

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**SIMONE GONÇALVES VASCONCELOS**

**COMUNICAÇÃO ENTRE MÃE-FILHO EM ALOJAMENTO CONJUNTO À LUZ  
DOS FATORES PROXÊMICOS**

**FORTALEZA  
2006**

SIMONE GONÇALVES VASCONCELOS

**COMUNICAÇÃO ENTRE MÃE-FILHO EM ALOJAMENTO CONJUNTO A LUZ  
DOS FATORES PROXÊMICOS**

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem Clínico-Cirúrgica.

Orientadora: Profa. Dra. Marli T. Gimenez Galvão

FORTALEZA  
2006

SIMONE GONÇALVES VASCONCELOS

**COMUNICAÇÃO ENTRE MÃE-FILHO EM ALOJAMENTO CONJUNTO À LUZ  
DOS FATORES PROXÊMICOS**

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem- Área de Concentração Enfermagem Clínico-Cirúrgica.

Aprovada em: 29 de agosto de 2006

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Marli Teresinha Gimeniz Galvão (Presidente)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Dra. Namie Okino Sawada (Examinadora)  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

---

Dr. Paulo César de Almeida (Examinador)  
Universidade Estadual do Ceará - UECE

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Vera Lúcia Leitão Cardoso  
Universidade Federal do Ceará - UFC (Examinadora Suplente)

Investigação inserida no Grupo de Pesquisa Auto-Ajuda para o cuidado –CNPq, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

A pesquisadora contou com bolsa de apoio financeiro concedido pela **FUNCAP** – Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

### **Dedicatória**

À minha mãe Horiza, por ter-me incentivado na busca do crescimento profissional. Graças a ela, sou uma pessoa mais realizada e feliz.

Ao meu marido, Gerson, pelo apoio em todas as decisões importantes para alcançar este grande objetivo, sempre compreensivo nos momentos em que precisei doar-me mais aos estudos que a ele próprio.

Aos meus filhos Luiz Gerson Neto e Luiz Gustavo, grandes fontes de incentivo e onde eu sempre encontrei a certeza de que a caminhada valia a pena.

Em especial à minha orientadora, Profa. Dra. Marli Teresinha, que com seu extremo compromisso com a docência e a enfermagem, conseguiu me perceber no meu ambiente de trabalho e se empenhou decisivamente no meu crescimento, fazendo uma enfermagem mais crítica e atuante. Sem ela este sonho não teria sequer começado.

## **Agradecimentos**

A Deus, por me fazer capaz de alcançar a graça desta importante conquista.

Aos professores da pós-graduação em enfermagem, que dividiram comigo seu grande arsenal de conhecimentos e contribuíram direta e indiretamente para a conclusão desta pesquisa.

Às pacientes que concordaram em participar deste estudo, pois sem o seu aceite estes achados não seriam alcançados e não poderiam contribuir para uma enfermagem melhor.

Aos profissionais e estudantes que fizeram o papel de juízes nas duas fases quando se fez necessária à presença deles com seus conhecimentos, pois tornaram o trabalho mais rico.

Ao LabCom\_Saúde, do Departamento de Enfermagem da UFC, notadamente à coordenadora Prof<sup>a</sup> Lorita Freitag Pagliuca pelo desenvolvimento da proposta até a implantação do laboratório, a qual, este se apóia na construção das mais diversas investigações de comunicação em saúde e, especificamente na área de enfermagem.

Ao Professor Paulo César, que sempre esteve apto a me ajudar nas análises estatísticas de forma atenciosa.

## RESUMO

Proxemia representa neologismo para designar o conjunto das observações e teorias referentes ao uso que o homem faz do seu espaço, constituindo-se uma modalidade de comunicação não-verbal. A comunicação proxêmica estuda o significado social do espaço, ou seja, estuda como o homem estrutura inconscientemente o próprio espaço. Neste estudo aborda-se a comunicação proxêmica entre mãe-filho em alojamento conjunto. Faz-se um julgamento comparativo entre binômios com sorologia negativa e positiva para o HIV. Como objetivo geral, menciona-se analisar as interações entre mãe-filho durante a troca de fraldas do bebê em alojamento conjunto, à luz dos fatores proxêmicos. Desenvolveu-se um estudo exploratório, descritivo e quantitativo entre dezembro de 2005 e fevereiro de 2006 em unidade de alojamento conjunto de uma Maternidade pública de Fortaleza-CE, utilizando-se filmagens para avaliar a comunicação. As filmagens foram realizadas em sala do alojamento conjunto, durante as primeiras 48 horas de vida do recém-nascido, onde se executa a antropometria, a troca de fraldas, o banho e a vacinação dos recém-nascidos. A população constituiu-se de uma amostra de conveniência de um grupo de binômio (G1 n=5), no qual a mãe não apresenta sorologia positiva para o HIV, e um segundo grupo (G2 n=3) em que a mãe tinha conhecimento da sorologia positiva para o HIV, antes do parto. Pelas filmagens registraram-se as cenas do momento da troca de fraldas dos bebês. Estas foram analisadas por juizes, obedecendo-se o referencial teórico de Hall (1986) sobre a comunicação proxêmica. À medida que se observou repetição dos componentes da comunicação proxêmica, elas foram finalizadas. Para análise utilizou-se um roteiro previamente elaborado, que constava de fatores proxêmicos: tom de voz, distância, comportamento de contato e contato visual. De acordo com os dados, encontrou-se associação estatística nos fatores código visual e tom de voz. Houve concordância absoluta entre os juizes no fator postura. Entretanto, dados relativos (%) permitem inferir algumas suposições, como as seguintes: a situação de troca de fraldas não foi o momento em que as mães demonstraram carinho com seus filhos; houve a presença de um número elevado de interações em eixo lateral; o olhar direcionado ao interlocutor manteve margem próxima do desviado; a maioria das interações encontradas com o eixo sociopeto pode refletir na necessidade de a mãe ficar próxima do filho para a troca e a presença do silêncio no procedimento. Estudos poderão ser desenvolvidos com vistas a ampliar o processo de avaliação da comunicação nas fases iniciais da vida, pois o conhecimento do processo comunicativo entre mãe e filho pode auxiliar no julgamento da validade da implementação de esforços para torná-la o mais saudável possível desde as primeiras horas pós-parto, especialmente em pacientes com HIV/aids, os quais têm uma história de vida peculiar, marcada por episódios dolorosos diante dos infortúnios da doença e das incertezas quanto ao seu prognóstico.

Palavras-chave: Comunicação. Comportamento Espacial. Alojamento Conjunto.

## ABSTRACT

Proxemics is a neologism which designates the set of observations and theories relating to the use man makes of his space, comprising a form of non-verbal communication. Proxemic communication studies the social meaning of space, that is, it studies how man unconsciously structures his own space. In this research, proxemic communication between mother and child in shared accommodation is approached. A comparative judgment is made between binomes with negative and positive blood test results for HIV, the general objective being analysis of mother-child interactions during diaper-changing of babies in shared accommodation, in the light of proxemic factors. A descriptive and quantitative exploratory study was undertaken, between December 2005 and February 2006, in a shared accommodation unit of a public maternity hospital in Fortaleza, Ceará, Brazil, using video footage to evaluate communication. Filming was performed in shared accommodation rooms, during the first 48 hours of life of neonates, in which anthropometrics, diaper-changing, bathing and vaccination of newborns take place. The population comprised a convenient sample of a binome group (G1; n=5), in which the mother does not test positively for HIV and a second group (G2, n=3) in which the mother was aware of positive blood test result for HIV, prior to childbirth. Footage filmed at time of diaper changes was analyzed by judges, in compliance with the theoretical benchmark of Hall (1986) regarding proxemic communication and scenes were finalized when repetition of proxemic communication components was observed. For analysis, a previously-prepared script was used, noting proxemic factors: tone of voice, distance, contact behavior and visual contact. According to the data, a statistical difference was generated for visual code and tone of voice factors. There was absolute concordance amongst judges for the posture factor. Nevertheless, relative data (%) permit inference of certain assumptions, notably: the “diaper-change” situation was not the moment in which mothers demonstrated affection for their children; the presence of a high number of interactions on a lateral axis; gaze directed to interlocutor maintained a margin close to averted; most interactions found with sociopetal axis may reflect need for mother to remain close to child for the change and the need for silence during procedure. Studies may be undertaken with a view to expanding the process of evaluation of communication in initial phases of life, as knowledge of the communicative process between mother and child may assist in judgment of validity of implementation of efforts to make it as healthy as possible from the first hours postpartum, especially as patients with HIV/AIDS have a particular life story, marked by painful episodes in view of the disease’s symptoms and the uncertainty regarding prognosis.

**Key words:** communication; proxemics; shared accommodation.

Key-words: Behavior. Spatial Behavior. Rooming-in Care.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do número de participantes, segundo as características. Fortaleza-CE, janeiro a fevereiro/2006	41
Tabela 2 - Distribuição do número das características observadas entre os grupos (G1 + G2). Fortaleza-CE, janeiro a fevereiro/2006	42
Tabela 3 - Associação entre as variáveis grupo e fatores proxêmicos. Fortaleza-CE, janeiro a fevereiro/2006	45
Tabela 4 - Análise de concordância entre os juízes e os fatores proxêmicos. Fortaleza-CE	46

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACTG 076- Protocol 076 of the Aids Clinical Trial Group

Aids- Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

ARV- anti-retroviral

AZT- Zidovudina

CDC- Centers for Disease Control and Prevention

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

FUNCAP – Fundação cearense de apoio ao desenvolvimento científico e tecnológico

G1- Grupo 1

G2- Grupo 2

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

MS- Ministério da Saúde

RN - Recém-Nascido

SESA-CE - Secretaria da Saúde do Ceará

TV- Transmissão Vertical

UFC- Universidade Federal do Ceará

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	12
1.1 Aspectos gerais da comunicação	12
1.2 Proxemia como modelo de comunicação	14
1.3 A infecção pelo HIV/aids	21
1.4 Justificativa do estudo	26
<b>2 OBJETIVOS</b>	30
2.1 Objetivo geral	30
2.2 Objetivos específicos	30
<b>3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS</b>	31
3.1 Tipo de estudo	31
3.2 Ambiente da pesquisa	31
3.3 População	32
3.4 Amostra	33
3.5 Coleta de dados	34
3.5.1 Período	34
3.5.2 Operacionalização da coleta de dados	34
3.6 Instrumento de análise dos dados	35
3.7 Análise estatística	37
3.8 Análise das filmagens	38
4 Aspectos éticos	39
<b>4 RESULTADOS</b>	41
4.1 Apresentação dos dados	41
<b>5 DISCUSSÃO</b>	48
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	57
<b>7 REFERÊNCIAS</b>	60
<b>APÊNDICES</b>	
<b>ANEXOS</b>	

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Aspectos gerais da comunicação

Como parte da sociedade, nossos atos diários estão condicionados pelas informações determinadas pelos membros que a compõem. A informação e as mensagens envolvem a todos, convertendo-nos em receptores e geradores de novas mensagens. Desta forma, o processo de comunicação é inevitável, pois diariamente nos envolvemos em situações que requerem nossa participação consciente ou intencional (ADLER; TOWNE, 2002).

Ademais, a comunicação constitui o fundamento cultural da pessoa humana, e mais que isso, da própria vida (HALL, 1986).

Etimologicamente, a palavra comunicar vem do latim, “communicare”, cujo significado é pôr em comum (MENDES,1994), tornar comum, fazer saber, participar, comunicar idéias, pensamentos, propósitos, estabelecer relação, difundir, entre outros (FERREIRA, 1993, p. 134)

O processo de comunicação se constitui em instrumento básico da experiência social. Assim, para haver comunicação deve haver compreensão, pois, desse modo, as idéias, imagens, experiências serão colocadas em comum.

Segundo informa Bordenave (1997), comunicação serve para que as pessoas se relacionem e transformem-se mutuamente, pois compartilham experiências, idéias e sentimentos. Como elementos básicos da comunicação este autor menciona: a situação em que esta ocorre e sobre a qual tem efeito transformador; os interlocutores que dela participam; as mensagens compartilhadas; os signos que utiliza para representá-los e os meios que emprega para transmiti-los.

Na opinião de Santos(2003), o ato da comunicação se compara ao ato de respirar: o ser humano não pára de se comunicar. Este é um processo ininterrupto, complexo e multifacetado.

Comunicar é o processo de transmitir por meio de signos, sejam eles símbolos ou sinais, verbais ou não-verbais. A comunicação é básica no relacionamento interpessoal e fundamental para o desenvolvimento da personalidade do homem. Por meio dela o homem desenvolve suas relações, experiências sociais e difunde sua cultura. Comunicar

também é compartilhar mensagens, idéias, sentimentos e emoções, podendo influenciar o comportamento das pessoas que, por sua vez, reagem a partir de suas crenças, valores, história de vida e cultura (SILVA; BRASIL; GUIMARÃES et al., 2000).

O ser humano emprega a comunicação para expressar idéias e sentimentos, orientar-se, coagir, narrar histórias, persuadir, exercer controle, conectar-se ao mundo, manipular, transmitir conhecimento, organizar pensamento e suas atitudes. Portanto a comunicação pressupõe sempre alguma forma de interação entre os seres humanos (SANTOS, 2003, p. 9).

Particularmente tratando-se da mãe e do bebê o estabelecimento de relacionamento e comunicação inatos à natureza humana propiciam tanto a um quanto ao outro condições de adaptações às mudanças ocorridas no contexto do nascimento e parto, visto que nem sempre isso ocorre de forma instantânea, mas é fruto de um processo contínuo.

A comunicação se estabelece em diferentes níveis simultaneamente, a variar do plenamente consciente ao inconsciente (HALL, 1986). No caso da comunicação não-verbal, por vezes é usada inconscientemente, e tem forte influência sobre o que se deseja expressar, a ponto de modificar o que está sendo dito, isto é, contrapondo-se à comunicação verbal.

## 1.2 Proxemia como modelo de comunicação

Desde os primeiros momentos da vida, o ser humano interage com duas variáveis básicas: tempo e espaço. É impossível ao homem ficar indiferente a elas, mesmo que o desejasse.

O homem não só se relaciona com o espaço, mas adota um conjunto de posturas e atitudes harmônicas em relação a ele. Isto lhe permite inferir várias características (FARIAS, 2005). Como afirma Sommer(2004), os espaços pessoais podem ser vistos como um mecanismo de fronteiras interpessoais que serve basicamente a dois conjuntos de propósitos: proteção e comunicação.

De acordo com Goffman(1971), as relações entre o ambiente e o comportamento humano demonstram que a configuração espacial dos próprios comportamentos tende a definir-se de um modo pormenorizado e preciso, segundo regras próprias. Somam-se a estes elementos as informações descritas por Hall (1986), ao referir que as diferentes culturas existentes ao redor do mundo utilizam o tempo e o espaço de maneiras distintas. Enquanto o sentido de espaço e de distância é estático, a percepção de espaço é dinâmica em virtude de se encontrar ligado à ação mais do que aquilo que pode ser visto por contemplação passiva.

O exemplo de cultura e espaço pode ser mostrado por diferentes experiências, associadas à classe social, família e indivíduo. Hall (1994), ao descrever os padrões formais do espaço, refere que a padronização formal dos espaços pode ter diversos graus de importância e complexidade, de acordo com as culturas. Cita o caso da América, onde nenhuma direção tem primazia sobre outra, exceto num sentido técnico ou funcional. Noutras culturas, certas orientações são sagradas ou preferidas. Conforme descreve este autor, as portas das casas dos navajos são viradas para o oeste, as mesquitas dos muçulmanos estão orientadas para Meca e a dos americanos não segue nenhuma orientação, pois eles apenas observam um sentido técnico formal e sem qualquer preferência.

Quanto ao modo de comunicação do espaço, como enfatizado por Hall(1994), as mudanças de espaço dão o tom e o acento à comunicação, sobrepondo-se mesmo, por vezes, à palavra falada.

No processo de comunicação, o fluxo de palavras e a alteração da distância entre pessoas em interação são elementos essenciais. A distância que normalmente se mantém ao conversar com pessoas estranhas é um exemplo da importância da dinâmica da interação espacial. Neste exemplo, há reação instantânea de recuo, ou seja, há alteração da distância, enquanto, diante de um indivíduo conhecido, a reação é de aproximação.

Segundo se depreende do exposto, os diversos sinais da comunicação não-verbal, principalmente a distância e a postura, possuem uma característica em comum: são elementos espaciais. Pesquisadores afirmam que os sinais espaciais constituem importantes fontes de informações acerca do modo como os indivíduos entram em relação uns com os outros e com o ambiente na sua totalidade. Assim, pode-se supor que o tipo de interação está vinculado à comunicação utilizada no espaço (HALL, 1986; HALL, 1994; BITTI, 1977). Sob esta premissa do comportamento espacial do homem no seu ambiente, surge a Teoria Proxêmica.

Eduard Hall, após diversos estudos sob a ótica antropológica envolvendo diferentes experimentos animais, além das observações humanas sobre a forma como os seres se comunicam em seu território, sistematizou um conjunto de informações relacionadas ao comportamento espacial do homem. Este conjunto tem como premissa a cultura humana (HALL, 1986; HALL, 1994).

Desta forma surgiu o termo proxemia. Trata-se de um neologismo criado por Hall para designar o conjunto das observações e teorias referentes ao uso que o homem faz do seu espaço (HALL, 1986), constituindo-se uma modalidade de comunicação não-verbal (LITTLEJOHN, 1998).

Portanto a comunicação proxêmica estuda o significado social do espaço, ou seja, estuda como o homem estrutura inconscientemente o próprio espaço (GALVÃO, 2006; SAWADA et al., 2000; HALL, 1986).

O espaço pessoal também tem influência na comunicação. Como já descrito, a distância que se mantém entre um indivíduo e outro pode influenciar ou mesmo definir o tipo de relacionamento a ser mantido (STEFANELLI, 1992).

Conforme reforçado por determinados pesquisadores, um dos aspectos fundamentais a ser levado em conta na comunicação entre as pessoas é o seu espaço pessoal e territorial atribuído como comunicação proxêmica (STEFANELLI, 1992; SAWADA et al., 2000).

Também na relação mãe-bebê, este aspecto é importante.

Existem na literatura estudos que buscam respostas acerca do contato íntimo mãe-bebê, contextualizando as formas de comunicação entre ambos. De acordo com mencionados estudos, o contato nos primeiros minutos ou horas após o parto pode alterar a qualidade do apego no decorrer da vida, pois envolve um conjunto de habilidades, comportamentos e sentimentos (SCHNECK; RIESCO, 2000).

As manifestações iniciais de carinho e apego de uma mãe para com seu filho logo após o parto demonstram o desenvolvimento de uma relação saudável para ambos, onde são expressas as primeiras formas de comunicação, como a carícia, o afago, o sussurro, o olhar, entre outros.

Assim, as primeiras formas de comunicação que se estabelecem entre mãe-filho ocorrem em espaço íntimo, muito próximo, pois a mãe mantém constantemente o filho nos braços, ora para oferecer aleitamento materno ou artificial no caso de puérperas portadoras de HIV, ora para acariciá-lo, ou para proceder às medidas de higienização. Além disso o berço está sempre muito próximo do seu leito, facilitando a comunicação visual e tátil. Neste momento inicia-se a relação humana.

Portanto, conhecer as características das interações mãe-bebê, nas fases iniciais do seu desenvolvimento, desde os primeiros dias de vida, é uma importante contribuição para o entendimento do desenvolvimento da relação humana (MOURA et al., 2004).

Entretanto as necessidades do cuidado com o bebê exigem uma relação mais íntima entre mãe-filho e profissionais de enfermagem.

Nesta ocasião deve-se observar como ocorre o processo de comunicação deste binômio no alojamento conjunto, em espaço previamente definido, visto que a mãe ao desempenhar o cuidado com o RN deve estar sendo supervisionada e continuamente orientada acerca da melhor forma de prestação da assistência ao filho. Estas ações têm por finalidade torná-la mais segura para executar as tarefas diárias ao deixar o ambiente hospitalar.

Cuidado especial é dispensado às mulheres soropositivas, pois o tratamento de prevenção da transmissão vertical não se conclui no hospital e sua continuidade deve estar bem consciente para estas mães.

No caso do binômio mãe-filho cuja puérpera é portadora do vírus da imunodeficiência humana (HIV), o contato e a comunicação podem ficar comprometidos, em decorrência do medo de transmissão da doença (PAIVA; GALVÃO, 2004).



Segundo se observa, a falta de experiência do cuidado com o filho nos primeiros dias de vida, nesta situação especial como portador de uma doença transmissível capaz de acarretar danos para a criança, traz para a mãe inseguranças passíveis de comprometer o desempenho dos cuidados que devem ser prestados ao recém-nascido.

Diante de uma doença na qual a transmissão se dá pelo contato de sangue e fluidos corpóreos, o alojamento conjunto é recomendado pelo Ministério da Saúde com vistas a estimular o aprendizado dos cuidados da mãe com a criança (BRASIL, 2003).

Desta forma, uma parturiente soropositiva para HIV deve permanecer junto do seu filho, unidos em ambiente hospitalar, pois isto favorecerá o relacionamento mãe-filho e o desenvolvimento de programas educacionais (BRASIL, 1993; BRASIL, 2003).

Permeados entre as diferentes formas de comunicação como a verbal e a não-verbal, compreendidas na proxemia, a enfermeira deve estar atenta para detectar indícios que evidenciem outros significados de comunicação percebidos entre mãe-filho no ambiente hospitalar.

A comunicação proxêmica analisa a posição corporal e relações espaciais considerando os aspectos culturais de cada indivíduo. Esta cultura pode não só variar de um país para outro, como também entre pessoas de diferentes regiões ou até comunidades. Portanto, a enfermeira deve estar sensível às mudanças culturais buscando a compreensão do desenrolar deste processo comunicativo em cada grupo específico.

Apesar de a comunicação ser reconhecida, preconizada e utilizada como instrumento básico de enfermagem, a equipe de enfermagem deixa lacunas em virtude da má comunicação ou comunicação insuficiente. Tais lacunas precisam ser preenchidas e para isso seu estudo deve ser aprofundado.

O uso da comunicação pela enfermeira como instrumento de trabalho requer aprofundamento a fim de respaldar sua prática, pois no dia-a-dia ela utiliza a comunicação para o desempenho de suas diversas atividades.

Sua função de educadora e prestadora de cuidados, bem como o elo que exerce entre a equipe multiprofissional e os diferentes serviços de cuidado indireto exigem maior domínio da habilidade de comunicar-se. Assim, o uso consciente da comunicação tende a facilitar o alcance dos objetivos da assistência de enfermagem (SILVA et al., 2000).

Considerando que a capacidade de ouvir e compreender o outro inclui não apenas a fala, mas também as expressões e manifestações corporais como elementos fundamentais no processo de comunicação, a cinésica, ou seja, o estudo da linguagem

corporal, assume papel importante na decodificação das mensagens recebidas durante as interações profissionais ou pessoais (SILVA et al., 2000).

No relacionamento mãe-filho, por exemplo, o tom de voz da mãe e até a forma de acariciar o bebê indicam se ela está disposta ou não a assumir a responsabilidade no cuidar. De modo geral, estas mães estão fragilizadas pela experiência da maternidade que envolve imensa trama emocional.

No caso de mães portadoras de HIV outros fatores se sobrepõem, como a contra-indicação da amamentação e o receio constante da possibilidade de transmissão vertical.

Conforme se acredita, o ambiente em que se encontram mãe e RN possivelmente influi neste vínculo, favorecendo ou não o desenvolvimento desta comunicação precoce. Ambientes tipo alojamento conjunto cujo objetivo é manter mãe e filho próximos, onde esta se responsabiliza pelos cuidados com o RN, de forma supervisionada e orientada por profissionais de saúde, em especial da enfermeira, estimulam a aprendizagem do cuidar e os processos de comunicação.

Na opinião de diversos autores, a comunicação não-verbal e a paraverbal têm sido pouco exploradas.

Como indicado por alguns estudos, 35% do significado da mensagem são transmitidos verbalmente e 65% são emitidos de forma não-verbal (SANTOS, 2003; STEFANELLI, 1992). Portanto, estudar a comunicação proxêmica para melhor entender como se dá o processo comunicativo para prestar assistência holística ao paciente com base na mensagem comunicativa emitida é um desafio.

Para Littlejohn (1998), os signos não-verbais podem ser assim categorizados: cinésicos, proxêmicos e paralinguísticos. A cinésica estuda os movimentos corporais, enquanto a proxêmica estuda a posição corporal e as relações espaciais e a paralinguagem centraliza-se no estudo do uso da voz e da vocalização.

Vários comportamentos não-verbais podem estar associados em uma mesma mensagem, já que é difícil um movimento do corpo sozinho transmitir um significado. Desse modo, traduz-se a complexidade da compreensão da comunicação.

No estudo da comunicação proxêmica, Hall (1986) destaca que existem quatro distâncias interpessoais:

1. Distância íntima (zero a 50cm): nesta distância ocorre o contato físico, a percepção dos odores, do calor humano e os encontros pessoais mais íntimos.
2. Distância pessoal (50cm a 1,20m): neste caso nem sempre ocorre o contato físico, e a percepção dos odores e do calor do corpo podem não ser sentidos.
3. Distância social (1,20m a 3,60m): não há mais possibilidade de contato físico, sendo possível apenas o contato visual entre os interlocutores.
4. Distância pública (acima de 3,60m): este é o tipo de distância que acontece em palestras, comícios, portanto, há uma visão coletiva dos interlocutores, e não um contato visual individual.

Consoante refere Hall (1986), o homem estrutura inconscientemente seu microespaço durante o processo de comunicação. Nesse sentido, o autor destaca três aspectos: o espaço de características físicas, o espaço de características semifísicas e o espaço informal.

Cita-se como exemplo o território pessoal ao redor do corpo do indivíduo que ele próprio estabelece, aceita ou rejeita. Ainda conforme Hall destaca, a análise proxêmica envolve oito fatores compostos por:

- a) Postura-sexo: este fator busca identificar diferenças nos comportamentos proxêmicos em função do sexo. Analisa especificamente o sexo dos participantes e a posição básica estabelecida dos interlocutores como: de pé, sentado ou deitado;
- b) Eixo sociofugo-sociopeto: o eixo sociofugo compreende o desinteresse do desenvolvimento da interação, ou seja, demonstra o desencorajamento desta, enquanto o eixo sociopeto corresponde ao encorajamento da interação, favorecendo o seu estabelecimento. O ângulo entre os participantes manifesta o grau de desejo entre eles. Assim, esta dimensão analisa o ângulo dos interlocutores, a saber: face a face, de costas um para o outro, entre outras angulações;
- c) Cinestésicos: trata-se da proximidade dos indivíduos em termos de tocabilidade. Avalia tudo o que provoca a proximidade entre os

interlocutores, ou seja, o contato físico a curta distância, como o toque ou o roçar da pele, e o posicionamento das partes do corpo;

- d) Comportamento de contato: por meio deste código se busca estabelecer qual é o tipo de contato entre dois corpos, podendo ir desde a ausência de contato até o contato íntimo do outro, passando pelo toque ocasional. Neste fator, são analisados, especificamente, os tipos de relações táteis como: acariciar, agarrar, apalpar, apertar, tocar localizado, roçar acidental ou nenhum contato físico;
- e) Código visual: os olhos são, possivelmente, a maior fonte de informações do homem. Uma expressão do olhar pode punir, encorajar ou estabelecer uma dominação. Compreende o tipo de contato visual que ocorre diante das interações, isto é, o olho no olho, olhar desviado ou ausência de contato;
- f) Código térmico: a informação recebida pelos receptores à distância desempenha um papel tão importante na nossa vida cotidiana, que muitos poucos entre nós pensariam em conceber a pele como um órgão. A extrema sensibilidade da pele às mudanças de temperatura e de textura deve-se a um grupo de nervos que transmitem as sensações de calor, frio, táteis e de cor ao sistema nervoso central. Essa estrutura traz faculdades sensoriais suplementares e permite-nos perceber as alterações afetivas ocorridas com o outro, bem como observar nossa dimensão existencial. Assim, este fator abrange a percepção do calor entre os interlocutores;
- g) Código olfativo: o olfato apresenta características bem distintas dos demais sentidos. Seus mecanismos são essencialmente químicos, sendo então conhecido como sentido químico. O olfato permite não só diferenciar os indivíduos, mas detectar qual é o seu estado afetivo. Os cheiros têm o dom de evocar recordações mais profundas que as imagens e os sons. De acordo com Hall (1986), este código analisa as características e o grau de odor percebido pelos interlocutores;
- h) Volume de voz: o volume e a intensidade da fala relacionam-se diretamente com o espaço interpessoal. O som pode variar segundo a distância em que se encontram os sujeitos, e de acordo com a relação mantida entre eles, a situação em que se encontram e o assunto que está sendo discutido. Desta

forma, este código analisa a percepção dos interlocutores em relação ao volume da voz empregada pelos interlocutores.

### **1.3 A infecção pelo HIV/aids**

A epidemia do HIV e da aids tem se configurado como um dos mais sérios problemas de saúde pública, com alta taxa de morbidade e mortalidade, grande tendência de crescimento e propagação em diversos territórios, tornando-se a pandemia da atualidade (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMMER ON HIV/AIDS, 2004).

Trata-se de doença crônica que apresenta uma das condições clínicas mais pesquisadas em todo o mundo, e gera a cada dia novos desafios para o controle enquanto se busca a cura.

Desde o início da epidemia, segundo se observa os padrões de disseminação do HIV mudaram em decorrência do predomínio da forma heterossexual. Tais padrões são decisivos para o aumento da incidência de casos de aids em mulheres (BRITO, 2006).

De acordo com o estimado por dados epidemiológicos, existem no mundo 34 a 46 milhões de pessoas vivendo com o HIV. Destas, aproximadamente metade são do sexo feminino (46%) (BRASIL, 2004; UNAIDS, 2004). Atualmente é considerada a maior causa mundial de mortalidade. Em termos mundiais, a América Latina ocupa a quarta posição em número de infectados. Nesta região, o Brasil é o país mais afetado pela epidemia em números absolutos. (DOURADO, 2006).

Entretanto, o padrão de transmissão da aids vem mudando no Brasil, pois a categoria de exposição mais freqüente é a heterossexual e a proporção homem/mulher dos casos de aids, no Brasil, mudou de 40:1, observada no início da epidemia, para 1,5:1 até junho de 2004. Dos 362.364 casos notificados no país ao Ministério da Saúde (MS), de 1980 até junho de 2004, 251.050 (69,3%) foram verificados em homens e 111.314 (30,7%) em mulheres.

Apesar do total de casos ser maior entre os homens, a epidemia cresce entre as mulheres. Apenas em 2004, até junho, foram notificados 8.366 casos, em homens, e 5.567 em mulheres (BRASIL, 2004).

No Brasil, os primeiros casos da doença notificados em mulheres ocorreram em 1983, sendo a transmissão heterossexual predominante entre elas.

No Ceará, o primeiro caso de aids identificado foi em 1983. Desde esta data até o primeiro semestre de 2004, foram notificados à Secretaria da Saúde do Ceará (SESA-CE), 7.161 casos da doença. O Estado ocupa o terceiro lugar na região Nordeste com maior número de casos (BRASIL, 2004).

No Ceará, no primeiro semestre de 2004, foram registrados 487 casos de aids. Destes, 318 em homens e 169 em mulheres, cuja faixa etária mais freqüente no sexo feminino foi entre 20 e 49 anos (87,6%). A cidade de Fortaleza é responsável por 88,8% dos casos (BRASIL, 2005).

O crescimento de casos de aids entre mulheres teve, como consequência, o aumento da transmissão vertical da infecção pelo HIV, com elevação do número de casos da doença em todo o mundo (BRITO et al., 2006). No Brasil, cerca de 84% dos casos de aids pediátrica, ou seja, em crianças menores de 13 anos de idade é decorrente da transmissão vertical (BRASIL, 2005).

Quanto à transmissão perinatal, no Brasil, os primeiros casos notificados ocorreram a partir de 1985 (VAZ; BARROS, 2002). No Ceará, o primeiro registro também data de 1985. No primeiro semestre de 2004, houve oito casos de aids em crianças menores de 13 anos, o que corresponde a 1,6 % do total de casos registrados no Estado (BRASIL, 2005).

Pela crescente observação da proporção de casos entre os sexos, as mulheres vêm, paulatinamente, aumentando as estatísticas da epidemia.

Outros indicadores corroboram essa afirmação, como se depreende da informação segundo a qual dos 207 municípios da Nação que já notificaram pelo menos um caso de aids, em 89 deles, havia apenas mulheres notificadas, e nenhum homem com a infecção (MULHERES com Aids, 2004).

Também contribui para preocupação do crescente espaço feminino na aids a mortalidade; em algumas cidades brasileiras esta tem sido a principal causa de morte na faixa etária entre 15 e 49 anos (XAVIER, 2003).

Em 1991, quando surgiram os primeiros casos de aids nos Estados Unidos, as pessoas afetadas eram inicialmente homossexuais sexualmente ativos e posteriormente prostitutas e hemofílicos. Esse fato levou os epidemiologistas a centrarem a doença em grupos de risco. Desse modo, provavelmente, facilitou-se a disseminação do HIV em outros segmentos sociais (CZESRENIA et al., 1995).

Como é notório, o alto índice de mulheres sexualmente ativas acometidas pelo vírus ocorreu justamente pelo fato de por muito tempo elas serem vistas apenas sob a ótica da reprodução, e sua sexualidade atribuída a casos de promiscuidade. Assim, teve-se a falsa idéia de que elas não faziam parte de grupos de risco, e, diante disso, as campanhas de prevenção da doença não tinham como finalidade o alcance desta fração da população, dando a impressão errônea de que estas mulheres poderiam considerar-se isentas do risco de contrair o vírus.

Além dos aspectos sócioideológicos que influenciaram a propagação do HIV entre as mulheres, outros fatores contribuem para a maior vulnerabilidade do risco de contrair o vírus, como a exemplo dos aspectos biológicos, tais como: a concentração do HIV é muito mais alta no fluido seminal do que na secreção vaginal; a imaturidade do sistema reprodutivo feminino e maior freqüência de trauma aumentam a vulnerabilidade de mulheres jovens e a superfície masculina vulnerável é muito menor que a parede da vagina exposta (GRUPO DE APOIO À PREVENÇÃO DA AIDS-CE, 1997).

Na população feminina, a transmissão do vírus ocorre sobretudo por via sexual, mas existem outras formas de menor incidência, como transfusão sanguínea, via perinatal e uso de drogas injetáveis.

O fenômeno da feminização da aids tem sido observado, também, com aumento paulatino do número de crianças contaminadas pelo HIV. Desta forma, amplia-se a relevância da aids no contexto social. A transmissão vertical, também denominada materno-infantil, é a principal via de infecção pelo HIV em crianças, sendo responsável, no Brasil, por mais de 80% dos casos em menores de 13 anos no período de 1983 a 1999 e por mais de 90%, se for considerado apenas o período de 1998 a agosto de 1999 (VERMELHO; SILVA; COSTA, 2002).

Estimativas apontam que em 2001, no Brasil, existiam aproximadamente 18.000 gestantes infectadas pelo HIV (BRASIL, 2003a). Isso acarreta, como conseqüência, um aumento no número de casos em crianças contaminadas, mediante através da transmissão perinatal ou vertical.

A probabilidade da TV do HIV foi amplamente divulgada por diversos estudos. Conforme divulgado, a maioria dos casos de TV para o recém-nascido ocorre em três momentos: na gravidez, no parto ou na amamentação. Durante o trabalho de parto e no parto, a probabilidade de transmissão materno-infantil ou vertical do HIV é cerca de 65%. Os demais 35 % ocorrem intra-útero, principalmente nas últimas semanas de gestação.

Além disso, o aleitamento materno representa um risco adicional de 7 a 22% de contágio (BRASIL, 2003; BRITO et al., 2006).

O HIV é excretado livre ou no interior de células no leite de mulheres infectadas, que podem apresentar ou não sintomas da doença. Durante o aleitamento materno, a transmissão do vírus pode ocorrer em qualquer fase, porém parece ser mais freqüente nas primeiras semanas. Como ressaltam Lamounier, Moulin e Xavier(2004), a infecção pelo HIV é uma das poucas situações onde há consenso de que a amamentação deve ser contra-indicada.

Em 1994, resultados do Protocolo 076 do *Aids Clinical Trial Group* (ACTG 076) comprovaram a efetividade da Zidovudina (AZT) na redução da TV em 67,5% dos casos. Com base nesta evidência, no mesmo ano, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) publicou a recomendação para o uso do AZT pelas mulheres HIV positivas durante o segundo e terceiro trimestres de gestação e durante o parto, e pelas crianças nas primeiras semanas de vida.

Assim, considerando o estudo do CDC e o crescimento de aids em todos os estados da Federação, em 1995 o Ministério da Saúde do Brasil publicou norma específica sobre a prevenção da TV. No entanto, as recomendações contidas nessa publicação só foram implementadas em 1997 (YOSHIMOTO; DINIZ; VAZ, 2005).

Atualmente, o uso de anti-retrovirais tem proporcionado uma qualidade de vida e uma sobrevida semelhante a outras doenças crônicas. Além disso, quando este tratamento se estende adequadamente entre as mulheres grávidas e continua sendo administrado na criança nos primeiros meses de vida, existe uma queda acentuada da transmissão vertical. Segundo informações o índice de proteção da TV chega a 98% (BRASIL, 2003; GALVÃO; CERQUEIRA; MARCONDES-MACHADO, 2004).

Portanto, recomenda-se a prevenção da aids em mulheres em idade reprodutiva a fim de diminuir a incidência da transmissão vertical, já que a infecção na criança ocorre em maior gravidade devido à imaturidade do seu sistema imunológico.

Diante da nossa vivência como enfermeira assistencial de uma maternidade observa-se que, em caso de gestantes portadoras de HIV, há elevada expectativa em relação ao nascimento da criança e seu estado sorológico, sendo o período da gestação tenso e cercado de muita ansiedade.

A expectativa inicial é que o envolvimento entre este binômio seja intenso e que a mãe tente preservá-lo ao máximo da contaminação pelo vírus, fazendo uso de todas



as medidas possíveis de prevenção da doença desde o momento do parto até os meses seguintes, período no qual o recém-nascido deverá fazer uso de anti-retrovirais.

Porém, segundo observado, há casos de mães que não se envolvem com o filho e não seguem as orientações prestadas pela equipe médica e de enfermagem, como forma de prevenir a transmissão da doença ao recém nascido(RN).

No ciclo gravídico, a mulher depara-se com uma das experiências mais significativas da sua existência. Neste momento ocorrem profundas mudanças no seu estilo de vida.

O relacionamento da mãe com o seu filho começa no início da gravidez e prolonga-se durante toda a vida, com características marcantes logo após o nascimento, quando se estabelece o primeiro contato direto com o RN.

As primeiras interações da mãe com o RN têm sido descritas como um processo comunicativo e de apego materno ao mesmo tempo em que estimula a adaptação mãe e filho (BONADI; SHNECK, 2003).

Nos primeiros dias de vida, a mãe passa a concretizar os primeiros cuidados ao RN, experimentando uma nova fase de adaptação na qual o bebê passa a fazer parte do mundo externo.

De acordo com Rocha, Simplionato e Mello(2003), manter a mãe e o bebê juntos logo após o nascimento estimula a operação de mecanismos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais conhecidos, que provavelmente vinculam os pais ao bebê.

Quando se trata de criança nascida de mãe soropositiva há uma privação de contato em decorrência da não-amamentação, além de toda trama emocional vivenciada por ela durante a gravidez, em virtude da possibilidade de contaminação do feto, no período gestacional (PAIVA; GALVÃO, 2004).

#### 1.4 Justificativa do estudo

Inúmeros estudos vêm sendo desenvolvidos para responder às perguntas sobre o que favorece, perturba ou deflagra o apego entre pais e bebês, por meio de observações tanto clínicas como estruturadas, entrevistas e estudos controlados (ROCHA; SIMPLIONATO; MELLO, 2003).

Na nossa prática de enfermagem, segundo evidenciado, existe comunicação entre mãe-bebê, de diferentes formas, como a expressão do olhar, o tom de voz, os gestos executados por ambos, a forma de cuidar da mãe e até a postura que ela assume diante da criança.

Conforme enfatizam Moura e col.(2004) a natureza existente nas interações em um período tão precoce do desenvolvimento do recém-nascido apresenta peculiaridades como as limitações do repertório de comportamentos do bebê e da mãe, na medida em que ela faz uma seleção dos meios que irá usar para interagir com o filho e do contexto específico onde está ocorrendo esta troca.

A nosso ver, com base na nossa observação diária com puérperas portadoras de HIV, a soropositividade é um fator dificultador deste início de comunicação, pois as mães tendem a demonstrar que evitam uma aproximação maior com o filho, quer por medo de transmitir a doença, quer por receio de desenvolver uma relação de apego, já que muitas acreditam não ter uma sobrevida longa, e este apego só acarretaria mais sofrimento para ambos.

Portanto, a equipe de enfermagem deve estar atenta aos componentes da comunicação desta díade na unidade de alojamento conjunto, compreendendo o relacionamento existente entre ambos, pois, só assim, poderá, se for o caso, detectar qualquer falha na comunicação deste binômio e intervir satisfatoriamente.

O enfermeiro desempenha papel primordial, com vistas ao diagnóstico precoce de qualquer alteração no desenrolar desta comunicação, e na forma de executar e coordenar atividades destinadas a melhorar a qualidade da assistência entre mãe e recém-nascido.

Contudo, esta capacidade de ouvir e/ou compreender a mãe não se resume apenas à fala; ela compreende todas as expressões manifestadas, faciais ou corporais, que podem dar indícios da qualidade da comunicação.

Nas últimas décadas, o número de investigações acerca do modo como as pessoas utilizam o espaço vem crescendo, inicialmente na área da antropologia e da psicologia e hoje na área da enfermagem, entre outras (SAWADA et al., 2000).

As técnicas de comunicação terapêutica devem ser utilizadas em todo processo comunicativo e variam desde o início do relacionamento (técnicas de expressão), esclarecendo o que foi mencionado pelo paciente (técnicas de clarificação), até a validação das mensagens recebidas durante o processo terapêutico por todas as pessoas envolvidas (técnicas de validação) (STEFANELLI, 1992).

No alojamento conjunto, o enfermeiro pode usar essas técnicas desde a admissão do binômio na unidade. Para isto, deve manter uma postura segura e acolhedora, observar a existência de qualquer fator de risco para a integridade de ambos, esclarecendo o funcionamento da unidade e eventuais dúvidas apresentadas pela mãe e agindo de forma eficaz para proporcionar uma internação tranqüila e sem intercorrências para mãe e filho.

É no alojamento conjunto que se desenvolve a primeira fonte de aprendizagem, sobre as necessidades do bebê, de forma supervisionada pela equipe de enfermagem.

De acordo com Portaria 1.116, de 26/8/1993, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1993) os hospitais, públicos ou privados e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes devem manter o alojamento conjunto como uma forma de diminuir o risco de complicações maternas e do recém-nascido e enfatizar a interação da equipe multiprofissional de saúde, possibilitando assim a permanência do neonato junto da mãe. Nestas unidades são feitas todas as orientações acerca dos cuidados com o RN e esclarecidas eventuais dúvidas da mãe.

Apesar da mencionada portaria reconhecer que em algumas localidades do território brasileiro estas condições não são atingidas, ela considera que o mais importante é manter mãe e filho juntos logo após o nascimento, dando-se atenção especial em casos de mães portadoras de HIV, pois esta criança terá necessidade de cuidado e acompanhamento específicos.

Entre as inúmeras vantagens citadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1993) para manutenção do binômio em alojamento conjunto, destaca-se o fortalecimento dos laços afetivos entre mãe e filho, relacionamento precoce e a observação constante do recém-nascido pela mãe. Isto faz com que ela o conheça melhor e detecte qualquer anormalidade precocemente. O alojamento também possibilita à enfermagem a promoção do treinamento materno por meio de demonstrações práticas dos cuidados indispensáveis

ao RN, e mantém o intercâmbio biopsicossocial entre a mãe, a criança e outros membros da família bem como reduz o risco de infecção hospitalar.

Em caso de puérperas com sorologia negativa para o HIV, o alojamento ainda traz o benefício do favorecimento do aleitamento materno com vistas a se iniciar o mais precocemente possível, de acordo com as necessidades da criança.

Mães com sorologia positiva para o HIV fazem uso precoce na unidade de alojamento conjunto do inibidor de lactação, porquanto a amamentação também é fonte de transmissão do HIV para o RN.

As orientações iniciadas no alojamento conjunto ajudam a mãe no seu desempenho ao cuidar do filho, e assim facilitam a dinâmica de cuidados a serem desenvolvidos posteriormente no domicílio, pois ela passa a ter uma participação gradual no cuidado com o filho, à medida em que assimila as orientações da equipe de saúde e adquire segurança na prestação dos cuidados.

Tais orientações embasam inclusive quanto às intercorrências passíveis de acontecer nos primeiros dias de vida, como cólica, engasgo, constipação, entre outras.

No caso de mães soropositivas, conforme evidenciado, ao chegarem à maternidade para a cesárea eletiva, a expectativa em relação à chegada do filho e aos cuidados a serem prestados a ele de forma diferenciada são grandes, o que acaba comprometendo a aprendizagem das orientações feitas pela equipe de enfermagem.

Em virtude da nossa experiência assistencial junto da unidade de alojamento conjunto de uma maternidade, nos deparamos com um número crescente nos últimos anos de binômio mãe-filho com diagnóstico de HIV.

Segundo demonstrado por alguns estudos, esta parturiente enfrenta ainda o estresse psicológico do medo da contaminação do filho com o vírus durante a gestação ou no momento do parto ou pós-parto (PAIVA et al., 2004)

Isto tem sido um obstáculo na assistência quando se trata de encorajar a mãe a cuidar do RN, excluindo a amamentação natural.

Conforme se percebe, quando a mãe acomoda o bebê nos braços, ele espontaneamente procura pelo seio, causando angústia e ansiedade para a mãe impossibilitada de amamentar (PAIVA et al., 2004).

Nesses casos, muitas vezes a mãe sente-se culpada por não poder dispensar aos filhos todos os cuidados. A culpa relatada por algumas mães é um sentimento complicado e pode levá-la ou até outros membros da família a uma proteção exagerada.

Conseqüentemente, elas poderão privar a criança de experimentar sua autodeterminação (PEDRO; STOBBAUS, 2003).

Ao longo da prática assistencial observa-se que a mãe mantém a criança por um período mais prolongado no berço e, desse modo, evita encará-lo. Isto altera a comunicação entre essa díade e dificulta a assistência de enfermagem prestada (VASCONCELOS, 2006b)

O sentimento de culpa exposto por algumas mães durante o período de internação mostrou na prática que ela é levada a uma proteção exagerada do RN.

Dentro desta contextualização foi elaborado o presente estudo com o intuito de investigar a comunicação e comparar os diferentes binômios (portadores de HIV e não-portadores de HIV), o qual irá nos proporcionar o desnivelamento das possíveis diferenças de interação inicial entre mãe-bebê, de acordo com os fatores proxêmicos nos primeiros dias de vida. Como consequência dos resultados fornecidos em decorrência da investigação, esta poderá contribuir para facilitar à equipe uma assistência de enfermagem, consciente das necessidades específicas de cada díade, a ser planejada na unidade de alojamento conjunto.

Só a partir da detecção dos fatores que facilitam ou dificultam o desenvolvimento desta relação de apego, observados por meio da comunicação proxêmica, será possível traçar mudanças positivas significativas para melhoria da qualidade da assistência prestada.

Diante da impossibilidade prática de se avaliar todas as interações ocorridas entre mãe e recém-nascido, estabeleceu-se a avaliação quantitativa das interações desta díade durante a troca de fraldas.

A nosso ver neste momento a mãe tem a oportunidade de fazer várias demonstrações sobre como vem se desenrolando a comunicação entre eles. Para isto, poderá utilizar diversos fatores proxêmicos, como eixo sociofugo ou sociopeto, cinestésico, comportamento de contato e volume de voz, entre outros.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar as interações entre mãe-filho durante a troca de fraldas do bebê em alojamento conjunto, à luz dos fatores proxêmicos.

### **2. 2 Objetivos Específicos**

- Avaliar a comunicação proxêmica entre o binômio mãe-filho, em mães portadoras e não portadoras de HIV;
- Verificar a existência de associação entre os fatores proxêmicos e os binômios mãe-filho;
- Testar a confiabilidade entre os juízes da análise da comunicação e os fatores proxêmicos.

### **3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e quantitativo.

Como afirma Andrade(1998), a pesquisa exploratória proporciona mais informações sobre determinado assunto, juntamente com a pesquisa descritiva, por meio da qual os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados sem que o pesquisador possa interferir neles.

Quanto à pesquisa quantitativa, com uso de testes estatísticos, consegue reduzir de forma organizada as informações numéricas obtidas mediante coleta de dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

#### **3.2 Ambiente da pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida em uma maternidade pública, localizada na cidade de Fortaleza-CE. Esta maternidade realiza em média 650 partos ao mês e é referência no atendimento de gestantes portadoras do HIV oriundas da Capital ou de diversas regiões do Estado do Ceará.

Os binômios participantes da pesquisa encontravam-se internados em unidade de alojamento conjunto, onde a mãe é orientada quanto aos cuidados com o recém-nascido, sendo ela mesma a responsável pela prestação destes cuidados de forma supervisionada pela equipe de enfermagem.

No presente estudo foi utilizada a filmagem dos binômios como recurso para obtenção dos dados. Com esta finalidade, utilizou-se uma sala do alojamento conjunto onde são executados o banho e a vacinação dos recém-nascidos.

Esta sala também é destinada ao armazenamento de medicações e material de higiene para os RNs e está localizada próxima às enfermarias de internação, mas para o acesso as puérperas se deslocam de seus leitos e unidades para uma sala separada.

Embora a sala possua boa condição de iluminação, recebe interferência dos ruídos advindos da dinâmica das demais enfermarias da unidade de alojamento conjunto.

A escolha do local escolhido para as filmagens decorreu dos seguintes motivos: é nela que as mães recebem orientações quanto aos cuidados a serem prestados ao RN, e apesar da presença dos ruídos provenientes das enfermarias, o trânsito de pessoal é mais limitado e o barulho de intensidade menor que dentro da própria enfermaria. Este fato diminui o número de interferências no processo de cuidar da mãe com o RN durante as filmagens.

### **3.3 População**

A população constituiu-se de dois tipos de binômios (mãe-filho) assim especificados: um grupo de binômio, no qual a mãe (parturiente) não apresenta sorologia positiva para o HIV (G1) e um grupo em que a mãe tem conhecimento prévio da sorologia positiva para o HIV, antes do momento da internação para o parto (G2).

O primeiro tipo de binômio é identificado como Grupo 1 (G1) e o segundo, como Grupo 2 (G2) para coleta e análise dos dados.

Para o pareamento mais homogêneo entre os binômios, foram obedecidos os seguintes critérios:

De inclusão:

- Ser puérpera submetida ao parto cesárea;
- Estar nas primeiras 48 horas pós-parto;
- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Estar internada em unidade de alojamento conjunto;
- Estar ciente do diagnóstico de HIV/aids antes ou durante o pré-natal (G2);
- Ter realizado teste anti-HIV durante o pré-natal, com resultado negativo (G1);
- Aceitar, voluntariamente, participar da pesquisa.



De exclusão:

- Apresentar distúrbios de comportamento ou déficit cognitivo que inviabilizem a compreensão da pesquisa e não ter condições de cuidar da criança;
- Estar sob cuidados intensivos;
- Não estar com o recém-nascido em alojamento conjunto.

### 3.4 Amostra

A seleção dos binômios ocorreu por meio de uma amostra de conveniência, na qual a enfermeira pesquisadora permaneceu em contato diário com a maternidade a fim de captar puérperas portadoras do HIV.

Tal conduta foi tomada porque, como a pesquisadora era funcionária da maternidade onde a pesquisa foi desenvolvida, estas seriam as mais difíceis de serem selecionadas em virtude do menor número de internação, em relação ao outro grupo.

Concomitantemente à seleção das pacientes do G2, foram selecionadas as pacientes não-portadoras do HIV.

Ao detectar as pacientes internadas que possuíam as características do binômio a ser investigado, a pesquisadora dirigia-se a cada puérpera, explicava-lhe em linguagem simples os propósitos da pesquisa e, como o estudo estava sendo desenvolvido, garantia à paciente seu total anonimato na divulgação dos resultados.

Só após a anuência da participante, e assinado o termo de consentimento livre esclarecido, a filmagem era iniciada.

Inicialmente não se estabeleceu um número mínimo ou máximo de binômios participantes do estudo, mas o conjunto de elementos suficientes para compará-los.

As filmagens foram finalizadas à medida que a pesquisadora observou repetição dos componentes da comunicação proxêmica necessária para a comparação entre eles. Assim, o número de binômios pesquisados correspondeu a cinco do Grupo 1 (não-portadores de HIV) e três do Grupo 2 (mãe com sorologia positiva para o HIV).

### 3.5 Coleta de dados

#### 3.5.1 Período

A coleta de dados realizou-se durante os meses de dezembro de 2005 a fevereiro de 2006.

#### 3.5.2 Operacionalização da coleta de dados

Para esta operacionalização, adotou-se o uso de uma câmera filmadora que registrou o momento da troca de fraldas do bebê. Optou-se pela filmagem neste estudo por ela possibilitar a obtenção das imagens da forma mais fiel possível, e permitir uma análise detalhada do que se pretende estudar.

As imagens foram captadas por uma câmera digital Sony, em cores, portátil, com *zoom* de 120 velocidades, som estéreo, *lux 7*, foco automático digital com lente de alta precisão e com alto poder de resolutividade. Com vistas a possibilitar posteriormente a transferência das imagens para a televisão e computador, as cenas foram armazenadas em fitas minicassetes.

A pesquisadora orientou a mãe a fazer a troca de fraldas do bebê o mais naturalmente possível.

Para que a interferência da pesquisadora no local fosse a mínima possível, após montagem da câmera ela deixou a sala da unidade de alojamento conjunto, possibilitando maior privacidade à mãe e filho.

No intuito de garantir uma ótima qualidade das imagens obtidas, com o máximo de distância do local destinado à troca do RN, a câmera foi posicionada em local estratégico. Deveria, porém, permitir uma satisfatória captura das imagens da cena para análise posterior.

Para cada binômio, foram realizadas filmagens em três momentos distintos de troca de fraldas, pois desse modo se poderia escolher a filmagem em que a mãe estivesse mais familiarizada com a câmera e quando houvesse o mínimo de interferência do ambiente da pesquisa.

Em todos os binômios, a terceira e última filmagem foi a que a mãe estava mais à vontade com a câmera e onde houve o menor número de interferências do ambiente hospitalar.

Além da câmera, adotou-se também o diário de campo a fim de apoiar nos registros de fatos que podem ocorrer concomitantemente à filmagem, a exemplo de qualquer interferência dos profissionais de saúde, pois, quando se utiliza imagem audiovisual em pesquisa, faz-se importante destacar o contexto onde ela ocorre para pareamento posterior, de acordo com o referencial adotado (DUARTE; BARROS, 2005).

Estas anotações foram realizadas com a pesquisadora fora da sala, no corredor ao lado, de onde era possível observar tanto a entrada ou saída de pessoal da sala onde o procedimento ocorria, como qualquer barulho extra advindos das enfermarias.

### 3.6 Instrumento de análise dos dados

Para viabilizar o presente estudo foi necessária a confecção de dois instrumentos.

O primeiro instrumento (ANEXO A) teve como base inicial roteiros previamente divulgados que analisaram a comunicação proxêmica em diversos seguimentos do cuidado em saúde (SAWADA et al., 2000; GALVÃO et al., 2006; VASCONCELOS et al., 2006b).

Estudo que também serviu como base, e no qual a pesquisadora teve participação, foi conduzido em alojamento conjunto entre binômios sadios para análise da comunicação entre mãe e filho nas primeiras 24 horas nesta unidade. Para isto, usou-se roteiro de observação semelhante ao aplicado para análise das filmagens.

Outro parâmetro também utilizado foram aspectos descritos na Teoria do Apego, desenvolvida por Bowlby (1990). Os aspectos descritos na teoria foram analisados de forma escalar, a qual apresenta situações para se avaliar itens, necessário na avaliação proxêmica para se analisar a interação mãe-bebê. Esta escala é composta por categorias de comportamentos observáveis da interação do binômio mãe-filho, fornecendo um registro minucioso da inter-relação desenvolvida nos primeiros dias de vida (SCAPPATICCI; IACOPONI; BLAY, 2004).

Nos três modelos, foram feitas adaptações acrescentando-se comportamentos possíveis do RN diante da situação pesquisada, tais como: ativo, permanece de olhos abertos, geme, chora, soluça e adere ao seio.

Para o roteiro utilizado no presente estudo foram descritos sete quesitos de acordo com Hall (1986). São eles: distância, categorizada apenas como distância íntima e pessoal, tendo em vista que na situação específica em que se desenvolve a pesquisa, ou seja, durante a troca de fraldas, não há possibilidade de manter a distância social ou pública; postura, composta pelas categorias de pé, sentado e deitado, sendo esta última categoria justificada pelo fato de algumas mães preferirem fazer a troca de fraldas do filho deitada com eles junto no seu leito; eixo, classificado como face a face, e entendido no mesmo sentido de frente a frente, pois o RN ainda não é capaz de fixar o rosto ao encontro da mãe, lateral, sociofugo e sociopeto; comportamento de contato, dividido em subcategorias entre mãe-filho. Como as categorias da mãe, considerou-se: toque, agarrar, tocar localizado, roçar acidental, carícia. (ANEXO A)

Quanto ao recém-nascido, estabeleceram-se as seguintes categorias: ativo, permanece de olhos abertos, geme, chora, soluça e adere ao seio. O código visual avaliou o olhar direcionado ao interlocutor, olhar desviado do interlocutor, surpresa, alegria e tristeza.

No quesito tom de voz, foram analisados o sussurro, baixo, normal e alto. Durante a análise das filmagens, os juízes solicitaram para acrescentar o silêncio neste quesito, pois em vários momentos ele esteve presente. Por último avaliou-se se havia presença de obstáculo entre mãe e filho.

Assim, diante de um instrumento inicial, fizeram-se alterações necessárias para possibilitar a avaliação da população a ser observada. Antes de iniciada a coleta de dados propriamente dita, o anexo foi analisado por dois juízes, os quais eram professores universitários com vasta experiência em trabalhos com comunicação. Um dos juízes é doutor em enfermagem com amplo conhecimento na área de proxemia e o outro, doutor em psicologia, com conhecimentos específicos nos processos de relacionamento mãe-filho.

Foi mantido o primeiro contato com estes juízes por telefone para inteirá-los acerca do trabalho e somente após a concordância da avaliação do instrumento, este foi encaminhado com o termo de aceite para ser avaliado de acordo com a teoria e o objetivo do estudo (ANEXO B).

O instrumento foi enviado via SEDEX, acompanhado de uma cópia do trabalho na íntegra. Após um mês as respostas dos juizes foram devolvidas com sugestões ao instrumento inicial. Todas foram acatadas.

Para finalizar o instrumento, antes da coleta de dados, ele foi analisado sob o ponto de vista de um estatístico. Este profissional sugeriu acrescentar códigos para serem avaliados no processo final do julgamento das filmagens e também para facilitar a tabulação dos dados e conseqüente análise estatística.

O segundo instrumento (ANEXO C) constitui-se de uma ficha de identificação das puérperas e RNs, para caracterização do binômio mãe-filho.

Neste roteiro constam as seguintes informações: nome, cor, idade, situação conjugal, renda *per capita*, grau de instrução, procedência, número de filhos, número de abortos e gravidez desejada ou não. No roteiro há possibilidade de registrar informações sobre as parturientes HIV positivas, a saber: categoria de transmissão, tempo de conhecimento da doença e tempo de tratamento.

A segunda parte do roteiro serviu para observar, à circunstância da comunicação proxêmica, mãe e filho: observação da interação, tempo de duração, tom de voz, distância, comportamento de contato e contato visual.

Não foram contemplados neste estudo os fatores térmico e olfativo relacionados à comunicação proxêmica, em virtude de se optar pela técnica de filmagem. Desse modo, não houve a influência do pesquisador no ambiente estudado para questionar quanto a estes fatores.

Quanto aos dados relacionados ao recém-nascido, foram obtidos pela Ficha de Declaração de Nascidos Vivos (ANEXO D) em poder da mãe na qual constavam as seguintes variáveis: sexo, peso, altura e apgar. Estes dados também foram anotados no Anexo C.

Para propiciar um estudo mais completo, a autora disponibiliza como apêndices as descrições de cada sujeito envolvido no estudo, de forma detalhada. Estes apêndices estão subdivididos em grupos com mães não-portadoras de HIV (Grupo 1) e portadoras de HIV (Grupo 2) e das condições em que os binômios se encontravam. Estão respectivamente apresentados no final deste trabalho como Apêndice A e B

### 3.7 Análise estatística

A fim de se verificar as associações entre as diferentes variáveis do estudo, utilizaram-se diferentes avaliações estatísticas. Entre estas, os testes de  $\chi^2$ , Fisher (para tabelas 2 x 2 e com um número pequeno de interações) e de Fisher-Freeman-Halton. Esse último quando não era recomendável empregar o teste  $\chi^2$ , tendo em vista que havia frequências esperadas inferiores a cinco, isto é, em número além do permitido.

A concordância entre os juízes foi feita utilizando-se o teste intraclass para concordância alfa de Cronbach.

Para todos os testes realizados fixou-se o nível de significância de 5%, e para processamento dos dados empregou-se o software EPI-INFO.

Os dados foram dispostos em tabelas simples e cruzadas, para serem feitas às análises das variáveis individualmente, de associações e de confiabilidade.

Conforme é provável, uma interação pode ter apresentado uma ou mais observação entre os fatores proxêmicos. Desse modo, os valores relativos podem apresentar somatória maior que 100%.

### 3.8 Análise das filmagens

A análise das filmagens ocorreu no mês de fevereiro de 2006, logo após concluída esta etapa.

Participou desta análise um segundo grupo composto por dois juízes convidados previamente. Estes juízes são alunos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), do nível de mestrado e doutorado, e com conhecimento prévio da teoria proposta nesta investigação.

Ambos vêm desenvolvendo pesquisa na área da comunicação proxêmica, (VASCONCELOS et al., 2006b; GALVÃO et al., 2006; PAIVA et al., 2006) e a dissertação de mestrado de um deles avaliou a comunicação não-verbal entre enfermeira e cego (ALMEIDA, 2005) de acordo com a teoria de Hall (1986).

O instrumento de análise foi previamente apresentado aos juízes e, nesse momento, foram esclarecidas quaisquer dúvidas quanto ao seu preenchimento.

Após esta apresentação, iniciou-se a análise das filmagens em uma sala do Laboratório de Comunicação em Saúde (LabCom\_Saúde) no departamento de enfermagem da UFC. Os dois juízes analisaram as filmagens ao mesmo tempo para que as cenas fossem avaliadas no mesmo segundo por ambos, a fim de evitar ao máximo discordâncias quanto ao tempo de análise. Cada análise correspondia a uma interação de cada díade ou binômio.

Estas filmagens foram apresentadas aos juízes através de uma televisão de 29 polegadas, onde as imagens gravadas na fita pela filmadora foram repassadas.

Cada filmagem foi interrompida a cada quinze segundos para transcrição desta interação em pausa, no intuito de que o maior número de interações fosse registrado no roteiro, dando tempo livre aos juízes para o seu preenchimento.

Só após a autorização dos dois juízes a filmagem era reiniciada e dava-se seguimento ao processo de análise e preenchimento do instrumento próprio (Anexo A) e assim sucessivamente.

O tempo de cada pausa foi cronometrado pela pesquisadora, que estava presente no momento da análise a fim de facilitar o andamento desta etapa.

Posteriormente à análise dos juízes, os dados de avaliação das filmagens foram enviados ao estatístico para quantificação das interações encontradas nos dois grupos de binômios.

Por se tratar de uma pesquisa onde a subjetividade tem forte presença, alguns critérios foram adotados como padrão. São eles: o eixo face a face pode ser entendido como o frente a frente; o tocar localizado diferencia-se do toque por ser realizado com a intenção de efetuar um procedimento específico, na categoria de contato do bebê; duas opções podem ser marcadas como, por exemplo, ativo e permanece de olhos abertos.

#### **4 Aspectos éticos**

Com o avanço da ciência as normas, éticas em pesquisa com seres humanos estão cada vez mais rigorosas.

Tratando de pesquisa com portadores do HIV, exige-se do profissional ampla competência técnica e ética, pois os dilemas éticos relacionados ao HIV ocorrem freqüentemente e requerem deste profissional constante atualização diante das diversas inovações da assistência e pesquisa.

Como é notório, a aids trouxe à tona pontos éticos bastante delicados sobre os quais os profissionais de saúde e pesquisadores necessitam balancear os direitos e as necessidades do indivíduo e o bem público. Há preocupações com a privacidade e a confidencialidade já que o investigador entra na vida particular e na intimidade dessas pessoas (DURHAM; COHEN, 1989).

A questão ética também é enfatizada no Programa Nacional de DST/aids e traduzida nas normatizações acerca do sigilo profissional e consentimento para se realizar procedimentos, bem como na divulgação dos códigos de linguagem politicamente correta no campo da aids (NEMES et al., 2004).

Assim, neste estudo, teve-se a preocupação de obedecer aos aspectos éticos contidos na Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), que traz as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas com Seres Humanos.

Inicialmente, o estudo foi apresentado à direção da maternidade e obteve-se autorização para encaminhamentos. A seguir, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da UFC, para apreciação, e aprovado sob protocolo nº 41/05 (ANEXO E).

Tanto as parturientes portadoras do HIV como as não-portadoras foram convidadas a participar do estudo, mas ficaram livres para decidir. Assegurou-se à paciente que, em caso de recusa, não perderia quaisquer direitos, como o tratamento oferecido no serviço.

Foi explicado também o procedimento de filmagem, bem como o que vão representar os dados ali obtidos e o processo de disseminação das informações após a conclusão da pesquisa. Aquelas de acordo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO F).

Desse modo, todos os passos da presente investigação seguiram as instruções da resolução vigente do Comitê Nacional de Pesquisas, referente a estudos que envolvem seres humanos.



## 4 RESULTADOS

A apresentação dos resultados busca responder aos objetivos deste estudo. O início da apresentação corresponde à participação dos juízes e das interações entre as díades pesquisadas. Teve-se como intuito facilitar o entendimento inicial do estudo.

Os dados obtidos pós-análise estão expostos em diferentes tabelas no decorrer deste capítulo, enquanto no capítulo seguinte consta a discussão desses dados.

### 4.1 Apresentação dos dados

Tabela 1 - Distribuição do número de participantes, segundo as características. Fortaleza-CE. janeiro a fevereiro/2006

<i>Variável</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<b>Juiz</b>		
1	62	50,0
2	62	50,0
<b>Grupo</b>		
G1 *	76	61,3
G2 **	48	38,7

\*G1 (Grupo 1)= trata-se do binômio cuja mãe apresenta sorologia negativa para o HIV;

\*\*G2 (Grupo 2)= trata-se do binômio cuja mãe tem sorologia positiva para o HIV.

A Tabela 1 apresenta a distribuição do número de participantes na investigação, segundo suas características. A variável *N* significa o número de interações que ocorreu em cada díade de mãe e RN. Participaram da análise das filmagens dois juízes, no total de 100%.

Cada juiz analisou 62 (50%) interações igualmente nos dois grupos (G1 e G2). Observaram-se dois tipos de binômios: O G1, composto por mães com sorologia prévia negativa para o HIV, no qual ocorreram 76 interações (61,3%) observadas pelos juízes; e o G2, formado por mães com sorologia positiva para o HIV e que apresentou 48 (38,7%) das interações investigadas.

Conforme mostram os dados, verificou-se grande variação no número de interações ocorridas entre os binômios. Isto deve-se ao fato de que para o Grupo 1 (mãe com sorologia negativa para o HIV) foram feitas filmagens de cinco binômios, enquanto no Grupo 2 (mães com sorologia positiva para o HIV) filmaram-se três binômios.

Entretanto, tais diferenças não alteram o resultado final das comparações entre os binômios tendo em vista que os testes estatísticos usados permitem analisar estas comparações com números diferentes de dados sem interferir nas conclusões obtidas.

Tabela 2 - Distribuição do número das características observadas entre os grupos (G1 + G2). Fortaleza-CE. janeiro a fevereiro/2006

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Distância</b>		
Íntima	106	85,5
Pessoal	18	14,5
<b>Postura</b>		
De pé	124	100
Sentado	-	-
<b>Eixo*</b>		
Face a face	44	35,4
Lateral	80	64,5
Sociofugo	31	25,0
Sociopeto	91	73,4
<b>Código visual*</b>		
Olhar direcionado ao interlocutor	64	51,6
Olhar desviado do interlocutor	59	47,6
Alegria	5	4,0
<b>Tom de voz*</b>		
Sussurro	2	1,6
Baixo	1	0,8
Normal	10	8,1
Silêncio	123	99,2
<b>Obstáculo mãe-filho</b>		
Sim	1	0,8
Não	123	99,2

\* Uma interação pode ter apresentado uma ou mais observação entre os fatores proxêmicos.

A Tabela 2 retrata a comparação dos fatores proxêmicos entre os dois grupos de binômios estudados. Tem-se como objetivo demonstrar o conjunto de observações entre as díades, facilitando a compreensão do leitor.

Em todas as interações, a distância predominante foi a íntima, presente em 106 (85,5%) interações, seguida pela distância pessoal em 18 (14,5%) delas, tendo em vista que na situação analisada uma distância maior seria impossível para a execução do procedimento (Tabela 2).

Por distância íntima entende-se aquela em que os interlocutores permanecem afastados no máximo 50cm, enquanto a pessoal varia de 50 a 1,20 cm.

Quanto à postura, as mães permaneceram de pé nas 124 (100%) interações, pois todas estavam para a troca de fraldas nessa posição.

No fator eixo, em cada interação analisada os juízes se detiveram em dois aspectos diferentes: se este era face a face ou lateral e se sociofugo ou sociopeto. Ao contrário do esperado o eixo lateral foi o mais encontrado (80; 35,4%). O eixo face a face foi observado em apenas 44 (64,5%), já que o procedimento requer atenção da mãe durante o ato. Tal fato pode ser justificado porque a cada etapa da troca de fraldas a mãe necessitava pegar algum material para usar, como água, fraldas ou a fita de fixação.

Isto se confirma ao se observar que durante o procedimento analisado, o eixo sociopeto aparece em 91(73,4%) das interações. Em seguida vem o sociofugo com 31(25%). Ou seja, a mãe tem a intenção de permanecer próxima do RN e efetuar a troca de forma eficiente.

Ao se analisar o fator código visual encontraram-se dados muito próximos entre dois fatores: olhar direcionado ao interlocutor, em 64 (51,6%) interações, e olhar desviado do interlocutor, em 59 (47,6%) destas.

Por terem as mães de fazer estes pequenos deslocamentos para alcançar materiais necessários ao uso naquele momento, encontrou-se um número considerável de eixo lateral, pois, ela precisa desviar seu ângulo de atenção.

Durante todas as análises das interações contidas nas filmagens, a expressão de alegria apareceu em 5 interações (4,0%). Este fato, provavelmente, pode revelar que emoções deste tipo são pouco demonstradas neste momento. Conforme se percebeu, a expressão de alegria ocorria concomitante ao olhar direcionado da mãe para o RN, o que justifica o somatório da percentagem neste fator ultrapassar 100%.

No fator proxêmico tom de voz houve prevalência quase absoluta do silêncio em 123 (99,2%) interações. Conforme mencionado, o quesito “silêncio” não havia sido apontado pelos juízes que julgaram o instrumento inicial. Sobretudo, este dado foi tão expressivo durante a análise das interações que foi incorporado por sugestão dos avaliadores das filmagens ao instrumento.

Em segundo lugar avaliou-se o tom de voz normal (10; 8,1%) das interações como forma de se comunicar com o RN, seguido do sussurro, em 2 (1,6%) delas, e voz baixa, em apenas uma (0,8%) interação. Semelhante ao ocorrido no código visual, em uma mesma interação houve momentos de silêncio acrescido de alguma manifestação verbal. Por isso este somatório também ultrapassou os 100%.

Quanto à presença de obstáculo entre mãe e RN, em 123 (99,2%) das interações não houve qualquer obstáculo, e em uma única interação (0,8%) foi detectada a presença de obstáculo entre mãe e filho.

Tabela 3 - Associação entre as variáveis grupo e fatores proxêmicos, Fortaleza-CE, janeiro a Fevereiro/2006

	Grupo 1 (G1)		Grupo 2 (G2)		Teste	p
	N	%	N	%		
<b>Distância</b>					2,41 <sup>1</sup>	
					0,120	
Íntima	62	81,6	44	91,7		
pessoal	14	18,4	4	8,3		
<b>Eixo</b>					2,28 <sup>1</sup>	
					0,706	
Face a face	26	34,2	18	37,5		
Lateral	50	65,8	30	62,5		
Sociofugo	16	21,1	15	31,3		
sociopeto	59	77,6	30	62,5		
<b>Código visual</b>						
Direcionado ao interlocutor	34	44,7	30	62,5	(2)	0,028
Desviado do interlocutor	41	53,9	18	37,5		
Alegria	1	1,3	4	8,3		
<b>Tom de voz</b>					(2)	0,018
Sussurro	2	2,6	-	-		
Baixo	1	1,3	-	-		
Normal	10	13,2	-	-		
Silêncio	63	82,9	48	100,0		
<b>Obstáculo Mãe/filho</b>					(3)	0,998
Sim	1	1,3	-	-		
Não	75	98,7	48	100,0		

(1) Teste de  $\chi^2$ ; (2) Teste de Fisher-Freeman-Halton; (3) Teste de Fisher.

A Tabela 3 mostra a análise comparativa dos fatores proxêmicos estudados entre os dois grupos. Onde  $p$  ( $p$  value) é menor que 0,05, indica que houve diferença estatística significativa entre os grupos.

No fator código visual, o olhar direcionado ao interlocutor acontece em 34 (44,7%) interações e o olhar desviado do interlocutor em 41(53,9%), enquanto a alegria apareceu em apenas 1 (1,3%) interação ( $p = 0,028$ ).

No quesito tom de voz, o sussurro ocorreu em 2 (2, 6%), o tom de voz baixo, em 1 (1,3%), e o normal em 10 (13,2%); já o silêncio, em 63 (82,9%) interações ( $p = 0,018$ ).

Segundo se depreende pela Tabela 3, houve diferenças significativas apenas nos fatores código visual e tom de voz. Nos demais fatores dos dois grupos não foram observadas diferenças significativas.

Tabela 4 - Análise de concordância entre os juízes e os fatores proxêmicos.

Item	Juiz				Coef.	F	p
	1		2				
	N	%	N	%			
<b>Distância</b>					0,229	1,297	0,075
Íntima até 0,5cm	56	90,3	50	80,6			
Pessoal de 0,5 a 1,20cm	6	9,7	12	19,4			
<b>Postura</b>							
De pé	62	100,0	62	100,0	1,000		<b>Concordância total</b>
<b>Eixo</b>					0,030	1,031	0,434
Lateral	-	-	2	3,2			
Face a face e sociofugo	1	1,6	4	6,5			
Face a face e sociopeto	26	41,9	13	21,0			
Lateral e sociofugo	12	19,4	14	22,6			
Lateral e sociopeto	23	31,7	29	46,8			
<b>Mãe</b>					-0,079	0,927	0,663
Toque	18	29,0	19	30,6			
Agarrar	6	9,7	5	8,1			
Tocar localizado	23	37,1	27	43,5			
Roçar acidental	-	-	1	1,6			
Carícia	2	3,2	2	3,2			
Nenhum	13	21,0	8	12,9			
<b>Bebê</b>					-0,201	0,832	0,845
Ativo	38	61,3	48	77,4			
Geme	1	1,6	3	4,8			
Chora	11	17,7	9	14,5			
Soluça	1	1,6	1	1,6			
Sonolento	1	1,6	1	1,6			
Ativo e permanece de olhos abertos	10	16,1	-	-			
<b>Código visual</b>					-0,124	0,890	0,741
Olhar direcionado	31	50,0	30	48,4			
Olhar desviado	26	41,9	32	51,6			
Alegria	1	1,6	-	-			
Olhar direcionado e alegria	3	4,8	-	-			
Olhar desviado e alegria	1	1,6	-	-			
<b>Tom de voz</b>					-0,144	0,874	0,772
Sussurro	2	3,2	-	-			
Baixo	-	-	1	1,6			
Normal	2	3,2	8	12,9			
Silêncio	58	93,5	53	85,5			
<b>Obstáculo mãe e filho</b>					-0,065	0,939	0,635
<b>Sim</b>	-	-	<b>1</b>	<b>1,6</b>			
<b>Não</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>	<b>61</b>	<b>98,4</b>			

---

A Tabela 4 apresenta os índices de concordância entre os dois juízes diante dos fatores proxêmicos analisados das interações entre os binômios. De acordo com a análise estatística, houve concordância absoluta entre os juízes apenas no fator postura.

Baixos valores de concordância entre juízes podem ser encontrados em trabalhos deste tipo em virtude de duas possíveis fontes de erro: diferença de percepção dos juízes e alteração das respostas do paciente em função da presença dos avaliadores (ALMEIDA FILHO, 1989). Este último fato torna-se pouco provável neste trabalho já que o recurso utilizado foi o vídeo e os juízes fizeram as análises simultaneamente.

## 5 DISCUSSÃO

Hall (1986, 1994), a partir de diversos estudos empíricos sobre a relação das pessoas com o espaço ou a investigação de como o espaço é apropriado nas relações sociais, sobretudo nos estudos comparados, as distâncias variam de cultura para cultura. Associado a isso somam-se fatores pessoais, como presença de enfermidade. Neste sentido, conforme ressalta, investigações pontuais permitiriam apontar variáveis que demonstram as possíveis diferenças de fatos ou ações.

De acordo com o descrito por Silva et al. (2000) os fatores proxêmicos permitem entender como ocorrem as interações pessoais, na busca de melhor compreensão das formas de relacionamento humano, pois este processo de interação no qual se compartilham mensagens, idéias e sentimentos podem influenciar o comportamento das pessoas, que reagirão de acordo com suas crenças, valores e história de vida.

Conforme se supôs nesta investigação inicialmente, durante a comunicação proxêmica entre mãe-filho com ou sem um fator interveniente - neste caso, o HIV – no processo de troca de fraldas em ambiente programado - poderiam as intervenções maternas manifestar-se de forma diferenciada entre eles. Nesta perspectiva, os resultados obtidos ao longo dos diferentes aspectos proxêmicos observados entre os grupos evidenciaram diferença estatística em dois dos cinco fatores estudados: código visual ( $p$  0,028) e o tom de voz ( $p$  0,018).

Estudos apontam que a presença de doença crônica na infância pode se constituir num importante fator de mediação da qualidade da interação mãe-criança (PISCCININI et al., 2003). Entretanto, quando uma criança está exposta a um componente infeccioso, neste caso, o HIV, ela deve ser considerada potencialmente contaminada, até que o diagnóstico definitivo seja evidenciado. Este processo pode demorar até 24 meses. Neste entendimento, como afirmam Rabkin, El-Sadr e Abrans(2004), crianças nascidas de mães soropositivas ao HIV são consideradas com doença crônica.

Segundo referido por Bowlby (1990), existe nos bebês uma propensão inata para o contato físico intenso com um ser humano. Há propensão para se relacionar com o seio materno, para sugá-lo e possuí-lo oralmente. Assim no devido tempo, o RN aprende a se relacionar profundamente com a mãe. Em parte dos binômios estudados, esta proposição



não poderia ser avaliada durante este relacionamento mais íntimo em decorrência da possibilidade da transmissão do HIV durante a amamentação natural.

Ainda conforme assinala o mesmo autor, outra maneira de a criança sentir-se próxima da mãe ocorre durante o conforto, entre os diferentes gestos o momento da troca de fraldas (BOWLBY, 1990) Assim, era de se esperar que em virtude da limitação do aleitamento materno haveria maiores e mais complexos gestos, de interações íntimas e comunicacionais no binômio cuja mãe era portadora de HIV.

Tem-se a distância como elemento proxêmico. Como é notório, os seres humanos mantêm distâncias que impulsionam a interação humana, definidos por espaço: íntimo, pessoal, social e público. A aproximação ou distanciamento de uma pessoa sinaliza um desejo. Manter aproximação um do outro sugere maior abertura ou acesso à comunicação, representando maior riqueza na comunicação (SCOTT-WEBBER, 2004; HALL, 1986).

Consoante advertem determinados pesquisadores, há uma diversidade de fatores que interagem nas distâncias entre os seres, sobretudo aqueles que diminuem ou aumentam as distâncias pessoais (SOMMER, 2004; HALL, 1986). Tratando-se do cuidado mãe-filho, o espaço íntimo é a situação esperada. Nesta ocasião o contato físico restringe-se às mãos, e os pormenores são percebidos com precisão extraordinária. Associada a esta proximidade, a comunicação verbal manifesta-se com a presença de murmúrio. Mas o calor e o cheiro do outro são perfeitamente perceptíveis (HALL, 1986).

O primeiro contato materno consiste em uma das ligações da via intra-uterina, com o fator adicional de uma relação ou contato íntimo, como o toque (FERREIRA et al., 1998). Um momento importante para desenvolver este contato é durante a troca de fraldas, quando a mãe promove uma relação direta com seu bebê.

Segundo Bowlby (1990), a sobrevivência das crianças, um ser que precisa do cuidado do outro, depende da manutenção da proximidade de adultos que desempenhem funções de proteção e fornecimento de conforto e segurança. Estes componentes básicos da natureza humana são necessários para a criança, desde o nascimento.

Deste modo, na presente pesquisa, os resultados estão de conformidade com o esperado para a situação. Houve predominância da proximidade (distância íntima) nas interações entre os grupos, pois na situação estudada, a troca de fraldas exige da mãe um cuidado mais próximo do RN, mesmo que por qualquer motivo ela tente aumentar a distância.

Em corroboração a este achado, de acordo com o divulgado por alguns estudos, nos primeiros dias pós-parto o maior desejo da mãe é permanecer junto do filho, o mais próximo possível, da mesma forma quando estavam intimamente ligados no longo do período pré-parto, quando o bebê fazia parte do corpo materno (BOWLBY, 1990; VASCONCELOS et al., 2006a).

Embora esta investigação tenha sido realizada com o bebê nas primeiras horas de vida, o caráter de proximidade da troca de fraldas pode ser extrapolado para outros momentos da vida cotidiana das díades. Neste aspecto de proximidade mãe-filho, o pesquisador é enfático ao afirmar que a criança precisa ter durante os primeiros anos de vida uma relação afetiva e íntima com sua mãe ou mãe substituta permanente. A relação íntima, afetiva e contínua entre mãe e filho, na qual ambos encontrem satisfação, é imprescindível para a saúde mental do indivíduo em fases mais avançadas da vida. Várias formas de neuroses e desordens de caráter, sobretudo psicopatias, podem ser atribuídas seja à privação do cuidado materno, seja à descontinuidade na relação da criança com uma figura materna durante os primeiros anos de vida (BOWLBY, 1990; SILVA et al., 2002).

Desta forma, depreende-se que o contato íntimo é um estímulo importante para o crescimento e a percepção, estimulando, assim, instintivamente, reações emocionais na criança. Naturalmente neste processo se incluem a higienização, o banho e todos os pormenores do cuidado físico, como afagar, acariciar e cantarolar ou falar com o bebê.

No relacionado à distância pessoal, no presente estudo observou-se pequena parcela das interações (14,5%) entre os grupos. Tal situação ocorria exatamente no momento em que a mãe precisava alcançar alguns objetos necessários para o procedimento de higienização durante a troca das fraldas. Entretanto, esta distância não se interpreta sob ponto de vista de desdém, mas pela busca de objetos para execução do cuidado. Portanto, não representa para a criança uma situação de risco de quedas. Apesar de acidentes nesta situação serem raros, observar o distanciamento impróprio é um alerta para os profissionais identificarem possíveis sinais de comunicação como forma de evitação entre mãe-filho.

Embora não tenha observado diferença estatística entre os binômios no quesito distância vale ressaltar o fato de a distância íntima ter apresentado uma frequência maior entre os binômios cuja mãe é HIV positiva. Diante do exposto, pode-se inferir algumas proposições. A primeira delas relaciona-se aos diferentes momentos de angústias vivenciados durante o período gestacional. Tais momentos advinham da possibilidade de perder o filho e ou gerá-lo com evidências da infecção. Toda mãe sonha com o filho

perfeito. Nascer saudável é momento de compartilhar alegrias. A segunda suposição decorre do fato de tê-lo próximo, tocá-lo, situação que enaltece a maternidade. De acordo com alguns relatos, em virtude de gerar um filho na vigência do HIV, a mulher passa por diferentes períodos de estresse (PAIVA et al, 2004; PAIVA et al., 2002). Durante o pós-parto sentem-se sobreviventes. Na presença do filho têm a esperança e o alento para se manterem vivas.

Soma-se ao exposto o divulgado em estudos recentes, os quais indicam que gestantes portadoras de HIV sentem-se felizes pela oportunidade da maternidade, pois mesmo em face do estigma ainda fortemente presente nos dias de hoje sobre portadores de HIV, elas não abrem mão do sonho de ser mãe (VASCONCELOS et al., 2006a).

Esta afirmação se baseia em outra pesquisa desenvolvida pela pesquisadora, a qual encontra-se em processo de redação final. Nela avalia-se a comunicação mãe-filho durante o aleitamento artificial e natural, respectivamente, em puérperas com HIV e sem a infecção. Segundo evidenciado, mães com sorologia positiva para o HIV demonstram especial cuidado no momento de oferecer ao bebê, mantido no colo, o leite artificial em copos descartáveis. Manifestam gestos carinhosos e atenção ininterrupta ao bebê. Já mães sem a infecção, ao amamentar ao seio, participam de todos os fatos ocorridos na unidade de alojamento conjunto, mas concomitantemente ao ato de amamentação conversam, enquanto outras mães da enfermaria lêem revista ou assistem televisão.

Provavelmente, o interesse da mãe portadora de HIV em manter-se mais próxima do filho, comprovado pelas interações, fundamenta-se na preocupação em ofertar-lhe o melhor diante das suas possibilidades comunicacionais. Os bebês gestados por mulheres HIV positivas adquirem um significado vital na vida dessas mães. Muitas vezes eles representam a única razão na luta contra o sentimento de desesperança tão freqüente nesta clientela (PAIVA et al., 2004; VASCONCELOS et al., 2006a).

A descoberta da aids traz para o cotidiano das mulheres, sobretudo das mães, sofrimentos como angústia e perplexidade em relação ao futuro, e elas passam a refletir sobre o verdadeiro sentido da vida, os limites do suportável e a morte (VASCONCELOS et al., 2006a).

De acordo com Stefanelli e Carvalho(2005), para que uma comunicação afetiva se desenvolva adequadamente, é preciso haver motivação. As emoções e sentimentos interferem na percepção dos sinais emitidos pelo outro, pois quando ficamos tristes estamos mais voltados para nós mesmos, percebemos menos o outro e nos distanciamos.

No entanto se estamos felizes, ficamos mais próximos, mais receptivos às mensagens do outro.

Tratando-se do eixo avaliado, refere-se neste estudo à angulação mãe-filho. Neste caso, utiliza-se o termo sociofugo para uma situação que sinaliza o desencorajamento da interação e sociopeto aponta o desejo da comunicação-interação.

Hall (1986) ressalta que o ângulo estabelecido entre os participantes da interação é um desejo explícito da situação. No presente estudo era clara a manifestação de desejo da interação na situação de troca de fraldas em ambos os grupos.

Ainda conforme resultados, estudo anterior também observou o encorajamento da situação de cuidado materno em alojamento conjunto com binômios em condições clínicas e laboratoriais normais (VASCONCELOS et al., 2006b)

A manifestação do eixo sociofugo obtida na pesquisa diante das interações analisadas se justifica da mesma forma que o eixo lateral. Isso ocorreu em virtude de a mãe se movimentar para procurar o material de higienização necessário na troca de fraldas. Provavelmente esse fato surgiu por ser o local do estudo um ambiente previamente montado para a cena da investigação, na qual a mãe ainda não estava familiarizada com o ambiente.

Conforme se sabe, as primeiras relações, em especial a interação entre mãe-bebê, são fundamentais, senão decisivas, em todo o processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem (SCHERMANN, 2001).

Tanto para o feto, quanto para o bebê, a voz constitui um estímulo pulsional, cujo efeito se manifesta diretamente no corpo, produzindo variações dos ritmos fisiológicos, modificações da tensão muscular, atividades motoras e de sucção, elevação do tônus e aumento da vigilância. Nisso se vê como a voz toca diretamente o corpo (QUEIROZ, 2003). Este autor ainda enfatiza que pela voz se distinguem o som e o sentido e que a emissão da palavra e dos sons se acompanha, não somente de gestos da pessoa que fala, mas também de movimentos no corpo daquele que escuta.

Medir todos os sinais da comunicação visual é um desafio. Segundo comentado, o espaço visual nem sempre é avaliado com precisão, pois haveria necessidade de instrumentos mais complexos e direcionados para se entender, de fato, a linguagem presente durante a comunicação visual (HALL, 1986).

Na ora desenvolvida investigação, o local destinado à realização da troca de fraldas pela mãe na sala de alojamento conjunto apresentava uma altura de 1,00 metro.

Assim havia uma proximidade que facilitava o contato visual e o comportamento de contato da mãe em relação ao RN. Entretanto, embora o processo de filmagem não fosse direcionado aos seus olhos, havia possibilidade indireta de se notar o olhar direto mãe-filho. Como referido, no código visual obteve-se diferença estatística entre os binômios ( $p$  0,028).

Os sentimentos de amor e carinho da mãe pela criança também são despertados por meio do contato visual. Este contato é uma das formas mais comuns de comunicação entre mãe e filho, e ocorre em grande parte das interações nos primeiros dias de vida (QUEIROZ, 2003; VASCONCELOS et al., 2006b).

Conforme se pôde perceber, durante a troca de fraldas a mãe estava atenta ao RN e ao material a ser usado, o qual estava disposto lateralmente ao colchão onde se realizava a troca. Eventualmente, a mãe mudava o ângulo de atenção para buscar o material necessário ao procedimento. Isto a obrigava a desviar o olhar do RN para alcançar o algodão e a água para limpeza da pele do bebê, a fralda ou a fita adesiva mesmo quando estes se encontravam ao alcance dela.

No âmbito desta pesquisa e como referido por Queiroz (2003), durante o olhar há movimentos e expressões. Segundo descrito, em 4% das interações desta pesquisa apareceu a expressão de alegria no rosto da mãe. Essa manifestação foi efetivada com esboço de um largo sorriso durante a troca, demonstrando a satisfação em cuidar do filho.

Consoante expõem Silva et al. (2000), a capacidade de compreender o outro não inclui apenas a fala, mas também suas manifestações corporais. O estudo do outro tem um papel importante nas interações pessoais.

De acordo com os argumentos relatados anteriormente, a expressão de alegria pode anunciar diferentes significados entre os dois grupos, pois quando se tem o diagnóstico de uma doença grave, os familiares manifestam uma seqüência de estágios, independente da natureza real da situação. Tais estágios conduzem a esparsos momentos de manifestação de contentamento (PEDRO; STOBÄUS, 2003).

Nestes momentos, a mãe soropositiva pode estar experimentando uma sensação única de ser capaz de desempenhar um cuidado especial para o filho, visto que a gestação é cercada de incertezas quanto ao estado de saúde da criança. Portanto, se a criança pode ficar com a mãe em unidade de alojamento conjunto, é um indício de que ela não tem risco iminente de qualquer gravidade. Esta satisfação pode ser percebida então pelo sorriso esboçado pela mãe no momento da troca de fraldas.

Como o rosto é o local do nosso corpo onde as expressões mais facilmente aparecem, disfarçá-las não é fácil. Por isso valorizam-se as expressões faciais como sinal da qualidade da interação, sendo o eixo face a face um significativo componente de validação. Sabe-se, porém, que as interações iniciais são de curta duração entre mãe e RN e ocorrem em contextos específicos, basicamente face a face, caracterizando-se, principalmente, pelas atividades de tocar, olhar e mamar (MOURA et al., 2004).

Em decorrência de puérperas portadoras de HIV serem privadas de amamentar, esta relação se torna mais restrita, e requer alternativas que compensem o déficit desta privação.

Para Piscininini et al. (2003), a doença crônica na criança se constitui em importante organizador de respostas dos pais com conseqüências para suas interações com a criança.

Mesmo com pequena possibilidade de a criança nascida sob risco de infecção pelo HIV desenvolver a doença, tal possibilidade é fonte de estresse para a mãe. Isto altera a comunicação desenvolvida por esta díade, evidenciando algumas vezes a superproteção. Em contrapartida, binômios sem infecção tiveram percentualmente maior manifestação verbal, observando-se pequenas frases pronunciadas por estas mães no momento da troca. Estas frases demonstraram nas filmagens discretos gestos de carinho e atenção, talvez por inibição.

Desde antes do nascimento e mesmo depois dele, a voz é de importância fundamental na construção do sujeito. Ela é o objeto da pulsão e é incorporada da mesma maneira que o alimento, pois também desencadeia movimentos. Na voz encontra-se a marca particular do sujeito. Além disso, é o suporte da palavra que parte de um sujeito se dirigindo para o outro (QUEIROZ, 2003).

No relacionado ao fator tom de voz, o silêncio prevalece ( $p$  0,018). No momento do cuidado que a mãe presta ao filho, permite-se que a linguagem silenciosa se faça presente na interação mãe-filho durante o cuidado prestado. Nas palavras de Hall(1994), o silêncio também é comunicação.

De acordo com estudo anterior que avaliou a comunicação entre mãe-filho saudáveis, sem a presença de doenças, em unidade de alojamento conjunto, segundo se observou, o volume e a intensidade da voz estavam relacionados com o espaço onde ocorria a comunicação interpessoal (VASCONCELOS et al, 2006b).

Como evidenciado no presente estudo, o tom de voz normal apareceu numa frequência pequena entre as mães sem a infecção pelo HIV. Pode-se deduzir, talvez, as mães não consideram este momento propício para demonstrar sentimentos.

Já no quesito tom de voz, houve predomínio absoluto do silêncio entre os binômios HIV. Tal fator foi associado ao cuidado da mãe em promover o bem-estar do filho, evitando ruídos desnecessários que pudessem causar agitação. Estas mães desenvolveram a técnica de forma mais prática e com menos índice de demonstração de sentimentos, como se estivessem desempenhando uma tarefa rotineira, na qual as emoções não precisam estar presentes.

Também se alude à situação a possibilidade de as mães terem ficado constrangidas com a presença da filmadora, embora tenham sido realizados entre os binômios três momentos de filmagens, ocorridos sempre diante da necessidade de troca, e terem sido as últimas filmagens avaliadas na expectativa de que elas estivessem mais familiarizadas com a câmera.

Quanto ao local determinado para a troca de fraldas durante as filmagens, pareceu bastante adequado, pois em quase 100% das interações não se considerou obstáculo entre mãe e RN. Assim, depreende-se do exposto que provavelmente determinar um espaço planejado pode ter influenciado na condução natural da comunicação entre mãe-filho.

Como afirmam Scappaticci, Iacoponi e Blay(2004), o registro permanente obtido por meio da filmagem torna possível a observação da mesma interação por dois avaliadores independentes na busca de uma maior fidedignidade. No estudo ora desenvolvido, ao se ponderar a concordância do julgamento entre os juízes diante do estabelecimento das avaliações das interações, houve concordância total apenas quanto à postura. Entretanto, essa situação não invalida o estudo.

Por terem sido os juízes orientados a fazer os registros das observações no exato momento em que a filmagem era interrompida, imaginava-se obter resultados mais próximos. No entanto, provavelmente o milésimo de segundo de diferença entre a observação de um juiz em comparação com a do outro pode ter causado parte da discordância nas análises.

Outro ponto a se considerar refere-se às distâncias, as quais não podem ser medidas com exatidão. Cada juiz fez uma média de acordo com sua visão própria e de forma aproximada do que seria uma distância íntima ou pessoal, o que também justifica a variação nos índices de concordância. Nos diferentes apontamentos de Hall (1994), o autor adverte sobre as experiências individuais. Elas são únicas, mesmo dentro da própria cultura. Somadas aos diversos fatores individuais circunstâncias de educação e de vida, posição social, além da posição da observação, há divergências nos resultados.

O tom de voz é outro fator bastante suscetível a variações, pois como não se aplicou um meio de realizar medição de forma exata, cada juiz interpreta da sua maneira. Portanto, o que pode ser considerado baixo para um, pode não ser para o outro.

Estas discordâncias não invalidam o método utilizado, porquanto os dados obtidos são de uma riqueza única, porém deixam claro que cada pessoa, mesmo diante de uma mesma teoria, pode ter interpretações diferenciadas de acordo com vários fatores, como sua cultura, seu modo de pensar e agir, sua história de vida.

Esse dado reforça a necessidade de se criar estratégias pontuais para se medir com mais segurança as informações buscadas em pesquisas quantitativas. Mesmo utilizando-se a filmagem, com seu alto poder de resolução do registro da situação analisada, a subjetividade que acompanha este tipo de método não permite uma fidedignidade absoluta entre eles.

Contudo deve-se levar em conta o seguinte: não é a concordância dos juízes que valida os dados e sim o somatório do que foi extraído destas análises.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o que se avaliou diante da comunicação proxêmica entre mãe e filho em unidade de alojamento conjunto e na presença de dois grupos distintos, obteve-se diferença significativa estatisticamente em relação aos códigos visual e o tom de voz.

Poucos estudos nesta área foram observados para corroborar ou refutar os resultados obtidos. Entretanto, os dados relativos (%) permitem inferir algumas suposições:

- a) a situação de troca de fraldas não foi o momento em que as mães demonstraram carinho ou outro sentimento em relação a seus filhos, como se esperava;
- b) verificou-se a presença de um número elevado de interações em eixo lateral. Este dado surpreendeu, pois se esperava maior número de interações face a face. Contudo, ele é compreendido como os momentos em que a mãe precisava desviar o olhar para o alcance de materiais necessários à troca;
- c) o olhar direcionado ao interlocutor manteve margem muito próxima do desviado do interlocutor, corroborando o que foi observado nos eixos quanto à necessidade da mãe em desviar sua atenção neste momento;
- d) a maioria das interações encontradas com o eixo sociopeto pode refletir na intenção da mãe permanecer próxima do filho no momento da troca de fraldas, desempenhando de forma atenciosa à tarefa atribuída e salvaguardando o filho de qualquer dano;
- e) a presença do silêncio com uma margem significativa durante a troca de fraldas trouxe uma nova surpresa, pois se esperava que as mães fizessem deste momento uma oportunidade de troca de palavras ou gestos de carinho com o filho;
- f) a alegria esteve presente em algumas interações onde as mães apareceram concomitantemente expressando esta sensação.

Como mencionado, os resultados deste estudo surpreenderam em determinados aspectos. Todavia, as suposições recém-expostas podem servir de roteiro no caminho da compreensão do assunto. Desta forma, outros estudos poderão ser desencadeados com vistas a ampliar o processo de avaliação da comunicação nas fases iniciais da vida, pois o

conhecimento do processo comunicativo entre mãe e filho pode auxiliar no julgamento da validade da implementação de esforços para torná-la o mais saudável possível desde as primeiras horas pós-parto.

Pacientes com aids têm uma história de vida peculiar, marcada por episódios dolorosos diante dos infortúnios da doença e das incertezas quanto ao seu prognóstico. Além de lidar com a doença, os portadores de HIV ainda têm de lidar com a forma preconceituosa como a doença é vista pela sociedade. Isto afeta significativamente sua forma de se relacionar com os outros.

Em face desta situação, o enfermeiro pode atuar precocemente quando detectadas alterações, prevenindo qualquer dano neste processo e salvaguardando a importante aprendizagem da mãe com os cuidados do RN na unidade de alojamento conjunto.

A compreensão do enfermeiro sobre as diversas possibilidades de comunicação entre esta díade dá a ele significativa ferramenta de trabalho no sentido de atuar eficazmente, reconhecendo o momento no qual se faz necessária uma intervenção de enfermagem com o intuito de promover uma melhor interação entre esta díade.

Quanto ao índice de concordância entre os juízes, só houve concordância absoluta no fator postura. Essa discordância é interessante, pois induz à reflexão sob a ótica de como cada indivíduo tem julgamentos e percepções próprias. Todos os fatores analisados são interpretados de forma subjetiva pelos juízes, os quais sofrem influências de sua história de vida, crenças, valores e outros conhecimentos adquiridos por parte deles individualmente.

Mencionados julgamentos precisam e devem ser constantemente aprimorados como forma de melhorar a assistência prestada, pois quanto maior a proximidade de um julgamento fidedigno, maior capacidade se obtém para aperfeiçoar e corrigir deficiências da comunicação, julgada quantitativamente. Assim, se pôr à disposição e desenvolver estudo nesta linha de interpretação e avaliação tornaram-se um desafio agradável, pois nem tudo o que se esperava se obteve.

Entretanto, este aprimoramento só é possível quando se investe em pesquisa como esta para se conhecer determinadas realidades e, posteriormente, traçar metas de melhoria para ela.

Foi válido detectar que em realidades supostamente tão diferentes como a comunicação entre díades mãe e RN portadores de HIV e não-portadores, se evidenciam

resultados em que estas diferenças não são significativas a ponto de afetarem gravemente o desenrolar desta nova interação que se inicia.

Sabe-se, que o período analisado foi restrito. Além disso, parear sujeitos é complexo. No entanto, novas pesquisas com intervalos de tempo maior podem ser desenvolvidas a fim de validar os resultados ora demonstrados.

Estudar é desafiar o conhecimento. Portanto torna-se algo instigante e tem sido marcado como um fato em nossas vidas. Pesquisar situações do cotidiano em ambiente de trabalho pode trazer resultados inesperados. Tais resultados confirmam a afirmação: Pesquisar o desconhecido é desbravar fronteiras.

## 7 REFERÊNCIAS

ADLER, B.A.; TOWNE, N. **Comunicação interpessoal**. 9. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2002.

ALMEIDA FILHO, N. Desenvolvimento de instrumentos na pesquisa epidemiológica. In: ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia sem números: uma introdução crítica à ciência epidemiológica**. Rio de Janeiro: Campus, 1989. p. 39-54.

ALMEIDA, C. B. **Características da comunicação não-verbal entre o enfermeiro e o cego**. 2005. 97 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

ANDRADE, M. M. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 1998.

BITTI, P. R.; ZANI, B. **A comunicação como processo social**. 2. ed. Lisboa: Estampa, 1997.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DA AIDS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003a.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DA AIDS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, ano 1, n. 1, jan./jun. 2004.

BONADI, I. C.; SHNECK, C. A. **Identificação do sentimento de apego materno-fetal no atendimento pré-natal**. 2003.

BORDENAVE, J. D. O papel dos meios de multissensoriais no ensino-aprendizagem. In: BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2005. cap. 9, p. 203-211.

BOWLBY, J. **Apego**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Resolução nº 196/96, de 03/07/1996. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. 24 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados e pesquisas em DST e aids**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/final/dados/aids.htm>>. Acesso em: 20 maio 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1016, de 26 de agosto de 1993. **Normas básicas para alojamento conjunto**. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993. Normas básicas para alojamento conjunto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1 de set. 1993. n. 167.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto nascer maternidades**. Brasília, 2003. Versão preliminar.

BRITO, A. M.; SOUSA, J. L.; LUNA, C. F.; DOURADO, I. Tendência da transmissão vertical de aids após a terapia anti-retroviral no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, supl., p. 18-22, 2006.

CEARÁ. Secretaria Estadual da Saúde. **Dados de AIDS no Ceará**. Fortaleza, 2003.

CZESRENIA, D.; SANTOS, E.M.; BARBOSA, R.H.S.; MONTEIRO, H. **Aids: pesquisa social e educação**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

DOURADO, I.; VERAS, M. A. S. M.; BARREIRA, D.; BRITO, A. M. Tendências da epidemia da aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, supl, p. 9-17, 2006.

DUARTE, J.; BARROS, A. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo:Atlas, 2005.

DURHAM, J. D.; COHEN, F. L. **A enfermagem e o aidético**. São Paulo: Manole, 1989.

FARIAS, L. M. **Comunicação proxêmica entre mãe e recém-nascido de risco na unidade neonatal**. 2005. 109 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, 2005.

FERREIRA, E. A.; VARGAS, I. M. Á.; ROCHA, S. M. M. Um estudo bibliográfico sobre o apego mãe e filho: bases para a assistência de enfermagem pediátrica e neonatal. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 6, n. 4, p.111-116, out. 1998.

GALVÃO, M. T. G.; CERAUEIRA, A. T. A. R.; MARCONDES-MACHADO, J. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-QOL. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 430-437, 2004.

GALVÃO, M. T. G.; PAIVA, S. S.; SAWADA, N. O.; PAGLIUCA, L. M. F. Analysis of proxemic communication with patients with HIV/AIDS. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 14, n. 2, prelo, 2006.

GOFFMAN, E. **Relations in public**. New York: Basic Books, 1971.

GRUPO DE APOIO À PREVENÇÃO DA AIDS-CE. **Em debate: Aids**. Fortaleza, ano 3, n. 2, 1997.

HALL, E. T. **A dimensão oculta**. Lisboa: Relógio D'água, 1986.

HALL, E. T. **A linguagem silenciosa**. Lisboa: Relógio D'água, 1994.

LAMOUNIER, A. J.; MOULIN, Z. S.; XAVIER, C. C. Recomendações quanto à amamentação na vigência de infecção materna. **J. Pediatr.** (Rio de J.), v. 80, n. 5 supl., p. s181-s188, nov. 2004.

LITTLEJOHN, S. W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1998.

MATHEUS, M. C. C.; FUGITA, R. M. I.; SÁ, A. C. Observação em enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência**. São Paulo: Atheneu, 2003. cap. 2, p. 5-24.

MENDES, I. A. C. **Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem**. São Paulo: Savier, 1994.

MOURA, M. L. S.; RIBAS, A. F. P.; SEABRA, K. da C.; PESSÔA, L. F.; RIBAS JUNIOR, R. de C.; NOGUEIRA, S. E. Interações iniciais mãe-bebê. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 17, n. 3, p. 295-302, 2004.

MULHERES com Aids são a maioria em 207 municípios. **Rev. Saúde Reprodutiva**, Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 20 jul. 2004.

NEMES, M. I. B.; CASTANHEIRA, E. R. L.; MELCHIOR, R.; ALVES, M. T. S. S. de B. e; BASSO, C. R. Avaliação da qualidade da assistência no programa de aids: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S310-S321, 2004.

OLIVEIRA, J. P.; MARQUES, S. L. Análise da comunicação verbal e não-verbal de crianças com deficiência visual durante interação com a mãe. **Rev. Bras. Educ. Espec.**, v. 11, n. 3, p. 409-428, set./dez. 2005.

OLIVEIRA, V. T.; CASSIANI, S. H. B. O processo de comunicação na administração de medicações injetáveis em crianças sob a perspectiva da interação entre mãe-criança e auxiliares de enfermagem. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 61-67, out. 1997.

PAIVA, S. S.; GALVÃO, M. T. G. Sentimentos diante da não amamentação de gestantes e puérperas soropositivas para HIV. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 414-419, 2004.

PAIVA, V.; LIMA, T. N.; SANTOS, N.; VENTURA-FILIPPE, E.; SEGURADO, A. Sem direito de amar?: a vontade de ter filhos entre homens (e mulheres) vivendo com o HIV. **Psicol. USP**, v. 13, n. 2, p.105-133, 2002.

PEDRO, E. N. R.; STOBBAUS, C. D. Vivências e (com)vivências de crianças portadoras do HIV/AIDS e seus familiares: implicações educacionais. **Rev. Paul. Enf.**, v. 22, n. 1, p. 62-71, jan./abr. 2003.

PISCCININI, C. A.; CASTRO, E. K.; ALVARENGA, P.; VARGAS, S.; OLIVEIRA, V. Z. A doença crônica orgânica na infância e as práticas educativas maternas. **Estud. Psicol.**, v. 8, n. 1, p. 75-83, 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

QUEIROZ, T. C. N. Entrando na linguagem. **Estilos Clin.**, v. 8, n.15, p. 12-33, jun. 2003.

RABKIN, M.; EL-SADR, W.; ABRANS, E. **O manual clínico pediátrico**. New York: The internacional center for AIDS programs, 2004.

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

SANTOS, R. E. **As teorias da comunicação: da fala à internet**. São Paulo: Paulinas, 2003.

SAWADA, N. O.; ZAGO, M. M.; GALVÃO, C. M.; FERREIRA, E.; BARICHELLO, E. Análise dos fatores proxêmicos com o paciente laringectomizado. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 72-80, 2000.

SCAPPATICCI, A. L. S. S.; IACOPONI, E.; BLAY, S. L. Estudo da fidedignidade inter-avaliadores de uma escala para a avaliação da interação mãe-bebê. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 26, n. 1, p. 39-46, jan./abr. 2004.

SCHERMANN, L. Considerações sobre a interação mãe-criança e o nascimento pré-termo, **Temas em Psicologia da SBP**, v. 9, n. 1, p. 55-61, 2001.

SCHNECK, C. A.; RIESCO, M. L. G. Apego mãe-bebê: análise da produção científica da enfermagem na década de 90. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 7., 2000, Ribeirão Preto. **Anais...** 2000. p. 143-147.

SCOCHI, C. G. S.; KOKUDAY, M. L. P.; RIUL, M. J. S.; ROSSANEZ, L. S. S.; FONSECA, L. M. M.; LEITE, A. M. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 539-543, jul./ago. 2003.

SCOTT-WEBER, L. **Environment behavior basics**. [S.l.]: Society for College and University Planning, 2004. Disponível em: <<http://www.scup.org/pubs/books/>> Acesso em : 20 Jan. 2006.

SILVA, L. M. G.; BRASIL, V. V.; GUIMARÃES, H. C. Q. C. P.; SAVONITTI, B. H. R. A.; SILVA, M. J. P. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 52-58, 2000.

SILVA, S. S. C.; LE PENDU, Y.; PONTES, F. A. R.; DUBOIS, M. Sensibilidade materna durante o banho. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 18, n. 3, p. 345-352, set./dez. 2002.

SOMMER, R. **From personal space to cyberspace**. Brasília, DF: UNB, Laboratório de Psicologia Ambiental, 2004. (Série 1).

STEFANELLI, M. C. **Comunicação com paciente**: teoria e ensino. São Paulo: USP, 1992.

STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2005.



JOINT UNITED NATIONS PROGRAMMER ON HIV/AIDS (UNAIDS). Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/Resourses/Publications/Corporat+publications/AIDS+epidemic+up+date+December+2003.asp>>. Acesso em: 4 Dez. 2004.

VASCONCELO, S. G.; GALVÃO, M. T. G.; PAIVA, S. S. Comunicação proxêmica entre mãe e filho em alojamento conjunto. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 14, n. 1, p. 37-42, jan./mar. 2006.

VASCONCELOS, S. G.; GALVÃO, M. T. G.; MARIA, I.; BRAGA, V. A. A percepção da gestantes ao lidar com a infecção pelo HIV: estudo exploratório. **Online Braz. J. Nursing**, v. 5, n. 1, abr. 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=109>>. Acesso em: 10/06/2006

VAZ, M. J. R.; BARROS, S. M. O. Gestantes infectadas pelo HIV: caracterização e diagnósticos de enfermagem. **Acta Paul. Enf.**, v. 15, n. 2, p. 9-17, abr./jun. 2002.

VERMELHO, L. L.; COSTA, A. J. L. **Epidemiologia da transmissão vertical do HIV no Brasil**. Brasília: Coordenação Nacional de DST/aids, 2002. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 15 mar. 2004.

XAVIER, I. M. Cidadania, gênero e saúde: a mulher e o enfrentamento da aids. **Rev. Enf UERJ**, p. 89-100, 2003. Extra.

YOSHIMOTO, C. E.; DINIZ, E. M. A.; VAZ, F. A. C. Evolução clínica e laboratorial de recém-nascidos de mães HIV positivas. **Rev. Assoc. Méd. Brás.**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 100-105, mar./abr. 2005.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Descrição das filmagens

**1. Descrição das filmagens****• GRUPO 1 – Não-portadoras de HIV****Primeiro binômio**

A filmagem do binômio1 foi realizada no dia 15/1/2006 e durou três minutos. A puérpera M.AT.A., cor branca, 33 anos, procedente de Fortaleza, 1º grau incompleto, solteira, renda *per capita* de um salário mínimo, gesta dois, um aborto, gravidez desejada, com sorologia negativa para o HIV durante o pré-natal, realizou parto cesárea às 15:00h do dia 14/1/2006. Deu à luz a um RN do sexo masculino, peso de 4.275g, altura de 53cm e apgar oito no primeiro minuto. Após duas filmagens anteriores, a paciente mostrou-se tranqüila diante da presença da câmera. Foi orientada a realizar a troca de fraldas o mais naturalmente possível. Apresentou boa destreza no manuseio do material usado na troca e no posicionamento do bebê na cama. O RN estava bastante ativo e inclusive chorou, o que não alterou a conduta da mãe. Ela teve bastante cuidado quando precisou afastar-se um pouco dele para alcançar um item que julgou necessário para a troca. Apesar do barulho advindo dos profissionais e pacientes também presentes no andar, ela não demonstrou alteração no seu comportamento, desempenhando a função que lhe tinha sido atribuída com domínio. Concluída a cena, a mãe colocou-o no colo.

**Segundo binômio**

A filmagem do binômio 2 foi realizada no dia 14/1/2006 e durou dois minutos e trinta segundos. A puérpera S.N.L., cor branca, 24 anos, procedente de Fortaleza, 2º grau completo, solteira, renda *per capita* de dois salários mínimos, gesta dois, sem nenhum aborto anterior, gravidez desejada, com sorologia negativa para o HIV durante o pré-natal, submeteu-se ao parto cesárea às 5:25min. do dia 12/1/2006. Pariu RN do sexo masculino, peso de 2.600g, altura de 46cm e apgar oito no primeiro minuto. Concordou em participar da filmagem, porém só na terceira troca pareceu mais tranqüila com a presença do equipamento. Não demonstrou dificuldade em realizar a troca de fraldas do RN, executando-a de forma ágil, porém sem maiores expressões de carinho. Não houve qualquer interrupção da equipe de plantão durante o procedimento.

O RN permaneceu acordado e ativo, não esboçando sinal de choro. Ao término da troca, a mãe colocou-o imediatamente no braço.

### **Terceiro binômio**

A filmagem do binômio 3 foi realizada no dia 14/1/2006 e durou três minutos. M.L.A., cor parda, 29 anos, procedente de Fortaleza, 1º grau completo, casada, renda *per capita* de três salários mínimos, gesta três, sem histórico de aborto anterior, gravidez não desejada, com sorologia negativa para o HIV no pré-natal, foi submetida ao parto cesárea às 14:50min. do dia 13/1/2006. Pariu RN do sexo feminino, com peso de 3.630g, altura de 48cm e apgar nove no primeiro minuto. Apesar de algumas interferências durante a filmagem, tanto da acompanhante da paciente como de uma auxiliar de enfermagem do serviço, a terceira filmagem foi a que melhor retratou a troca de fraldas, pois a mãe estava mais familiarizada com a câmera. Durante a interferência da acompanhante, a própria paciente pediu que ela se retirasse. A puérpera acomodou o RN com bastante cuidado na cama antes de iniciar a troca de fraldas e demonstrou tranquilidade e segurança ao executar o procedimento, não se deixando alterar pelas interferências ocorridas. O RN permaneceu ativo e chorou por alguns segundos. Isto também não alterou a conduta da mãe, que durante todo o tempo mostrou-se bastante cuidadosa com ele. Ao término da troca, a mãe colocou-o no braço.

### **Quarto binômio HIV**

A filmagem do binômio 4 foi realizada no dia 20/1/2006 e durou dois minutos e trinta segundos. G.F.S., cor parda, 25 anos, 1º grau incompleto, procedente do município de Eusébio, casada, renda *per capita* de um salário mínimo, gesta dois, sem aborto anterior, gravidez não desejada, com sorologia negativa para o HIV no pré-natal, foi submetida à cesárea às 10:47min. do dia 18/1/2006. Deu à luz um RN do sexo masculino, com peso de 3.520g, altura de 49cm e apgar oito no primeiro minuto. Durante a filmagem aparentou tranquilidade e cuidado ao acomodar o RN na cama, porém ao término da troca esboçou sorriso de alívio. Não houve qualquer interferência durante o procedimento. O RN permaneceu ativo durante a troca e não chorou. A mãe também apresentou boa destreza manual ao efetuar o procedimento. Ao término da troca, o bebê permaneceu na cama enquanto ela se comunicava que havia encerrado.

### **Quinto binômio HIV**

A filmagem do binômio 5 foi realizada no dia 30/1/2006 e teve duração de dois minutos e quinze segundos. A.G.O.S., cor branca, 25 anos, procedente de Fortaleza, 1º grau completo, casada, renda *per capita* de dois salários mínimos, gesta dois, nega abortos, gravidez desejada e sorologia negativa para o HIV no pré-natal. Submetida a cesárea às 14:55min. do dia 29/01/2006, nasceu RN do sexo masculino, peso de 3.325g, altura de 50cm e apgar oito no primeiro minuto. Ela concordou voluntariamente em participar da pesquisa, porém mesmo na terceira filmagem ainda mostrava-se um pouco ansiosa com a câmera. Não houve interrupção de qualquer natureza durante o procedimento e a mãe parecia ter bastante habilidade com o ato de trocar fraldas. Demonstrou paciência em cuidar do RN. Ao terminar a troca de fraldas, deixou-o na cama enquanto me comunicava ter concluído a tarefa.

## APÊNDICE B – Descrição das filmagens

**Descrição das filmagens****• GRUPO 2 – Portadoras de HIV****Primeiro binômio HIV**

A filmagem do binômio 1 foi realizada no dia 20/1/2006 e teve duração de três minutos e vinte e cinco segundos. L.M.P.F., negra, 30 anos, procedente de Beberibe, 1º grau incompleto, casada, renda *per capita* de um salário mínimo, gesta três, nega aborto anterior, gravidez não desejada, com sorologia positiva para o HIV no pré-natal, através do teste Elisa há três meses. Refere que a categoria de transmissão foi a sexual e vem fazendo uso de medicação específica desde o diagnóstico, inclusive para prevenir a transmissão vertical. Submetida ao parto cesárea no dia 19/1/2006 às 10:27min., deu a luz a um RN do sexo feminino, pesando 3.145g, altura de 50cm e apgar nove no primeiro minuto. Concordou facilmente em participar da pesquisa e demonstrou bastante cuidado com o RN, porém foi possível notar certo grau de ansiedade por estar sendo filmada, constatado por um sorriso nervoso próximo ao término do procedimento. Em nenhum momento observou-se qualquer sinal de impaciência ou raiva em estar prestando um cuidado ao filho. Antes mesmo do início do procedimento teve especial atenção em posicionar a cabeça do RN no leito. Não houve interferência durante a filmagem. O RN permaneceu ativo e sem sinais de choro durante a troca. A mãe aconchegou-o no braço ao terminar a cena.

**Segundo binômio HIV**

A filmagem do binômio 2 foi realizada no dia 30/1/2006 e durou dois minutos e vinte e cinco segundos. A.C.S.C., negra, 35 anos, procedente de São Gonçalo, 1º grau completo, casada, renda *per capita* de um salário mínimo, gesta dois, nega abortos, gravidez desejada, com sorologia positiva para o HIV através do teste Elisa há dois meses. Afirma que a categoria de transmissão foi a sexual e desde o diagnóstico vem fazendo uso de anti-retrovirais, incluindo as medidas de profilaxia da transmissão vertical. Realizou cesárea às 23:10min do dia 28/1/2006. Deu à luz um RN do sexo masculino, pesando 3.420g, medindo 51,5cm e apgar oito no primeiro minuto. Não colocou obstáculo em participar da pesquisa e mostrou-se bastante atenciosa com o RN

durante o momento da troca de fraldas. Esboçou um sorriso durante o procedimento devido os movimentos ativos da criança. O RN não chorou. Não houve qualquer interferência durante as filmagens e a mãe realizou a troca com aparente tranquilidade.

### **Terceiro binômio HIV**

A filmagem do binômio 3 foi realizada no dia 5/2/2006 e durou dois minutos. L.J.M., cor parda, 25 anos, procedente de Caucaia, 2º grau completo, casada, renda *per capita* de dois salários mínimos, gesta três, com um filho vivo e um aborto. Gravidez desejada, com sorologia positiva para o HIV há cinco anos. Afirma que a categoria de transmissão foi a sexual e que faz uso de anti-retrovirais, incluindo as medidas de profilaxia para prevenir a transmissão vertical. Submetida a cesárea no dia 3/2/2006 às 10:30min., pariu um RN do sexo feminino, pesando 3.190, medindo 48cm e apgar nove no primeiro minuto. Apresentava comportamento rebelde e até um pouco agressivo com a equipe de enfermagem desde o dia anterior, com várias queixas quanto à prestação de cuidados. Mesmo tendo recebido o inibidor de lactação, insistia em afirmar que não o havia tomado e sempre exigia que a alimentação do RN fosse dada antes do horário previsto, pois dizia que ele chorava muito com fome. Mantive contato com ela por dois dias seguidos, para conseguir sua participação na pesquisa. Tentei mostrar-lhe que os cuidados realmente estavam sendo prestados de maneira adequada. Após nossa segunda conversa, ela se acalmou um pouco mais. Mesmo com todos estes problemas, em nenhum momento demonstrou sinal de raiva ou rejeição com o RN. Ao contrário, sua preocupação era que ele ficasse sem receber o leite de forma adequada. Mesmo depois de concordar em participar da filmagem, insistentemente permanecia com o cabelo, que é bastante longo, encobrendo boa parte da face. Em todas as três filmagens seu comportamento foi mantido, mesmo eu lhe pedindo que prendesse o cabelo para facilitar a visualização do rosto. Durante a troca de fraldas, mostrou-se cuidadosa com o RN e com habilidade satisfatória para o procedimento. Teve cuidado ao acomodá-lo na cama e logo após o término, colocou-o no braço. Não houve nenhuma interrupção de terceiros durante a cena.

## **ANEXOS**



ANEXO A - Roteiro de observação: comunicação proxêmica entre mãe -filho durante o processo de troca de fraldas em alojamento conjunto de acordo com pressupostos de Hall.

JUIZ \_\_\_\_\_  
GRUPO \_\_\_\_\_ Binômio nº \_\_\_\_\_

### FATORES PROXÊMICOS:

- 1. Distância** 1( ) Íntima – até 0,5cm  
2( ) Pessoal – de 0,5 até 1,20cm 1 \_\_\_\_\_
- 2. Postura** 1( ) de pé  
2( ) sentado  
3( ) deitado 2 \_\_\_\_\_
- 3. Eixo** 1( ) face a face  
2( ) lateral  
3( ) sociofugo  
4( ) sociopeto 3 \_\_\_\_\_
- 4. Contato**  
**Mãe** 1( ) toque  
2( ) agarrar  
3( ) tocar localizado  
4( ) roçar acidental  
5( ) carícia 4 \_\_\_\_\_  
**Bebê** 1( ) ativo  
2( ) permanece de olhos abertos  
3( ) geme  
4( ) chora  
5( ) soluça  
6( ) adere ao seio 5 \_\_\_\_\_
- 5. Código visual** 1( ) olhar direcionado ao interlocutor  
2( ) olhar desviado do interlocutor  
3( ) surpresa  
4( ) alegria  
5( ) tristeza 6 \_\_\_\_\_
- 6. Tom de voz** 1( ) sussurro  
2( ) baixo  
3( ) normal  
4( ) alto 7 \_\_\_\_\_
- 7. Presença de obstáculo entre mãe- filho**  
1( ) sim  
2( ) não 8 \_\_\_\_\_

ANEXO B - Carta de apresentação aos juízes para avaliação do instrumento a ser utilizado para coleta de dados

Fortaleza, 6/12/2005

Prezado(a) Senhor(a) Professor(a),

Gostaria de solicitar a colaboração de Vossa Senhoria para viabilizar a realização de parte de minha pesquisa de mestrado junto ao programa de Pós-Graduação em enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

O objetivo desta fase da pesquisa é concluir o roteiro que será usado pelos juízes para a análise dos dados, de acordo com a comunicação proxêmica.

Assim, solicito de Vossa Senhoria a colaboração para ser juiz na análise do instrumento elaborado inicialmente, avaliando criteriosamente e levando em conta os aspectos arrolados a seguir e os que achar conveniente:

1. Os termos utilizados estão de acordo com a teoria proxêmica?
2. O instrumento está adequado à população que se destina estudar?
3. Deve ser acrescentado mais algum ponto de observação ao instrumento?
4. Existem termos que podem gerar dificuldade de interpretação?
5. O instrumento possibilita o alcance dos objetivos propostos?
6. Qual sua impressão sobre o conteúdo do instrumento e sua forma de elaboração?
7. Os tópicos do instrumento permitem que os juízes possam realmente avaliar a situação de comunicação existente no binômio mãe-filho?

Além dos aspectos acima relacionados, Vossa Senhoria tem total liberdade para formular quaisquer alterações que julgar necessárias.

Informo-lhe antecipadamente que sua identidade será mantida em sigilo absoluto quando da divulgação da pesquisa.

Agradeço antecipadamente e coloco-me à disposição, bem como minha orientadora, para esclarecimentos adicionais.

Cordialmente,

Enfermeira Simone Gonçalves Vasconcelos  
Mestranda

Doutora Marli Teresinha Gimenez Galvão  
Orientadora

## ANEXO C - Ficha de identificação

**FICHA DE IDENTIFICAÇÃO:****GRUPO** \_\_\_\_\_

Binômio nº.....

Data...../...../..... Hora.....

**1. Dados de identificação da puérpera**

Nome/Iniciais..... Procedência.....

Cor 1( )branca 2( )parda 3( )negra 1 \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

Grau de instrução 1( )analfabeta 2( )1º grau 3( )2º grau 3 \_\_\_\_\_

Situação conjugal 1( )casada 2( )solteira 3( )junta 4 \_\_\_\_\_

Renda *per capita* ..... 5 \_\_\_\_\_

Número de gestações..... 6 \_\_\_\_\_

Abortos..... 7 \_\_\_\_\_

Gravidez desejada 1( )sim 2( )não 8 \_\_\_\_\_

Data do parto:..... Horário: .....

**2. Dados específicos da portadora de HIV**

Categoria de transmissão 1( )sexual; 2( )sanguínea; ( ) 3( )drogas;

4( )desconhece 1 \_\_\_\_\_

Tempo de conhecimento do diagnóstico..... 2 \_\_\_\_\_

Uso de anti-retrovirais 1( )sim; 2( )não 3 \_\_\_\_\_

**3. Identificação da criança:**

Sexo 1( )F 2( )M 1 \_\_\_\_\_

Apgar..... 2 \_\_\_\_\_

Peso ..... 3 \_\_\_\_\_

Altura ..... 4 \_\_\_\_\_

## ANEXO D - Autorização do CEP

## ANEXO E - Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezada Senhora,

Sou enfermeira da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, e estou desenvolvendo neste Hospital uma pesquisa que pretende observar a comunicação entre mãe e filho na unidade de alojamento conjunto.

Para ser mais clara e para que você possa compreender melhor o que quero estudar, primeiro vou dizer o que dizem que significa comunicação. Comunicação é um processo que se compara ao ato de respirar, e nenhum de nós consegue viver sem ela, pois em todos os momentos fazemos uso da comunicação. Tudo à nossa volta significa comunicação.

Como exemplo, temos uma pessoa muda que se comunica por meio de gestos, por mímica. Uma pessoa surda também se comunica por gestos e presta muita atenção nos nossos gestos e nos nossos lábios para nos entender. Veja só, até quando tocamos ou fazemos carinho em uma pessoa, estamos desenvolvendo um tipo de comunicação, que é realizada pelo toque. Outro exemplo de comunicação acontece quando ouvimos uma música e dançamos sentindo o ritmo que ela nos oferece. Quando sentimos qualquer tipo de cheiro, também é uma forma de comunicação; se sentimos o cheiro de queimado, isso significa sinal de alerta e perigo, e assim olhamos ao nosso redor para ver o que está acontecendo.

Quando estamos em nossa casa, tudo é muito comum ao nosso dia-a-dia, nossos objetos, nossos familiares e vivenciamos várias formas de comunicação, seja por gestos, carinho, falando, olhando, gesticulando, entre outras coisas. No caso do ambiente hospitalar, parida e com um recém-nascido, fica tudo mais difícil, diferente, desde a cama e o quarto que você está, até as manifestações do bebê que agora são novidade para você. É isso que quero estudar; que tipo de comunicação ocorre entre você e o seu bebê nos primeiros dias após o parto. Quero ver como acontecem as diferentes formas de comunicação, como gestos, palavras, olhar, tom de voz. Se as manifestações do bebê parecem incomodar você, o grau de apego em relação a ele e a intimidade no cuidar, se há o medo do toque. É isso que chamamos de comunicação proxêmica.

Para isso preciso de sua colaboração permitindo e autorizando-me filmá-la aqui no seu quarto junto do seu bebê.

Caso você autorize, virei todos os dias em horários diferentes para observar o que está acontecendo dentro do seu quarto. Serão em média duas horas por dia durante toda a sua internação. Não vou falar com você no momento das observações para não interferir nos dados. Apenas vou olhar, observar e anotar tudo o que achar importante. E gostaria que a senhora me informasse o peso, o sexo e a nota que a criança recebeu ao nascer, que está marcado no documento (folha amarela) que lhe entregaram logo após o parto.

Dou-lhe a garantia de que as observações feitas serão apenas para a realização do meu trabalho e asseguro-lhe, ainda, que a qualquer momento poderá ter acesso a elas. Acredito que nossa permanência aqui no quarto não lhe trará riscos nem prejuízos no seu acompanhamento.

A senhora tem a liberdade de retirar sua autorização ou consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo à continuidade da sua assistência neste Hospital. Finalmente, informo-lhe que quando concluir o meu trabalho, não usarei seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-la.

Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço: Simone Gonçalves Vasconcelos; Maternidade Escola Assis Chateaubriand; Telefone: 3366.85.47.

E ainda, caso queira fazer alguma reclamação sobre mim ou minha pesquisa, pode solicitar, conversar ou dirigir-se, diretamente, à Ouvidoria desta Instituição ou ainda ao Comitê de Ética em Pesquisa.

---

Pesquisadora

Tendo sido satisfatoriamente informada sobre a pesquisa “Estudo comparativo da comunicação proxêmica entre mãe-filho portadores do HIV ou não em alojamento conjunto”, realizada sob a responsabilidade da enfermeira Simone Gonçalves Vasconcelos, concordo em participar da mesma. Estou ciente de que meu nome não será divulgado e que a enfermeira estará disponível no endereço anteriormente citado. Também estou ciente de que posso retirar este meu consentimento a qualquer tempo.

Fortaleza,.....de.....de.....

---

Assinatura do paciente