostos todos os objetivos e a metodologia do estudo;
- Esclarece os possíveis riscos e benefícios;
- Esclarece que não haverá custos nem remuneração;
- Garante o sigilo e anonimato no tratamento das informações;
- Disponibiliza dois contatos telefônicos para esclarecimentos de dúvidas.

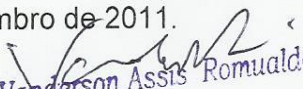
6 – Considerações e Mérito:

- **Projeto:** Relevante, pertinente e de valor científico;
- **Metodologia:** Adequada para os objetivos propostos;
- **Currículos:** Com competência reconhecida para a condução do estudo;
- **Cronograma:** Adequado;
- **Folha de Rosto** Devidamente preenchida e assinada;
- **Orçamento:** Adequado e de responsabilidade dos pesquisadores;
- **TCLE:** Adequado;
- **Aspectos Éticos:** O projeto está de acordo com a Res.196/1996 do CNS-MS.

7 – Parecer:

- **APROVADO.**

Belo Horizonte, 01 de Setembro de 2011.


Vanderson Assis Romualdo
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa / FHEMIG

Vanderson Assis Romualdo
COORDENADOR DO CEP/FHEMIG