

COMUNICAÇÃO PROXÊMICA ENTRE MÃE E RECÉM-NASCIDO DE RISCO NA UNIDADE NEONATAL

PROXEMIC COMMUNICATION BETWEEN MOTHER AND NEWBORN AT RISK IN THE NEONATAL UNIT

COMUNICACIÓN PROXÉMICA ENTRE MADRE Y RECIÉN NACIDO DE RIESGO EN LA UNIDAD NEONATAL

LEILIANE MARTINS FARIAS¹

MARIA VERA LÚCIA MOREIRA LEITÃO CARDOSO²

ISOLDA PEREIRA DA SILVEIRA³

ANA FÁTIMA CARVALHO FERNANDES⁴

Estudo descritivo-exploratório, objetivou analisar a comunicação proxêmica do binômio mãe-recém-nascido (RN) internados numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN em Fortaleza-Ceará, de outubro/novembro/2006. 20 mães e 20 RN compuseram a amostra. Utilizou-se seis fatores da Teoria Proxêmica de Hall. Os resultados mostraram três ângulos de interação entre mãe-RN: dezoito mães frente a frente, uma lateral, uma de costas. Fator proxêmico e fatores cinésicos, quinze mães adotaram uma distância íntima, quatro distância pessoal, uma distância social. Quanto às expressões faciais das mães observou-se com maior frequência o sorriso (9), tranqüilidade (7); entre os RN's, choro (13), e tranqüilidade (7). No comportamento de contato, a maioria das mães acariciou (16), apalpou (14), segurou demoradamente (15). No código visual, dezenove mães olharam seus filhos. No volume da voz, falaram baixo (14), normal (2). Conclui-se que os comportamentos focados pelos fatores permitiram avaliar o comportamento espacial do binômio mãe e recém nascido.

PALAVRAS-CHAVE: Relações mãe-filho; Comportamento materno; Terapia Intensiva Neonatal; Recém-nascido.

This is a descriptive, exploratory study which aimed to analyze the proxemic communication of the mother-child binomial in a Neonatal Intensive Therapy Unit-ITU in Fortaleza-Ceará from October to November 2006. The sample consisted of 20 mothers and 20 newborn babies. Six factors from Hall's Proxemic Theory were used. The results showed three interaction angles between mothers and newborns: eighteen mothers were opposite to the newborns, one of them was next to the baby, and the other one was giving her back to the baby. Proxemic and cinesic factors: fifteen mothers got to a close distance, four of them were at a personal distance, and another one at a social distance. As for mother's facial expressions, the smile (9) and the tranquility (7) were observed with higher frequency; the crying (13) and the tranquility (7) were observed among the newborn babies. As for the mother's behavior contact, most cherished their babies (16), touched them (14), and held them lingeringly (15). In the visual code, nineteen mothers looked at their children. As for the voice volume, it was low (14) or normal (2). It is possible to infer that the behavior focused by the factors allowed us to evaluate a special behavior of the mother-child binomial.

KEYWORDS: Mother-child relations; Maternal behavior; Intensive care, Neonatal; Newborn.

Estudio descriptivo y exploratorio con el objetivo de analizar la conducta espacial del binomio madre y recién nacido (RN) internados en una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN en Fortaleza-Ceará, de octubre/ noviembre/2006. 20 madres y 20 RN compusieron la amuestra. Se utilizó seis factores de la Teoria Proxémica de Hall. Los resultados señalaron tres ángulos de interacción entre madre y RN: dieciocho madres frente a frente, una lateral, una de espaldas. Factor proxémica y factores cinésicos, quince madres adoptaron una distancia íntima, cuatro distancia personal, una distancia social. Mientras a las expresiones faciales de las madres se observó con mayor frecuencia la sonrisa (9), tranquilidad (7); entre los RN's, lloro (13) y tranquilidad (7). En el comportamiento de contacto, la mayoría de las madres acariciaron (16), palparon (14), tuvieron en las manos demoradamente (15). En el código de vista, diecinueve madres miraron sus hijos. En el volumen de la voz, hablaron bajo (14), normal (2). Se concluye que los comportamientos señalados por los factores permitieron evaluar el comportamiento espacial del binomio madre e recién nacido.

PALABRAS CLAVE: Relaciones maré-hijo; Conducta materna; Cuidado Intensivo Neonatal; Recién nacido.

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC)/Brasil. E-mail: leiliane. matins@hotmail.com

² Enfermeira. Doutora. Pós-Doutorado/Canadá. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC)/Brasil. Pesquisadora 2 CNPq. Brasil. E-mail: cardoso@ufc.br

³ Enfermeira. Doutoranda do programa de pós-graduação da Universidade Federal do Ceará (UFC)/Brasil. Professora da Universidade Grande Fortaleza. Brasil. E-mail: isolda_silveira@yahoo.com.br

⁴ Enfermeira. Doutora. Professora Associado do Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC)/Brasil. Pesquisadora 2 CNPq. Brasil. E-mail: afcana@ufc.br

INTRODUÇÃO

O nascimento de uma criança no seio familiar traz expectativas que refletem os papéis que serão desempenhados por todos os membros e, entre estes, o papel de cuidador, que para ser efetivado necessita de comunicação entre pais e recém-nascido (RN). Essa criança é imaginada como alguém portando boa vitalidade.

Mas, situações inesperadas tais como parto prematuro ou não programado, problemas de saúde, ou quaisquer outras intercorrências que exijam um parto de urgência, colocam como prioridade a vida desse pequeno ser. Dessa forma, para mitigar os riscos envolvidos, inclusive de vida, muitas das vezes pode ser necessária sua internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), o que predispõe à separação entre mãe e filho. Essa separação, embora necessária, envolve não apenas o binômio mãe-recém nascido, como também a família. Nesse sentido, a internação do bebê ao nascer é um evento novo e imprevisível para todos, especialmente para ele, pois se encontrava no ambiente intrauterino, o qual era constituído de temperatura ideal e passa a viver no ambiente externo, muitas vezes frio e exaustivo⁽¹⁾.

O ambiente intenso e frenético da UTIN é muitas vezes visto como agressivo, frio e sofre influências terapêuticas e procedimentos ali realizados⁽²⁾. Portanto, a UTIN se torna um ambiente agressivo aos olhos da mãe, causando medo e pavor. Na busca de informações, de contato com seu ente querido, a mãe acaba se deparando com esse ambiente hostil, frio, com muitos aparelhos, equipamentos modernos, tudo muito estranho ao seu conhecimento.

Os cuidados que a mãe provê ao filho internado, se dá através das visitas à unidade neonatal, estabelecendo a sua proximidade, e assim, tentam passar ao bebê seu amor. Nesse sentido, para as mães, na sua presença, seus filhos se sentem mais protegidos, seguros, confiantes, recebendo o carinho delas⁽³⁾. Assim, pressupõe-se que a comunicação é uma necessidade humana básica, um processo dinâmico que envolve um intercâmbio de mensagens enviadas e recebidas que influenciam no comportamento das pessoas a curto, longo e médio prazo⁽⁴⁾.

É muito importante que exista o estímulo para que a mãe se comunique com seu filho, que participe de pro-

cedimentos para com ele desenvolvidos, que o toque seja estimulado e perceba que, mesmo doente, ele sente sua presença e precisa desse contato, para melhor desenvolvimento psíquico. Podemos aumentar nossa efetividade na comunicação ao tomar consciência da importância da linguagem corporal, principalmente quanto à proximidade, postura e contato visual⁽⁵⁾.

Por isso, sempre quando possível, e se as condições permitirem deve-se facilitar o toque entre a mãe e o recém-nascido de alto risco. Esse procedimento não só auxilia o desenvolvimento do processo de apego entre mãe e recém nascido, como também reduz o estresse materno decorrente da separação e preocupação com sua criança enferma⁽⁶⁾.

O cotidiano enfrentado pelas enfermeiras que trabalham em Unidade Neonatal (UN) lhes impõe um alargamento de perspectivas na observação e realização, do ponto de vista das suas atividades profissionais⁽⁷⁾. A enfermeira pode melhorar sua prática adotando uma assistência humanitária, demonstrando interesse e calor humano; com isso é importante a qualidade da comunicação que ocorre na relação da equipe de enfermagem, paciente e família.

O tema ora estudado, diretamente relacionado ao recém-nascido, exige que sejam consideradas todas as formas de comunicação entre mãe e filho, sejam elas verbais ou não-verbais. Quanto à comunicação não-verbal, a literatura apresenta várias modalidades⁽⁵⁾. Por fim, a Proxêmica, estuda a comunicação considerando a posição corporal e as relações espaciais ou de territorialidade (comportamento espacial).

A comunicação proxêmica constitui-se em uma modalidade de comunicação não-verbal⁽⁸⁾ é o estudo de como o homem estrutura inconscientemente o seu microespaço – a distância entre os homens na condução de transações cotidianas, a organização do espaço em suas casas e edifícios e, em última instância, o *layout* de suas cidades; pode ser entendida como o conjunto das observações e das teorias referentes ao uso do espaço pelo homem, ou seja, do relacionamento entre o uso do espaço e o comportamento humano; O estudo de como o homem constrói espaços em torno de si para manter distância em relação aos outros; O uso do espaço na comunicação, ou

seja, como os indivíduos usam e interpretam o espaço no processo comunicativo.

Decidiu-se então observar a comunicação entre o binômio mãe-recém nascido a partir das indagações: até que ponto os fatores estruturais/ambientais da UTIN facilitam a comunicação entre mãe e filho? Como se dá a comunicação da mãe com seu filho na UTIN, considerando a comunicação proxêmica? Que fatores contribuem para a aproximação ou o afastamento da mãe na UTIN e como a mãe se comporta ao contato com seu filho?

Assim, objetivou-se analisar a comunicação proxêmica do binômio mãe e recém-nascido internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

METODOLOGIA

O estudo apresenta um delineamento exploratório e descritivo, e foi realizado no setor da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um Hospital Público da cidade de Fortaleza-Ceará. A amostra foi constituída por 20 mães e 20 recém-nascidos de risco internados na UTIN que se encontravam internados pelo menos a mais de uma semana nos meses de outubro e novembro de 2006.

A coleta de dados foi realizada embasada em seis dos oito fatores proxêmicos propostos; quais sejam: postura-sexo, eixo sociófugo-sociópeto, fatores cinestésicos, comportamento de contato, código visual e volume da voz⁽⁹⁾. O código térmico e o olfativo não foram analisados, visto que não foram obtidos parâmetros técnicos e metodológicos para avaliá-los.

Utilizou-se um roteiro observacional estruturado que contemplou dados do prontuário do RN como condições de nascimento, idade gestacional; e a observação direta da comunicação entre mãe e filho durante a visita hospitalar, momento em que os dados foram registrados num diário de campo.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital onde se realizou o estudo, conforme a Resolução nº 196, do Conselho Nacional da Saúde, de 10 de outubro de 1996, que regulamenta a pesquisa com seres humanos. A aceitação das mães em participar da pesquisa foi registrada por meio de Termo de Consen-

timento Livre e Esclarecido, previamente elaborado pelas pesquisadoras.

Após o término do levantamento de dados, foi disponibilizada para cada uma das mães a consulta das observações coletadas sobre ela e seu filho. Essa confirmação dos dados serviu para garantir a fidedignidade dos mesmos e a correção de algum dado eventualmente distorcido ou equivocado. Utilizou-se na análise dos dados fatores da comunicação proxêmica e outras literaturas pertinentes ao tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O primeiro fator apresentado diz respeito à postura-sexo. A postura adotada pelos indivíduos, bem como o sexo das pessoas envolvidas na comunicação, e sua influência no comportamento proxêmico das pessoas⁽⁹⁾.

Como o presente trabalho teve como foco a mãe, o sexo dos participantes mostrou variação apenas em relação aos recém-nascidos. Nenhum dos resultados apresentados pelos demais fatores proxêmicos permitiu identificar alguma diferença significativa nos comportamentos proxêmicos em função do sexo dos bebês.

Quanto à posição adotada, os recém-nascidos estavam todos deitados em berços ou incubadoras, alguns em posição ventral, outros em posição dorsal e outros em posição decúbito lateral. Já a mãe, no ambiente da UTIN, dentre as três opções possíveis, optou entre ficar em pé ou sentada.

Em função da pequena distância entre as incubadoras, o espaço da UTIN não se apresentou adequado para a colocação de uma cadeira. Além disso, o que ocorre é um procedimento improvisado, em que a mãe precisa solicitar a um funcionário que traga uma cadeira do depósito de materiais. Ainda assim, dez mães permaneceram sentadas durante a visita.

É bem verdade que, pela altura das incubadoras, a posição que permite uma melhor visualização e contato com o RN é em pé. Entretanto, deve ser lembrado que muitas mães realizam a primeira visita aos seus filhos no mesmo dia do nascimento destes, algumas delas logo após a realização de um parto cesariano, no puerpério

imediatamente. Considerando o período pós-anestésico que deve ser respeitado, dependendo do tipo de anestesia usada como a raquidiana ou peridural. Então, seria provável que essas mães adotassem a posição sentada. Entretanto, a amostra apresentou três mães de parto cesariano, que realizaram a primeira visita a seus filhos no mesmo dia do nascimento ou no dia seguinte, e todas elas adotaram a posição em pé.

Há várias possibilidades de justificativa para este comportamento: a falta de informação por parte da mãe da possibilidade de obter uma cadeira, a própria timidez da mãe ao chegar pela primeira vez na UTIN; ou mesmo o forte desejo da mãe de ter o maior contato possível com a criança. Por outro lado, observou-se que todas as mães que visitavam seus filhos após trinta dias de vida ficavam em pé, que é a melhor posição para ter contato com o RN.

O segundo fator proxêmico refere-se ao Eixo Soció-fuga-Soció-peto. Essa categoria está ligada à orientação angular de uma pessoa em relação à outra, o que reflete o grau de desejo dos participantes de ter uma maior intimidade⁽⁹⁾.

Foram encontrados neste trabalho três ângulos de interação: frente a frente, lateral (ou paralelo), e de costas. Os resultados obtidos referente ao eixo colocado em relação ao filho internado foram: 18 mães ficaram frente a frente, uma lateral e uma de costas.

Neste item, observou-se que quase a totalidade das mães adotou a posição frente a frente. A posição lateral adotada por uma das mães possivelmente, indicou uma fuga ou um distanciamento, ou seja, ela desejava estar a uma distância maior do que a que efetivamente estava.

A posição de costas, adotada por uma mãe, mostra desinteresse, é uma postura de fuga, não aceitação. Esses sentimentos eram compatíveis com a história da mãe que incluía uma tentativa de aborto. Ela visitou seu filho a pedido do serviço social do hospital.

O terceiro fator proxêmico refere-se aos Fatores Cinésicos (ou cinestésicos). Foram analisadas as expressões faciais das mães e dos seus filhos, bem como as quatro distâncias interpessoais: íntima, pessoal, social e pública⁽⁹⁾.

Das vinte mães que conversavam com seus filhos, quinze apresentaram uma distância íntima, quatro tive-

ram uma distância pessoal, uma mãe somente ficou em uma distância social e nenhuma se apresentou na posição pública.

As mães observadas mostraram, em sua grande maioria, uma preocupação de que os seus filhos percebessem sua presença e para tanto, buscaram comunicar-se por meio de canais verbais e não-verbais. Assim sendo, o principal objetivo da distância estabelecida pelas mães foi permitir uma eficiente comunicação⁽¹⁰⁾. Tal situação aconteceu de maneira espontânea, porém marcada pelo desejo de estar próxima do filho.

Os fatores cinésicos consideram o posicionamento de partes do corpo, portanto analisou-se as expressões faciais das mães e seus filhos. Percebeu-se que as expressões faciais das mães incluíram o sorriso, o choro, a indiferença e a tranquilidade. Observou-se em 9 mães expressão de sorriso, em três choro e apenas uma única expressão facial de indiferença⁽¹¹⁾.

As expressões faciais dos recém-nascidos oscilaram entre o choro (13) e a tranquilidade (7), não sendo percebido o sorriso e a indiferença. Percebeu-se que aqueles que estavam chorando no momento da chegada das mães, ao serem tocados, sentiram-se aconchegados e pararam de chorar.

Considerando-se a UTIN um ambiente caracterizado por situações estressantes devido ao estado de saúde dos bebês, geralmente graves, a presença de muitos equipamentos e rotinas que podem levar a uma ambiência, muitas vezes, fria e hostil, faz-se necessário que os pais acompanhem seus filhos nesse período crucial e significativo⁽²⁾.

A estabilidade do bebê também pode ser percebida pelo olhar vivo, capaz de fixar por um período curto, movimento da boca, como se quisesse falar. Em situações de angústia, o bebê pode virar a cabeça para o lado oposto do estímulo, cobrir o rosto com as mãos e usar o sono como refúgio, gastando energia e dificultando sua interação social⁽¹²⁾.

O quarto fator proxêmico analisado foi o comportamento de contato. Entre as vinte mães da amostra, apenas duas não tocaram seus filhos. As dezoito mães que tocaram seus filhos apresentaram uma diversidade quanto aos tipos de toque. Dezesesseis mães os acariciaram, dez

os agarraram, quatorze os apalparam, quinze seguraram demoradamente o corpo de seus filhos e três os tocaram outras diferentes partes do corpo.

O toque é, sem dúvida, um tipo especialíssimo de comunicação. O contato físico em si não é um acontecimento emocional, mas seus elementos sensoriais provocam alterações neurais, glandulares, musculares e mentais, as quais chamam emoções. Por isso, muitas vezes, o tato não é sentido como uma sensação, e sim, efetivamente, como emoção. A começar pelo tipo de receptor envolvido: o tato. A pele, maior órgão do corpo, é a responsável pela percepção do toque⁽⁵⁾.

A extrema sensibilidade da pele às mudanças de temperatura e de textura deve-se a um grupo de nervos, os exteroceptivos, localizados por baixo da pele, que transmitem as sensações de calor, frio, táteis e de dor ao sistema nervoso central. Essa estrutura traz faculdades sensoriais suplementares e se permite perceber as alterações afetivas ocorridas nos outros⁽⁵⁾.

Com os avanços nas pesquisas em Neonatologia, foi constatado que os prematuros são capazes de ver, ouvir, cheirar e responder ao toque, sendo isso de extrema importância. Ao serem estimulados, respondem ao manuseio e mostram-se tranqüilos quando alguém conversa com eles. O toque e o contato humano imediato são vitais para o prematuro. Além disso, favorecem a interação do bebê com seus pais⁽²⁾.

Pesquisas com pacientes graves, internados na UTI, indicam que o toque de familiares, enfermeiros e médicos altera o ritmo cardíaco, chegando a diminuir quando se segura em suas mãos. Pacientes gravemente enfermos apresentam expressões faciais positivas de alegria e tranqüilidade, quando tocados de forma mais afetiva, e não só para a realização de procedimentos⁽⁵⁾.

Os bebês não se acalmam facilmente quando estão estressados; liberam os hormônios de estresse nas lágrimas, mas isto não é suficiente para relaxarem, pois necessitam do toque humano, do abraço e de uma voz tranqüilizadora para sentirem-se seguros. Compartilham suas reações ao manuseio com os adultos por meio de reflexos automáticos; seu coração responde a mudanças emocionais, como o medo, aumentando o ritmo cardíaco⁽¹³⁾.

A quinta categoria refere-se ao Código Visual, ou seja, ao contato ocular. Avaliou-se o contato visual pela observação do comportamento ocular da mãe. Das vinte mães observadas, 19 olharam para seus filhos. Observou-se que as mães têm uma forte necessidade de ver seus filhos. Percebeu-se algumas mães querendo ver mais, ver o invisível, ver além das aparências⁽¹²⁾. Nesse momento, refletiu-se sobre a atuação dos profissionais na relação de ajuda e de informação para as mães.

A enfermeira necessita da comunicação com os pais para um significado mais amplo mediante a interação, possibilitando o envolvimento, o conhecimento do outro e, ao mesmo tempo, oferecendo-lhe apoio e confiança. Assim, obtém-se maior êxito nas ações de enfermagem que dependem de uma interação eficaz⁽²⁾.

O sexto e último fator proxêmico analisado foi o volume da voz. Notou-se que as mães utilizaram a voz como um meio a mais para permitir que seus filhos as identificassem com mais facilidade.

O volume da voz analisa a percepção dos interlocutores em relação ao espaço interpessoal, mediante classificação do volume e da intensidade da fala durante a interação: sussurro, grito ou tom normal⁽¹⁴⁾. Foi observado que quatorze mães falaram sussurrando, duas falaram com volume normal. Quatro mães não se comunicaram verbalmente com seus filhos. Nenhuma mãe utilizou um volume de voz alto (grito).

O sistema auditivo do ser humano se desenvolve na vida fetal, de forma que o feto pode ouvir sons extra-uterinos⁽¹⁵⁾. O neonato responde de maneira variada a diferentes tons de vozes. No caso das mães, ele já conhece sua voz desde a vida fetal, então é normal que a mãe fale de forma diferente e, mesmo assim, seu filho a reconheça. Essa voz diferente acalma, tranqüiliza e consola o RN de todo o ambiente estressante em que ele se encontra. Para alguns autores⁽¹⁶⁾, o bebê prefere vozes mais agudas e seus pais parecem fazer instintivamente uma voz nesse tom quando conversam com ele.

CONCLUSÕES

A experiência revelou que a aplicação dos fatores proxêmicos exige um senso crítico quanto à interpretação

dos resultados, pois situações específicas exigem análises diferenciadas.

Conclui-se que os comportamentos focados nos fatores proxêmicos permitem uma análise considerável do comportamento espacial do binômio mãe-recém nascido. Identificou-se, portanto, os seis fatores proxêmicos de Hall por diferentes ângulos de observação para uma mesma realidade comportamental.

Avalia-se que os conceitos da Teoria Proxêmica constituem de um manancial à disposição dos profissionais da enfermagem para o aprimoramento de seu exercício profissional, no que tange a humanização da assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Campos AC. O significado de ser mãe de um recém-nascido sob fototerapia: uma abordagem humanística [dissertação]. Fortaleza (CE): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2003.
2. Cardoso MVLML, Souto KC, Oliveira MMC. Compreendendo a experiência de ser pai de recém nascido prematuro internado na unidade neonatal. *Rev Rene* 2006; 7(3):49-55.
3. Martinez JG, Fonseca LMM, Scochi CGS. Participação das mães/pais no cuidado ao filho prematuro em unidade neonatal: significados atribuídos pela equipe de saúde. *Rev Latino-am Enferm* 2007; 15(2):239-46.
4. Silva MJP. Percebendo o ser humano além da doença: o não-verbal detectado pelo enfermeiro. *Nursing* 2001; 4(41):14-20.
5. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente; 1996.
6. Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
7. Cardoso MVLML, Rolim KMC, Fontenele FC, Gurgel EPP, Costa LR. Respostas fisiológicas e comportamentais do recém-nascido de risco durante o cuidado da enfermeira. *Rev Gaúcha Enferm* 2007; 28(1):98-105.
8. Littlejohn SW. Fundamentos teóricos da comunicação humana. Rio de Janeiro: Guanabara; 1988.
9. Hall ET. A dimensão oculta. Lisboa: Relógio D'água; 1986.
10. Pinheiro GR, Ximenes LB, Oriá MOB, Dodt RCM, Barbosa RCM. O neonato sob fototerapia na unidade de internação neonatal- conhecimentos das mães. *Rev Rene* 2007; 8(3):44-51
11. Zanatta EA, Motta MGC. Saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero a 6 meses. *Rev Gaúcha Enferm* 2007; 28(4):556-63.
12. Ministério da Saúde (BR). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método mãe canguru. Brasília; 2002.
13. Rolim KMC, Cardoso MVLML. A interação enfermeira-recém-nascido durante a prática de aspiração orotraqueal e coleta de sangue. *Rev Esc Enferm USP* 2006; 40(4):512-23.
14. Galvão MTG, Paiva SS, Sawada NO, Pagliuca LMF. Análise da comunicação proxêmica com portadores de HIV/AIDS. *Rev Latino-am Enferm* 2006; 14(4):491-6
15. Kenner C. Enfermagem neonatal. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso editores; 2001.
16. Klaus M, Klaus P. Seu surpreendente recém-nascido. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.

RECEBIDO: 24/09/2009

ACEITO: 24/11/2009