

1. INTRODUÇÃO

1.1 A PROBLEMÁTICA

Segundo Gelain (1992, p. 305) nós, seres humano, estamos constantemente em interação e nos relacionando com o mundo exterior; nossa família, a comunidade ao nosso redor (onde trabalhamos nossas tradições, culturas, religiosidade) e com o meio onde vivemos. É através desta interação que nós homens desenvolvemos nossa consciência ética.

Garcia e Augusto (1978, p. 303) dizem que:

As sociedades não poderiam existir sem contatos significativos entre pessoas, o que atribui à comunicação a importância de requisito básico para essa existência. Os autores acrescentam que pensamentos, crenças, esperanças e anseios podem, assim, ser direta ou indiretamente trocados no presente e durante certo período de tempo.

A comunicação é uma condição *sine-qua-non* da vida humana e da ordem social vista e defendida por Watzlawick (1981, p. 15).

Sai em destaque a comunicação que é o instrumento principal para que aconteça uma interação e também a troca; seguido a este alcança assim o cuidar no sentido holístico (MENDES, 1994, p. 326)

Segundo Silva (2001, p. 41) a palavra comunicar etimologicamente tem origem do latim *communicare* o que significa "pôr em comum". Já a comunicação interpessoal tem como definição: um conjunto de movimentos integrados, que calibra, regula, mantém e, por isso, torna possível a relação entre os homens.

Para Irving (1975, p. 23), a comunicação é definida como o resultado de um caminho percorrido através de uma troca entre a pessoa e seu meio ambiente. A comunicação humana proporciona a transmissão de uma mensagem que rega uma resposta (sentimento e percepção).

Silva (2000, p. 52) diz que a comunicação é um processo interacional onde a mensagem é compartilhada, sentimentos, ideias e emoções; e este poderá influenciar no comportamento das pessoas que, reagirão a partir de seus valores crenças, história de vida e cultura.

Para Stefanelli (1990, p. 04) considera a comunicação como condição fundamental da vida humana que abrangeria todos os procedimentos por meio dos quais o ser humano poderia afetar o outro.

A comunicação pode ser realizada e dividida de forma verbal e ou não-verbal. Birdwhistell apud Silva (1985, p. 52), ressalta que, por um déficit de conhecimento, existe o maior conhecimento para a comunicação verbal conhecida pela linguagem falada ou escrita; contudo diz-se que entre os *homo sapiens* sempre houve comunicação mesmo que tenha sido através de grunhidos e gesticulações.

A comunicação não-verbal exerce fascínio sobre a humanidade desde seus primórdios, pois envolve todas as manifestações de comportamento não expressas por palavras de acordo com Silva apud Davis (1998, p.52).

Castro apud Silva (2006, p.81) define comunicação não-verbalizada através da interação de pessoa-a-pessoa, com exceção das palavras por elas mesmas, toda informação adquirida através de gestos, expressões faciais, posturas, orientações do corpo, naturais ou artificiais, singularidades somáticas, organização dos objetos no espaço e também a distância mantida entre os indivíduos.

Para Silva apud Birdwhistell (1970, p. 25) a comunicação não verbal pode ser definida como a que inclui todas as formas de comunicação que não envolvam as palavras expressas. Já que ela envolve todos os órgãos do sentido.

Silva apud Davis (1984, p. 25) fala que ocorre na interação pessoa-a-pessoa mesmo que não haja verbalização de palavra alguma. Ou seja, quando se interpreta e entende uma atitude diante de situações de relações interpessoais através da falta da palavra, uma vez que o silêncio possui significados próprios em conformidade com o contexto.

A comunicação não verbalizada utiliza três suportes: o primeiro é o corpo (suas qualidades físicas, fisiológicas e movimentos); o segundo são os artifícios usados pelo homem ou ligados ao meio ambiente (frutos do meio da habilidade humana que servem à comunicação); a terceira é à disposição dos indivíduos no espaço (SILVA apud CORAZE, 1982, p. 26).

Para interpretarmos de uma forma classificatória tudo o que abrange a comunicação não verbalizada, Castro apud Silva (2006, p. 82) a reproduz fornecendo o suporte e classificação quanto sua dimensão:

- Paralinguagem: é qualquer som produzido pelo aparelho fonador que não faça parte do sistema sonoro da língua usada. Esses sons são fornecidos pelo ritmo da voz, intensidade da mesma, sua entonação, os grunhidos, os ruídos vocais de hesitação, a tosse provocadas por tensão, e os suspiros.
- Cinésica: é conhecida pela linguagem do corpo, seus movimentos, os gestos manuais, movimentos dos membros, o balançar da cabeça, até expressões faciais.
- Proxêmica: é o uso que o homem faz do espaço, como a distância mantida entre duas pessoas. O espaço entre as pessoas pode indicar o tipo de relação que existe entre elas, a diferença de *status*, preferências, simpatias e relação de poder.
- Características físicas: é a própria forma e aparência de um corpo. Essas aparências transmitem informações: de faixa etária, de sexo, de origem étnica e social e estado de saúde. Objetos utilizados pela pessoa também é um sinal de seu autoconceito (jóias, roupas, tipo de carro) e das relações mantidas (alianças, anel de graduação).
- Fatores do meio ambiente: é a disposição dos objetos no espaço e as características do mesmo espaço, como cor do objeto e ou das paredes, forma e tamanho.
- Tacêsica: é tudo que envolve a comunicação tátil e o tocar: pressão exercida, local onde se toca, idade e sexo das pessoas que se tocam. Pode estar relacionada ao espaço pessoal, à cultura dos comunicadores e às expectativas de relacionamento.

A tacêsica será adimensão de comunicação não verbal que o estudo se alicerçará. Por isso cabe apresentar como o toque estará inserido no contexto desse trabalho.

Segundo Siqueira e Cruz (2005, p. 604), o toque é representado de várias formas, podendo depender dos seguintes fatores: a duração, a localização, a freqüência, ação, sua intensidade e sensação, por exemplo:

- Duração do toque: é o tempo total no qual ocorre o toque;
- Localização do toque: refere-se às áreas e partes do corpo a serem tocadas;
- Freqüência do toque: é a quantidade de vezes que se aplica, o toque;

- Ação do toque: é a velocidade com que nos aproximamos do outro para tocá-lo;
- Intensidade do toque: refere-se à pressão usada sobre a superfície do corpo durante o toque, varia de acordo com a sensibilidade do local e a idade do cliente;
- Sensação provocada: é a interpretação do toque pelo corpo como sensação agradável ou não.

Le May (1986, p. 28) define o toque como uma ação de contato físico intencional entre as pessoas, classificando-o, como: toque instrumental que é o contato físico, necessário para o desempenho de uma tarefa específica e o toque expressivo: que é o contato relativamente espontâneo e afetivo, não obrigatoriamente relacionado a uma determinada tarefa.

De acordo com Godoy (1985, p. 305)

Os cuidados prestados pela Enfermagem pertencem as duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar de outro ser. Assim, é possível diferenciar as duas maneiras de tocar nossos clientes como: toque instrumental (cuidado objetivo) aquele que requer contato físico deliberado para que o enfermeiro execute algum procedimento e o toque afetivo (cuidado subjetivo) que é espontâneo e demonstra apoio, conforto e proximidade com o cliente.

Entende-se tocar como sendo “apalpar, ter contato com, comover, sensibilizar, ir de encontro, aplicar o sentido do tato, aproximar-se” (DIAS apud FERREIRA, 2004, p. 604).

Tudo que diz respeito ao ato de tocar tem relação com o exercício profissional da enfermagem, pois apalpando e percutindo entre outro executamos o exame físico, que é importante ferramenta no processo de enfermagem. Quando nos comovemos e nos sensibilizamos estamos nos aproximando do outro e de nós mesmos, tal atitude revela a humanização das práticas técnicas e nos transformará em profissionais humanos e não mecanizados durante as praticas dos procedimentos. Contudo, o tocar nos aproxima do cliente e de todos os nossos objetivos como enfermeiros (BECK, 1999, p.61).

Aliando a relação do exercício profissional do enfermeiro e a íntima relação com o toque expressivo/afetivo devemos conscientemente buscar e alcançar a efetividade dessa interação no cotidiano.

Essa interação se refere a qualquer contato durante o qual dois indivíduos têm influência recíproca, se comunicando verbalmente ou não (DIAS apud THOMAS, 1999, p. 604).

Fala-se do tocar de modo instrumental e do modo expressivo/ afetivo; torna-se, contudo, necessário descrever de uma maneira sintetizada a pele humana. Isso porque ela é o foco maior do trabalho sobre tática e o recém-nascido. Para Montagu (1986, p. 30) a pele é espelho do funcionamento do organismo. Composta por características essenciais indispensáveis, como a cor, a textura e a umidade, tornando a pele, individualizada. Algumas alterações nessas características são reflexos do nosso estado físico e emocional.

O mesmo autor acrescenta que a pele representa mais que um tegumento destinado a manter o esqueleto articulado ou a simplesmente fornecer revestimento para todos os órgãos; ao contrário ela é um órgão complexo; além de ser o maior órgão do corpo, variados elementos que a compõem têm uma extensa representação no nível cerebral (MONTAGU, 1986, p. 30)

A estimulação contínua da pele através do ambiente externo tem como função manter tanto o tônus sensorial como também o motor. O cérebro precisa ser realimentado por informações provenientes da pele, com o objetivo de efetuar os ajustamentos necessários em resposta aos dados captados (MONTAGU, 1986, p. 34).

No córtex, é o giro ou circunvolução pós-central que recebem os impulsos táteis da pele através dos gânglios sensoriais próximos a medula espinhal: medula oblonga, para os funículos posteriores dos núcleos ventroposteriores no tálamo, atingindo o giro pós-central. De acordo com Montagu (1986, p. 30).

Para Dias apud Azambuja (2005, p.604) a pele transforma de estímulos físicos em comunicadores químicos e o mesmo em estados psicológicos. Em qualquer época da vida, um contato afetuoso e amoroso na pele gerará a sensação de apoio, companhia, consolo e presença amiga; já um contato rude e agressivo fará com que a pessoa sentir-se rejeitada, invadida, desprezada; podendo provoca-lhe reação de defesa ou raiva.

De acordo com Montagu (1986, p. 43) é evidente que para os mamíferos a estimulação cutânea geral é importante em todos os estágios do desenvolvimento, mas, em particular é crucial durante os primeiros dias de vida do recém-nascido; o

toque começa durante a gestação, através do trabalho de parto, o parto propriamente dito quanto ao trajeto e durante o período de aleitamento.

Em um dos primeiros estudos Montagu (1986, p. 43) constata que a estimulação cutânea, ou seja, o tocar em bebês recém-nascidos (RNs) exerce influência benéfica sobre seu sistema imunológico, o que tem importantes consequências para a resistência contra doenças infecciosas do recém-nascido.

Segundo Guinsburg, (1994, p. 82) a sobrevivência dos RNs que permanecem internados tem relação direta no tocar, o enfretamento da dor é a principal, uma vez que estão expostos aos inúmeros procedimentos e manipulação técnica.

Vale ressaltar a afirmação que Polettr apud Annequin (2002, p. 139) apresenta dizendo que a partir da vigésima sexta semana de gestação, o feto percebe a dor, e ao longo dos três primeiros meses, os recém-nascidos atravessam um período de hipersensibilidade.

Guinsburg (2002, p. 82), fala que:

A linguagem da dor no recém-nascido é analisada e percebida por uma série de parâmetros físicos e comportamentais que se modificam diante de um estímulo doloroso, desde a frequência cardíaca e respiratória, a pressão arterial e níveis hormonais até o movimento corporal, a mímica facial e o choro, entre outro.

Calcula-se que, em média, cada recém-nascido internado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) receba de 50 a 150 procedimentos dolorosos por dia, número que aumenta se o RN pesar menos que 1000 gramas (PULTER apud GUINSBURG, 1999, p. 141).

Portanto realizar o toque expressivo/afetivo, objetivo maior desse trabalho poderá favorecer o conforto, promover tranquilidade e dar segurança ao RN.

O ato de tocar é sempre apontado como um tipo especial de se aproximar, pois quando uma pessoa toca a outra, as experiências inevitavelmente são recíprocas (DAVIS, 1979, p. 18). Toca para transmitir algo, mas também para sentir algo, desde a temperatura, a forma, as emoções, entre outros aspectos. Sendo assim é ressaltada a necessidade do enfermeiro perceber o tempo e o processo de comunicação, devendo validá-lo e interpretá-lo sempre no contexto em que ocorre a interação mesmo que este seja com o recém-nascido (SILVA, 1991, p. 309).

1.2 A JUSTIFICATIVA

Segundo Dias (2008, p. 604) o enfermeiro sendo o profissional que mais interage com o cliente, deve estabelecer uma forma de proximidade e de contato que transcende os procedimentos técnicos, o mesmo deve buscar estabelecer de forma empática a relação enfermeiro/cliente. Podendo ser sinalizado pelo profissional de diversas formas; é também através do toque que se pode proporcionar conforto, calor humano e transmitir ao cliente que ele não está só diante da dor e do sofrimento.

Vale ressaltar que a comunicação não verbal não pode ser interpretada fora do contexto em que se ocorre, pois o significado da mensagem pode variar ao longo da história, das culturas e do momento, sendo, por vezes, ambígua (BIRDWHISTELL, 1970, p. 26).

A maioria das mensagens são emitida através da comunicação não verbal, portanto se caracteriza a importância da enfermagem aprimorar sua comunicabilidade, buscando prestar uma assistência de forma holística e de qualidade, sendo, portanto necessário captar e compreender todas as mensagens transmitidas pelo cliente, independente da idade de acordo com Pupilim (2002).

Analisando e discutindo a respeito do corpo na relação interpessoal da enfermagem e o cliente, Silva (1998, p. 104) fala que o primeiro passo para o cuidar na enfermagem, é da percepção corporal, o nosso e o do outro, no caso do cliente, para podermos perceber os sentimentos mais verdadeiros e profundos destas relações.

Os lactentes e os recém-nascidos não conseguem verbalizar o que sentem, e por isso exprimem seus sentimentos com uma linguagem alternativa. Portanto, estudar e conhecer como os recursos da comunicação não verbal podem auxiliar nessa identificação, podendo ser um caminho na busca de uma assistência humanizada que todos merecem, até o recém-nascido.

A comunicação efetiva não é um dom, ela requer habilidade, portanto, precisa ser exercitada. A táctica constitui-se uma das dimensões da comunicação não-verbal que apesar de pouco explorada em estudos, é rotineiramente utilizada, há de se modificar essa realidade, tornando-a presente no cotidiano, ou seja, exercida de

forma consciente, uma vez que ela pode favorecer o estabelecimento do vínculo entre o profissional e o ser cuidado e conseqüentemente, trazer benefícios.

Muitas atividades de enfermagem são exercidas com o toque, portanto, utilizar os recursos que a tática oferece como método de cuidar na enfermagem não é só algo interessante, é inteligente, pois oferece chances de aproximação, de reconhecimento da importância e da reação do outro frente aos cuidados rotineiros. Fazer enfermagem com foco na comunicação não-verbal não tem tempo para começar, pois todo momento é possível rever os conceitos, mudar as práticas e assim obter uma assistência que valoriza o carinho desde a mais tenra idade.

1.3 AS HIPÓTESES

(H1) O RN que for submetido ao estudo poderá apresentar alterações benéficas na frequência cardíaca (FC) e frequência respiratória (FR).

(H2) A expressão facial e comportamental do RN após a aplicação do toque afetivo demonstrará característica de relaxamento.

(H3) As características poderão ser: face tranquila, braços relaxados, pernas soltas e sonolência.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Usar a tática e suas peculiaridades como forma do cuidar afetivo ao recém-nascido

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aplicar e analisar os fatores que envolvem o uso do toque afetivo em RNs.
- Descrever o perfil sócio demográfico e gestacional das mães dos RNs a serem estudados;
- Comparar as variáveis de comportamento, frequência cardíaca, frequência respiratória, expressão facial do RN antes e após a aplicação do toque afetivo nos RNs estudados.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PELE

Segundo Montagu (1986, p.21) a pele pode ser comparada como uma roupa que envolve todo o nosso corpo e também possui excelente flexibilidade. Pode-se dizer que a pele é o órgão mais antigo e sensível; o meio primordial para a comunicação. Todo o nosso corpo é recoberto pela pele, como por exemplo, as córneas camada transparente dos nossos olhos. A pele não somente reveste o nosso corpo externamente, a mesma encontra-se em orifícios de revestimentos como a boca, as narinas e o canal anal.

Durante toda a nossa existência, nossa pele se renova por meio das atividades das células de camadas mais profundas. Durante um período aproximado de quatro horas nossa pele forma duas novas camadas de células; pelo fato de que as mesmas caem em uma razão de aproximadamente um milhão por hora. A pele se diferencia de acordo com a parte do corpo em que ela está como a textura, flexibilidade, cor, odor, temperatura, inervação entre outros. Montagu (1986, p. 23).

Dois camadas são reconhecidas como na pele: a epiderme, mais superficial, e a derme subjacente a ela; ambas apresentam complexa estrutura microscópica de acordo com Dangelo e Fattini (2006, p. 173). Podendo ser observada na figura 1 abaixo.

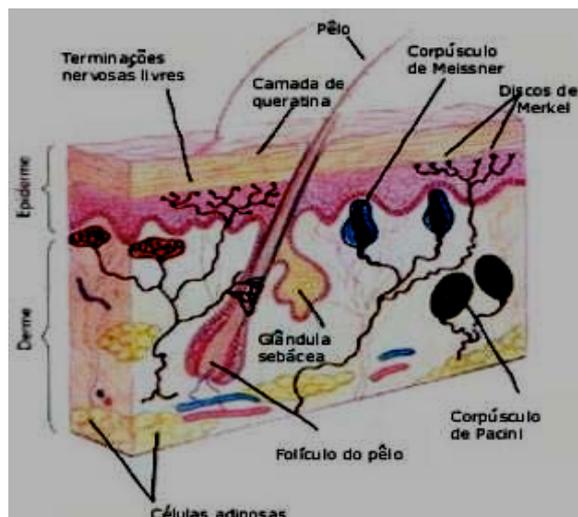


Figura 1: Partes anômicas da pele.

Fonte: Sistema Tegumentar Disponível em:<<http://imagens.google.com.br/imgres>>. Acesso em: 06/08/2009

A epiderme é uma camada externa da pele, ela produz uma substância semelhante imunologicamente da timopietina, que é um hormônio da timo, glândula ativa na diferenciação de linfócitos T. Eles têm como finalidade a imunidade celular e são chamados assim pelo fato de serem originadas de células produzidas na medula óssea do embrião. Essas células se dirigem à glândula timo, e são metabolizadas para se formar o linfócito T. Montagu (1986, p. 195).

Segundo Moore e Dalley (2007, p. 11) a pele provê proteção para todo o corpo dos efeitos do ambiente como, por exemplo, escoriações, radiações, contenção estruturais de tecidos e órgãos, regulação do calor por meio do suor e a evaporação, sensibilidade pela dor através de terminações nervosas e terminações sensoriais e síntese e armazenamento da vitamina D.

De acordo com Moore e Dalley (2007, p. 12) a epiderme é formada pelo epitélio queratinizado que possui uma camada superficial córnea, resistente, tem uma superfície externa protetora sobre uma profunda camada basal (regenerativa e pigmentada). Na epiderme não possui vasos sanguíneos e linfáticos, é nutrida pela derme que é vascularizada por artérias profundas do plexo cutâneo.

Derme é uma camada densa de fibras colágenas e elásticas entrelaçadas. Essas fibras são responsáveis pelo tônus cutâneos e contribuem para a resistência e firmeza da pele, segundo Moore e Dalley (2007, p. 12).

Os mesmos autores acrescentam que uma camada predominantemente rica em fibras de colágeno (que seguem todas as direções para produzir um tecido resistente), essas fibras é que determinam as tensões características e as rugas na pele. As linhas de clivagem ou linhas de tensão, tendenciam a serem longitudinais espiraladas ao longo dos membros, diferentemente das linhas do pescoço e tronco que são transversais. As linhas de clivagem do cotovelo, joelho, tornozelo e punhos são paralelas, sendo que quando tais membros são fletidos elas ficam transversais.

A derme possui numerosas glândulas sudoríparas, tendo como função a regulação da temperatura corporal através da secreção, chamada suor. Essa camada absorve calor por evaporação da água, possui também um longo ducto excretor que atravessa a epiderme e abre-se na superfície da pele através dos poros (DANGELO e FATTINI, 2006, p. 174).

Também é na derme que há a presença dos pelos; na sua base denomina-se bolbo piloso ou a raiz, e logo após o folículo piloso que atravessa a epiderme, chegando na haste que é a parte exterior do pelo, segundo Dangelo e Fattini (2006, p. 174).

Entre a derme e a fácia muscular subjacente, está o tecido subcutâneo formado por tecido conjuntivo frouxo e gordura armazenada e ainda, contendo glândulas sudoríparas, vasos sanguíneos superficiais, vasos linfáticos e nervos cutâneos; tais estruturas que seguem nesta camada distribuem seus ramos terminais para a pele, o tecido subcutâneo se responsabiliza como o reservatório de gordura no corpo, de acordo com Moore e Dalley (2007, p. 13).

Segundo Moore e Dalley, (2007, p. 13) os tecidos subcutâneos trabalham com a termorregulação que funciona como isolante que regem ao calor na parte central do corpo, também funciona como um acolchoamento para a proteção da pele contra compressão de proeminências ósseas. Numerosas e pequenas faixas fibrosas, chamados de ligamento cutâneos, estendem-se pelo tecido subcutâneo e fazem o fixamento da superfície profunda da derme com a fácia muscular; a densidade e o comprimento deste ligamento é que determinam a mobilidade da pele sobre as estruturas.

A chamada fácia muscular é um tecido conjuntivo denso modelado, não havendo gordura, recobre a maior parte do corpo traçando um paralelo com a pele e o tecido subcutâneo, segundo Moore e Dalley (2007, p. 15).

Os sentidos somáticos são dimensionados em três tipos fisiológicos que são: os sentidos somáticos mecanorreceptores, incluindo as sensações táteis e de posição que são estimuladas pelo deslocamento mecânico de tecidos; os sentidos termorreceptivos que percebem o calor e o frio; e o sentido da dor que é percebido quando algum fator provoca lesão tecidual (GUYTON, 1992, p. 446).

Os sentidos táteis incluem os sentidos de pressão, vibração e cócegas de toque. A sensação do toque resulta da estimulação de receptores táteis localizado na pele ou no tecidos abaixo dela, a sensação de pressão que regula da estimulação de tecidos mais profundos. Já os sentidos de posição incluem os sentidos de posição estática e de velocidade segundo Guyton (1992, p. 446).

Segundo Guyton (1992, p. 446) existem seis tipos de receptores táteis diferentes possuindo as seguintes características especiais:

- Terminações nervosas livres, encontradas em toda a pele e em outros tecidos que podem perceber o toque e a pressão;
- Receptor de toque e sensibilidade especial que é o corpúsculo de Meissner, que está presente na pele que possui pêlos e nas pontas dos dedos e lábios;
- Discos de Merkel estão localizados na ponta dos dedos e se diferem dos corpúsculos de Meissner por transmitir um sinal que se inicia fortemente e se adapta a um sinal contínuo e mais fraco; por esse fato tal receptor permite a detecção do toque contínuo de objetos sobre a pele;
- Fibras nervosas que se encontram entrelaçadas na base dos pelos, daí serem estimuladas com a movimentação suave dos mesmos. Cada pêlo tem sua fibra nervosa basal chamado órgão piloso terminal e também é um receptor do toque;
- Órgãos terminais de Ruffini que estão localizados nas camadas mais profundas da pele, os mesmos detectam estados de deformação continuada da pele como sinais do toque e pressão mais forte e contínua;
- Corpúsculos de Pacini se localizam abaixo da pele e em regiões mais profundas, nas fâscias teciduais do corpo, os mesmos são estimulados por movimento muito rápidos dos tecidos por se adaptarem em centésimos de segundos.

Vale ressaltar que os receptores sensoriais especializados, tais como os corpúsculos de Meissner entre outros transmitem seus sinais pelas fibras nervosas que têm velocidade de condução entre 30 e 70 m/s. (GUYTON, 1992, p. 447).

3.2 RECÉM-NASCIDO

O Recém Nascido após o nascimento, tem suas extremidades cianóticas, originadas pela má circulação periférica; a mesma desaparece com o aquecimento do RN, tornando a pele rosada (IMAI)

Algumas características comuns do tegumento que o RN poderá apresentar são:

- Vénix Caseoso: material de cor branca e de aspecto gorduroso e pegajoso, que se localiza principalmente nas dobras.
- Lanugem protetora: fina penugem que se localiza nas orelhas, dorso e testa, desaparece em alguns dias.
- Miliun sebácio: glândulas sebáceas distendidas que se localizam no queixo, bochechas e nariz.
- Descamações fisiológicas: ocorre devido à evaporação (do meio líquido para o gasoso) e se localiza principalmente nas mãos e nos pés.
- Manchas Mongólicas: são manchas arroxeadas, localizadas na região dorsoglútea, devidas à miscigenação.

Todo RN deve ser submetido a uma análise e assim ser classificado em conformidade com peso e sua idade gestacional, isso pode favorecer o recebimento de uma assistência técnica mais efetiva e condizente com a necessidade que requer.

Quanto ao peso o RN é classificado em:

- GIG grande para a idade gestacional;
- AIG adequado para a idade gestacional;
- PIG pequeno para a idade gestacional.

Quanto à idade gestacional é classificado em:

- Pré-termo: nascidos com menos de 37 semanas;

- Termo: nascidos entre a 37^a e 42^a semanas;
- Pós-termo: nascidos depois da 42^a semana.

3.3 TACÊSICA E CARINHO

É por meio de contato corporal com a mãe que a criança faz seu primeiro contato com o mundo; através deste, passa a participar de uma nova dimensão de existência, a do mundo do outro (MONTAGU, 1986, p. 102).

A estimulação tátil tem efeitos profundos sobre o organismo, tanto fisiológicos quanto bioquímicos e comportamentais, e isto só se tornou conhecido recentemente (MONTAGU, 1986, p.195).

Segundo a origem do desenvolvimento sensorial, o *homo sapiens* desenvolve os sentidos seguindo uma sequência bem estabelecida e definida que pela ordem são dimensão tátil, dimensão auditiva, dimensão visual. É interessante saber que durante o desenvolvimento da criança para a adolescência essa ordem passa a ser inversa como visão, audição e tátil, portanto é extremamente importante promover a estimulação tátil e auditiva nos primeiros anos de vida. (MONTAGU, 1986, p. 299) em seus estudos salienta a hipótese de que quando a pessoa teve a chance maior de desenvolver seus sentidos auditivos e táteis, ela tende a criar um razoável e eficiente autoconceito como ser humano.

Esse autor afirma que tocar é tão íntimo quanto ser chamado pelo primeiro nome, honra concedida a aqueles de classe equivalente a da própria pessoa, onde a mesma permitiu; ao contrário dos desprivilegiados (MONTAGU, 1986, p. 321).

Segundo Waldow (2001, p.79) tocar constitui um processo conscientemente dirigido de energia durante o qual a pessoa praticante usa sua mão como instrumento para favorecer a harmonização energética.

Acrescenta que a importância das mãos deve-se ao fato de, como outras partes do corpo, possuírem centros de energia, os Chakras. Os Chakras são vórtices ou canais de energia através dos quais o corpo absorve energia vital. Os locais dos chakras no corpo correspondem às glândulas endócrinas. No nível físico, as energias

desses chakras relacionam-se ao sistema nervoso central e a alguns dos plexos ganglionares, principais nervos do corpo (WALDOW,2001, p. 80).

O ser humano é um sistema de energia complexo, pluridimensional entre os diferentes níveis ou dimensões de energia, tanto quanto um intercâmbio aberto e harmonioso entre o indivíduo e o meio ambiente (MACRAE apud WALDOW, 2001, p. 81).

Rector e Trinta (1993, p. 42) citam o beijo como uma forma de comunicação não verbal de uso intenso na vida social; constituindo-se num exercício tátil que exprime amor, carinho amizade e respeito.

Segundo Shinyashiki (2005, p. 24), a estimulação tátil, além de significar uma troca gostosa e de propiciar sensações de proteção e segurança, oferece material para indivíduo criar uma identidade.

O mesmo autor afirma que a criança necessita ser tocada, beijada, percebida. Os estímulos são tão importantes para a saúde como são os alimentos, segundo ele “o leite materno, quentinho em sua boca, que satisfaz o estômago, é um toque”. Defende a idéia de que a carícia (toque, afago, estímulo) seja a unidade de reconhecimento humano, que deve e pode ser iniciada ao nascimento, onde reconhecendo do toque físico pode ser uma espécie de alicerce de afeição e carinho em si.

3.4 RECÉM-NASCIDO E A UNIDADE DE ATENDIMENTO ESPECIAL

Segundo o Ministério da Saúde Departamento Nacional de Auditoria do SUS Coordenação de Sistemas de Informação Sistema Único de Saúde - Legislação Federal (1998) as Unidades de Tratamento Intensivo devem atender às disposições da Portaria GM/MS/ nº 1884, de 11 de novembro de 1994, publicada no D.O. nº 237, de 15 de dezembro de 1994.

As unidades hospitalares são destinadas a atender pacientes graves ou de risco os mesmos necessitam de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, assim como os equipamentos específicos próprios, os recursos humanos especializados e tecnologias destinadas ao diagnóstico e terapêutica.

Estas unidades atendem grupos específicos, como:

- Neonatal atendem pacientes de 0 a 28 dias;
- Pediátrico atendem pacientes de 28 dias a 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares internas;
- Adulto atendem pacientes maiores de 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares internas;
- Especializada voltadas aos pacientes atendidos por determinada especialidade e ou pertencentes ao grupo específico de doenças.

O hospital que atenda gestante de alto risco deve dispor de leitos de tratamento intensivo adulto e neonatal segundo Ministério da Saúde (1998).

As Unidades de Tratamento Intensivo deve contar com uma equipe composta por:

- Responsável técnico com título de especialista em medicina intensiva ou medicina intensiva pediátrica;
- Médico diarista com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica para cada dez leitos ou, nos turnos do período da manhã e da tarde;
- Médico plantonista exclusivo para até dez pacientes;
- Enfermeiro coordenador, exclusivo da unidade, responsável pela equipe de enfermagem;
- Enfermeiro, exclusivo da unidade, para cada dez leitos, por turno de trabalho;
- Fisioterapeuta para cada dez leitos no turno da manhã e da tarde;
- Auxiliar ou técnico de enfermagem para cada dois leitos, por turno de trabalho.
- Funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza;
- Acesso a cirurgião geral (ou pediátrico), torácico, cardiovascular, neurocirurgião e ortopedista de acordo com o Ministério da Saúde (1998).

O hospital deve contar minimamente com:

- laboratório de análises clínicas disponível na 24 horas do dia;
- agência transfusional disponível nas 24 horas do dia;
- hemogasômetro;
- ultra-sonógrafo;

- eco-doppler-cardiógrafo;
- laboratório de microbiologia;
- terapia renal substitutiva;
- aparelho de raios-x móvel;
- Serviço de Nutrição Parenteral e enteral;
- Serviço Social;
- Serviço de Psicologia.

O hospital deve contar minimamente com acesso a:

- estudo hemodinâmico;
- angiografia seletiva;
- endoscopia digestiva;
- fibrobroncoscopia ;
- eletroencefalografia.

Segundo Knobel (2005) as principais patologias que levam o Recém-Nascido a UTI Neonatal são:

- Síndrome do Desconforto Respiratório é uma doença que acomete o RN principalmente o pré-termo, causando uma deficiência quantitativa e qualitativa de surfactante;
- Síndrome de Aspiração Meconial que é uma doença respiratória do RN com líquido amniótico meconial ao nascer; podendo ocorrer no ambiente intra-uterino em consequência de movimentos respiratórios fetais, um processo hipóxico-isquêmico e após o nascimento durante a primeira respiração;
- Arritmias Cardíacas existem três mecanismos que iniciam uma arritmia como: a anormalidade da formação do impulso; a anormalidade na transmissão deste impulso e alterações simultâneas de formação e transmissão de impulso;
- Distúrbios Hidroeletrólíticos caracterizado pelo volume do fluxo extracelular dependente da quantidade do sódio corporal total que está restrito no mesmo compartimento, isso leva o sistema corporal ao quadro de: hiponatremia (quando a concentração sérica de sódio inferior a 135 mEq/l); hipernatremia (concentração sérica superior a 150 mEq/l); hiperpotassemia (concentração

plasmática de K > 5,5 mEq/l); hipocalemia (concentração plasmática de potássio inferior a 3,5 mEq/l); hipocalcemia (cálcio sérico total menor que 8 mg/dl); hipercalcemia (cálcio sérico total maior que 10,5 mg/dl); hipofosfatemia (nível sérico de fósforo é inferior a 4,5 mg/dl); hiperfosfatemia (nível sérico de fósforo superior a 7 mg/dl); hipomagnesemia (nível sérico de magnésio é inferior a 1,4 mEq/l); hipermagnesemia (nível sérico de magnésio é maior que 2 mEq/l);

- Diabetes Insipidus uma doença caracterizada por ação ineficiente do hormônioantidiurético, causando distúrbios graves da osmorregulação e da natremia;
- Enterocolite Necrosante no Recém-Nascido é uma complexa interação de agressão da mucosa, multifatorial como isquêmico, infecciosos e intramurais no RN;
- Infecções Graves do Período Neonatal as características imunológicas de defesa deficientes do RN provocam maior risco de infecção aos RNs, destaca-se a pneumonia, a sepse e a meningite neonatal as principais infecções. A pneumonia processo inflamatório de origem infecciosa no tecido pulmonar que se manifesta por alterações na função ventilatória. A Sepse Neonatal é uma síndrome clínica que ocorre a resposta inflamatória sistêmica com sinais de infecção seguida de bacteremia nos 28 primeiros dias de vida. Já a Meningite é a inflamação das meninges manifestando-se com sintomas neurológicas e alterações líquóricas (aumento de celularidades, hiperproteinorraquia, hipoglicorraquia e presença de bactérias no líquido).

3.5 MÉTODO MÃE CANGURU

O Método Mãe Canguru (MMC), também conhecido como "Cuidado Mãe Canguru" ou "Contato Pele a Pele", tem sido proposto como uma alternativa ao cuidado neonatal convencional para bebês de baixo peso ao nascer (VENANCIO e ALMEIDA, 2004, p. 173).

Para Tomas (2001, p. 132) os primeiros serviços que aplicaram o método mãe canguru, o fizeram nos anos 1992 e 1993. A partir deste, aconteceu uma considerável expansão do MMC no País, o que contribuiu para a sua definição como uma política pública.

O Ministério da Saúde no ano 2000 aprovou a Norma de Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso e o método mãe canguru, recomendando e definindo as diretrizes para sua implantação nas unidades do sistema único de saúde (SUS). A Norma do Ministério propõe a aplicabilidade do método em três etapas, a começar nas unidades neonatais (unidades de terapia intensiva neonatal, e unidades de cuidados intermediários), às unidades canguru (ou alojamento conjunto canguru) e, após a alta hospitalar. Os bebês são avaliados e deveriam alcançar estabilidade clínica, nutrição enteral plena, peso mínimo de 1.250 g e ganho de peso diário maior que 15 g de acordo com o Venâncio e Almeida apud Ministério da Saúde (2001, p. 173).

Segundo Venâncio e Almeida apud Silva (2003, p. 173) baseando-se nas normas e rotinas definidas pelo Ministério da Saúde, observou cinco pilares, o primeiro são os cuidados individualizados, centrados nos pais (intervenção centrada na família); o segundo é o contato pele a pele precoce (estimulação adequada e prazerosa, com integração sensorial); o terceiro que é o controle ambiental de luz e som (para evitar estimulação aversiva e inadequada); o quarto é a adequação postural (prevenção de futuras distonias nos RN prematuros); e o quinto é a amamentação (favorecendo vínculo e prevenção de doenças no primeiro ano de vida).

O mesmo autor diz que o método mãe canguru que leva em consideração o total desenvolvimento do recém-nascido e o meio em que nos inserido; ele tem como objetivo a humanização da assistência.

A separação do bebê de sua família, principalmente de sua mãe, imposta pelas condições clínicas do RN e por normas das UTI Neonatal, pode levar a uma interferência negativa na formação dos laços afetivos do mesmo (VENANCIO e ALMEIDA, 2004, p. 174).

O contato pele a pele, que no método mãe canguru defende implica no contato cutâneo corpo/tórax entre o bebê prematuro e sua mãe, pode promover vários benefícios sendo o principal é o ganho de peso e o aumento do vínculo para Venanci e Almeida (2004, p. 175).

De acordo com Venancio e Almeida (2004,p. 176) trata-se de um método que se fundamenta no processo de desenvolvimento contínuo do recém nato, ele traz a oportunidade de se prestar um atendimento assistencial neonatal de uma maneira mais ampla, onde não só os aspectos biológicos são valorizados mas sim, sua totalidade humana.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo campo exploratório.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Município de Assis que está localizado na região Sudoeste do Estado de São Paulo, a 450 Km da capital. Delimita-se ao norte com Lutécia e Echaporã, ao sul com Tarumã, a leste com Platina e Cândido Mota e a oeste com Maracaí e Paraguaçu Paulista. Sua área territorial é de 474 Km².

Atualmente Assis é pólo de desenvolvimento e Município Sede da Região de Governo, contando com aproximadamente 87.000 habitantes, sendo que 95% desses residem na zona urbana.

O referido estudo foi desenvolvido no Hospital Regional de Assis (HRA), instituição pública ligada diretamente à Coordenação de Saúde do Interior de São Paulo, atualmente conveniada com a Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA).

Segundo informativo público, disponibilizado pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Estatística do HRA, trata-se de um hospital com 135 leitos distribuídos entre unidades de internações clínicas, cirúrgicas e de suporte. A taxa de ocupação operacional geral (todas as unidades) no último ano foi de 57,8%, gerou 4.493 internações no mesmo período com a média de permanência de 7,5 dias.

Os clientes neonatos (até 28 dias de nascidos) podem ser atendidos nas unidades de UTI Neonatal, Cuidados Intermediários e Alojamento Canguru, totalizando 16 leitos potenciais para essa categoria, segundo o movimento de indicadores informado, no último ano receberam 398 recém-nascidos.

4.3 SUJEITO DO ESTUDO

Foram estudados recém nascidos com suas respectivas mães que estiveram internados em qualquer uma das unidades do hospital (UTI neonatal, Cuidados Intermediários e Alojamento Canguru) selecionados que atenderam essa clientela, desde que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão:

- RNs independente de sexo, nascidos ou não no Hospital Regional de Assis por qualquer tipo de parto (vaginal ou cesárea), desde que tivessem nascido com idade gestacional acima de 32 semanas e que tinham no mínimo 1800g;
- RNs livre de patologias infecciosas, onde a manipulação pudesse oferecer riscos;
- RNs não portadores de má formação congênita;
- RNs cuja mãe ou responsável que, após informação da metodologia e dos objetivos, aceitaram participar espontaneamente da pesquisa, firmando a autorização por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Todas as mães e ou responsáveis pelos RNs foram orientadas de que:

- A participação na pesquisa consistia em obter os dados do benefício do toque expressivo/afetivo.
- Tiveram a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo;
- A recusa em participar deste trabalho não implicaria em prejuízo ou penalidade de qualquer natureza;
- Não haveria riscos para a integridade física, mental ou moral da criança;
- As informações obtidas na pesquisa poderiam ser úteis cientificamente;
- Os dados coletados foram individualizados e confidenciais, portanto, não seriam divulgados de forma a identificar o RN ou a mãe, garantindo seu anonimato.

4.4 TAMANHO DA AMOSTRA

A amostra foi composta de quarenta recém-nascidos, ela foi calculada baseada em 10% do total de internações anuais que esses setores tiveram no ano 2008.

4.5 COLETA DE DADOS

Somente iniciou-se após a emissão do parecer favorável com a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Regional de Assis (n° 209/2009). Este estudo foi realizado mediante a aplicação dos seguintes instrumentos de coleta de dados, conforme o sujeito:

Mães dos Recém-Nascidos:

- Questionário contendo dez perguntas para caracterização sócio e gestacional da mãe do RN (idade, estado civil, anos de estudo, ocupação, n° de gravidez anterior, tipo de gravidez, tipo de parto, planejamento da gestação, realização de pré-natal (APÊNDICE B).

Recém-Nascidos:

- Roteiro de Registro que caracterizaram os RNs e suas reações antes e após o uso do toque afetivo (APÊNDICE C).

Os dados referentes à caracterização dos RNs foram coletados junto aos seus prontuários. As frequências cardíaca e respiratória, bem como as reações faciais e comportamentais foram avaliadas e registradas pelas pesquisadoras. Essa estratégia foi realizada cinco minutos antes de iniciar o toque e cinco minutos após a realização do toque.

O toque terapêutico (com uma das mãos em forma de concha se aplicou uma leve compressão sem deslizamento durante aproximadamente 10 segundos e cada área) foi aplicado no sentido céfalo-podálico, totalizando 40 segundos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados da pesquisa aplicada nos quarenta recém-nascidos serão apresentados por meio de ilustração de tabelas e gráficos, com uma descrição simplificada dos dados.

Caracterização sócio-demográfica das mães dos recém nascidos estudados.

A **Tabela 1** revela a faixa etária das mães dos RNs investigados.

Tabela 1 - Distribuição da frequência relativa e percentual da faixa etária em anos das mães dos recém-nascidos participantes da pesquisa, 1º semestre - 2009

Faixa Etária	Fi	F%
14 a 19	10	25,0
20 a 25	13	33,0
26 a 31	8	20,0
32 a 37	6	15,0
38 a 42	3	7,0
Total	40	100,0

Nota-se que há uma porcentagem maior entre as mães na faixa de idade de 20 a 25 anos (33 %), e menor em 38 a 42 (7 %). Revelando-nos que a mulher que tem mais idade passa a gerar menos filhos.

Tabela 2 - Distribuição relativa e percentual das mães dos recém-nascidos participantes da pesquisa, segundo faixa etária e estado civil; 1º semestre - 2009

Faixa Etária	Estado Civil							
	Casadas		Solteiras		Divorciadas		Total	
	Fi	F%	Fi	F%	Fi	F%	Fi	F%
14 – 19 anos	0	0%	10	100%	0	0%	10	25%
20 – 25 anos	4	30%	9	70%	0	0%	13	33%
26 – 31 anos	5	63%	3	37%	0	0%	8	20%
32 – 37 anos	5	84%	1	16%	0	0%	6	15%
38 – 42 anos	1	33,3%	1	33,3%	1	33,3%	3	7%
Total		41,0		57,0		2,0		100,0

Os resultados revelaram que as mães dos recém nascidos pesquisados são 75% adultas, sendo (37,5 %) são casadas, (35 %) são solteiras e (2,5 %) divorciadas; assim a representação de mãe adolescente é menor, alcançando 25 % e todas solteiras.

Caracterização da gravidez e do parto:

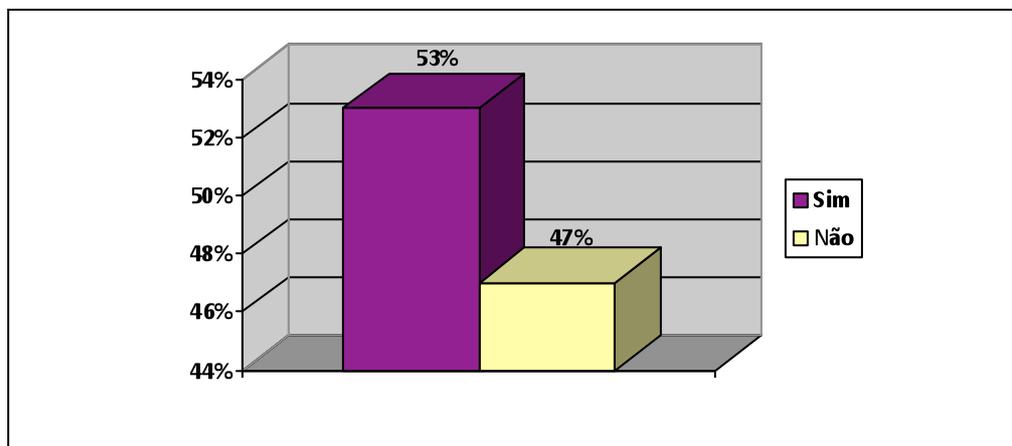
O planejamento da gestação é uma situação importante para ser verificada.

Segundo Berlofi (2006, p. 196), considerando o desenvolvimento tecnológico, que hoje presenciamos no campo da contracepção e os avanços no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, deve-se oferecer opções de escolha a mulher ou até mesmo ao casal quanto à escolha de engravidar no momento ou não.

Os dados revelaram que 53% das entrevistas mencionaram ter feito um planejamento da referida gestação, contudo há de que se refletir o viés comum existente entre aquelas que informaram que não planejaram, uma vez que por vergonha ou constrangimento acabam ficando receosas de assumir a real condição (**Figura 1**).

Para Godinho apud Gildemeister (2000, p. 26) a gravidez pode trazer vários efeitos sociais negativos quando não é planejada, como a perda ou limitações de oportunidades, de trabalho e quando a mãe é adolescente pode haver um prejuízo educativo; ocorrem também efeitos psicológicos associados ao conflito emocional e educacional frente a situação da maternidade.

Figura 1 – Representação Gráfica percentual das mães entrevistadas quanto ao planejamento da gestação.



A cesariana é a cirurgia de grande porte realizada com maior frequência; cerca de uma em cada quatro mulheres que entram no centro obstétrico será submetida a essa cirurgia. Muitas dessas operações, apresentam riscos de complicações maternas, inclusive a morte; complicações estas maiores que os partos vaginais. É inaceitável que a cirurgia cesariana seja cotidianamente realizada em milhares de mulheres desnecessariamente, de acordo com Diniz apud Gabay e Wolfe (1994, p.7).

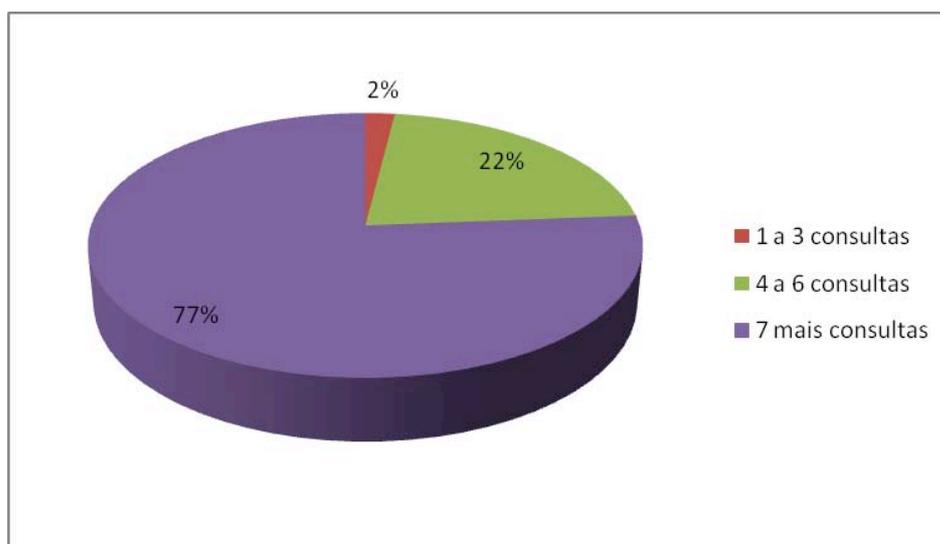
Em relação à duração da gestação em semanas os resultados revelaram que 75% ocorrem após 36 semanas, podendo afirmar que se trata de recém-nascidos maduros. Dentre esses 46,7% nasceram de parto vaginal, e 53,3% de parto cesárea. A **Tabela 2** mostra os dados completos.

Tabela 3 - Distribuição relativa e percentual das mães dos recém-nascidos participantes da pesquisa, segundo idade gestacional em semanas e tipo de parto; 1º semestre - 2009

Semanas de Gestação	Tipo de Parto					
	Vaginal		Cesárea		Total	
	Fi	F%	Fi	F%	Fi	F%
30 – 32	3	60%	2	40%	5	12,5
33 – 35	5	100%	0	0%	5	12,5
36 – 38	3	33,3%	6	66,7%	9	22,5
39 – 42	11	52,3%	10	47,7%	21	52,5
Total	22		18		40	100,0

De acordo com o Ministério da Saúde (2000) a gestante tem por garantia realizar no mínimo, 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação.

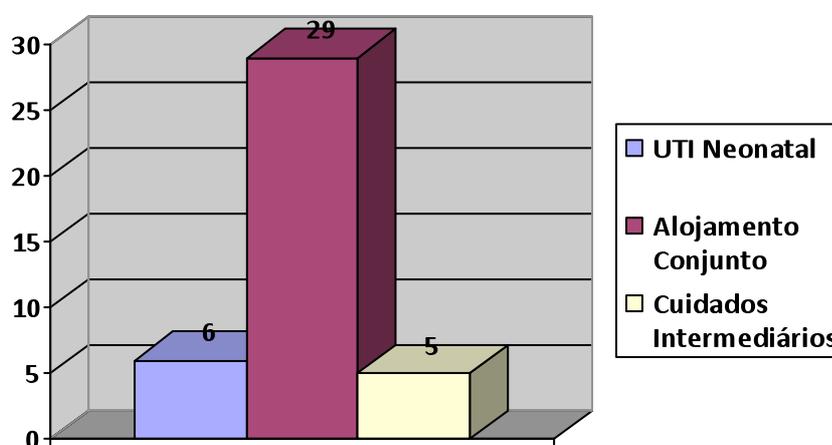
Figura 2- Distribuição relativa e percentual das mães dos recém-nascidos segundo o número de consultas do Pré-Natal.



Analisamos através da **Figura 3** que todas as entrevistadas fizeram o pré-natal, 77% delas participou de 7 ou mais consultas e a minoria 2% com o menor número de consultas que não é o ideal para uma gestação.

Segundo Silva et al (2006, p. 607) durante o parto e o nascimento, o recém-nascido terá mais chance de ter um contato maior com sua mãe do que o recém-nascido prematuro. Este último é privado do convívio materno devido aos cuidados intensivos freqüentes, que deverão ser submetidos, dificultando o processo dessa interação. A formação do vínculo, não é um acontecimento imediato, e é construído por meio de interações sucessivas.

Figura 3- Distribuição relativa do local de internação dos RNs estudados.



Verificou-se que 29 (72,5 %) dos recém-nascidos se encontraram no Alojamento Conjunto, 6 (15 %) dos RNs na UTI Neonatal e 5 (12,5 %) no Cuidados Intermediários.

Segundo Portela e Correa (2008, p. 143) a freqüência cardíaca normal de um recém-nascido é de 120 a 140 bpm, e a freqüência respiratória é de 30 a 40 rpm.

Tabela 4 - Freqüência Cardíaca dos Rns antes e após serem submetidos ao toque

RN	FC Antes do Toque	FC Depois do Toque	Diferença Inicial e Final
1	136 bpm	140 bpm	Aumentou 2,9%
2	138 bpm	136 bpm	Diminuiu 1,4%
3	115 bpm	104 bpm	Diminuiu 9,5%
4	140 bpm	132 bpm	Diminuiu 5,7%

5	132 bpm	118 bpm	Diminuiu 10,6%
6	130 bpm	145 bpm	Aumentou 11,5%
7	114 bpm	108 bpm	Diminuiu 5,2%
8	140 bpm	116 bpm	Diminuiu 17,1%
9	116 bpm	138 bpm	Aumentou 18,9%
10	114 ppm	118 bpm	Aumentou 3,5%
11	140 bpm	136 bpm	Diminuiu 2,8%
12	142 bpm	158 bpm	Aumentou 11,2%
13	146 bpm	113 bpm	Diminuiu 22,6%
14	152 bpm	130 bpm	Diminuiu 14,4%
15	140 bpm	144 rpm	Aumentou 2,8%
16	152 bpm	132 bpm	Diminuiu 13,1%
17	163 bpm	160 bpm	Diminuiu 1,8%
18	130 bpm	124 bpm	Diminuiu 4,6%
19	138 bpm	120 bpm	Diminuiu 13%
20	144 bpm	128 bpm	Diminuiu 11,1%
21	132 bpm	120 bpm	Diminuiu 9%
22	148 bpm	132 bpm	Diminuiu 10,8%
23	130 bpm	120 bpm	Diminuiu 7,6%
24	98 bpm	90 bpm	Diminuiu 8,1%
25	150 bpm	148 bpm	Diminuiu 1,3%
26	129 bpm	132 bpm	Aumentou 2,3%
27	160 bpm	158 bpm	Diminuiu 1,2%
28	148 bpm	136 bpm	Diminuiu 8,1%
29	130 bpm	130 bpm	Sem alteração
30	128 bpm	128 bpm	Sem alteração
31	112 bpm	109 bpm	Diminuiu 2,3%
32	114 bpm	112 bpm	Diminuiu 1,7%
33	152 bpm	154 bpm	Aumentou 1,3%
34	156 bpm	146 bpm	Diminuiu 6,4%
35	122 bpm	118 bpm	Diminuiu 3,2%
36	148 bpm	154 bpm	Aumentou 4%

37	146 bpm	148 bpm	Aumentou 1,6%
38	128 bpm	120 bpm	Diminuiu 6,2%
39	120 bpm	118 bpm	Diminuiu 1,6%
40	146 bpm	133 bpm	Diminuiu 8,9%

Nota-se que a maioria dos RNs tocados através do toque afetivo/ expressivo houve uma redução da sua frequência cardíaca, ou seja, dos 40 RNs estudados 28 (70%) apresentaram esta sutil alteração.

Tabela 5- Frequência Respiratória Antes e Depois do toque.

Recém-Nascido	FR Antes do toque	FR Depois do Toque	Diferença Inicial e Final
1	48 rpm	42 rpm	Diminuiu 12,5%
2	40 rpm	38 rpm	Diminuiu 5%
3	42 rpm	40 rpm	Diminuiu 4,7%
4	38 rpm	44 rpm	Aumentou 15,7%
5	64 rpm	50 rpm	Diminuiu 21,8%
6	32 rpm	38 rpm	Aumentou 18,7%
7	38 rpm	32 rpm	Diminuiu 15,7%
8	38 rpm	40 rpm	Aumentou 5,2%
9	40 rpm	44 rpm	Aumentou 10%
10	64 rpm	50 rpm	Diminuiu 21,8%
11	48 rpm	42 rpm	Diminuiu 12,5%
12	46 rpm	56 rpm	Aumentou 21,7%
13	52 rpm	46 rpm	Diminuiu 11,5%
14	48 rpm	40 rpm	Diminuiu 16,6%
15	48 rpm	46 rpm	Diminuiu 4,1%
16	43 rpm	40 rpm	Diminuiu 6,9%
17	56 rpm	50 rpm	Diminuiu 10,7%
18	50 rpm	48 rpm	Diminuiu 4%

19	42 rpm	38 rpm	Diminuiu 9,5%
20	56 rpm	46 rpm	Diminuiu 17,8%
21	40 rpm	42 rpm	Aumentou 5%
22	46 rpm	44 rpm	Diminuiu 4,9%
23	52 rpm	50 rpm	Diminuiu 3,8%
24	36 rpm	30 rpm	Diminuiu 16,6%
25	52 rpm	50 rpm	Diminuiu 3,8%
26	48 rpm	50 rpm	Aumentou 4%
27	50 rpm	52 rpm	Diminuiu 4%
28	48 rpm	44rpm	Diminuiu 8,3%
29	45 rpm	44 rpm	Diminui 2,2%
30	46 rpm	44 rpm	Diminuiu 4,3%
31	40 rpm	42 rpm	Aumentou 5%
32	40 rpm	42 rpm	Aumentou 5%
33	50 rpm	50 rpm	Sem alteração
34	52 rpm	50 rpm	Diminuiu 3,8%
35	40 rpm	40 rpm	Sem alteração
36	50 rpm	54 rpm	Aumentou 8%
37	42 rpm	46 rpm	Aumentou 9,5%
38	46 rpm	40 rpm	Diminuiu 13%
39	50 rpm	54 rpm	Aumentou 4%
40	48 rpm	42 rpm	Diminuiu 12,5%

Analisa-se que em sua maioria, houve redução da frequência respiratória nos RNs submetidos ao toque expressivo/ afetivo, hipótese que se justificou durante o estudo.

Após levantamento de dados e análise da expressão facial e comportamental do RNs anteriormente a aplicação do toque afetivo/expressivo; observamos que 20 % apresentavam-se calmos; 30 % estavam ativos; 30 % acordados e 20 % chorosos e agitados.

Concluídos os dados observados nos recém-nascidos depois de serem submetidos ao toque afetivo/expressivo verificamos que 67 % dos mesmos ficaram calmos, 23 % dormiram e 10 % permaneceram acordados.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos dados obtidos neste trabalho, e a partir da caracterização do mesmo, concluímos que a comunicação não verbalizada tem um maior significado visto que a utilizamos com frequência e influencia em nosso comportamento .

A utilização do toque expressivo/ afetivo como mais uma forma de cuidar traz benefícios ao cliente, evidenciado através da expressão facial e corporal de relaxamento do recém-nascido e na discreta redução da frequência cardíaca e frequência respiratória do mesmo.

A enfermagem deve aprimorar a sua comunicabilidade dando ênfase a este ramo da comunicação não verbal que é a tacêsica, pois ficou provado através desta pesquisa o benefício que este método trás ao recém-nascido.

REFERÊNCIAS

ANNEQUIN, D. **Aliviando a dor no hospital**, Maringá, v. 2, n 2, 2001. Disponível em: <<http://www.ambafrance.org.br>>. Acesso em: 11 Fevereiro, 2009.

AZABUJA R. **Tocar faz a diferença**. Brasília, 2008. Dis: <<http://www.dermatologia.net/neo/>>. Acesso em: 11 Fevereiro, 2009. Disponível em

BECK C. L. C.; GONZALES R. M. B.; DENARDIN M.L. **Sofrimento e esperança vivências com familiares de pacientes internados em UTI**. 1999. Disponível em: <<http://www.dermatologia.net/neo/>>. Acesso em: 11 Fevereiro, 2009.

BERLOFI, Luciana Mendes et al . **Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar**. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 19, n. 2, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000200011&lng=en&nrm=iso>. Access em: 02 Novembro 2009.

BIRDWHISTELL, R. L. **Kinesics and context: essays on body motion communication**. 4. ed. Philadelphia: UPP (University of Pennsylvania Press), 1985. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692003000300010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 05 Janeiro, 2009

_____. Philadelphia: Pennsylvania Press, 1970. Ribeirão Preto, v 4. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S010411691996000700004&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 05 Janeiro, 2009.

CORAZE, J. **As comunicações não verbais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. Ribeirão Preto, v 4. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S010411691996000700004&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 05 Janeiro, 2009.

DANGELO, J. G.; FATTINI, C. A. **Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

DIAS, A. B. **O Toque Afetivo na visão do Enfermeiro**, Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a12v61n5.pdf>>. Acesso em: 11 Fevereiro, 2009.

DAVIS, A. J. **Listening and responding**. Saint Louis: Mosby 1984. Ribeirão Preto, v 4. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S010411691996000700004&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 05 Janeiro, 2009.

DAVIS, F. **Comunicação não verbal**. 1979. Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, 1998. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S010411691996000700004&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 11 Fevereiro, 2009.

FERREIRA A.B.H. **Miniaurélio: o minidicionário da língua portuguesa.** 2004. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.dermatologia.net/neo/>>. Acesso em: 11 Fevereiro, 2009.

GABAY, M.; WOLFE, S.M. **Unnecessary cesarean sections: curing a national epidemic.** Washington (DC): Public Citizen's Health Research Group, 1994. (brochura) **Botucatu, v.9 n.17, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200020>. Acesso em: 04 Novembro, 2009**

GARCIA, T. J. M.; AUGUSTO, D. **Aplicação do processo de comunicação pela enfermagem obstétrica.** Enfermagem Novas Dimensões, v. 4, n. 6, 1978. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S0104-11691998000100004&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 05 Janeiro, 2009.

GELAIN, I. **O significado do "Êthos" e da consciência ética do enfermeiro em suas relações de trabalho,** São Paulo, v.5, n.1/4, 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/>>. Acesso em 06 Janeiro, 2009.

GILDEMEISTER, S.B. Prevenção da gravidez indesejada ou inoportuna. In: HALBE, H.W. **Tratado de ginecologia.** 2. ed. São Paulo: Rocca, 1993. , Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, Apr. 2000 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Nov. 2009.

GODOY, A.N. **O toque como elemento de integração na relação enfermeiro-cliente.** Rev. Gaúcha. Enfermagem., v. 6, n.2, 1985. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n2/13903.pdf>>. Acesso em: 05 Janeiro, 2009.

GUINSBURG, R.; KOPELMAN B. I.; ALMEIDA, M. F. B.; MIYOSHI, M. H. **A dor no recém-nascido prematura submetido a ventilação mecânica através de cânula traqueal.** Jornal Pediatria, Rio de Janeiro, v. 70, n. 2, 1994. Disponível em <<http://www.jpmed.com.br>>. Acesso em: 11 Fevereiro 2009.

GUYTON, A. C. **Tratamento de Fisiologia Médica.** 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1992.

IMAI, M. F., **Enfermagem em Neonatologia** Campinas: UNICAMP, Colégio de Técnico de Campinas. sd (mimeo).

IRVING, S. **Comunicación e relaciones humanas. In: Enfermagem Psiquiátrica.** México: Interamericana, 1975. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S0104-11691998000100004&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 05 Janeiro, 2009.

KADNER, K. **Trerapeutic intimacy in nursing.** Journal of Advanced Nursing. 1994. Ribeirão Preto, v. 19. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n2/13903.pdf>>. Acesso em: 05 Janeiro, 2009.

KNOBEL, E. **Terapia Intensiva Pediatria e Neonatologia**. 1. ed. São Paulo: Atheneu. 2005.

LE MAY, A. **Therapeutic touch: the human connection**. Nurs.Times, v.82, n.47,1986. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n2/13903.pdf>>. Acesso em: 05 Janeiro, 2009.

MENDES I. A. C. **Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem**. São Paulo: Sarvier; 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000300010&script=sci_arttext&tlng=pt%23top1>. Acesso em: 14 Fevereiro, 2009.

Ministério da Saúde Departamento Nacional de Auditoria do SUS Coordenação de Sistemas de Informação Sistema Único de Saúde - Legislação Federal (1998). Disponível em: < Sna.saude.gov.br/legisla/uti/GM_P3.432_98uti.doc>. Acesso em: 13 Agosto, 2009.

Ministério da Saúde. Manual do Curso: Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. . Porto Alegre, v.80, n. 5, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572004000700009&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 13/05/09.

_____. Portaria nº 570, de 1º de Junho de 2000. DO 110-E, de 8/6/00. O Ministério de Estado Saúde, no uso de suas atribuições legais, e, Considerando a Portaria GM/MS nº 569/GM, de 1º de junho de 2000, que estabelece o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Disponível em: <http://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&source=hp&q=minist%C3%A9rio+sa+saude+pre+natal+consultas&meta=lr%3Dlang_pt&aq=f&oq=>>. Acesso em: 3 Novembro, 2009.

MONTAGU, A. **Tocar O significado Humano da Pele**. 9. ed. São Paulo: Summus, 1986.

MOORE, K. L.; DALLEY. **Anatomia Orientada para a Clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

PORTELA, C. R; CORREA, G. T. Manual de Consulta para Estágio em Enfermagem. São Caetano do Sul: Difusão, 2008.

PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, N. O. **Reflexões acerca da comunicação Enfermeiro-Paciente relacionada à invasão da Privacidade**, Ribeirão Preto, Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/>>. Acesso em: 6 Janeiro, 2009.

RECTOR, M.; TRINTA, A. R. **Comunicação do Corpo**. 2. Ed. São Paulo: Ática, 1993.

SHINYASHIKI, R. **A Carícias Essencial Uma psicologia do feto**. 5. ed. São Paulo: Gente, 2005.

SILVA, L. M. **Comunicação não-verbal: Reflexões acerca da Linguagem Corporal** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto 2000. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 05 Janeiro, 2009.

SILVA, L. R. et **A Importância da Interação Mãe-Bebê no Desenvolvimento Infantil:A atuação da Enfermagem Materno- Infantil**. Rio de Janeiro v. 14, n. 4, 2006. Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/v14n4/v14n4a18.pdf>>. Acesso em: 4 Novembro, 2009.

SILVA, M. J. P. **Percebendo o ser humano além da doença – o não-verbal detectado pelo enfermeiro**. Nursing. Ribeirão Preto 2001, v.11, n. 3, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000300010&script=sci_arttext&tlng=pt%23top1>. Acesso em: 14 Fevereiro, 2009.

_____. **Comunicação tem remédio** - a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2006.

_____. **O toque e a distância interpessoal entre enfermeiros e pacientes nas consultas de enfermagem**. Rev. Esc. Enfermagem USP, v.25, n.3, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n2/13903.pdf>>. Acesso em: 05 Janeiro, 2009.

_____. **Análise comparativa da aplicação de um programa sobre comunicação não-verbal para enfermeiros hospitalares**. São Paulo, 1998. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n1/11534.pdf>>. Acesso em: 06 Janeiro, 2009.

SILVA, O. P. V. **Análise descritiva do desenvolvimento de recém-nascidos prematuros que participaram do Programa Método Mãe Canguru** [dissertação]. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie; 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572004000700009&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 13Maio, 2009.

SIQUEIRA A. R. P.; Cruz I. C. F. **Produção científica de enfermagem sobre o toque: implicações para a (o) enfermeira (o) de cuidados intensivos**. [citado em: 26 jun 2005]. Brasília, v. 61, n. 5. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000500012&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 11 Fevereiro, 2009.

STEFANELLI, M. C. **Comunicação terapêutica enfermeira-paciente: avaliação do ensino**. Rev.Enfermagem Científica, Ribeirão Preto,v. 6, n.1, 1990. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S0104-11691998000100004&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 05 Janeiro, 2009.

TOMAS, T. **Cuidado Mãe Canguru, Tecnologia Perinatal Humana**. In: Tamez RN, Carvalho MR, editores. **Amamentação: bases científicas para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572004000700009&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 13/05/09.

THOMAS C. T.; CARVALHO VL. **O cuidado ao término de uma caminhada.** Santa Maria: Pallotti; 1999. Brasília, v. 61, n. 5. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000500012&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 11 Fevereiro, 2009.

VENANCIO, S. I.; ALMEIDA H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. Porto Alegre, v.80, n. 5, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572004000700009&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 13/05/09.

WALDOW, V. R. **Cuidado Humano o resgate necessário.** 3.ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WATZLAWICK, P. et al. **Pragmática da comunicação humana.** São Paulo: Cultrix, 1981. Ribeirão Preto, v. 61, n. 1998. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S0104-11691998000100004&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 05 Janeiro 2009.

APÊNDICE

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Mãe/Responsável do RN

Eu, _____ recebi uma descrição oral do estudo incluindo uma explicação dos seus objetivos, para que meu (minha) filho (a) participe da pesquisa: Comunicação Não Verbal e o Recém-Nascido: O Uso Da Tacêsica Como Instrumento de Cuidar na Enfermagem.

Objetivo da Pesquisa: Usar o toque afetivo no RN e peculiaridades como forma de cuidar da enfermagem.

Participação: A participação na pesquisa consiste na participação da mãe responder um questionário sobre alguns dados maternos incluindo a última gravidez, bem como autorizar que as pesquisadoras preencham um roteiro de observação sobre o recém-nascido(fornecido uma cópia para se ter conhecimento). A mãe terá liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e essa atitude não implicará em prejuízo ou penalidade de qualquer natureza.

Risco: Não haverá riscos para a integridade física, mental ou moral da criança.

Benefícios: As informações obtidas nesta pesquisa poderão ser úteis cientificamente e não haverá pagamento / recebimento financeiro por participação.

Privacidade: Os dados individualizados serão confidenciais quando divulgados, preservaram a identidade e o sujeito.

Os resultados coletivos serão utilizados para fins estatísticos e como forma de refletir sobre a efetividade do toque afetivo como um instrumento de cuidar da enfermagem.

Confirmação do sujeito que explica o estudo:

Confirmo que informei, expliquei e li textualmente, a pessoa acima nomeada, sobre o conteúdo deste documento.

Observação: Uma cópia deste impresso, devidamente assinado será entregue ao sujeito de pesquisa. Uma segunda cópia será guardada com o investigador.

Declaro que, após convenientemente esclarecido, e ter entendido o que me foi explicado, consinto a participação de meu filho(a) na presente pesquisa.

Assis:/...../.....

Assinatura do responsável pela criança

Assinatura da pesquisadora

Teresa Cristina Prochet Rua Sebastião da Silva Leite, 243 Assis-SP Tel 18 33226721	Marli Venceslau da Silva Rua José Gomes de Araújo, 80 Tel 18 3324 4442	Natalia Morelli Rossi Rua Ernesto Nóbile, 300 Tel: 18 33241574
--	--	--

APÊNDICE B**Questionário do Perfil Sócio e Gestacional da Mãe do RN**

Data da Entrevista: __/__/__

Nº do RN:

Dados da Mãe:

1.Idade:

2.Estado Civil:.....

3.Ocupação:

4.Faixa de estudo:

5.Número de filhos anteriores:

6.Gravidez Planejada? () sim () não

7..Duração da Gestação em semanas:

8. Tipo de Gravidez: () Única () Dupla () Tripla ou mais

9. Tipo de Parto: () Vaginal () Cesáreo

10.Fez Pré-Natal? () Não () Sim . Se sim, quantas consultas?

() Nenhuma () 1 a 3 consultas () 4 a 6 consultas () 7 e mais

APÊNDICE C

Roteiro de Caracterização e Acompanhamento das reações do RN

Relacionado ao RN

Local de nascimento: () no HRA () fora do HRA

Índice de APGAR: 1º minuto (.....) 5º minuto (.....)

Peso ao nascer: Peso atual:.....

Local de internação do RN:

Tempo de internação:.....dias

Motivo da internação:

() Natural () Específico: qual?.....

Tipo de exposição técnica () entubado () cateterismo / sondagem

() acesso venoso () fototerapia () outro

Frequência cardíaca: antes do toque depois do toque:

Frequência respiratória: antes do toque:..... depois do toque:.....

Expressão facial e comportamental do RN: antes do toque:

.....

Expressão facial e comportamental do RN depois do toque:

.....

Observações:.....

.....

ANEXOS

ANEXO A

Cópia do Parecer do CEP