



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM — MESTRADO

**MATERNAGEM DE MULHERES-MÃES COM FILHO SUBMETIDO À
FOTOTERAPIA: CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM**

JULIANA IASMIN DE SOUZA FERNANDES

Rio de Janeiro
2018

JULIANA IASMIN DE SOUZA FERNANDES

**MATERNAGEM DE MULHERES-MÃES COM FILHO SUBMETIDO À
FOTOTERAPIA: CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em Enfermagem – mestrado, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do grau de mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Inês Maria Meneses dos Santos

Rio de Janeiro
2018

d363 de Souza Fernandes, Juliana Iasmin
Maternagem de mulheres-mães com filho submetido à
fototerapia: contribuições para enfermagem / Juliana
Iasmin de Souza Fernandes. -- Rio de Janeiro, 2018.
121

Orientador: Inês Maria Meneses dos Santos.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, 2018.

1. Enfermagem neonatal. 2. Recém-nascido. 3.
Maternagem. 4. Fototerapia. 5. Alojamento conjunto.
I. Meneses dos Santos, Inês Maria , orient. II.
Titulo.

MATERNAGEM DE MULHERES-MÃES COM FILHO SUBMETIDO À FOTOTERAPIA:
CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM

Banca Examinadora

Dr^a Inês Maria Meneses dos Santos
Presidente

Dr^a Adriana Teixeira Reis
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ
1^a Examinadora

Dr^a Laura Johanson da Silva
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO
2^a Examinadora

Dr^a Bárbara Bertolossi Marta de Araújo
Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ
1^a Suplente

Dr^a Cristiane Rodrigues da Rocha
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO
2^a Suplente

Rio de Janeiro
2018

“Reveste-se de força e dignidade; sorri diante do futuro. Fala com sabedoria e ensina com amor.”.

(Provérbios 31: 25)

Dedico esta dissertação a Deus, o autor e consumidor da minha história; aos meus amores: minha mãe Vanclea, meu irmão Eraldo e meu marido Everaldo, vocês são o combustível para o meu crescimento pessoal e profissional.

FERNANDES, Juliana Iasmin de Souza. **Maternagem de mulheres-mães com filho submetido à fototerapia: contribuições para enfermagem**. Rio de Janeiro, 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Rio de Janeiro: J.I.S.F., 2018. 122p.

RESUMO

Esta pesquisa emergiu da minha experiência profissional, atuando no setor de alojamento conjunto (AC), especificamente da observação de mulheres com filhos submetidos à fototerapia para o tratamento de hiperbilirrubinemia neonatal que é conhecida popularmente como “icterícia”. A hiperbilirrubinemia é classificada em fisiológica e patológica, porém em metade dos casos se dá de forma fisiológica e regride espontaneamente, quando não há essa regressão ou existe a suspeita de ser patológica é instituído o tratamento da fototerapia a esse recém-nascido (RN). Durante a observação empírica algumas mulheres apresentaram dificuldades de vivenciar o tratamento fototerápico de seus filhos. Nesta perspectiva, delineou-se como **objeto do estudo**: maternagem da mulher-mãe durante o tratamento fototerápico neonatal. **Objetivos**: compreender a vivência de maternagem da mulher-mãe durante o tratamento fototerápico do seu filho em alojamento conjunto e discutir a contribuição da enfermagem para o desenvolvimento da maternagem a partir da vivência da mulher-mãe durante o tratamento fototerápico do seu filho em alojamento conjunto. **Metodologia**: Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, desenvolvida a partir do método narrativa de vida. O cenário do estudo foi o AC de um Hospital Federal localizado na cidade do Rio de Janeiro. O corpus da análise foi composto por 12 (doze) mulheres-mães com filhos submetidos à fototerapia em AC. Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética sob o nº 1.978.251 (CEP/UNIRIO) e nº 2.029.169 (CEP/IFF/FIOCRUZ). A coleta de dados foi realizada entre os meses de março e agosto de 2017. O procedimento analítico utilizado foi a análise temática. **Resultados**: A análise das narrativas permitiu identificar 3 (três) categorias analíticas: (Re) significar a maternagem “à luz” da fototerapia; Estressores maternos vivenciados durante a fototerapia e Desvelando a fototerapia neonatal. **Considerações finais**: Os depoimentos explicitaram, que mesmo o tratamento da fototerapia sendo simples e não invasivo, aos olhos das mulheres-mães se tornou uma vivência permeado por muitos estressores como: a distância de sua rede familiar, em decorrência do aumento no tempo internação, presenciar as expressões corporais do filho, além de assumir uma postura mais firme durante esses momentos para que o filho fosse tratado, porém a equipe de Enfermagem foi peça fundamental para que essas mulheres-mães conseguissem ressignificar o cuidado imaginado para chegada desse filho e desenvolver a maternagem de maneira satisfatória para cada uma delas.

Palavras-chave: Enfermagem neonatal; Recém-nascido; Maternagem; Fototerapia; Icterícia; Alojamento Conjunto.

FERNANDES, Juliana Iasmin de Souza. **Mothers of mothers with children undergoing phototherapy: contributions to nursing.** Rio de Janeiro, 2018. Dissertation (Master in Nursing) – Federal University of the State of Rio de Janeiro - UNIRIO. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Rio de Janeiro: J.I.S.F., 2018. 122p.

ABSTRACT

This research emerged from my professional experience working in the joint housing (CA) sector, specifically the observation of women with children undergoing phototherapy for the treatment of neonatal hyperbilirubinemia, which is popularly known as "jaundice". Hyperbilirubinemia is classified as physiological and pathological, but in half of the cases it occurs physiologically and regresses spontaneously, when there is no such regression or there is a suspicion of being pathological, phototherapy treatment is instituted for this newborn (RN). During the empirical observation, some women had difficulties experiencing the phototherapy treatment of their children. In this perspective, the following study was outlined: maternal motherhood during neonatal phototherapy treatment. Objectives: to understand the mothering experience of the mother woman during the phototherapeutic treatment of her child in a joint accommodation and to discuss the contribution of nursing to the development of the motherhood from the experience of the mother woman during the phototherapeutic treatment of her child in joint accommodation. Methodology: This is a descriptive research, with a qualitative approach, developed from the narrative method of life. The scenario of the study was the AC of a Federal Hospital located in the city of Rio de Janeiro. The corpus of the analysis was composed of 12 (twelve) mothers with children undergoing phototherapy in CA. This research was approved by the Ethics Committee under No. 1.978.251 (CEP / UNIRIO) and No. 2.029.169 (CEP / IFF / FIOCRUZ). Data collection was performed between March and August 2017. The analytical procedure used was the thematic analysis. Results: The analysis of the narratives allowed to identify three (3) analytical categories: (Re) to mean the mothering "in the light" of phototherapy; Maternal stressors experienced during phototherapy and Unveiling neonatal phototherapy. Final considerations: The statements made explicit that even the treatment of phototherapy being simple and non-invasive, in the eyes of women mothers became an experience permeated by many stressors such as: the distance from their family network, due to the increase in hospitalization time, to witness the son's physical expressions, and to take a firmer stance during these moments in order for the child to be treated, but the Nursing team was instrumental in enabling these mother-mothers to re-signify the imagined care for the child's arrival and to develop the satisfactory for each of them.

Keywords: Neonatal nursing; Newborn; Maternity; Phototherapy; Jaundice; Joint Accommodation

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: FLUXOGRAMA DE BUSCA DE ARTIGOS.....	15
QUADRO 2: INDICAÇÕES DE FOTOTERAPIA E EXSANGUÍNEOTRANSFUSÃO (EST) EM RN MAIORES QUE 35 SEMANAS	35
QUADRO 3: CUIDADOS DE ENFERMAGEM DURANTE O TRATAMENTO DE FOTOTERAPIA NEONATAL EM ALOJAMENTO CONJUNTO.....	37
QUADRO 4: CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA DAS DEPOENTES.....	58
QUADRO 5: ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DAS DEPOENTES	59
QUADRO 6: DADOS REFERENTES AO RECÉM-NASCIDO	60
QUADRO 7: HISTORIOGRAMA	61
QUADRO 8: DESCRIÇÃO DAS UNIDADES TEMÁTICAS	62
QUADRO 9: AGRUPAMENTO DAS UNIDADES TEMÁTICAS.....	63
QUADRO 10: FORMAÇÃO DAS CATEGORIAS ANALÍTICAS	64

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: APARELHO DE LUZ ARTIFICIAL PARA ILUMINAÇÃO DOS BERÇOS	24
FIGURA 2: JARDIM DO ROCKFORD GENERAL HOSPITAL	25
FIGURA 3: ENFERMEIRA J. WARD	25
FIGURA 4: METABOLISMO DA BILIRRUBINA.....	27
FIGURA 5: APARELHO DE OCTOFOTO	30
FIGURA 6: APARELHO DE BILISPOT.....	30
FIGURA 7: APARELHO DE BILITRON BED	32
FIGURA 8: APARELHO DE BILISKY	32
FIGURA 9: APARELHO DE BILITRON.....	33
FIGURA 10: APARELHO DE BILIBLANKET	33
FIGURA 11: DIAGRAMA DO MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN.....	46
FIGURA 12: PARADIGMA DO CONCEITO DE BEM-ESTAR E DOENÇA.....	50

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	10
1.1 - Justificativa do Estudo.....	12
1.2 - Relevância do estudo.....	13
1.3 - Contribuições do estudo	16
CAPÍTULO 2.....	17
REFERENCIAL CONCEITUAL	17
2.1 - Organização da assistência perinatal brasileira	17
2.2 - Conhecendo a Hiperbilirrubinemia neonatal e suas formas de tratamento	23
2.3 - Assistência ao recém-nascido em fototerapia no Alojamento Conjunto.....	35
2.4 - O desenvolvimento da maternagem na assistência neonatal	40
2.5 - Conceitos do Modelo de Sistemas proposto pela teórica de enfermagem Betty Neuman	44
CAPÍTULO 3.....	52
CAMINHAR METODOLÓGICO.....	52
3.1 - Tipo da pesquisa	52
3.2 - Cenário da pesquisa	53
3.3 - Instrumento para coleta de dados	54
3.4 - Questões éticas da pesquisa.....	55
3.5 - Participantes da pesquisa	56
CAPÍTULO 4.....	62
ANÁLISE DAS NARRATIVAS.....	62
4.1 - (Re) significar a maternagem “à luz” da fototerapia	64
4.2 - Estressores maternos vivenciados durante a fototerapia	74
4.3 - Desvelando a fototerapia neonatal.....	82
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS.....	97
APÊNDICES	104
APÊNDICE A – Carta de anuência do setor	105
APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados	106
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	107
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	110
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	113
APÊNDICE F – Unidades Temáticas	116

ANEXOS.....	117
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP/UNIRIO	118
ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP/IFF/FIOCRUZ	119

CAPÍTULO 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O intuito em desenvolver esta pesquisa, emergiu da minha experiência como residente de enfermagem neonatal do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – IFF/FIOCRUZ, atuando no setor de alojamento conjunto (AC), especificamente da observação de mulheres com filhos submetidos à fototerapia para o tratamento de hiperbilirrubinemia neonatal. Neste cenário, observei empiricamente que algumas mulheres apresentavam dificuldades de vivenciar o tratamento fototerápico de seus filhos. A partir disso, desenvolvi meu trabalho de conclusão de residência, intitulado “Os desafios maternos frente ao recém-nascido submetido à fototerapia: reconhecendo a dinâmica do alojamento conjunto” do qual gerou um artigo “Desafios maternos frente à fototerapia neonatal: estudo descritivo” (FERNANDES; REIS; SILVA *et al*, 2016), no qual trago alguns aspectos dos sentimentos vivenciados por essas mães. As reações vivenciadas no alojamento conjunto diante da fototerapia correspondiam a sentimentos mistos e antagônicos, por se tratar de uma situação que foge do curso esperado por elas, suscitando dor, tristeza, preocupação e culpa.

A fototerapia é a modalidade terapêutica mais empregada no tratamento da hiperbilirrubinemia neonatal, que é causada por um nível elevado de bilirrubina no sangue e é caracterizada pela coloração amarelada da pele e mucosas. Ocorre devido à imaturidade das funções do fígado combinada com a destruição das hemácias do recém-nascido (RN) (ARAÚJO e REIS, 2012). É a patologia mais frequente no período neonatal, segundo Vaz; Diniz; Ceccon *et al* (2011, p. 238), estima-se que “cerca de 60% dos recém-nascidos a termo (RNT) e 80% dos recém-nascidos pré-termo (RNPT) apresentam algum grau de icterícia nos primeiros dias de vida”.

Para Castro; Silva; Linhares *et al* (2012) o tratamento de fototerapia é comumente utilizado, por ser um método não invasivo e de alto impacto na diminuição dos níveis de bilirrubina, independente da maturidade do RN. Lopes e Paes (2015) relatam que o tratamento de fototerapia dispõe de diferentes tipos de luzes, que modificam a estrutura da bilirrubina através dos mecanismos de fotoisomerização e fotooxidação, facilitando assim a excreção da bilirrubina através da urina e fezes.

Entretanto, para que o tratamento seja eficaz, são necessários alguns cuidados como: manter o RN despido, manter distância adequada entre a fonte luminosa e a superfície corpórea do RN e utilizar proteção ocular opaca (TAMEZ e SILVA, 2013). Tais estratégias podem impactar no relacionamento mãe-bebê, principalmente na primeira aproximação, o que conseqüentemente, pode levar a mulher-mãe¹ a frustrar-se em não poder pegar seu filho, aconchegá-lo e acalentá-lo sempre que desejar. Sentimentos de medo, dúvidas, impotência, tristeza e inquietações acerca da saúde de seu filho foram evidenciados em meu trabalho de conclusão de pós-graduação na modalidade de residência.

Alicerçada nos dados encontrados, senti a premência de explorar mais essa temática e os desafios vivenciados por essas mulheres-mães, no intuito de dar ênfase a essas questões e proporcionar reflexões acerca de uma terapêutica amplamente utilizada no cotidiano da Enfermagem no tratamento da hiperbilirrubinemia neonatal. Por isso, decidi trabalhar essa temática agregada aos referenciais da maternagem no mestrado, delineando assim o seguinte **objeto de estudo**: A maternagem da mulher-mãe durante o tratamento fototerápico neonatal.

Elyseu Junior (2000, p.14) define a maternagem por:

Cuidados que a mãe (ou sua substituta) tem para criar o seu filho (ou uma criança); esses cuidados são condutas ou atitudes de interação, que mesmo quando têm um objetivo físico, não deixam de provocar vivências na criança, as quais dão base para o seu desenvolvimento cognitivo e, especialmente, emocional.

A fim de direcionar a pesquisa, trago as seguintes **questões norteadoras**:

- ❖ Como é vivenciada a maternagem da mulher-mãe com filho submetido à fototerapia em alojamento conjunto?
- ❖ Como a Enfermagem pode contribuir para o desenvolvimento da maternagem da mulher-mãe com filho submetido à fototerapia em alojamento conjunto?

A pesquisa se propõe a alcançar os seguintes **objetivos**:

- ❖ Compreender a vivência de maternagem da mulher-mãe durante o tratamento fototerápico do seu filho em alojamento conjunto;

¹O termo mulher-mãe foi utilizado para expressar a amplitude do papel social da mulher.

- ❖ Discutir a contribuição da enfermagem para o desenvolvimento da maternagem a partir da vivência da mulher-mãe durante o tratamento fototerápico do seu filho em alojamento conjunto.

O presente projeto está inserido na linha de pesquisa: “Perspectivas atuais da assistência de enfermagem perinatal brasileira: reflexões acerca do cuidado de enfermagem”, e faz parte do Núcleo de Pesquisa, Estudos e Experimentação em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança — NuPEEMC, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro — UNIRIO.

1.1 - Justificativa do Estudo

Dentre diversas patologias que acometem o RN no período neonatal, a hiperbilirrubinemia é a mais comum, conhecida popularmente por sua expressão clínica “icterícia”. Segundo Vaz; Diniz; Ceccon *et al* (2011, p. 238) “cerca de 10,8 % desses RN a termo irão necessitar de tratamento de fototerapia”. Esse tratamento pode ser encontrado em diversos cenários da assistência neonatal, desde setores que dispõem de alta complexidade tecnológica como na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) até os setores com menos aparatos tecnológicos, como a maternidade.

A maternidade é um setor bem peculiar, em especial o alojamento conjunto por ser o local em que a mulher-mãe e o RN sadio, são acomodados logo após o nascimento, permanecendo juntos e em tempo integral, até o momento da alta hospitalar. Também é destinado a RN com acometimentos sem gravidade, como no caso da hiperbilirrubinemia neonatal que necessita de fototerapia. O alojamento conjunto possibilita uma atenção integral à saúde do binômio, por parte da equipe de saúde, além de dispor de diversas vantagens como: favorece e fortalece o estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe, pai, filho e outros membros da família; favorece o estabelecimento efetivo do aleitamento materno com o apoio; promoção e proteção, de acordo com as necessidades da mulher e do RN, respeitando as características individuais; propicia a observação e cuidados constantes ao RN, possibilitando a comunicação imediata de qualquer anormalidade; fortalece o autocuidado e os cuidados com o RN, a partir de atividades de educação em saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional, além de diminuir o risco de infecção relacionada à assistência em serviços de saúde (BRASIL, 2016).

Entretanto, a mulher-mãe com o RN submetido ao tratamento de fototerapia no alojamento conjunto, se depara com uma realidade divergente da qual sonhou, devido aos cuidados intrínsecos à terapêutica. Cuidados esses que podem gerar certa limitação em desenvolver a maternagem, pois o RN deve ser mantido despido sob a luz o maior tempo possível e necessita de uma proteção ocular opaca durante todo o tratamento (TAMEZ, 2013).

Para as mulheres-mães, estes cuidados podem parecer assustadores e estranho, e muitas vezes trazem como consequências: tristeza, choro, perplexidade frente a uma terapêutica desconhecida, acompanhada de impotência por estarem tão próximas de seus filhos e não poderem pegá-los para acalotá-lo em seus braços.

A observação das reações externadas nos trouxe inquietações, pois para nós profissionais de enfermagem a submissão do RN à fototerapia para tratamento de hiperbilirrubinemia neonatal, é um procedimento simples, por não ser invasivo, mas segundo Campos e Cardoso (2008, p. 38):

É preciso identificar as necessidades afetadas, de modo particular e único de cada mulher-mãe, ao presenciar seu filho sob uma modalidade terapêutica que impossibilita de manter o contato olho a olho tão importante e significativo na gênese do relacionamento mãe-filho.

Assim, consideramos importante investigar a maternagem durante o tratamento de fototerapia neonatal no alojamento conjunto, a fim de fortalecer e subsidiar ações de enfermagem voltadas para este momento que, por vezes, pode se tornar traumático na vida da mulher-mãe.

1.2 - Relevância do estudo

Foi realizado um levantamento, no período maio a agosto de 2016, nos acervos eletrônicos da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, que abarca produções nacionais e internacionais, através do método associativo dos descritores “recém-nascido”, “fototerapia”, “alojamento conjunto” e uso do operador booleano AND. O processo de avaliação da elegibilidade se deu pela triagem dos artigos, com leitura de título e resumo, com utilização dos filtros para textos completos nos idiomas português, inglês e espanhol. Nesta busca foram encontrados 3 estudos na base LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); não foram encontradas duplicidades dos registros, foram excluídos 2 artigos por não abordarem a temática. Destaca-se o estudo de Rodrigues; Campos; Silveira (2007) intitulado

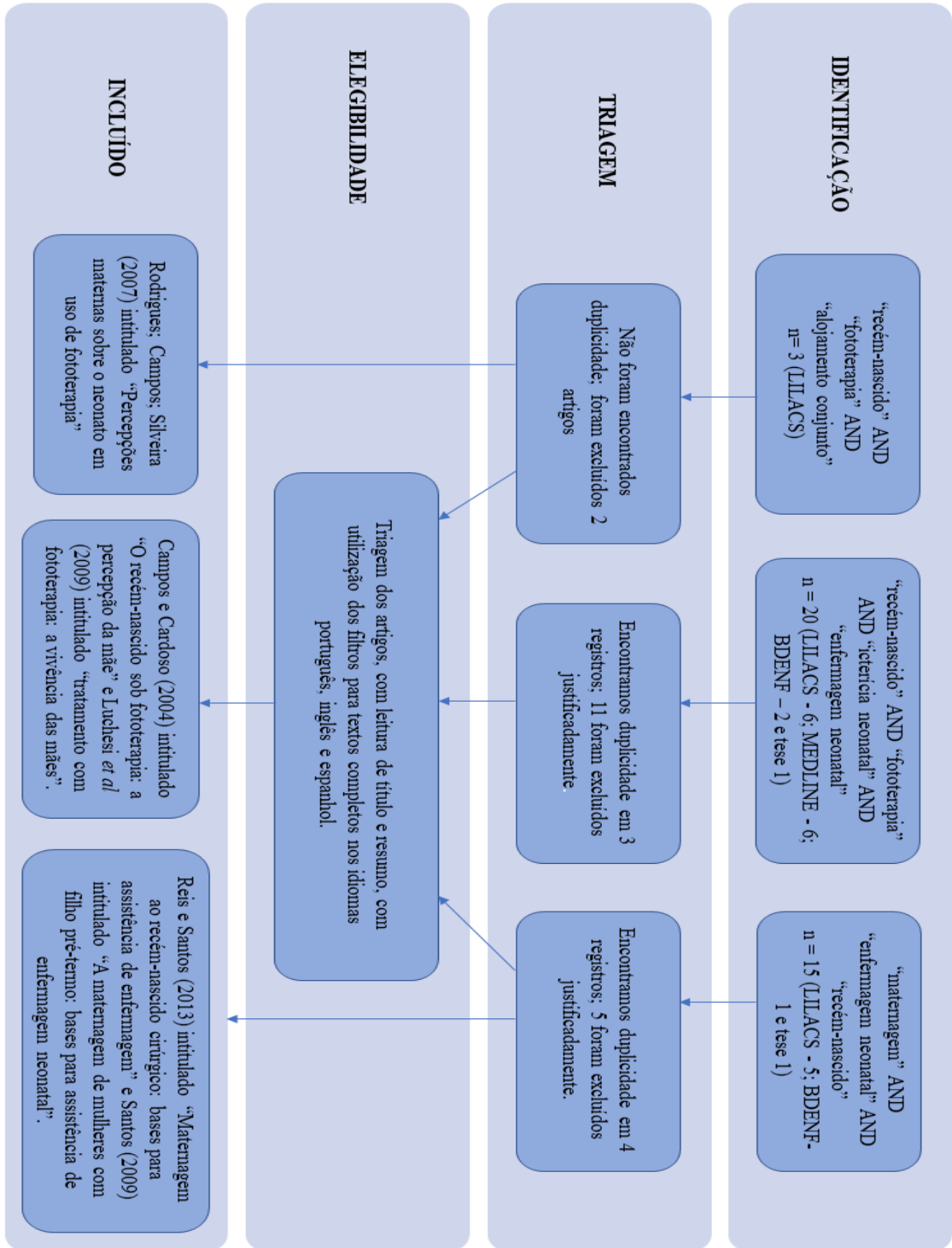
“Percepções maternas sobre o neonato em uso de fototerapia”, que objetivou conhecer a percepção da mãe acerca da fototerapia e identificar as suas dificuldades, relacionadas ao tratamento fototerápico.

Na tentativa de encontrar maiores resultados, foi realizada nova busca, acrescentando-se outros descritores, “recém-nascido” AND “Fototerapia” AND “icterícia neonatal” AND “enfermagem neonatal”, sendo encontrados 20 estudos, destes 6 na base LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), 6 na base MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), na 2 base BDENF (Base de Dados de Enfermagem) e 1 tese. Três registros foram removidos por duplicidade. Dos 15 estudos examinados, 11 foram excluídos justificadamente, pois (5) objetivavam o desenvolvimento de um invento para a proteção durante a fototerapia, avaliação da prática clínica, mecanismos de ação dos aparelhos fototerápicos, indicação de fototerapia a partir de níveis de bilirrubina transcutânea em prematuros, descrever técnicas de avaliação baseadas em evidências e (6) Construção de material educativo sobre fototerapia, uso de fototerapia em domicílio, conhecimento da equipe acerca do tratamento, melhora dos cuidados usando um caminho clínico, intervenções de enfermagem durante o tratamento e baseadas em técnicas de comunicação com mães com filhos em fototerapia. Nessa busca, destacamos os estudos de Campos e Cardoso (2004) intitulado “O recém-nascido sob fototerapia: a percepção da mãe” e Luchesiet al (2009) intitulado “tratamento com fototerapia: a vivência das mães. Os artigos nas bases LILACS, MEDLINE e BDENF referem-se à percepção da mãe acerca do tratamento, desafios no cuidado como mãe e características tecnológicas e avanços dos aparelhos fototerápicos.

Direcionando as buscas para uso de palavras-chave e descritores, respectivamente, “maternagem” AND “enfermagem neonatal” AND “recém-nascido” encontramos 15 estudos, sendo 5 na base LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) 1 tese e 1 na base BDENF (Base de Dados de Enfermagem), 4 registros foram removidos por duplicidade, sendo 7 estudos examinados. Desses, 5 foram excluídos justificadamente, pois traziam como objetivo atribuição à equipe de saúde acerca da participação dos pais no cuidado do prematuro, vivências maternas frente ao filho prematuro, interação das enfermeiras durante a oferta de alimento ao RN por meio do copinho e identificação do conhecimento dos profissionais de saúde acerca do método canguru. Destacamos os estudos de Reis e Santos (2013) intitulado “Maternagem ao recém-nascido cirúrgico: bases para assistência de

enfermagem” e Santos (2009) intitulado “A maternagem de mulheres com filho pré-termo: bases para assistência de enfermagem neonatal”.

Quadro 1: Fluxograma de busca de artigos



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Na área de enfermagem brasileira, não foram encontrados estudos que abordassem a vivência de mulheres-mães com filho submetido ao tratamento de fototerapia em alojamento conjunto, nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SciELO, com uso do método narrativa de vida. Este fato revela a existência de uma lacuna sobre a temática investigada, reforçando a necessidade de estudos sobre o tema.

1.3 - Contribuições do estudo

A presente pesquisa propõe-se a contribuir para melhorias na Enfermagem no âmbito do ensino, da pesquisa e da assistência. No âmbito do ensino, o estudo oferece subsídios que possibilitam o despertar de um olhar crítico e sensível da enfermagem nos diferentes níveis de sua formação. O contato com esta temática possibilitará a valorização da maternagem da mulher com seus filhos em tratamento de fototerapia, ampliando o olhar dos profissionais para esta área.

Para pesquisa, o estudo contribui para o aumento da produção científica de Enfermagem e serve de subsídio teórico para enfermeiros em formação, já que é fato a escassez de trabalhos sobre o assunto.

Para assistência, amplia a discussão da temática através de fóruns e debates, suscitando, nesses profissionais, uma reflexão mais aprofundada sobre tal problema e uma possível mudança de postura assistencial. O estudo visa também, possibilitar a substituição de um cuidado institucional tecnocrático por uma abordagem mais compreensiva, a partir da ótica das mulheres-mães, ou seja, conferindo-lhes voz para a efetivação de um cuidado humanizado.

CAPÍTULO 2

REFERENCIAL CONCEITUAL

2.1 - Organização da assistência perinatal brasileira

Por muitos anos os aspectos relacionados ao crescimento e desenvolvimento da criança foram desconsiderados. No início do século XII, a fragilidade da criança e sua desvalorização eram vista como substituível, a criança era vista como um ser produtivo, inserida com função utilitária na sociedade a partir dos seus sete anos, pois era capaz de realizar atividade sozinha. A infância não era percebida pela família e muito menos pelo estado como uma etapa do ciclo vital, suas necessidades peculiares eram ignoradas (ARIÉS, 1981).

Com as transformações ocorridas no século XVII, em especial a revolução industrial inglesa, que foi marcada por modificações econômicas, sociais, políticas e comportamentais, levou a substituição do trabalho individual manufatureiro para a produção baseada no uso de máquinas, que gerou a necessidade cada vez maior de mão de obra, dando origem as primeiras políticas públicas de saúde, com meta ao controle social, serviços de saneamento e de saúde. Com esse advento a produção capitalista fez com que a população se tornasse objeto do estado, que tinha como meta expandir a produtividade e o fortalecimento do exército. Nesse decorrer, a criança passou a ser vista socialmente, com particularidades significativas que exigiram transformações e reconhecimento enquanto ser biopsicossocial, assim como, seus direitos enquanto cidadão foi se delineando ao longo da história, paralelos a assistência à saúde a este segmento populacional, o qual passou por transformações e ainda permanece em constante construção (ARAÚJO; SILVA; COLLET *et al*, 2014).

A posição social da criança passou por inúmeras transformações ao longo dos anos, levando-a enfrentar desafios nas condições de vida e saúde, até serem consideradas sujeitos sociais, valorizados com suas características peculiares. Segundo Ariés (1981) na idade média, um período histórico europeu entre os séculos V e XV, considerava-se a infância como um período caracterizado pela inexperiência, dependência e incapacidade de corresponder as demandas sociais mais complexas. A criança era percebida como uma miniatura do adulto, sem características ou particularidades individuais, devido à linguagem pouco desenvolvida, ou seja, a família não percebia as necessidades específicas das crianças.

Neste período, não havia diferenças estabelecidas entre o adulto e a criança, a não ser a estatura, pois assim que apresentavam certa independência física, já eram inseridas no trabalho, juntamente com os adultos. A época formar uma pessoa responsável era desenvolver

alguém para servir, logo as crianças aprendiam ofícios que eram desenvolvidos pelos adultos. O trabalho era uma imposição a todos.

Por volta do século XV, sua imagem passou a ser retratada por pintores da época, não por representar um grupo que necessitasse de atenção, mas por sua beleza e graciosidade. Isso se deu por um deslumbramento religioso configurado na imagem do menino Jesus e em anjos, passando a criança a ser notada pelos adultos, mas ao mesmo tempo, permaneceu anexa a estes envolvidas em jogos e trabalho (ARAÚJO; SILVA; COLLET *et al*, 2014).

Paralelamente no Brasil, essa realidade não se apresentou de maneira diferente, pois o período colonial foi marcado por muitas barbáries que contribuíram para os altos índices de mortalidade infantil, considerando as doenças que costumavam afligir e dizimar as crianças, como o sarampo, varíola, verminoses, dermatoses, tinha e sarna, além da infecção chamada “mal-de-sete-dias”, resultante da inflamação do umbigo do RN (RIBEIRO, 2006). Nessa época não havia sentimentos pelas crianças e sim indiferença e crueldade, além de condições precárias sociais e sanitárias a qual eram submetidas, que corroboravam com o processo de adoecimento. Muitas casas eram compostas por um único cômodo, que não dispunham de ventilação adequada ou iluminação solar, essas condições só colaboravam ainda mais para o crescente índice de mortalidade infantil.

As mulheres em trabalho de parto eram assistidas por parteiras inexperientes, e em seguida suas crianças eram cuidadas por escravas (amas secas), estas viviam em condições sociais, alimentares e de moradia muito precária, o que possibilitava a transmissão de doenças e adoecimento das crianças. No século XVII a criança começou a ser percebida no contexto social, representando o centro para as famílias, foi nesse período que as famílias demonstraram sentimentos de carinho e amor à criança (ARAÚJO; SILVA; COLLET *et al*, 2014).

Ainda assim, o abandono perdurou por muito tempo como uma prática aceita pela sociedade, entre os motivos do abandono estavam: extrema pobreza, o nascimento de filhos bastardos, adoecimento ou morte dos pais. Nesses casos, os cuidados reservados a essas crianças no século XIX, era a chamada Roda dos Expostos, existente nas principais capitais brasileiras desde o século XVIII (ARAÚJO; SILVA; COLLET *et al*, 2014): um cilindro de madeira, numa parede ou muro com abertura de um único lado, voltada para a rua, em que a mãe desejosa de se desfazer do filho RN colocava-o envolto em panos e, rodando a engenhoca no sentido rua/asilo ou hospital, ali deixava a criança. Os sistemas de rodas pertenciam às instituições de caridade, que de forma precária buscava cuidar das crianças abandonadas, oferecendo abrigo e alimentação. Neste período nem a igreja e o Estado assumiram a

responsabilidade pela criança abandonada, porém a sociedade organizada ou não que atentou para essas crianças sem família. Assim a história da criança abandonada no Brasil se dividiu em três momentos: caritativa – até meados dos séculos XIX, filantrópica – até a década de 1960 e Estado do Bem-estar social – últimas décadas do século XX, fase em que a criança se tornou sujeito de direito (ARAÚJO; SILVA; COLLET *et al*, 2014).

As iniciativas de políticas públicas de saúde resultam de processos históricos, lutas e reivindicações, na qual a população e os governantes se envolvem por meios de debates sobre os direitos humanos em diversos seguimentos. Em 1920, com a introdução do modelo previdenciário houve uma preocupação por parte das autoridades públicas e privadas pelas crianças, por serem consideradas dependentes dos trabalhadores das indústrias (ARAÚJO; SILVA; COLLET *et al*, 2014). Visto que o adoecimento infantil refletia no absenteísmo dos trabalhadores, logo as indústrias tiveram como incentivo o estímulo ao aleitamento materno como meta para melhoria da saúde infantil e para que as mães cumprissem com a jornada de trabalho proposta. Neste contexto, por muitos anos os programas instituídos à saúde da criança apresentavam apenas o caráter curativo e individualizado, sendo desenvolvidos em hospitais privados ou centros médicos de grandes indústrias.

Um marco na década de 1970 foi a implantação do Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PNSMI), pois devido às ações anteriores voltadas a assistência à saúde da criança, não se via uma redução da mortalidade infantil que nesse período era alta, alcançavam números preocupantes chegando a 120,7 a cada 1.000 nascidos vivos (DATASUS). O PNSMI apresentava como objetivo a redução da morbimortalidade entre as mulheres e as crianças, através de estratégias de caráter preventivo, pautadas no incentivo ao aleitamento materno, melhoria na alimentação para prevenção da desnutrição materno infantil, melhoria nas ações no período de gestação, parto e puerpério, porém mesmo com todas essas iniciativas não se observou uma redução significativa na mortalidade infantil no fim desta década, que contabilizava em 113 a cada 1.000 nascidos vivos.

Por volta da década de 1980, no intuito de modificar a assistência à saúde da criança no Brasil, houve uma mudança no cuidado integral, com a identificação da necessidade de um acompanhamento no processo de crescimento e desenvolvimento de todas as crianças. Assim o Ministério da Saúde implementou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC).

As décadas de 1980 e 1990 foram marcadas por muitas conquistas sociais no âmbito da saúde, por meio da Constituição Federal, Sistema Único de saúde (SUS) e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que contribuíram profundamente para o delineamento das transformações no modelo de saúde brasileiro, bem como no que diz respeito à saúde da criança, essas ações proporcionaram um declínio importantes nos índices de mortalidade infantil, contudo ainda existia um longo caminho a ser percorrido.

Por muitos anos, o sistema de saúde brasileiro manteve a saúde da criança interligada à saúde materna, porém no ano de 1984 o ministério da saúde, sentiu a necessidade do desmembramento desse programa dando origem ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). O PAISC surgiu como estratégia para o enfrentamento das adversidades, encontradas na população infantil, especificamente no que se referia à sua sobrevivência. Trazendo como objetivo a promoção da saúde infantil, de forma integral e priorizando as crianças pertencentes aos grupos de risco, na procura de qualificar a assistência e aumentar sua cobertura, suas ações englobam o crescimento e desenvolvimento; incentivo ao aleitamento materno; controle das diarreias e desidratação; controle das infecções respiratórias agudas (IRA); imunização; prevenção e manejo do RN de baixo peso; prevenção de acidentes e intoxicações; assistência ao RN (BRASIL, 2011).

Em 1990, foi aprovada a lei que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a partir do qual, a criança e ao adolescente adquiriram amplos direitos de proteção a sua integridade física e psicológica, lazer e bem-estar, devendo ser amparados por suas famílias, comunidade e estado. Com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no ano de 1991 e em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), pelo Ministério da saúde, que efetivamente a saúde da criança foi potencializada, pois estas formas descaracterizam a passividade das pessoas assumindo a vinculação da responsabilidade entre equipe de saúde interdisciplinar e sua população (ARAÚJO; SILVA; COLLET *et al*, 2014).

Paralelamente, em 1991, foi instituído o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP), no intuito de organizar e regionalizar o atendimento a assistência perinatal, promovendo melhoria na assistência ao parto conjuntamente a assistência ao RN, instituindo o alojamento conjunto e o aleitamento materno. Em 1994, com objetivo de garantir o direito da criança à assistência humanizada e incentivar, promover e apoiar o aleitamento materno, foi instituída a Iniciativa do Hospital Amigo da Criança (IHAC), emergiu como meio de integrar a assistência, promovendo autonomia para o binômio mãe-bebê, principalmente, no que se refere

ao parto humanizado e aleitamento materno, que conseqüentemente reduz as doenças e a mortalidade infantil (BRASIL, 2011; COSTA; PADILHA; MONTICELLI *et al*, 2010).

A diminuição na velocidade de redução nos índices de mortalidade infantil despertou preocupações no governo e nas instituições voltadas ao bem-estar infantil, que culminou em pesquisas e estratégias para o alcance de indicadores mais satisfatórios. Várias foram as iniciativas desenvolvidas em nível governamental e não governamental na tentativa desta redução, então no ano de 1996, foi adotada a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), que originou na Organização Mundial de Saúde (OMS) e no Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), que apresentava como meta a promoção rápida e significativa na redução da mortalidade infantil no Brasil. Esta iniciativa foi principalmente adotada pelas regiões norte e nordeste que apresentavam altos índices na taxa de mortalidade infantil, que após a implementação dessa iniciativa demonstrou declínio significativo nessas regiões brasileiras, porém quando comparadas às outras regiões os índices ainda permaneciam elevados (BRASIL, 2012; ARAÚJO; SILVA; COLLET *et al*, 2014).

Em decorrência, desses índices bastante elevados que culminaram novas estratégias para redução da mortalidade infantil, estudos apontaram que as principais causas de mortes infantis eram originárias do período perinatal e prematuridade, então no ano de 1998, foi estruturado o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento à gestante de alto risco, com objetivo de integrar e melhorar a qualidade da assistência no pré-natal e parto. Com isso, foi observado o grande número de nascimentos prematuros e de baixo de peso, que levou o Ministério da Saúde no ano de 2000 a instituir a norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de baixo peso – o Método Canguru, com a proposta de atenção voltada para o contato pele a pele do bebê com sua mãe, de forma crescente e com liberdade de tempo, o qual proporciona uma maior participação da família nos cuidados com o RN, gerando resultados satisfatórios em sua recuperação (BRASIL, 2013).

Próximo ao fim dos anos 2000, o Brasil assumiu internacionalmente, com mais 190 nações, a meta dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) em reduzir dois terços da mortalidade infantil em crianças menores de 5 anos até 2015, ou seja, apresentar em 2015 um índice de mortalidade infantil de 17,9 óbitos por mil nascimentos, através de campanhas para mostrar como as vacinas protegem o bebê; como a higiene pode evitar algumas doenças; nutrição adequada para o bebê e importância do aleitamento materno.

Com base nos dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), o número total de óbitos em crianças menores de 5 anos no Estado entre os anos de 1995 a 2015, foi de 101.919 casos, já a taxa de mortalidade infantil em menores de 5 anos, era de 31 óbitos a cada mil nascidos vivos em 1995, porém em 2015 este percentual passou para 14,4 óbitos a cada mil nascidos vivos, representando redução de 53,5% da mortalidade. Sem contar que, entre os anos de 2008 a 2015 houve óbitos por causas evitáveis no período neonatal (de 0 a 27 dias), correspondendo a um quantitativo de 53.583 casos e destes 611 eram relativos a outras icterícias neonatais, refletindo um percentual de 1,14%.

Desde então, diversas estratégias foram criadas no intuito de atingir as metas da ODM, o Ministério da Saúde em 2004, lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, de acordo com os princípios do SUS de oferecer um atendimento indiscriminado e individualizado, considerando as especificidades de cada indivíduo e reforçando o compromisso com os estados e municípios, em prol da redução da mortalidade infantil, através de uma rede de assistência pública integral, qualificada e humanizada em benefício da criança brasileira. Este programa postulava ações no intuito de fortalecer o nascimento saudável, o crescimento e desenvolvimento, o combate a distúrbios nutricionais e as doenças prevalentes na infância. Para aprimorar tais ações o Ministério da Saúde propôs linhas de cuidado, as quais permitiram uma visão ampliada dos usuários em todos os âmbitos. As linhas foram dispostas da seguinte maneira: Ações da saúde da mulher: atenção humanizada e qualificada; Atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido; Triagem neonatal: teste do pezinho; Incentivo ao aleitamento materno; Incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; Alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil; Combate à desnutrição e anemias carenciais; Imunização; Atenção às doenças prevalentes; Atenção à saúde bucal; Atenção à saúde mental; Prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil; Atenção à criança portadora de deficiência (ARAÚJO; SILVA; COLLET *et al*, 2014).

Nos anos subsequentes, foram sendo criadas estratégias pelo Ministério da Saúde no intuito de melhorar a assistência à saúde da mulher e da criança. Sendo assim, em 2008 foi lançada a Rede Amamenta Brasil, que adota como proposta o incentivo ao aleitamento materno na rede de atenção básica, pois é na atenção básica que se dá o maior contato da gestante, da puérpera e da lactante com o sistema de saúde. Em 2009, foi instituído a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis, a qual além de priorizar o cuidado integral à saúde da mulher e da criança desde o nascimento, enfatiza os investimentos para a geração de crianças

saudáveis, como sendo indispensáveis para o desenvolvimento de uma nação. Em 2011, foi implantada a Rede Cegonha, uma rede de cuidados com vistas a garantir segurança e qualidade assistencial à mulher em todo ciclo reprodutivo, bem como garantir à criança segurança e o cuidado integral ao nascimento, crescimento e desenvolvimento.

Em concordância, com os princípios da Rede Cegonha, foi instituída em 2013, a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, que sucedeu da integração das ações da Rede Amamenta Brasil e da Estratégia Nacional de Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), tendo como finalidade intensificar a promoção do aleitamento materno e alimentação saudável para crianças menores de dois anos e fortalecer as ações assistenciais a partir da qualificação no processo de trabalho dos profissionais da saúde. Em 2015, foi instituída a PNAISC (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança), com objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância (de 0 a 5 anos de idade) e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (ARAÚJO; SILVA; COLLET *et al*, 2014; MACÊDO, 2016).

É notável, a evolução histórica na participação social da criança, assim como os cuidados voltados a essa população, que com o passar dos anos avançou, tendo como reflexo a redução na mortalidade infantil para os índices propostos pela ODM e a implantação de diversas políticas públicas de saúde. Esses resultados só foram possíveis devido as importantes mudanças ocorridas ao longo do século XX, no que tange à melhoria das condições de vida da população (pobreza, educação, urbanização e a fertilidade). Contudo, devemos considerar que a assistência à saúde da criança, é historicamente um fato recente que se encontra em processo de construção, pois ainda existem taxas elevadas de óbitos por causas evitáveis relacionadas ao cuidado em saúde no período de gestação, parto e nascimento, demonstrando a necessidade de ações a serem pontuadas, reorganizadas e discutidas em profundidade para que os próximos avanços possam suprir as reais necessidades da população materno-infantil.

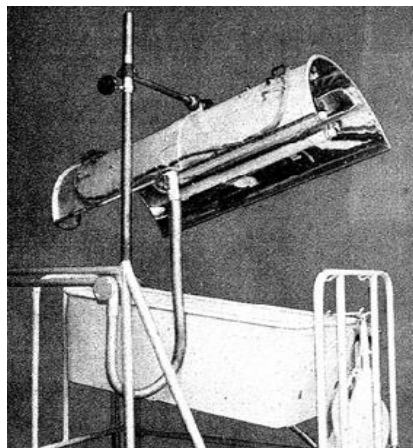
2.2 – Conhecendo a Hiperbilirrubinemia neonatal e suas formas de tratamento

As patologias que acometem os RN tem sido tema de inúmeras pesquisas no campo da enfermagem, no intuito de garantir melhores condições de saúde e conseqüentemente reduzir a morbimortalidade. A patologia frequentemente observada no período neonatal é denominada

por hiperbilirrubinemia, porém é mais conhecida por sua expressão clínica icterícia, podendo ser observada em diferentes setores da assistência neonatal.

De acordo com a literatura, as primeiras observações acerca dessa patologia se deram em torno do ano de 1956, pela Enfermeira J. Ward, chefe da unidade de prematuros do *Rockford General Hospital*, situado na Inglaterra mais especificamente na cidade de Essex, em que percebeu a redução na coloração amarela da pele de alguns bebês que dormiam próximos a janela ou tomavam banho de sol no jardim do referido hospital. Nesse mesmo período, uma amostra de sangue de um RN icterício foi deixada acidentalmente exposta ao sol no laboratório deste hospital, sendo detectada uma redução significativa dos níveis séricos de bilirrubina após esse período. Baseados nessas observações, Cremer; Perryman; Richards (1958 *apud* LIMA; KORKES; FREITAS, 2012) realizou a dosagem dos níveis séricos de bilirrubina de treze prematuros antes e após exposição direta deles à luz solar, alternando por períodos de 15 a 20 minutos na sombra, no qual constataram os mesmos achados da enfermeira J. Ward. A partir desses resultados, criou a primeira unidade de fototerapia um “instrumento para a iluminação com luz artificial para berço de crianças”.

Figura 1: Aparelho de Luz artificial para iluminação dos berços



Fonte: apps.einstein.br/revista (2012)

Figura 2: Jardim do Rockford General Hospital



Fonte: Art.com (2017)

Figura 3: Enfermeira J. Ward



Fonte: Neonatology on the web (2015)

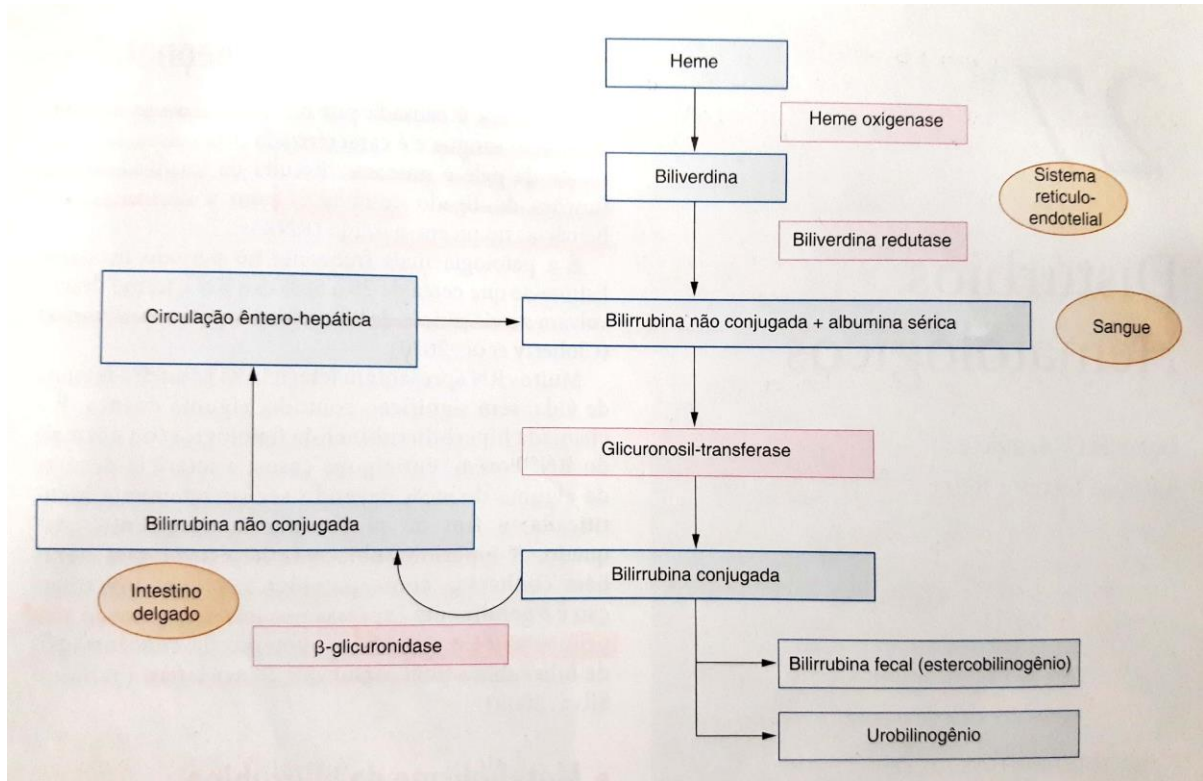
Desde esse momento, os aparelhos de fototerapia evoluíram significativamente, sofrendo modificações tecnológicas constantes no intuito de melhor eficácia clínica e passaram a ser instituídos com maior frequência no tratamento da icterícia neonatal devido a sua resolutividade, sem falar no baixo custo e no método não invasivo do tratamento. Mesmo diante de todos esses benefícios, a base de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), demonstrou que entre os anos de 2008 a 2015, 611 óbitos foram decorrentes de icterícias neonatais, refletindo um percentual de 1,14% do quantitativo de nascidos vivos no Brasil, fato preocupante por se tratar de óbitos evitáveis no período neonatal (de 0 a 27 dias).

De acordo com Vaz; Diniz; Ceccon *et al* (2011), estima-se que cerca de 60% dos RNT e 80% dos RN RNPT apresentam algum grau de icterícia nos primeiros dias de vida. Os RNT apresentam um aumento precoce no nível de bilirrubina entre o 3º e 4º dias de vida, contudo regredindo frequentemente de maneira espontânea, porém cerca de 10,8% desses RNT apresentam a necessidade de serem submetidos ao tratamento de fototerapia.

A bilirrubina é um dos produtos que se origina da destruição dos glóbulos vermelhos. Esses produtos de degradação são lançados na circulação sanguínea, sendo divididos em duas frações: heme e globina (proteína), a porção globina é utilizada pelo corpo e a porção heme é transformada em bilirrubina indireta - BI, uma substância não solúvel ligada à albumina do plasma. Durante esse processo alguns subprodutos são reciclados como: ferro e proteína e outros são excretados.

É necessário que a BI seja convertida em bilirrubina direta - BD, para ser excretada do organismo, porém para que ocorra essa conversão, a albumina carrega a BI para o fígado e nos hepatócitos sofre ação através da enzima glicuroniltransferase, que é conjugada ao ácido glicurônico, formando uma substância altamente solúvel a BD, que é excretada pelos canais biliares para o trato gastrointestinal até o intestino delgado, onde será reduzida a estercobilina pelas ações de bactérias da flora, a maior parte da bilirrubina reduzida será liberada nas fezes e a menor parte é eliminada pela urina.

No RN a flora intestinal não está completamente formada ao final da primeira semana de vida, logo a presença da enzima betaglicuronidase (circulação entero-hepática) pode reabsorver a BD pela parede intestinal e transformá-la novamente em BI, o que conseqüentemente aumentará os níveis séricos de bilirrubina e a quantidade a ser metabolizada pelo fígado, porém o mais frequente é que organismo humano consiga manter um equilíbrio entre a destruição dos glóbulos vermelhos, o uso e excreção de seus produtos. (ARAÚJO e REIS, 2012; HOCKENBERRY e WILSON, 2011; VAZ; DINIZ; CECCON *et al*, 2011).

Figura 4: Metabolismo da bilirrubina

Fonte: Araújo e Reis (2012, p.254)

A hiperbilirrubinemia neonatal se caracteriza pela coloração amarelada da pele e mucosas, devido o excesso de produção, impossibilidade de excreção ou excreção lenta e ineficaz, agregada ao processo de hemólise das hemácias neonatais. A hiperbilirrubinemia é classificada em fisiológica e patológica, porém metade dos casos é representado pela forma fisiológica, que ocorre de maneira branda e autolimitada, dentro de 48 a 72h após o nascimento, não apresentando sinais de doença como: letargia, sucção débil e instabilidade térmica. A hiperbilirrubinemia patológica pode ocorrer nas primeiras 24 a 36h após o nascimento, com um aumento na concentração da bilirrubina total ($> 5\text{mg/dl/dia}$), caracterizando-se por uma condição que requer investigação e tratamento, por apresentar sinais de sucção débil, hipotatividade, hepatoesplenomegalia, anemia e anasarca (ARAÚJO e REIS, 2012; TAMEZ, 2013).

A intensidade e os níveis séricos de bilirrubina indireta apresentam progressão cefalocaudal, que segundo Brasil (2014) classificação em três zonas: a icterícia que acomete somente a cabeça (zona 1: BI entre 4 a 8mg/dl), a presença de icterícia desde a cabeça até a cicatriz umbilical (zona 2: BI de 5 até 12mg/dl) e a presença de icterícia até os joelhos e cotovelos (zona 3: BI superior a 15mg/dl).

De acordo, com Hockenberry e Wilson (2011) as possíveis causas de hiperbilirrubinemia se originam de: Fatores fisiológicos (prematuridade); Associação à amamentação ou ao leite materno; Produção excessiva de bilirrubina (p.ex., doença hemolítica, defeitos bioquímicos, contusões); Prejuízo da capacidade do fígado em secretar bilirrubina conjugada (p.ex., deficiência enzimática, obstrução do ducto biliar); Associação entre excesso de produção e redução da secreção de bilirrubina (p. ex., sepse); Algumas comorbidades (p. ex., hipotireoidismo, galactosemia, filho de mãe diabética) e Predisposição genética ou produção elevada (indígenas americanos, asiáticos).

Apesar da maioria dos casos apresentarem curso benigno, o maior risco no aumento dos níveis séricos de bilirrubina se dá por sua toxicidade e capacidade de impregnação do sistema nervoso central (SNC), podendo causar danos cerebrais irreversíveis. Tal evento ocorre, quando a bilirrubina indireta está na forma livre, isto é, não ligada à albumina, tendo a capacidade de atravessar facilmente a barreira hematoencefálica (BHE), causando a cor amarelada no tecido cerebral. Dessa forma, o RN com icterícia grave pode desenvolver o quadro clínico denominado *kernicterus* ou encefalopatia bilirrubínica, uma síndrome encefálica grave decorrente da impregnação da BI nas células cerebrais (HOCKENBERRY e WILSON, 2011; JARDINE e MALWADE, 2014).

Os sobreviventes desse efeito tóxico podem manifestar diversos níveis de sequelas desde dificuldade no aprendizado a sequelas neurológicas como retardo mental, perda de audição e disfunção motoras. Segundo Araújo e Reis (2012, p. 256) as manifestações clínicas da encefalopatia bilirrubínica (*kernicterus*) se dão em quatro fases:

Fase 1: hipotonia, letargia e reflexo de sucção débil nos primeiros 2 a 3 dias;

Fase 2: espasticidade, opistótono e febre;

Fase 3: aparente melhor, geralmente no fim da primeira semana, com diminuição da espasticidade;

Fase 4: incide, geralmente aos 2 a 3 meses de vida, com sinais sugestivos de paralisia cerebral.

Nesse sentido, a intervenção principal diante da hiperbilirrubinemia neonatal é instituir o mais precocemente um tratamento que vise prevenir a encefalopatia bilirrubínica, e como em qualquer caso de incompatibilidade sanguínea, reverter o processo hemolítico. As formas de terapia mais utilizadas para o tratamento compreendem: a fototerapia e a exsanguineotransfusão, a escolha dependerá do nível sérico de bilirrubina do recém-nascido (BRASIL, 2014).

A fototerapia é a modalidade terapêutica mais utilizada por se tratar de um método não invasivo e com alta eficácia na diminuição dos níveis plasmáticos de bilirrubina, requerendo a exposição do RN despido à luz associada ao uso de proteção ocular. Essa terapêutica utiliza a energia luminosa para transformar a bilirrubina em produtos hidrossolúveis, que proporcionará ser eliminação do organismo sem necessitar da conjugação hepática, a transformação se torna possível através de dois mecanismos de ação (LOPES e PAES, 2015):

- ❖ **Fotoisomerização:** altera a forma de ligação da molécula de bilirrubina por meio de rotação de 180 graus de uma de suas ligações, originando o isômero configuracional (geométrico) ou permitindo novas ligações em sua estrutura, propiciando o isômero estrutural (lumirrubina), o qual não necessita de conjugação para ser eliminado via hepática;
- ❖ **Fotooxidação:** sua ação fragmenta a bilirrubina por conta da exposição à luz, levando à produção de complexos pirólicos, os quais são solúveis em água e excretados na urina.

No mercado existem disponíveis diversos equipamentos de fototerapia, os mais comuns e antigos são os de lâmpada fluorescente e halógena. As fototerapias fluorescentes são denominadas convencionais, utilizando as combinações entre lâmpadas brancas, verdes, azuis e azuis especiais, porém as lâmpadas azuis e verdes têm sido menos utilizadas por causarem eritema no RN, além de provocarem náuseas e tonteiças aos profissionais de saúde. Seguido dessas duas modalidades terapêuticas surgiram às fototerapias de alta intensidade.

Leite e Castro (2014); Lopes e Paes (2015); Durán; García; Sánchez (2015); Brasil (2014) e Carvalho (2001) trazem considerações acerca das modalidades de fototerapia disponíveis atualmente no mercado.

Fototerapia fluorescente (convencional): considerada de baixa irradiância; pode ser utilizada luz branca (8-12 mw/cm²/nm na distância de 20cm), azul ou verde, sendo que a azul (irradiância > 30 mw/cm²/nm) é a mais recomendada por produzir queda mais rápida e acentuada da bilirrubina; o aparelho é composto por 6 a 8 lâmpadas fluorescente; a utilização de cobertura branca ao redor do aparelho aumenta a irradiância; a durabilidade da lâmpada é de 2.000 a 5.000h; Cabe ressaltar que as lâmpadas devem ser protegidas com placa de acrílico com a finalidade de evitar acidentes e filtrar os raios ultravioleta, pois estes podem provocar eritema no RN.

Figura 5: Aparelho de Octofoto



Fonte: Fanem®

Fototerapia halógenas: Segunda modalidade terapêutica surgida na década de 80, utilizando lâmpadas halógenas (tungstênio) em forma de *spot* (foco) de diâmetro aproximado de 20 cm, sendo colocado a uma distância de 50 cm perpendicular ao RN, emitem irradiância de 18-25mw/cm²/nm somente no foco central luminoso, é indicada para RN < 1.500g em incubadora, a explicação se dá entre a incidência do foco luminoso e a superfície corpórea, possui risco de hipertermia e queimaduras.

Figura 6: Aparelho de Bilispot



Fonte: Fanem®

Fototerapia de alta intensidade: Surgiu na metade da década de 90, o primeiro aparelho utilizava 16 lâmpadas azuis especiais dispostas em um cilindro, no qual o RN era colocado à uma distância de 15cm da luz. A irradiância atingida era superior a 100mw/cm²/nm, gerando uma redução de 70% nos níveis séricos de bilirrubina nas primeiras 6 horas de tratamento. Seguindo a evolução deste método encontramos o sistema Biliberço®, Bilitron Bed®, Bilitron® e Bilisky®, cuja irradiância é de 30mw/cm²/nm na maior superfície corporal possível. Indicada para níveis de BT de 17-19mg/dl. A fototerapia deve ser suspensa quando a BT for inferior a 13-14mg/dl, sendo realizada a nova dosagem da BT, 24 horas após a interrupção.

- ❖ Biliberço®: Consiste em um conjunto de 7 lâmpadas fluorescentes brancas, localizadas na base de um berço de acrílico à 7cm do RN. O uso do colchão de silicone reduz sua irradiância. A evolução deste aparato terapêutico é o Bilitron Bed®;
- ❖ Bilitron Bed®: Trata-se de uma fototerapia reversa que dispõe de um conjunto de 17 lâmpadas de LED (*Light Emitting Diode*) com alta emissão de irradiância (>30mw/cm²/nm), distribuída em maior superfície corporal, localizadas na base do berço de acrílico a uma distância de 9 cm do RN, o uso do colchão de gel não interfere na irradiância recebida pelo RN. Está indicado somente para RN > 2.000g, existindo a possibilidade de hipertermia ou hipotermia. A expectativa média de vida do módulo de radiação é de cerca de 10.000 horas.
- ❖ Bilitron®: Contém um módulo com 5super LED – emissão de iodo de alta intensidade, utilizadas em RN pré-termo, < 2.000g, acoplado à incubadora. A durabilidade das lâmpadas tem em média 20.000horas.
- ❖ Bilisky®: Contém 3 módulos com 5 super LED totalizando 15 super LEDs. Utilizada em RN < de 2000g. A durabilidade das LEDs tem em média 20.000horas.

Estudos observaram queda nos níveis de bilirrubina, seis vezes mais rápido, quando utilizada a fototerapia de alta intensidade comparada a fototerapia convencional. No cenário do estudo o Bilitron Bed® e o Bilisky® são os recursos comumente utilizados, especialmente por se tratar de uma unidade hospitalar de atendimento à risco fetal, com um percentual elevado de crianças com icterícia patológica.

Figura 7: Aparelho de Bilitron Bed



Fonte: Fanem ®

Figura 8: Aparelho de Bilisky



Fonte: Fanem ®

Figura 9: Aparelho de Bilitron



Fonte: Fanem ®

Fototerapia de contato: Trata-se de uma fototerapia, na qual o RN encontra-se sobre um colchão luminoso a uma medida de 13 cm x 10cm. A fonte geradora de luz é feita através de uma lâmpada halógena especial, onde a luz trafega através de um cabo de fibra ótica, sua irradiância situa-se entre 35 a 60mw/cm²/nm, apesar de sua alta irradiância, sua eficácia se torna prejudicada pela pequena área de superfície exposta à luz, trazendo uma limitação do tratamento para os RN a termos, sendo mais utilizados em RN prematuros por serem relativamente menos ativos. Está indicado para fototerapia em incubadoras em conjunto com a fototerapia superior para aumentar a superfície corporal exposta à luz.

Figura 10: Aparelho de Biliblanket



Fonte: OHMEDA®

Segundo Brasil (2014) a eficácia da fototerapia depende principalmente dos seguintes fatores:

- ❖ Comprimento de onda de luz - O comprimento de onda ideal para a absorção da bilirrubina-albumina compreende a faixa azul de 425 a 475 nm.
- ❖ Irradiância espectral – a intensidade da luz, verificada por meio da irradiância espectral ($\text{mW}/\text{cm}^2/\text{nm}$), é medida com radiômetros (existem de fabricação nacional). No colchão em que se encontra o RN e mede-se a irradiância nas quatro pontas e no centro, sendo então calculada a média dos cinco pontos. A irradiância de cada aparelho de fototerapia em uso deve ser avaliada antes do uso e diariamente para a determinação do seu declínio e indicação da troca de lâmpadas. Irradiância de 8 – 10 $\text{mW}/\text{cm}^2/\text{nm}$ é denominada por convencional e a de 30 $\text{mW}/\text{cm}^2/\text{nm}$ é de alta intensidade.
- ❖ Superfície corpórea exposta à luz - Quanto maior a superfície corpórea exposta à luz, maior é a eficácia da fototerapia. Portanto, RN que recebem a luz na parte anterior e posterior do tronco, membros e permanecem sem fraldas recebem maior irradiância espectral. Dessa forma, a fototerapia é mais eficaz quando a irradiância é adequada. É importante lembrar que a proximidade excessiva da fonte luminosa pode causar queimaduras, para tanto se faz necessário respeitar os limites dado pelo fabricante.

No entanto, a maioria dos casos de hiperbilirrubinemia neonatal conseguem ser controlados por meio do tratamento de fototerapia, quando administrado de maneira que contemple todas os seus cuidados necessários, mas principalmente em casos de doenças hemolítica grave por incompatibilidade é indicada a exsanguíneotransfusão que é representada pela troca sanguínea do RN, no intuito de remover o excesso de bilirrubina, prevenindo seus efeitos tóxicos. Com essa terapêutica reduz-se cerca de 50% da concentração sérica de bilirrubina, que deve ser realizado em ambiente asséptico, com o RN sob calor radiante e com monitoração dos sinais vitais (BRASIL, 2014). De acordo, com Araújo e Reis (2012, p. 257) o volume a ser trocada é de duas volemias, lembrando que a volemia do RN a termo é igual a 80ml/kg e do prematuro 100ml/kg. Tal procedimento deve ser realizado em RN com hiperbilirrubinemia não responsiva à fototerapia.

Quadro 2: Indicações de fototerapia e exsanguíneotransfusão (EST) em RN maiores que 35 semanas

Idade	Bilirrubina total (mg/dL)			
	Fototerapia		Exsanguineotransfusão	
	35 ^{0/7} – 37 ^{6/7} semanas	≥ 38 ^{0/7} semanas	35 ^{0/7} – 37 ^{6/7} semanas	≥ 38 ^{0/7} semanas
24 horas	8	10	15	18
36 horas	9,5	11,5	16	20
48 horas	11	13	17	21
72 horas	13	15	18	22
96 horas	14	16	20	23
5 a 7 dias	15	17	21	24

- Diminuir em 2mg/dL o nível de indicação de fototerapia ou EST se doença hemolítica (Rh, ABO, outros antígenos), deficiência de G-6-PD, asfixia, letargia, instabilidade na temperatura, sepse, acidose ou albuminemia <3g/dL.
- Iniciar fototerapia de alta intensidade sempre que: BT > 17–19mg/dL e colher BT após 4–6 horas; BT entre 20–25 mg/dL e colher BT em 3–4 horas; BT > 25 mg/dL e colher BT em 2–3 horas, enquanto o material da EST está sendo preparado.
- Se houver indicação de EST, enquanto ocorre o preparo colocar o RN em fototerapia de alta intensidade, repetindo a BT em 2 a 3 horas para reavaliar a indicação de EST.
- A EST deve ser realizada imediatamente se houver sinais de encefalopatia bilirrubínica ou se a BT estiver 5mg/dL acima dos níveis referidos.
- A fototerapia pode ser suspensa, em geral, quando BT < 8–10 mg/dL, sendo a BT reavaliada 12–24 horas após suspensão para detectar rebote.

Fonte: BRASIL (2011, p. 68).

2.3 - Assistência ao recém-nascido em fototerapia no Alojamento Conjunto

Com intuito de propiciar o vínculo entre o binômio mãe-filho durante as 24 horas do dia até o momento da alta hospitalar, foi implantado no Brasil o alojamento conjunto. A primeira experiência se deu no ano de 1971 no hospital distrital de Brasília, atualmente conhecido por Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), apesar de existirem Santas Casas de Misericórdia que mantinham esta proposta (SOUZA e FERREIRA, 2014). No ano de 1977 o Ministério da Saúde recomendou a permanência de RN saudáveis junto de suas mães, anos depois em 1983 o extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) instituiu a resolução nº 18/83, tornando obrigatório o alojamento conjunto aos hospitais públicos e conveniados (BRASIL, 1993). A portaria MS/GM nº 1.016, de 26 de agosto de 1993, aprovou as Normas Básicas para a implantação do sistema "Alojamento Conjunto" e o regulamentou. A lei foi elaborada considerando entre outros, o Estatuto da Criança e do Adolescente, o qual estabelece que: "os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe".

Através da portaria nº 2.068 de 21 de outubro de 2016 o MS/GM instituiu diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao RN no Alojamento Conjunto, sendo aplicada aos serviços de saúde, públicos e privados, inclusive das Forças Armadas, de hospitais universitários e de ensino, definindo-se como alojamento conjunto: o local em que a mulher e o RN sadio, logo após o nascimento, permanecem juntos, em tempo integral, até a alta.

Entretanto, essa permanência requer algumas condições sendo destinadas a mulheres clinicamente estáveis e sem contraindicações para a permanência junto ao seu bebê, os RN devem estar clinicamente estáveis, com boa vitalidade, capaz de sugar e de manter o controle térmico, com peso \geq a 1800g e idade gestacional (IG) \geq 34 semanas, sendo destinados também aos RN com acometimentos sem gravidade, como por exemplo: icterícia, necessitando de fototerapia, malformações menores, investigação de infecções congênitas sem acometimento clínico, com ou sem microcefalia e que estejam em complementação de antibioticoterapia para tratamento de sífilis ou sepse neonatal após estabilização clínica na UTI ou UCI neonatal (BRASIL, 2016).

A unidade de alojamento conjunto apresenta as seguintes vantagens: favorece e fortalece o estabelecimento do vínculo afetivo entre pai, mãe e filho e propicia a interação com os outros membros da família, favorece o estabelecimento efetivo do aleitamento materno com o apoio, promoção e proteção, de acordo com as necessidades da mulher e do RN, respeitando as características individuais, propicia a observação e cuidados constantes ao RN, possibilitando a comunicação imediata de qualquer anormalidade, fortalece o autocuidado e os cuidados com o RN, a partir de atividades de educação em saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional e propicia o contato com a equipe multiprofissional por ocasião da avaliação da mulher e do RN, durante a realização de outros cuidados (BRASIL, 2016).

Sabemos que após o nascimento inicia-se uma série de eventos hormonais, fisiológicos e comportamentais na mulher, que contribuem positivamente para o estímulo na formação do apego entre o binômio mãe-filho, uma vez que este vínculo é algo aprendido e construído no decorrer dos primeiros anos de vida, sendo um sentimento indispensável para a vida adulta. Na prática é demonstrado como comportamento de apego o ato de acariciar, beijar, aconchegar e trocas de olhares prolongadas que expressa afeição (ROSA; MARTINS; GASPERI *et al*, 2010; ROCHA; SIMPIONATO; MELLO, 2005).

Desta forma, torna-se imprescindível a identificação das necessidades afetadas das mulheres que vivenciam o tratamento de um filho a uma modalidade terapêutica como a fototerapia, que a dificulta em desenvolver os cuidados tão necessários na gênese do relacionamento entre mãe-filho. Essa identificação trará um resgate da responsabilidade pelo filho, assumindo o compromisso de cuidá-lo e ajudá-lo diante de suas necessidades que são atividades intrínsecas maternas, essa participação materna, faz com que seja resgatado o real objetivo do setor de alojamento conjunto.

Pesquisas apontam que a separação do binômio após o nascimento do bebê pode levar a mulher a um sentimento de competência diminuída, manifestando assim menor afetividade. Tal comportamento se deve a um estado hormonal diferenciado logo após o parto, quando a mulher estaria mais propensa a receber o seu bebê (PASQUAL; BRACCIALLI; VOLPONI *et al*, 2010).

As metas na assistência de enfermagem durante o tratamento da fototerapia são: contribuir na redução dos níveis séricos de bilirrubina, minimizar as complicações decorrentes ao tratamento e principalmente apoiar a mulher durante todo o tratamento. De acordo com o quadro 3, para que as metas sejam alcançadas, é imprescindível que toda equipe de enfermagem esteja atenta aos cuidados necessários citados por Tamez (2013, p. 286); Figueiredo (2010, p.407); Araújo e Reis (2012, p.256); Brasil (2014, p. 70) e manual FANEM® (2009).

Quadro 3: Cuidados de Enfermagem durante o tratamento de fototerapia neonatal em alojamento conjunto

Cuidados	Justificativa
O RN deverá estar despido, caso opte pelo uso de fralda essa deverá ser o menor possível de maneira a cobrir apenas uma pequena parte do períneo do RN.	Quanto maior a área da pele exposta à luz, melhor será a eficácia do tratamento.
Realizar controle de temperatura a cada 3h.	Detectar precocemente alterações (hipotermia ou hipertermia).
Orientar as mães quanto a observação das extremidades do RN em relação aacrocianose (cianose periférica)	A coloração arroxeadada dos leitos ungueais está frequentemente associada à hipotermia. Nesses casos, é possível utilizar meias e luvas.

Atentar para o RN em uso de lâmpadas halógenas, fluorescentes e bilibêrço	Risco de queimaduras e hipertemia; Risco de hiper aquecimento devido possíveis falhas da fonte irradiante.
Não colocar panos ou toalhas sobre o corpo dos aparelhos fototerápicos.	A obstrução dos furos de saída da circulação do ar poderá causar aumento de temperatura e conseqüentemente desligamento da fonte irradiante.
Proteger os olhos com cobertura radiopaca por meio de camadas de veludo negro ou papel carbono negro envolto em gaze.	A fim de evitar lesões oculares.
Realizar a troca diária da proteção ocular.	Proporcionar conforto, evitar contaminações.
Retirar a proteção ocular durante as mamadas.	Estimular o vínculo entre o binômio e promover a estimulação visual.
Estimular e incentivar o aleitamento materno em bebês em uso de bilibêrço/bilitronbed (com níveis altos de BT e restrições ao tempo de mamada): Massagem das mamas de 3 em 3 horas antes e durante a amamentação; Realizar ordenha manual do leite anterior de maneira asséptica (mãos limpas, uso de máscara, touca e frasco recipiente estéril); Priorizar a sucção do leite posterior	Favorecer o fortalecimento do vínculo mãe-bebê; Estimular a produção e descida do leite; O leite anterior pode ser oferecido como complemento para o RN, estando ele em semi-Fowler já sob a fototerapia, utilizando o “copinho” (recipiente de plástico estéril graduado em 60 ml); Favorecer o ganho ponderal mediante a ingestão do leite posterior mais nutritivo e rico em calorías.
Atentar para o aumento da oferta hídrica em RN submetidos à fototerapia sob a luz halógena e fluorescente	Em função da perda insensível de água é importante monitorar a diurese e a hidratação do RN.
Proporcionar sucção não nutritiva através da introdução do dedo mínimo enluvado estimulando o palato.	Acalentar o RN, reduzir o choro e favorecer o conforto e criação do apego.
Favorecer o posicionamento adequado do RN mediante o uso de “rolinho” (confeção de cilindro flexível em formato de “U”, a partir de lençóis/mantas), incentivando a posição flexora.	Manutenção do conforto, alinhamento postural e redução do estresse.
Realizar mudança de decúbito a cada 3h.	Promover conforto ao RN, evitar lesões na pele e permitir que o RN receba a ação terapêutica da fototerapia de maneira uniforme.

Observar o aspecto das eliminações	As fezes podem apresentar-se amolecidas e com coloração castanho-esverdeada; a urina pode tornar-se escura devido à presença de produtos de fotodegradação da bilirrubina.
Não utilizar óleos, cremes e/ou pomadas.	Podem provocar eritema e queimaduras.
Ajustar a distância entre o foco luminoso e o RN de acordo com o aparelho	A distância confere o comprimento de onda adequado para eficácia do tratamento. Lâmpada halógena: 40 cm; Lâmpada Fluorescente: entre 40 e 50 cm; Super LED: 30 cm.
REAÇÕES ADVERSAS DURANTE O TRATAMENTO	
<ol style="list-style-type: none"> 1. RN submetidos à fototerapia por período superior a 4 dias, podem apresentar coloração bronzeada da pele. Geralmente são RN pré-termo e/ou aqueles com níveis de séricos de BD > 2mg%, com a suspensão do tratamento a coloração bronzeada da pele desaparece gradativamente sem deixar sequelas; 2. RN cuja pele encontra-se bastante icterícia é comum, após algumas horas a área iluminada apresenta-se mais pálida e esbranquiçada, devido a ação intensa da luz sobre o pigmento bilirrubínico depositado na pele. 3. Embora transitório, podem ser observados nos RN durante o tratamento, o aumento do fluxo sanguíneo periférico com consequente vasodilatação, eritema e aumento da perda insensível de água e alteração do trânsito intestinal. 	
PRECAUÇÕES DURANTE O USO DOS APARELHOS	
<ol style="list-style-type: none"> 1. O Billispot® deve ser utilizado a uma temperatura ambiental confortável, entre 23 a 27°C; 2. Recomenda-se o uso de Billispot® a uma distância mínima de 40 cm entre a fonte de luz e o RN; 3. A irradiância ideal deve ser mantida acima de 6 microwatts cm²/nm. Irradiância menores que 4 microwatts cm²/nm não tem efeito terapêutico. 4. Infusões líquidas e drogas em geral, não devem ser armazenadas dentro da área de radiação; 5. Para o melhor aproveitamento da luz sobre o RN, recomenda-se que o foco de luz seja ajustado de forma que a luz incida desde o tórax até a raiz da coxa do RN; 6. Durante o uso do Bilitron Bed® posicionar a cabeça do bebê para o lado onde há duas super LED nas extremidades, que favorecem o tratamento na região da cabeça. 7. Sempre manusear o colchão de gel na posição horizontal, nunca dobrar ou deixar na posição vertical devido ao risco de modificar irreversivelmente a forma do colchão. Para mantê-lo limpo utilize um pano macio com água morna e sabão neutro, não utilize produtos químicos ou álcool. 	

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

2.4 – O desenvolvimento da maternagem na assistência neonatal

Donald Woods Winnicott (1896-1971) foi pediatra, psicanalista e psiquiatra infantil, porém durante maior parte de sua vida profissional, exerceu a clínica pediátrica, o que propiciou uma vasta contribuição através de suas obras para a compreensão do desenvolvimento emocional e humano. Na segunda Guerra Mundial, foi consultor de uma região no interior da Inglaterra que recebia crianças e adolescentes evacuadas de Londres e acolhidas em lares ou instituições. Essa experiência foi fundamental para a formulação do conceito de tendência antissocial, ao estudar os efeitos da separação de crianças e adolescentes da família.

Como consequência, de diversos artigos e conferências, Winnicott elaborou a Teoria do Desenvolvimento Emocional Primitivo, um estudo profundo sobre a relação mãe-filho, postulando a interação de processos inatos de maturação com a presença de um ambiente facilitador, que na primeira infância se daria através da “mãe suficientemente boa”, desde uma fase de dependência absoluta até a fase de independência humana.

Do ponto de vista Winnicottiano, todo ser humano necessita de uma mãe suficientemente boa, ou seja, a “mãe devotada comum”, que não necessariamente venha a ser a mãe biológica, mas aquela que atenda às necessidades da criança, se permitindo ser o seio e indo de encontro aos gestos espontâneos do bebê, fornecendo a ilusão de onipotência infantil, para que o mesmo possa amadurecer seus potenciais desde o nascimento. A mãe suficientemente boa não se trata de um modelo, mas de um processo de adaptação, descrito a partir da dependência que pertence à primeira infância (GUIMARÃES, 2013).

Nesse momento, a mãe funciona como provisão ambiental, ou seja, o bebê não existe como um ser isolado, ele depende completamente do outro para a continuidade de sua existência. É dessa relação entre mãe e bebê, que emergem as bases que constituem o indivíduo e o desenvolvimento emocional e afetivo da criança.

De acordo, com Winnicott (2013) o desenvolvimento emocional humano, é analisado a partir de relações de dependência. Inicialmente, se dá entre as relações mãe e bebê, que correspondem a uma unidade absolutamente dependente. A dependência emocional da criança é total até que ocorra um amadurecimento gradual e ela possa se reconhecer de forma autônoma, tornando-se mais independente. Para isso, o autor destaca três grandes fases ao longo do processo de maturação do indivíduo:

- **Dependência absoluta:** onde o bebê se encontra completamente dependente dos cuidados maternos, em fusão com a mãe. A mãe adivinha as necessidades do bebê. Ela ocorre até o quinto mês de vida;
- **Dependência relativa:** vai do sexto mês ao fim do primeiro ano, onde o bebê indica um sinal para a mãe, já sendo capaz de expressar sua necessidade;
- **Rumo à independência:** no início do segundo ano de vida, a criança desenvolve meios para suprir as necessidades antes atendidas exclusivamente pela mãe.

Podemos intuir que está dentro de um cenário hospitalar “julgado” como ideal e que traz a proposta de aproximação entre mãe e filho, não traria possíveis dificuldades para essa mulher-mãe vivenciar a maternagem, que pode ser compreendido como um conjunto de cuidados dispensados ao bebê, no intuito de suprir suas necessidades, porém ao atentarmos a realidade, de ter um filho com hiperbilirrubinemia (icterícia neonatal), tendo a exigência de fototerapia, uma tecnologia em dias tão cruciais na gênese da construção do vínculo entre o binômio, pode fazer com que essa mulher-mãe se torne uma provisão ambiente “insuficiente” para o desenvolvimento mental e emocional dessa criança e não se sinta “suficientemente boa”, visto que a mulher-mãe é “separada” num ambiente conjunto devido a cuidados específicos à terapêutica.

A maneira que se dará este estágio inicial entre o binômio, também é determinante para o início da estruturação psíquica do sujeito, nesse encontro ocorre o chamado circuito pulsional (similar ao que Winnicott chama de instinto – “*instinct*”), que é o antecessor da formação de personalidade e eixo condutor da estrutura psíquica e emocional, importantes para a construção da personalidade humana. Desencontros nesta relação podem causar possíveis danos para vida inteira, como por exemplo, o autismo. Esta primeira relação, esse primeiro contato do bebê com o mundo a partir de sua mãe é o primeiro passo, a matriz para a construção do processo de subjetivação e sócio cognitivo da criança.

A partir do contato inicial, surge a pulsão para a “preocupação materna primária” que é descrito por Winnicott, como “estado” de:

Sensibilidade exacerbada durante e principalmente, ao final da gravidez. Sua duração é de algumas semanas após o nascimento do bebê. Dificilmente as mães se recordam depois de o ultrapassarem. Eu daria um passo a mais e diria que a memória das mães a esse respeito tende a ser reprimida (WINNICOTT, 2000, p. 401)

De forma talvez inconsciente, a mãe se encontre em uma sensível identificação com o seu bebê, onde ela passa a sentir o que ele sente e precisa, é dentro dessa visão, que de acordo

com Esteves; Anton; Piccinini (2011, p. 77) se estabelece uma relação recíproca e complementar entre o binômio, podendo-se pensar que a mãe não existe sem o bebê e o bebê não existe sem a mãe, ou seja, o bebê não existe como um ser isolado, mas depende completamente do outro para a continuidade de sua existência.

A mãe ao atender às necessidades do bebê, somada a uma maternagem satisfatória, tem a sensação de ser suficientemente boa. Embora saibamos que os pré-requisitos não são singulares na definição de uma boa mãe, haja vista que fatores socioculturais e emocionais vão influenciar, bem como, interferir nas diferentes formas de se interpretar o que se intitula como uma mãe suficientemente boa.

No entanto, de acordo com Winnicott, a função da “mãe suficientemente boa” nos primeiros estágios de vida de uma criança inclui três dimensões: **holding** (segurar/sustentar) é usado no sentido, por exemplo: tornar seguro, proteger, firmar, conter, tranquilizar, conservar, apoiar-se. Está incluída a proteção contra a agressão fisiológica, a rotina completa de cuidados do dia a dia com o bebê (conhecer as necessidades do bebê naquele momento, identificar suas reações e o choro, procedimentos de troca de fraldas e troca de roupas, banho, colocar para dormir, levar em conta a sensibilidade cutânea do lactente) e mais especificamente o **holding** (segurar/sustentar) físico (segurar, pegar no colo); O **handling** (manejo) refere-se as atividades que envolvem o desenvolvimento do tônus muscular e da coordenação, e também a capacidade de a criança usufruir a experiência do funcionamento próprio corporal, experimentando sensações reais, de SER; O **objet-presenting** (apresentação de objetos) diz respeito a práticas que envolvem apresentar o mundo externo ao bebê, como por exemplo: falar com ele nomeando ações e/ou objetos, cantar, fazer estimulação visual, brincar com o bebê utilizando objetos.

A função dessas práticas é apresentar o mundo ao bebê em pequenas doses, cuidando para que o ambiente lhe seja previsível e protegendo-o de acontecimentos que ainda não são compreendidos por ele.

Em especial, o **holding** proporciona a construção da personalidade do bebê, as falhas neste processo, geram a quebra ou a construção incompleta na formação da mente que se torna repleta de fragilidades.

O processo do verdadeiro desenvolvimento pessoal só é possível na presença do bem-estar do bebê, logo se a maternagem não for suficientemente boa, o bebê poderá se tornar um acumulado de reações à violação, pois o verdadeiro *self* refere-se ao gesto espontâneo da criança, ou seja, o conjunto de expressões criativas do bebê desde o início da vida. A mãe por um lado busca com sensibilidade se adaptar aos movimentos (físicos e afetivos) da criança, que em contrapartida sofrem ameaças do falso *self*, no qual os gestos espontâneos do bebê não é

continuado sendo o bebê submetido a necessidade de se adaptar ao ambiente (SILVA; LIMA; PINHEIRO *et al*, 2014).

De acordo com os recursos e estrutura da unidade hospitalar na qual o bebê está sendo atendido, o tratamento de fototerapia poderá ser indicado mediante a utilização de diferentes recursos, tais como: bilispot®, bilisky®, bilitron®, biliberço® ou sua evolução o Bilibed® (conforme apresentado no tópico 2.2), tecnologias existentes e disponíveis para uso no cenário do estudo.

O uso do bilispot®, bilisky® e bilitron® permitem que a mulher-mãe possa pegar seu bebê no colo, direcionando a luz para o corpo despido do recém-nascido, os cuidados com a pele, proteção ocular e hidratação devem permanecer os mesmos conforme descrito no quadro 2. Apesar dos bebês não estarem plenamente como o desejado pelas mães, o fato das mesmas poderem ao menos acalentá-los em seu colo, reduz a ansiedade pelo choro do bebê, uma vez que é possível consolá-lo, assim como o contato pele a pele aquece, aproxima e fortalece o vínculo entre o binômio.

No entanto, o mesmo não é observado em relação ao uso do biliberço® e billibed®, tais recursos exigem que os bebês fiquem restritos a cuba de acrílico destes dispositivos, a fim de receber a radiação luminosa dispensada por essas tecnologias. Em nosso estudo, o uso desses recursos demandou maiores angústias maternas. Tal fato se deu principalmente por requerer cuidados que “restringem” o aconchego do bebê ao colo de sua mãe. Sabemos que o apego materno não é algo instantâneo ou automático, mas que faz parte de um processo que se inicia na gestação e vai se formando à medida que as interações vão ocorrendo, cabendo ao profissional da saúde à minimização dos efeitos agressores vinculados à terapêutica (SILVA e PORTO, 2016).

Neste contexto, por vezes, os profissionais não se utilizam de recursos criativos para favorecer o apego entre mãe e filho, impondo de certa forma uma total restrição desse bebê à estrutura acrílica terapêutica, o que pode gerar um possível afastamento entre o binômio neste primeiro momento, além de postergar o desenvolvimento da função de “mãe suficientemente boa”.

Como podemos ter tanta certeza de que os médicos e as enfermeiras que habilmente assistem às mães em clínicas pré-natais, maternidades e hospitais públicos realmente permitem que a mãe normal e sadia desempenhe sua função? (WINICOTT, 2005, p. 34)

Refletindo acerca da vivência das mulheres-mães com filhos recém-nascidos submetidos ao tratamento fototerapia, podemos depreender que mesmo diante de curto período de tratamento, há certo impacto sobre essa mulher-mãe que se encontra no ápice do seu estado

de “preocupação materna primária”, por vezes os profissionais banalizam os sentimentos externados por elas, visto que na prática clínica neonatal, o tratamento de fototerapia é bastante comum aos olhos profissionais, além de considerar uma terapêutica simples por não ser invasivo e indolor.

No entanto, se faz necessário ressaltar que nessa fase o bebê é extremamente imaturo e dependente, e que está armazenando suas experiências tanto positivas, quanto negativas. Para tanto, seria importante enquanto profissionais, nos despir de condutas prescritivas e nos revestir de um olhar sensível dentro do espaço de alojamento conjunto que tem como objetivo favorecer o desenvolvimento da função materna e permitir a construção do apego entre mãe-filho, nessa fase tão importante para construção do vínculo.

2.5 – Conceitos do Modelo de Sistemas proposto pela teórica de enfermagem Betty Neuman

Betty Neuman nasceu em Ohio, nos Estados Unidos em 1924. No ano de 1947 obteve seu diploma de Enfermagem no *People's Hospital School of Nursing*, em Akron – Ohio, e mudou-se para a Califórnia pouco depois, também estudou psicologia e saúde pública. Em 1966, tornou-se mestre em saúde mental e consultora em saúde pública, pela UCLA (Universidade Califórnia de Los Angeles) e em 1985 obteve o doutorado em psicologia clínica na *Pacific Western University* (MC EWEN; WILLS, 2015).

Desde a década de 1960, Betty Neuman é reconhecida como pioneira no campo da enfermagem, principalmente na área da saúde mental e comunitária. Seu modelo de sistemas foi inicialmente desenvolvido como resposta à necessidade de estudantes de graduação em enfermagem, a um conteúdo que os expusesse à dimensão dos problemas de enfermagem, antes que focassem em áreas de problemas específicos. O modelo foi publicado em pesquisas de enfermagem no ano de 1972, sob o título de “Um modelo para o ensino da abordagem da pessoa como um todo aos problemas do paciente”, enquanto palestrava sobre saúde mental comunitária na UCLA. Em 1974, após ser aprimorado foi publicado na primeira edição de *conceptual Models for Nursing Practice* e sua segunda edição foi em 1980. A partir de inúmeros exemplos de aplicação ao currículo, à prática de enfermagem e à administração, passou novamente por aprimoramento, resultando em nova publicação em 1989, como “*The Neuman Systems Model*”. Neuman descreve seu modelo como abrangente e dinâmico, a partir de uma visão

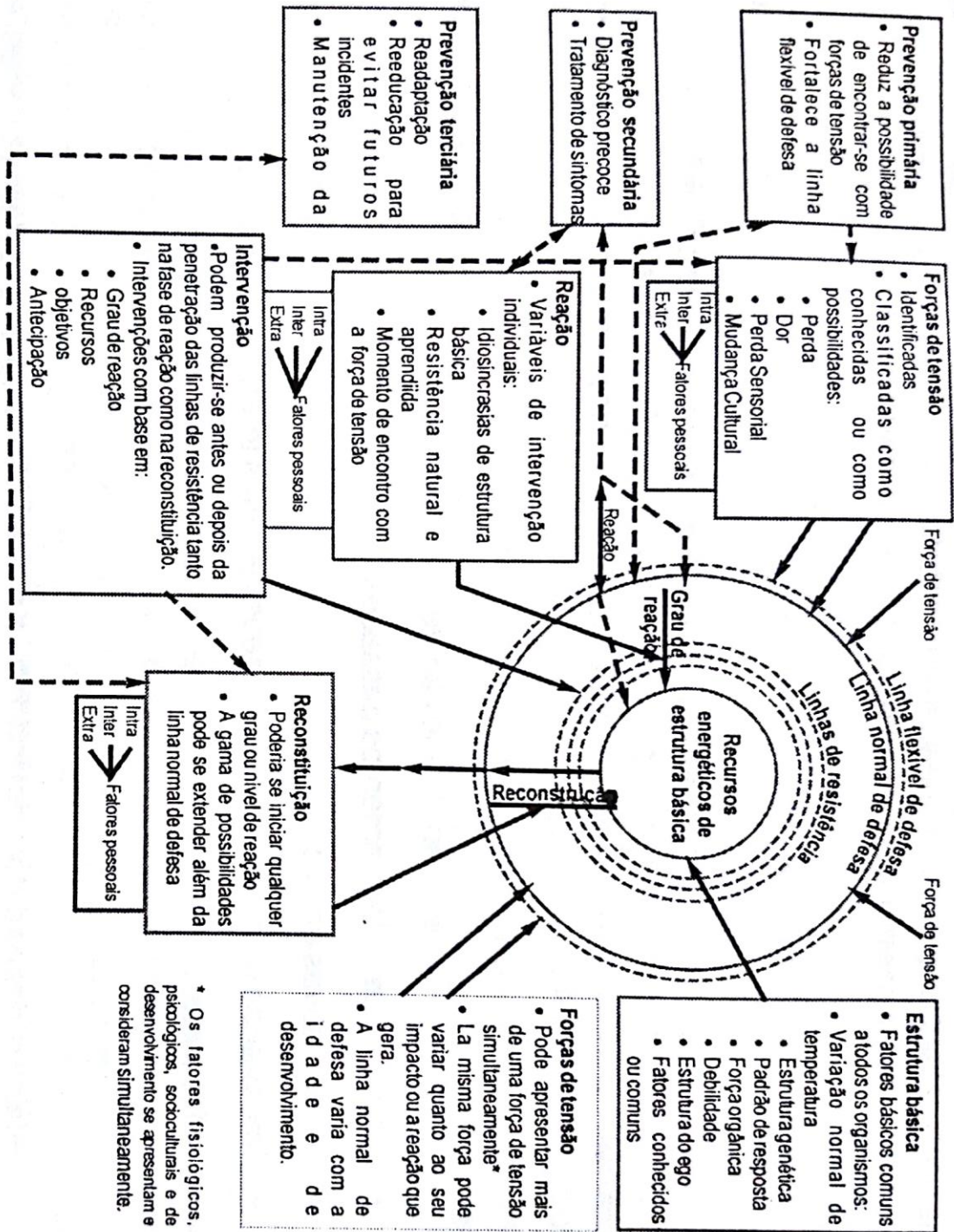
multidimensional de indivíduos, grupos (famílias) e comunidades que se encontram em constante interação com estressores ambientais, basicamente focado na reação do cliente ao estresse e os fatores de reconstituição ou adaptação.

A abordagem conceitual de Neuman é resultada da síntese de vários conhecimentos teóricos como: a Teoria Geral dos Sistemas de Von Bertalanffy e Laszlo, a Teoria do Stress de Hans Seyle e Lazarus, quando aborda estresse e enfrentamento e as Teorias Filosóficas de Chardin e Cornu (GRECO, MOURA, SENA et al., 2016; MC EWEN; WILLS, 2015; GEORGE, 1993).

O modelo de sistemas

Segundo George (1993) a estrutura de Neuman, é basicamente um modelo de sistemas abertos, composto principalmente por estressores, reações aos estressores e da “pessoa” (sistema do cliente, podendo ser: o próprio indivíduo, uma família, um grupo ou comunidade), sendo estes componentes representados por uma série de círculos concêntricos, que interagem com o ambiente. Esta estrutura organizada propicia a enfermagem intervir adequadamente na promoção da saúde (prevenção primária), nas ações corretivas (prevenção secundária) ou nas ações reabilitadoras (prevenção terciária) a fim de manter ou restaurar o equilíbrio do sistema, como podemos observar em seu diagrama exposto na figura abaixo.

Figura 11: Diagrama do modelo de sistemas de Betty Neuman



Fonte: George (1993, p. 230).

De acordo com George (1993); Rosa (2013); Wandekoken e Siqueira (2013) e Greco, Moura, Sena *et al* (2016), neste modelo existe um núcleo central denominado por “estrutura básica de recursos energéticos”, caso este núcleo seja comprometido o indivíduo fica em risco. Esta estrutura é cercada por uma série de círculos concêntricos, onde estão incluídos

os fatores básicos de sobrevivência comuns a todos os indivíduos, seu objetivo é prevenir que o núcleo central não seja atingido proporcionando conseqüentemente a estabilidade. Os círculos concêntricos ou linhas são: a linha normal de defesa, a linha flexível de defesa e a linha de resistência, representada por diagrama que compreende os estressores, reação aos estressores e a reação à unidade total, interagindo com o ambiente.

As linhas de resistência representam os fatores internos que funcionam como defesa contra os estressores. A linha normal de defesa é basicamente aquilo que a pessoa se tornou durante um período de vida, o estado normal de bem-estar ou estado estável alcançado, a partir de habilidades fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais utilizadas pelo sistema para lidar com os estressores, essa linha é dinâmica, pois se relaciona de maneira a estabilizar o sistema do ser humano. A linha flexível de defesa (linha externa pontilhada) esta linha funciona “tipo sanfona”, agindo como amortecedor para a linha normal de defesa, quando o ambiente é ativamente estressante e serve como “filtro” quando o ambiente oferece apoio e serve como uma força positiva para facilitar o desenvolvimento e crescimento, sendo também dinâmica e se modificando rapidamente, em um curto período de tempo. Sua eficácia pode ser reduzida em situações como: perda de sono, má alimentação ou qualquer mudança nas atividades diárias.

Essas camadas estão posicionadas concentricamente ao redor da pessoa, que são expostas a forças internas e externas, caracterizadas por três fatores pessoais, que podem ocorrer de maneira isolada ou de uma só vez, sendo eles (GEORGE, 1993; GRECO, MOURA, SENA *et al*, 2016):

- **Intrapessoais:** forças que ocorrem dentro do indivíduo (p. ex: tristeza).
- **Interpessoais:** forças que ocorrem na interação com outro indivíduo (p. ex: distanciamento da família);
- **Extrapessoais:** forças que ocorrem fora do sistema e são originadas fora dele, representadas pelas condições ambientais (p. ex: tratamento de fototerapia);

Outros fatores também podem influenciar a reação do sistema a um estressor. E aquilo que é nocivo a um pode não ser nocivo a outro. É importante considerarmos a quantidade e o poder dos estressores, a duração do encontro com eles e seu significado específico para esse sistema, ou seja, para o indivíduo. Para desenvolver uma intervenção adequada de enfermagem, faz-se necessário uma avaliação cuidadosa do impacto e do significado dos estressores para a pessoa, além de conhecer as habilidades utilizadas para o enfrentamento desses estressores.

Diante dessas forças que interagem a todo o momento com o indivíduo e seu sistema, a enfermagem disporá de três recursos, a fim de combater as reações nos sistemas (GEORGE, 1993):

- **Prevenção primária:** é iniciada assim que o estressor seja suspeitado ou identificado, se não houver uma reação, a intervenção entrará no nível primário. O objetivo da intervenção neste nível é evitar que o estressor penetre na linha normal de defesa ou diminuir o grau de reação, através da redução do encontro com o estressor e reforçando a linha de defesa; Se ocorrer uma reação (variáveis individuais) e a intervenção primária não for possível, a intervenção deve começar no nível da prevenção secundário;
- **Prevenção secundária:** Esta trata das descobertas iniciais sobre o caso, do tratamento inicial dos sintomas e das tentativas de fortalecer as linhas internas de resistência para reduzir a reação, podendo ser iniciada em qualquer ponto em que seja reconhecida a reação de estresse. Esse nível pode se estender abaixo do nível usual de bem-estar ou da linha normal de defesa;
- **Prevenção terciária:** é a intervenção que segue o plano de tratamento ativo, quando ocorreu a reconstituição ou algum grau razoável de estabilização. A meta deste nível é dar suporte para essa adaptação, através do fortalecimento das linhas de resistência prevenindo futuras ocorrências, sendo basicamente conquistada pelo uso do ambiente externo e interno.

Principais conceitos do modelo de sistemas de Neuman

Neuman aderiu os conceitos de metaparadigma de indivíduo/homem, ambiente/sociedade, saúde/bem-estar e enfermagem, que são usados para fundamentar a assistência de enfermagem, além de ter desenvolvido outros conceitos adicionais para o seu modelo de sistemas, como vimos anteriormente em seu diagrama (MC EWEN; WILLS, 2015; GEORGE, 1993).

- **Indivíduo/homem:** é visto como um sistema multidimensional, composto por variáveis do âmbito fisiológico, psicológico, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual. A interação dinâmica entre essas variáveis, junto com as linhas de defesa normal e resistência flexível, combinadas com os múltiplos estressores, proporcionam a essência da “abordagem da pessoa total”. Em parte o presente modelo, está baseado na teoria geral de sistemas, sendo a totalidade essencial para o modelo proposto por Neuman.

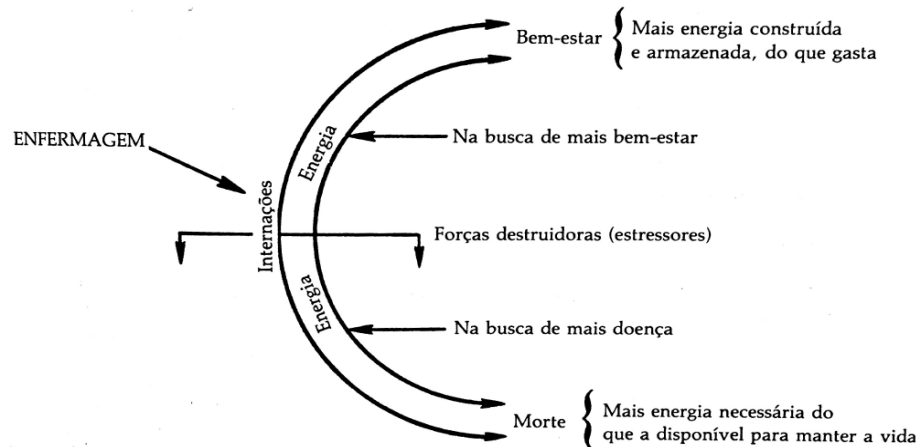
A equipe de enfermagem deverá estar vigilante as reações que o indivíduo apresenta frente aos estressores, além de conhecer mecanismos de *coping* ou de enfrentamento disponíveis para ele, pois como sistema aberto estará em constante relação com o meio, cabendo à equipe a contribuição para que o indivíduo consiga lidar com os fatores de estresse.

- **Ambiente/Sociedade:** é o conceito de que as pessoas estão em constante interação com seu ambiente, que é definido como forças internas e externas (fatores de estresse) que circundam o indivíduo, em qualquer ponto do tempo, podendo afetar o sistema pessoa ou ser influenciado por ele. Este é o fenômeno básico do modelo conceitual de Neuman.

- **Saúde/Bem-estar:** um composto dinâmico de equilíbrio físico, psicológico, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual que seja flexível, ainda que haja uma habilidade que resista ao desequilíbrio. A autora do modelo proposto não traz uma definição para saúde, mas relata que através do processo de interação/ajustamento o indivíduo desenvolve equilíbrio e harmonia entre os ambientes internos e externos. O termo utilizado bem-estar é comparado à estabilidade da linha normal de defesa e doença que surge como variante ao bem-estar.

Neuman entende saúde como “um contínuo entre o bem-estar e a doença, que estão em extremidades opostas, saúde para o indivíduo iguala-se a uma estabilidade ideal do sistema, que é o melhor estado de bem-estar possível, a qualquer momento”, em que a enfermagem poderá intervir diante de qualquer acontecimento, tendo como meta atos que conservem a energia, estando o cliente em direção ao estado de bem-estar ou de enfermidade, como podemos visualizar na figura abaixo:

Figura 12: Paradigma do conceito de bem-estar e doença



Fonte: George (1993, p. 230).

O termo reconstituição, também precisa ser tratado em relação ao conceito de saúde, podendo ser comparado com o mudar de “variações do bem-estar” para níveis desejados de bem-estar e estabilidade do indivíduo. Este termo é entendido holisticamente, no sentido de que os componentes bio-psico-socio-cultural, de desenvolvimento e espiritual são afetados por variáveis intra, inter e extrapessoais.

❖ **Enfermagem:** o objetivo principal é manter a estabilidade do sistema do indivíduo, pela investigação minuciosa de estressores ambientais e outros, e de auxiliar as adaptações do mesmo.

A enfermagem assiste não só o indivíduo, mas as famílias e os grupos, a fim de obter e manter o nível máximo de bem-estar total, por meio de intervenções intencionais voltadas para redução de estressores e condições adversas que afetam o funcionamento excelente, em qualquer situação que o indivíduo se encontrar.

As intervenções propositais existem onde há uma variação do bem-estar, sendo planejadas para produzir mudanças positivas. Essas mudanças ou resultados devem ser medidos de acordo com um modelo, teoria ou definição de bem-estar aceito. Para caminhar em direção ao final positivo de contínuo bem-estar-doença, a enfermagem precisa de um instrumento de avaliação/intervenção.

O processo de enfermagem desenvolvido por Neuman tem por meta principal manter o equilíbrio dinâmico da pessoa, pois parte do princípio que as causas do estresse podem ser identificadas e remediadas pelas intervenções de enfermagem, sendo assim, Neuman constituiu o processo em três passos. O primeiro passo do processo se dá através do diagnóstico

de enfermagem, a partir da identificação de estressores reais e vigentes ou potenciais ameaçando a harmonia do indivíduo, sendo implementado com roteiro de investigação diagnóstica. O segundo passo consiste nas metas de enfermagem, ou seja, estratégias de intervenção e negociação entre equipe/indivíduo para atingir e manter a homeostasia do sistema. O terceiro passo são os resultados de enfermagem apresentados pelo indivíduo e que validam o processo ou agem como retroalimentação para mudanças nas intervenções e metas traçadas para o sistema (OLIVEIRA, AMARAL, RODRIGUES *et al*, 2017).

O modelo de sistemas proposto por Betty Neuman pretendeu romper com o modelo tradicional de saúde-doença, através do benefício da visão holística do indivíduo, frente aos estressores e seus impactos nas situações que ocorrem no dia a dia. Um dos principais componentes do sistema de Neuman é o estresse e o seu enfrentamento, pois o estresse está presente ao longo da vida, podendo ser considerado um estímulo positivo ou negativo, que potencialmente pode causar um desequilíbrio no sistema do indivíduo, sendo assim a enfermagem tem a principal função de ajudar o indivíduo a atingir e manter a estabilidade do seu sistema, pois ao apoiá-lo proporcionará o vínculo entre indivíduo/ambiente/equipe/saúde, fundamentando-se com os metaparadigmas da enfermagem identificados no modelo de sistemas de Neuman.

CAPÍTULO 3

CAMINHAR METODOLÓGICO

3.1 - Tipo da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, desenvolvida a partir do método narrativa de vida. Um estudo descritivo reproduz com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade, de acordo com Andrade (2010, p. 112):

Os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira nele. Isto significa que os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não são manipulados pelo pesquisador.

A pesquisa qualitativa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Segundo Polit; Hungler (2011) baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores.

Nesta pesquisa o método narrativa de vida, foi utilizado para descrever a maternagem de mulheres com filhos submetidos ao tratamento de fototerapia. O método permitiu estreita aproximação da pesquisadora com o objeto de estudo. E apreender a narrativa de vida dessas mulheres propiciou, além da discussão entre pesquisador e o sujeito, trouxe o entendimento da história individual e coletiva dessas mulheres.

De acordo com Bertaux (2010) a “narrativa de vida”, nos remete a totalidade da história de um sujeito, que começaria pelo nascimento, passaria pela família e o meio social inserido, cobrindo toda a história da vida do sujeito. E para cada período da história do sujeito em questão, a narrativa descreve não só a vida interior do sujeito, mas as ações, os contextos interpessoais e sociais que ela permeou.

O termo “narrativa de vida” foi inserido há pouco mais de 20 anos na França, até aquele momento, o termo consagrado pelas ciências sociais era “história de vida”, tradução literal da língua inglesa “*life history*”, porém esse termo não distingue a história vivida por uma pessoa, da narrativa que ela poderia fazer, sendo essa distinção essencial. Se pretendermos empregar a narrativa de vida a serviço da pesquisa, será necessário considerá-la diferentemente.

A narrativa de vida conta a história de uma vida, a partir de experiências diretas de pessoas que se encontram ou se encontraram em situações sociais similares, participando do mesmo contexto social e estando centradas com testemunhos do mesmo segmento, onde também nos fornece uma riqueza de detalhes sobre o tema. Desde que uma entrevista haja forma narrativa (fazer relato de), onde o sujeito utiliza tal processo para expressar os conteúdos de uma parte de sua experiência vivida, diremos que existe algo de narrativa de vida. Essa concepção nos libera como pesquisadores da visão inibidora da concepção de totalidade (BERTAUX, 2010).

Esse método requer do pesquisador um esforço para compreender bem o que significa para o sujeito a história vivida. O percurso biográfico que poderia ser chamado de trajetória inclui não só a sucessão das situações, mas a maneira como ele a “viveu”, percebeu, avaliou e “agiu” no momento. Constituí por aquilo que o sujeito sabe e pensa a respeito de seu percurso biográfico. Enfim, a narrativa resultada da relação dialógica, corresponde aquilo que o sujeito quis dizer do que sabe ou do que acredita que sabe e pensa de seu percurso naquele momento da entrevista, diante do pesquisador. (BERTAUX, 2010).

Ao passo que se reconstitui os fatos e sua ordem diacrônica, queremos dizer a tessitura dos principais acontecimentos, que existem entre eles relações de “antes/depois” que são tão factuais quanto os próprios acontecimentos. Só esses acontecimentos marcantes são memorizados corretamente pelo sujeito e que ele é capaz de restituir em sua ordem, é fato que ele não fará de forma linear e sim de forma onde passeia salta adiante, depois retrocede, toma caminhos diversos como toda narrativa espontânea (BERTAUX, 2010).

Assim, tal método apresenta validade e credibilidade do que qualquer outro método, pois demonstra que, por mais individual que seja uma narrativa, ela é sempre coletiva, revelando, a generalidade da trajetória do ser humano (SILVA; BARROS; NOGUEIRA *et al*, 2007).

3.2 - Cenário da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida a partir da anuência do coordenador da área de atenção à gestante (apêndice A) e do Comitê de Ética em Pesquisa institucional - CEP, de um hospital público Federal, situado na zona sul do município do Rio de Janeiro, credenciado pelo Ministério da Saúde com o título de Hospital amigo da criança, pois promove, protege e apoia o aleitamento materno, além de ser uma unidade de assistência, ensino, pesquisa e

desenvolvimento tecnológico reconhecido como hospital de ensino e como centro nacional de referência pelo Ministério da Saúde e Ministério da educação.

Nesta organização a área de atenção a gestante é subdividida em três setores: centro obstétrico, enfermaria de gestante e alojamento conjunto (AC), porém o presente estudo se limitou ao setor de alojamento conjunto que dispõe de 12 leitos, sendo dividido em 10 boxes individuais e 2 boxes duplos. Nesse setor são admitidos RN estáveis, que são acomodados em berço simples ao lado de suas mães, possibilitando a promoção dos cuidados maternos em tempo integral até o momento da alta, sendo supervisionados pela equipe de enfermagem. Em alguns casos são submetidos a coletas de exames e tratamento de fototerapia em caso de diagnóstico de hiperbilirrubinemia. A equipe de enfermagem deste setor é composta por 1 enfermeiro plantonista, 1 chefe de enfermagem diarista e 3 técnicos em enfermagem por plantão, distribuídos em plantões de 12 horas diurnos e noturnos.

A escolha da instituição foi por se tratar de uma unidade de referência para gestação de alto risco e conseqüentemente concentrar o maior número de casos de gestantes com incompatibilidade sanguínea, quando comparada as outras instituições. A referida unidade também foi o cenário de ensino clínico da pesquisadora, durante a residência em enfermagem neonatal, onde atuou junto a mulheres com filhos submetidos ao tratamento de fototerapia e pode observar os anseios por parte das mulheres frente à terapêutica. Segundo Bertaux (2010, p. 74) ter contato com uma pessoa do campo, facilita a inserção do pesquisador, pois ele procurará ajudá-lo, indicando-lhe outras pessoas.

3.3 - Instrumento para coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi composto de duas partes: 1ª) questionário para caracterização dos participantes com intuito de traçar o perfil sócio-demográfico e obstétrico para facilitar o entendimento das Narrativas de Vida. 2ª) Entrevista aberta - Existem diversos meios de conhecer uma realidade, um dos métodos mais simples, é escutar o que sujeito tem a dizer sobre a situação que vivencia (Apêndice B).

De acordo com Glat; Santos; Pletsch *et al* (2004, p.237) a entrevista aberta no método narrativa de vida acontece:

sem um roteiro pré-determinado, na qual se pede ao sujeito para falar livremente sobre sua vida, um determinado período ou aspecto dela. A partir de suas colocações, o entrevistador irá formulando questões ou tecendo comentários para esclarecer ou

aprofundar determinado ponto, porém a direção da conversação e os tópicos a serem abordados são escolhas espontâneas do sujeito.

Este tipo de abordagem favorece uma aproximação entre o sujeito e o pesquisador, já que as informações são contadas do ponto de vista de importância do narrador. Porém Bertaux (2010) acrescenta que o sujeito é convidado pelo pesquisador a considerar suas experiências passadas através de um filtro, pois durante o primeiro contato o pesquisador apresenta sobre o que se trata a pesquisa, o que conseqüentemente filtra, orienta e predetermina a entrevista.

A entrevista aberta no método de Narrativa de Vida tem sido empregada há algum tempo, pois se distingue de outros meios de investigações como: questionários ou entrevistas semi-estruturada, pois apesar da intenção em “escutar o sujeito”, o pesquisador seleciona e restringe os temas que serão abordados. A Narrativa de Vida, por outro lado, ao utilizar a entrevista aberta, permite que a condução do estudo seja dada pelos próprios participantes, a partir de sua visão de mundo. Ao invés de responder a perguntas pré-determinadas os sujeitos são livres para divergir sobre aquilo que consideram relevante em sua experiência, a forma como vivenciaram os fatos narrados e como esses interferem no presente (SANTOS e GLAT, 1999).

A entrevista teve como pergunta norteadora: **“Fale-me sobre sua vida que tenha relação com a sua vivência do tratamento da fototerapia do (nome do filho)”** e foi considerada completa ao chegar ao ponto de saturação, que segundo Fontanella; Luchesi; Saidel *et al* (2011), é o momento que se interrompe a coleta de dados quando se constata que elementos novos para subsidiar a teorização almejada (ou possível naquelas circunstâncias) não são mais apreendidos a partir do campo de observação.

3.4 - Questões éticas da pesquisa

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional (CEP) sob os nº1.978.251 em 22/03/2017 (Anexo A) e nº2.029.169 em 24/04/2017 (Anexo B), via Plataforma Brasil. As mulheres-mães que aceitaram participar deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) e as mulheres-mães menores de 18 anos de idade assinaram o termo de assentimento (Apêndice D) juntamente a seus responsáveis legais (Apêndice E), dentro das normas que regulamentam a pesquisa com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº 466 de 13/06/2012 e resolução

nº 251 de 07/06/1997. O referido termo garante o anonimato dos colaboradores, a liberdade de recusa ou exclusão em qualquer fase da pesquisa e o acesso aos dados da pesquisa, que foram utilizados tão somente para fins científicos.

3.5 - Participantes da pesquisa

A amostra foi a não probabilística, ou seja, os participantes da pesquisa foram incluídos sob livre demanda até atingir a saturação das informações necessárias para atender os objetivos da pesquisa, desde que fossem recrutados no período de coleta de dados, que se deu entre os meses de março e agosto de 2016. Optou-se por este tipo de amostragem por preocupar-se em captar a diversidade do universo estudado e por ser a mais adequada para uma pesquisa qualitativa, baseada no método narrativa de vida (MARCONI; LAKATOS, 2011).

As participantes do estudo foram 12 mulheres-mães internadas no alojamento conjunto (AC), que tiveram seus filhos submetidos ao tratamento de fototerapia, independentemente do tipo de icterícia, tempo de exposição e tipo de equipamento utilizado, no período de coleta de dados. Foram excluídas da amostra as mulheres-mães: portadoras de perturbação ou doença mental ou que o filho tivesse sido submetido ao tratamento de fototerapia na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN.

Com o intuito de preservar a identidade das mulheres-mães participantes do estudo, optou-se por denominá-las utilizando a inicial “M”, referente à mulher, seguida por número arábico, de acordo com a ordem que se deu as entrevistas (M1, M2... M12).

O **quadro 4** apresenta a caracterização sócio demográfica das depoentes. As idades variaram de 17 a 40 anos, sendo a média de idade de 28,3 anos, com relação ao grau de escolaridade, uma (8,33%) com ensino superior completo, oito (66,6%) cursaram o ensino médio completo e três (24,99%) não concluíram o ensino médio. Oito (66,6%) afirmaram residirem com seus companheiros em união estável e quatro (33,32%) informaram que eram casadas. No item profissão, quatro depoentes (33,32%) realizavam atividades do lar, sem participar ativamente da renda familiar, sete (58,31%) contribuíram com suas rendas no sustento familiar e uma (8,33%) sua renda era a única fonte de sustento. Onze depoentes (91,63%) residiam na cidade do Rio de Janeiro e uma (8,33%) residia no município do Rio de Janeiro.

O **quadro 5** apresenta dados referentes aos antecedentes obstétricos das mulheres-mães. Oito (66,6%) depoentes eram primíparas e quatro (33,32%) eram múltíparas, somente uma (8,33%) realizou menos de 6 consultas de pré-natal. No item tipo sanguíneo cinco (41,65%) eram Rh negativo, oito (66,64%) tiveram parto normal e quatro (33,32%) parto cesárea, sete (58,31%) depoentes apresentaram fatores de risco obstétrico.

O **quadro 6** apresenta dados referentes ao RN. O tratamento de fototerapia foi iniciado por quatro (33,32%) RN devido incompatibilidade do sistema ABO, quatro (33,32%) incompatibilidade Rh, três (24,99%) por icterícia fisiológica e um (8,33%) por prematuridade tardia, o peso dos bebês variou entre 2.080 a 3.870 gramas. No item tipo sanguíneo dez (83,3%) eram Rh positivo e dois (16,66%) não foi realizado exame para verificar tipagem sanguínea, a idade gestacional variou entre 35 semanas e 1 dia a 41 semanas e 3 dias, em relação ao tempo de tratamento em fototerapia, nove (74,97%) ficaram em fototerapia por 2 ou mais e três (24,99%) ficaram por 4 ou mais dias.

O **quadro 7** apresenta o historiograma, que seria um breve resumo das histórias das depoentes, a fim de facilitar a compreensão e a análise do leitor.

Quadro 4: CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA DAS DEPOENTES

Nº	Codnome	Idade	Escolaridade	Est. Civil	Profissão	Bairro
1	M1	31	E. médio completo	Com companheiro	Cabeleireira	Copacabana
2	M2	28	E. médio completo	Com companheiro	Cabeleireira	Campo Grande
3	M3	22	E. fundamental incompleto	Com companheiro	Do lar	Realengo
4	M4	20	E. médio completo	Com companheiro	Auxiliar adm.	Pavuna
5	M5	39	E. médio completo	Com companheiro	Do lar	Copacabana
6	M6	26	E. médio completo	Com companheiro	Designer	Méier
7	M7	40	E. médio completo	Com companheiro	Autônoma	Copacabana
8	M8	24	E. médio incompleto	Com companheiro	Recepcionista	Rocinha
9	M9	29	E. superior completo	Com companheiro	Pedagoga	Senador Camará
10	M10	35	E. médio completo	Com companheiro	Do lar	Copacabana
11	M11	17	E. médio incompleto	Com companheiro	Do lar	Vila Isabel
12	M12	29	E. médio completo	Com companheiro	Aux. De produção	Caxias – RJ

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Quadro 5: ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS DAS DEPOENTES

Nº	Codnome	Gesta/Para/Aborto	Nº de consultas de Pré-natal	Tipo Sanguíneo	Tipo de parto	Fatores de risco Obstétrico
1	M1	GI/PI/A0	10 consultas	O+	Cesárea	Cerclagem de colo uterino
2	M2	GV/PIII/AII	6 consultas	O-	Cesárea	Hipertensão gestacional
3	M3	GI/PI/A0	4 consultas	A-	Cesárea	DHEG e DMG
4	M4	GI/PI/A0	> 6 consultas	O+	Normal	DMG
5	M5	GIII/PII/AI	> 6 consultas	O-	Normal	-
6	M6	GV/PIII/AII	10 consultas	O-	Normal	-
7	M7	GI/PI/A0	10 consultas	O+	Normal	-
8	M8	GI/PI/A0	> 6 consultas	A+	Cesárea	Gemelaridade
9	M9	GI/PI/A0	> 6 consultas	A+	Normal	Incompatibilidade sanguínea rara
10	M10	GV/PIV/AI	> 6 consultas	A+	Normal	Ameaça de abortamento
11	M11	GI/PI/A0	13 consultas	A+	Normal	-
12	M12	GI/PI/A0	> 6 consultas	O-	Normal	-

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Quadro 6: DADOS REFERENTES AO RECÉM-NASCIDO

Nº	Filho de (Codnome da mãe)	Diagnóstico	Peso de Nascimento	Tipo Sanguíneo	Idade Gestacional	Data de Nascimento	Dias em Tratamento	Aparelho Utilizado
1	F. de M1	Incompat. ABO	3.440g	A+	39 sem. + 1d.	06/05/2017	2 dias	Bilisky (2)
2	F. de M2	Incompat. Rh	3.350g	O+	38 sem. + 1d.	04/05/2017	4 dias	Bilitronbed + Bilisky (1)
3	F. de M3	Incompat. Rh	2.580g	A+	36 sem. + 1d.	06/05/2017	3 dias	Bilitronbed + Bilisky
4	F. de M4	Prematuridade	2.080g	O+	35 sem. + 1d.	01/07/2017	3 dias	Bilisky
5	F. de M5	Incompat. Rh	3.610g	A+	40 sem. + 3d.	12/07/2017	3 dias	Bilitronbed
6	F. de M6	Incompat. Rh	3.190g	A+	35 sem. + 2d.	05/08/2017	5 dias	Bilisky
7	F. de M7	Ict. fisiológica.	3.130g	O+	39 sem. + 4d.	12/08/2017	3 dias	Bilisky
8	F. de M8	Incompat. ABO	GI 2.550g GII 2.860g	O+	38 sem.	10/08/2017	3 dias	Bilitronbed
9	F. de M9	Incompat. ABO	3.240g	O+	37 sem. + 4d.	19/08/2017	7 dias	Bilitronbed + Bilisky (2)
10	F. de M10	Ict. fisiológica.	3.020g	Não testado	40 sem. + 6d.	15/08/2017	3 dias	Bilisky (1)
11	F. de M11	Ict. fisiológica.	3.870g	Não testado	41 sem. + 3d.	20/08/2017	1 dia	Bilisky (1)
12	F. de M12	Incompat. ABO	3.470g	B+	38 sem. + 4d.	22/08/2017	3 dias	Bilitronbed + Bilisky

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Quadro 7: HISTORIOGRAMA

N	Codnome	Breve relato das histórias
1	M1	31 anos, restrita ao leito no momento da entrevista e referindo dor. Durante a entrevista olhava a todo o momento para o bebê no bercinho, bastante emotiva e chorosa com o tratamento, tecnicamente o tratamento parecia simples, porém ver o filho sob a luz, sem roupinha e sem poder pegá-lo, trazia um sentimento de impotência e tristeza, pois fugia do que havia sonhado.
2	M2	Alegre e sorridente (28 anos), ficou com muito medo do hospital por ele ser voltado para o ensino, tinha medo de fazerem “testes” com ela e o bebê. Apesar de estar na terceira gestação tinha muito medo do bebê morrer, pois havia de fazer exsanguineotransfusão.
3	M3	22 anos, tímida, falava baixo, sentia-se insegura em realizar os cuidados dos bebês, por serem pequenos. Seu companheiro mostrou-se bastante participativo nos cuidados com os bebês
4	M4	20 anos, tímida ao falar, sorridente e alegre, seu bebê havia acabado de sair da fototerapia, o pai estava no momento da entrevista e também quis contribuir dizendo que ficaram muito assustados com o tratamento, porém entenderam que era para o bem do bebê.
5	M5	39 anos, de fala firme e segura, tranquila pelo fato do bebê estar ao seu lado, conseguia ver a situação toda pelo lado positivo, pois tinha conhecimento prévio da icterícia, veio do interior e lá era bastante comum o banho de sol.
6	M6	26 anos, expressão de cansada, chorosa, demonstrou interesse em se abrir e compartilhar o que estava sentindo, não contava ao marido o que estava acontecendo para não o preocupar, tem dois filhos menores que ficaram com sua sogra, isto estava deixando ela muito abalada, sem apetite e com muita saudade dos filhos, foi uma gravidez não planejada que necessitou de acompanhamento psicológico para aceitar a gestação.
7	M7	40 anos, expressão meio desconfiada em relação a entrevista, de poucas palavras, ficou preocupada com as sequelas da icterícia, é sua primeira filha.
8	M8	24 anos, mãe de gemelar, estava cansada com a rotina dos cuidados na fototerapia, sentia medo em relação a fazer cuidados básicos, por conta das orientações que os bebês deveriam ficar o maior tempo possível na foto, o companheiro estava olhando os bebês antes da entrevista para ela dormir.
9	M9	29 anos, bastante esclarecida a respeito do diagnóstico de seu bebê, segura e bem articulada com as palavras, tinha muita preocupação com a via de parto que o bebê nasceria e a idealização de um parto humanizado, estava acompanhada do marido, que era participativo e atencioso.
10	M10	35 anos, divorciada, mãe de três meninas adolescentes, sorridente, um pouco envergonhada para dar a entrevista, pois não sabia o que falar, tinha medo em perder a bebê, de fazer algum cuidado errado e da possível chance de ir para UTIN se não melhorasse.
11	M11	17 anos, estava com o companheiro há 1 ano quando engravidou, sorridente, de fala rápida, sentia medo de ir para casa sem o bebê e ele precisar ir para UTIN, estava bastante ansiosa para receber a alta hospitalar.
12	M12	29 anos, expressão séria e fechada, mas depois foi se soltando, fazia um tratamento no setor de ginecologia do hospital e ficou assustada com a notícia da gestação, pois não queria engravidar, tinha receio em ficar sozinha com a filha que chorava muito durante a fototerapia e ela não conseguia deixá-la chorar.

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

CAPÍTULO 4 ANÁLISE DAS NARRATIVAS

Para análise dos relatos foi utilizada a técnica da análise temática, que consiste em reportar em cada relato de vida as passagens concernentes a estes ou aqueles temas, com o objetivo de comparar depois os conteúdos dessas passagens de um relato a outro. (BERTAUX, 2010).

Após a transcrição das entrevistas, foi realizada uma leitura flutuante inicial, que permitiu a emergência de temas em comum nos depoimentos. Os temas foram identificados, recortados e colados em folha de papel, o que auxiliou na constituição das unidades temáticas e recorrência entre as depoentes. Esta fase foi denominada de **CODIFICAÇÃO** (apêndice F). Nesta etapa, houve a emergência de 23 unidades temáticas, conforme quadro a seguir:

Quadro 8: Descrição das unidades temáticas

1. Parecer uma coisa simples
2. Choro/ tristeza
3. Não poder pegar no colo o bebê
4. Ver o bebê sem roupa
5. Não conseguir ver o bem para o bebê naquela condição
6. Pensar no bem-estar do bebê (frio, desprotegido)
7. Não poder cuidar como gostaria
8. Medo do bebê morrer
9. Medo do desconhecido
10. Comparando a vivência dos outros filhos
11. Buscar o conhecimento sobre a situação
12. Fé; graças a Deus
13. Estar longe dos outros filhos
14. Segurança nas informações que equipe passava
15. Ser firme com o bebê durante a fototerapia
16. Assustada/ preocupada em ver o comportamento do bebê
17. Ver o bebê sob luz; com óculos
18. Dificuldade em cuidar do bebê
19. Impacto da notícia (não conseguir entender)
20. Aceitar o tratamento para o bem do bebê
21. Apoio da equipe durante o tratamento
22. Estar próximo do bebê
23. Culpa pelo tratamento

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

A fase seguinte, denominada por **RECODIFICAÇÃO** constituiu-se na releitura das entrevistas e nova comparação das unidades temáticas destacadas, resultando em 6 agrupamentos.

Quadro 9: Agrupamento das unidades temáticas

Sentimentos ao vivenciar a fototerapia	Reações maternas frente à terapêutica	Vivenciando uma nova forma de cuidar	Conhecendo uma “nova realidade” diferente do “sonhado” e esperado	Presença e apoio da equipe durante o tratamento	À distância dos outros filhos
2. Choro/tristeza 8. Medo do bebê morrer 9. Medo do desconhecido 12. Fé; graças a Deus 23. Culpa pelo tratamento	5. Não conseguir ver o bem para o bebê naquela condição 6. Pensar no bem-estar do bebê 7. Não poder cuidar como gostaria 15. Ser firme com o bebê durante a fototerapia 22. Estar próximo do bebê	3. Não poder pegar no colo o bebê 4. ver o bebê sem roupa 16. Assustada/preocupada em ver o comportamento do bebê 17. Ver o bebê sob luz; com óculos; 18. Dificuldade em cuidar do bebê	1. Parece uma coisa simples 10. Comparando a vivência dos outros filhos 11. Buscar o conhecimento sobre a situação 19. Impacto da notícia 20. Aceitar o tratamento para o bem do bebê	14. Segurança nas informações que equipe passava 21. Apoio da equipe durante o tratamento	13. Estar longe dos outros filhos
Recorrência: 96	Recorrência: 85	Recorrência: 81	Recorrência: 70	Recorrência: 26	Recorrência: 18

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

Após o agrupamento foi realizado uma nova leitura, que emergiu três categorias analíticas. A construção das categorias se deu pelas suas recorrências temáticas entre os depoimentos e a junção das colunas constituídas no processo de recodificação. A aglutinação da segunda e da terceira coluna originou a primeira categoria intitulada “(Re) significar a maternagem “à luz” da fototerapia”, a aglutinação da primeira e da sexta coluna originou a segunda categoria intitulada “Estressores maternos vivenciados durante a fototerapia” e a última categoria se deu da aglutinação da quarta e da quinta coluna, sendo intitulada “Desvelando a fototerapia neonatal”, este processo foi denominado por **SÍNTESE**.

Quadro 10: Formação das categorias analíticas

(Re) significar a maternagem “à luz” da fototerapia	Estressores maternos vivenciados durante a fototerapia	Desvelando a fototerapia neonatal
5. Não conseguir ver o bem para o bebê naquela condição 6. Pensar no bem-estar do bebê 7. Não poder cuidar como gostaria 15. Ser firme com o bebê durante a fototerapia 22. Estar próximo do bebê 3. Não poder pegar no colo o bebê 4. ver o bebê sem roupa 16. Assustada/ preocupada em ver o comportamento do bebê 17. Ver o bebê sob luz; com óculos 18. Dificuldade em cuidar do bebê	2. Choro/ tristeza 8. Medo do bebê morrer 9. Medo do desconhecido 12. Fé; graças a Deus 23. Culpa pelo tratamento 13. Estar longe dos outros filhos	1. Parecer uma coisa simples 10. Comparando a vivência dos outros filhos 11. Buscar o conhecimento sobre a situação 19. Impacto da notícia 20. Aceitar o tratamento para o bem do bebê 14. Segurança nas informações que equipe passava 21. Apoio da equipe durante o tratamento
Recorrência: 166	Recorrência: 114	Recorrência: 96

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

4.1 - (Re) significar a maternagem “à luz” da fototerapia

Ao longo dos anos, aconteceram muitas transformações no valor dado à maternidade, pois suas bases estão arraigadas simbolicamente na construção social, variando com os distintos contextos histórico, social, econômico e político de cada época. Logo, a forma como cada mulher irá maternar será pautada ao contexto em que está inserida. As transformações mencionadas motivaram novas concepções e atitudes no papel da mulher-mãe em relação ao filho e ao amor materno, que nem sempre teve a mesma expressividade dos dias atuais.

Antes do século XX, a mulher era vista socialmente como uma figura cuja função se constituía em ter filhos e organizar a vida social sem se inquietar com a sua criação. Com a reorganização da família moderna, surgiram novos paradigmas, o que motivou uma mudança na conduta materna em relação aos filhos, estabelecendo a devoção e a presença materna permanente como valores essenciais a mulher-mãe, o que conseqüentemente gerou um aumento de responsabilidade dela e a crescente valorização ao sacrifício materno em favor dos filhos (RESENDE, 2017).

Afastar-se desses paradigmas construídos pela sociedade pode suscitar uma enorme culpa, além de um sentimento de anormalidade na mulher, visto que contraria a natureza social que foi estabelecida para ela. Este pensamento vai de encontro às proposições de Canguilhem (2009) acerca da criação das regras normativas que ditam a normalidade dos indivíduos. Para esse autor, a norma é instituída na cultura e baseada em regras, as quais começam a vigorar quando são postas à prova em uma situação de irregularidade.

No presente estudo, foi observado que a irregularidade citada por Canguilhem (2009) está iconizada ao tratamento fototerápico, e as regras normativas são aquelas que impõem o modelo ideal de mãe, idealizado na cultura de cada mulher-mãe. Para as entrevistadas, cuidar de seu filho de maneira satisfatória, ou seja, maternar, é suprir suas necessidades básicas como: amamentá-lo, mantê-lo vestido (temem que eles adoeçam com o frio), poder pegá-lo em seu colo sempre que chorar e acalentá-lo promovendo conforto e bem-estar. Essas são as regras que dominam o seu círculo social e sair dessa redoma faz com que elas se sintam penalizadas por esse “desvio” na forma de maternar. Este padrão foi evidenciado nos depoimentos a seguir:

[...] hoje depois de 4 dias que eu pude **ver ele de roupinha**, porque desde que ele nasceu **ele estava só de fralda**, é horrível isso. Desde a barriguinha a gente compra roupa com carinho, quer vestir a criança, arrumar e eu não podia fazer isso, vendo as outras crianças arrumadas e isso me deixou muuuito triste, mas aí **eu fui me apegando vendo que ele estava melhorando** e fui começando a reagir bem também [...] (M2, 28 anos).

[...]eu olhei assim de **deixar ela assim sem roupinha**, né? Com frio aí é... (choro) quando eu a vi assim, partiu meu coração, ela estava sentindo muito frio, estava geladinha (choro) a minha vontade era de tirar ela dali (choro) [...] (M10, 35 anos).

Podemos inferir que as mulheres-mães, passam por um conflito interno, ao se depararem com uma terapêutica que demanda cuidados específicos para que seja alcançada a

eficácia do tratamento, como é o caso da fototerapia, em que se exige manter o RN despido com uso de proteção ocular e com certa restrição em ir ao colo, quando elas assim desejarem. Isso resulta em um conflito interno. Se admitirmos que esses cuidados vão à contramão de suas ideologias como “boas mães” e das regras estabelecidas pela sociedade. O tratamento de fototerapia faz com que mulher-mãe perca o parâmetro do “cuidado imaginado”, ou seja, aquilo que ela idealizou e organizou para desenvolver com seu filho durante todo o período de preparação para sua chegada.

O relato de M2 revela o anseio de não poder colocar em prática tudo que foi idealizado para a chegada de seu filho. Suas palavras retratam a tristeza em não poder exercer a maternidade conforme sonhado, sem falar na necessidade do tempo para ir se “apegando” ao filho naquela condição, o que demonstra uma possível ruptura no vínculo, gerada pela necessidade do tratamento num período precoce para construção dos laços entre o binômio, porém ao longo dos dias em que o filho começa a dar sinais de melhora à tristeza inicial começa a perder o espaço em seu âmago.

Já o depoimento de M10 evidencia a dificuldade em aceitar a terapêutica que restringe o cuidado de vestir, aquecer, envolver e organizar o bebê de modo “seguro”, conforme idealizado por ela. O fato de o filho estar sob a luz dispensada pelo aparelho de bilisky®, desnudo e frágil aos seus olhos, traz a hipótese de um “frio”, muitas vezes simbólico, haja vista que a equipe de enfermagem realiza o controle térmico através da verificação da temperatura axilar de seis em seis horas. No entanto, pelo seu relato, essa ação talvez seja desenvolvida de maneira limitada à técnica, não sendo acompanhada por uma explicação acolhedora e esclarecedora, capaz de acalmá-la neste momento em que visualiza de tão perto o aparente sofrimento do filho.

Dessa forma, podemos fazer uma analogia entre o “bebê imaginário” e o “bebê real” relatado por Fleck e Piccinini (2013) para o “cuidado imaginado” e o “cuidado real”, considerando que o “cuidado real” é o que acontece após o nascimento, o qual confronta o “cuidado imaginado” e se torna no primeiro momento uma cópia frustrante por ser desconhecida e estranha para a mulher-mãe. A desconstrução do “cuidado imaginado” ocorre após o contato da mulher-mãe com seu filho, dando-se de forma natural e gradual a partir do estabelecimento do vínculo entre mãe-filho. É necessário que a mulher-mãe projete os “cuidados reais” sobre os “cuidados imaginados” para que pouco a pouco os “cuidados imaginados” sejam (re) significados por ela. Os depoimentos a seguir demarcam essa transformação do “cuidado imaginado” para o “cuidado real”, no qual a mulher-mãe começa a

compreender que se faz necessário ter um “limite” para pegar o filho, passando a enfrentar a resignificação para construção do apego.

[...] Eu queria **pegar ele** e a **gente não pode e não pode ficar tirando toda hora**. A minha orientação com a médica foi que 15 minutos só para amamentar e botar de volta, então passa um turbilhão, que você não pode ficar com seu filho [...] (M2, 28 anos).

[...] Ah! foi muito ruim, um aperto no coração de **não poder pegar**, bem difícil[...]a gente **não pode pegar toda hora**, não pode ter o contato direto assim, **tem que deixar ali o máximo de tempo** possível, pra ela ficar boa rápido e era bem difícil até para amamentar [...] (M4, 20 anos).

[...] Ah! porque não podia pegar né? Para tipo assim quando chorava... **só podia pegar para dar mamar** mesmo. Eu ficava com **medo de tirar e não ter o resultado rápido** e não sair logo né? [...] (M8, 24 anos).

Podemos perceber que o relato de não poder “pegar”, imposto pelo tratamento de fototerapia impacta muito as mulheres-mães. Nos casos de M2 e M8 tornou-se mais rigoroso, sendo até mesmo o pegar limitado a 15 minutos durante o período da amamentação. Isso se deu pelo fato de seus filhos serem submetidos ao uso do aparelho de Bilitron Bed®, devido ao alto nível de bilirrubina. Este aparelho tem a tendência de causar maior desconforto ao bebê, que se encontra desorganizado no sentido de só haver as limitações físicas de acrílico ao seu redor, o que conseqüentemente gera choro e desconforto por parte do bebê e certa dificuldade por parte das mulheres-mães que necessitam aprender uma nova forma para acalotá-los e acalmá-los sem tirá-los do dispositivo terapêutico com tanta frequência. Por outro lado, mesmo diante dessas dificuldades, M8 demonstra a ambigüidade entre estar feliz por poder pegar pelo menos para amamentar, ao mesmo tempo em que declara o “medo” pela permanência fora do Bilitron Bed® acarretar um atraso na melhora do quadro do filho.

Nos dias atuais, a amamentação exclusiva no seio materno virou um lema amplamente defendido pelas políticas públicas de saúde e por organizações internacionais, como a UNICEF, a OMS, entre outras. De fato, amamentar virou uma atribuição materna, um papel esperado pelas futuras mulheres-mães, especialmente aquelas que pariram em instituições com título de Hospital Amigo da Criança como no caso do cenário deste estudo. Podemos com isso presumir que o “turbilhão” de pensamentos que passaram pela cabeça de M2, certamente envolveu essa atmosfera que cerca a amamentação, além de estar em um ambiente onde outras mulheres são hodiernamente orientadas a amamentar em livre demanda, para estimularem a

produção de leite e proporcionarem ao filho o padrão ouro para alimentação de um recém-nascido.

Diante desta realidade, surge um dilema entre amamentar e a necessidade em deixar o filho ser tratado, como foi evidenciado por M4, quando diz ser “difícil” amamentar e manter o filho sob a terapêutica. Esse dilema pode culminar em uma série de incertezas e inseguranças frente ao exercício da função de “mãe suficientemente boa” e possivelmente refletir na produção láctea dessas mulheres-mães. Nesse sentido, é necessário que os profissionais de saúde, sobretudo a equipe de enfermagem, devido à permanência conjunta com o binômio por longos períodos, devam estar atentos aos ajustes que forem necessários à proposta da amamentação. Além disso, devem incentivar, orientar, encorajar e motivar a ressignificação dessa prática, através de alternativas como o uso do copinho, em que a mulher-mãe exerce a função de nutrir o filho com seu próprio leite. Isso consequentemente trará mais segurança e empoderamento a função de “mãe suficientemente boa”.

Os cuidados específicos ao tratamento de fototerapia devem ser bem trabalhados pela equipe de saúde, para que não venham impactar negativamente na gênese da construção dos laços afetivos entre o binômio, visto que no setor de alojamento conjunto o tratamento de fototerapia é instituído no período precoce ao nascimento, período este de adaptação suave entre ambos, dando a continuidade dos laços que foram estabelecidos durante o período gestacional. É importante sobrelevar que o objetivo da terapêutica neste setor é aproximar o binômio e contribuir para o desenvolvimento físico e psíquico dessa criança de maneira saudável e sempre próximo de sua mãe.

Nesse sentido, vários autores debruçaram-se sobre estudos que abordassem o desenvolvimento infantil a partir das relações entre mãe-filho, entre eles o psiquiatra e psicanalista infantil John Bowlby, que se destacou ao criar o que atualmente, conhecemos como Teoria do Apego. Tal teoria apresenta a relação entre a criança e seu cuidador primário (mãe). Trata-se de vínculo essencial, para que ocorra de forma normal o desenvolvimento psíquico e social. Bowlby enfatiza que o apego é um tipo de vínculo, usado como uma “base segura”, intimamente ligado no relacionamento com o cuidador primário (*apud* DANTAS, 2016).

A construção do apego se dá pela busca da proximidade física da mulher-mãe e como estratégia primária o filho desenvolve importantes sistemas comportamentais, como: chorar, sorrir, fazer contato visual, entre outros, no intuito de procurá-la para suprir essas necessidades e torná-la fonte de conforto e segurança para os momentos estressantes, pois são

indefesos e incapazes de sobreviver sozinhos por um longo período de tempo. Desse modo, o apego à sua mãe é o que possibilita sua sobrevivência.

Na perspectiva Winnicottiana, desenvolver uma “base segura” no sentido de suporte se dá através do *holding*, que cria um ambiente favorável para o desenvolvimento da criança, promovendo o apoio físico e psicológico. A provisão do *holding* é abordada nos momentos dos cuidados práticos maternos como: amamentar, vestir, acalantar, trocar fralda e dar o banho, que preenchem necessidades físicas e emocionais do bebê. (FLEURY; PARPINELLI; MAKUCH, 2014). Logo, é possível concluir que os cuidados intrínsecos ao tratamento de fototerapia podem desguarnecer a provisão do *holding*, visto que o segurar e o vestir se tornam restritos durante a terapêutica.

No que se refere à mulher-mãe, o *holding* proporciona a capacidade dela se identificar com seu filho, construindo de forma satisfatória uma porção básica de cuidado, ou seja, por um breve período mulher-mãe/ambiente/bebê se entrelaçam, se integram e se indiferenciam, para que o viver seja assegurado e sustentado. Um *holding* produzido de maneira incompleta produz insegurança no bebê, estando associada a sensações de despedaçamento, desligamento e sentimentos de que a realidade exterior não reconforta o mundo interior. Conseqüentemente, o filho que tem suas necessidades supridas vive de maneira singular, pois essas necessidades são marcas particulares que guiam a maternagem diferenciando-o dos outros.

Durante o desenvolver da maternagem, é proporcionado o contato físico, por meio do qual o bebê é tocado, acariciado, envolvido pelo cheiro materno e há uma troca de olhares entre ambos, o que caracteriza a doação afetiva da mulher-mãe ao seu filho, como uma interação única. As mulheres-mães que não conseguem sustentar o *holding* podem produzir sensação de insegurança na relação com seu filho, pois não conseguem se identificar com suas reais necessidades e supri-las.

O teórico René Spitz (1945 *apud* CUNHA; SILVA; PALLADINO, 2014) corrobora com este pensamento, após ter realizado um estudo com bebês que tiveram suas necessidades fisiológicas supridas, porém não eram segurados, acariciados ou embalados no colo, nem tampouco recebiam afeto, resultando na “síndrome de hospitalismo”, caracterizada pelos efeitos nefastos da ausência da construção do vínculo e do afeto como fatores determinantes no desenvolvimento da criança, principalmente quando ocorrem precocemente.

Sendo assim, se faz necessário não só suprir as necessidades orgânicas do bebê, mas proporcionar a construção do vínculo/apego entre o binômio num período tão crucial na gênese dos laços afetivos. Como profissionais de saúde cooperamos para a minimização dos dilemas enfrentados por essas mulheres-mães com filhos em tratamento de fototerapia num período tão precoce, contribuímos para que seja ressignificado o “pegar” por elas e desenvolvemos um olhar sobre o binômio além do tratamento, considerando as possíveis consequências sobre o desenvolvimento dessa criança, o que permitirá no futuro, com que a criança desenvolva sua personalidade melhor e com segurança dentro de seus relacionamentos interpessoais.

De acordo com Ferreira (2014), ressignificar refere-se a dar outro ou novo significado a, ou seja, é a capacidade de o ser humano refletir acerca de um acontecimento antes vivenciado ou idealizado, atribuindo significados, ora distintos da significação realizada na época, ora reafirmando-os. Além de ser um processo que permite ao indivíduo atribuir novos significados a uma experiência passada, trazendo consequências para a forma como se situa diante da sua história. Este processo se apresentou de forma mais exacerbada nas mulheres-mães que tiveram a oportunidade em desenvolver a maternagem nos moldes do “cuidado imaginado” antes de instituir o tratamento de fototerapia, suscitando um estado de conformismo frente à realização do “cuidado real”, como demonstram os depoimentos a seguir:

[...] Eu senti a **falta de estar com ele**, porque antes de ele estar aí, eu estava com ele aqui, ele deitava comigo na cama, **estava mais perto**, mas só o fato de ele **estar do meu lado** aí já, a gente se **sente menos tensa do que, se ela fosse para outra sala né?** [...] então só o fato **dele estar aqui e eu poder amamentar** e poder **dá o banho, deixa a gente** um pouco mais **conformada** [...] (M5, 39 anos).

[...] Eu **gostaria que ele estivesse nos meus braços** agora, mas **ele está aqui do meu lado**, eu estou o vendo, eu estou acompanhando, eu estou monitorando o tempo todo né? Então **isso já me traz um certo conforto**, se ele chora eu estou aqui, se ele muda de posição eu estou aqui então o fato dele estar numa caixinha do meu lado isso não me incomoda, numa redoma de acrílico isso não me incomoda [...] (M9, 29 anos).

Ressignificar o “cuidado imaginado” é importante para a mulher-mãe sentir-se no “papel de mãe” e aproveitar a proximidade física permitida pela terapêutica dentro do setor de alojamento conjunto, proporcionando a construção de uma relação de afetuosidade que não deve deixar de existir em função da tecnologia utilizada. Podemos depreender dessas narrativas que a oportunidade de acalantar seus filhos, antes da submissão ao tratamento de fototerapia,

permite que as mesmas consigam atribuir novos significados à maternagem, ajustando-se aos cuidados intrínsecos à terapêutica. A experiência vivida anteriormente dá subsídios para que esta mulher-mãe que vivenciou o “cuidado imaginado” compreenda e aceite com mais facilidade as restrições da terapêutica, pois o fato de poder acompanhá-lo de perto (olhar, ver seus movimentos e estar ao seu lado) promove um conforto e conseqüentemente um estado de conformismo que é caracterizado pela aceitação no decorrer do tratamento. Com base na aceitação, algumas mulheres-mães desenvolvem um novo olhar sobre a realidade de ter um filho em fototerapia e apresentam uma mudança na postura que elas idealizaram como mãe, como podemos ver a seguir:

[...] Com ele eu **tive que ser até mais dura**, porque **se a gente ficar muito coração a gente arranca toda hora pra ficar no colo**, então deixava chorar, **às vezes dava vontade de pegar e não pegava**, ele dava uma espirradinha por conta do ar que colocaram, eu ia lá e pedia para colocar mais um insulfilmézinho, mas **não pegava pra ficar aquecendo**, eu sabia que ele precisava, quanto mais eu tirasse, pra mim, na minha cabeça ia tardar o tratamento então eu deixava, então pra mim eu **tive que ser mais resistente** vamos dizer assim, **deixei o coração de mãe de lado** e deixei ele ser tratado [...] (M2, 28 anos).

[...] **Tem que ter sangue frio**, porque o bebê como eu falei fica sem roupa, aí tinha noites que ele tremia de frio e não podia pegar, enrolar ele no colo, por causa que não pode cobrir com pano, aí eu ficava desesperada [...] (M6, 26 anos).

[...] Eu **estou tentando ao máximo deixar ela ali dentro**, porque eu sei que é o melhor para ela, só que tem horas que é difícil, que ela grita muito, ela chora muito e eu fico meio preocupada [...] (M12, 29 anos).

Os relatos evidenciam que para se enquadrarem nos cuidados pertinentes ao tratamento de fototerapia, as mulheres-mães assumem uma postura divergente da estabelecida socialmente para a maternidade se intitulando como, “mais dura”, “sangue frio” e “resistente” em contraposição ao ter que ser “coração”, amável, doce e carinhosa. Torna-se evidente certo pesar ao terem que se despir desses sentimentos como “deixar o coração de lado”, para assumir a nova postura, que necessitam para cuidar de seus filhos durante a terapêutica. Presenciar as expressões corporais do filho como: o tremer, o espirrar, os gritos e os choros inconsoláveis durante o tratamento, acarreta certa aflição a elas, que compreendem ser necessária essa postura mais firme para que o filho seja tratado, porém em seu âmago, o que prevalece é a preocupação e o temor frente a uma situação que não pode ser modificada por elas, conforme se pode depreender do relato de M3, M7 e M12 abaixo, ao adjetivar como “difícil”, “complicado”, “preocupada”, com aquela situação.

[...] **Difícil ver ela ali dentro presa** e chorando à beça ela estava agoniada né e aí eu fiquei também, chorando o tempo todo, nervosa querendo tirar ela dali, pensando que ela estava sei lá sentindo dor ou qualquer outra coisa [...] (M3, 22 anos).

[...] **Foi difícil, complicado quando botaram ela ali dentro**, que ela ficou toda sufocada, chorando, irritada, aí me deu um desespero! **Vontade de tirar**, isso foi a noite todinha, nesse sufoco [...] (M7, 40 anos).

[...] A forma como ela fica chorando, ela não para, não para! Ela começa a ficar meio escura e o umbigo começa a estufar e **eu fico preocupada**, aí eu vou tiro ela e boto no peito, aí ela fica quietinha [...] (M12, 29 anos).

Desvencilhar-se das condições em que veem seus filhos e a maneira como percebem suas expressões corporais são ações árduas e estressantes para elas, especialmente por se encontrarem no estado de “preocupação materna primária”. Na perspectiva Winnicottiana, caracteriza-se por um estado psicológico de fusão emocional entre mãe e filho, que consiste em a mulher-mãe saber no momento certo as necessidades vitais de seu filho, quando ela passa a sentir o que ele sente e precisa, numa existência recíproca e complementar (SANTOS e ZORNIG, 2014).

O ápice da preocupação materna primária ocorre logo após o nascimento, deixando a mulher-mãe mais sensível aos sentimentos emanados pela submissão do filho à fototerapia. Nesse contexto, as influências sociais do cuidar recaem sobre seu papel de mulher-mãe, e geram preocupações acerca de poder vestir, pegar no colo, aconchegar, consolar e amamentar em livre demanda, atividades modificadas quando o filho é submetido à terapêutica.

[...] A gente fica olhando para o nosso bebê o tempo todo **achando que está com frio**, cada vez que ele dá uma tremida, cada vez que ele balança as mãozinhas, os pezinhos eu só **fico pensando** [...] **no bem-estar dele** se está com frio, não sei como está, essa é a parte mais difícil como mãe, ainda mais de primeira viagem **não poder cuidar do bebê como a gente queria** [...] o **bem-estar é ele estar confortável com a roupinha, estar no nosso colo a cada chorinho que ele dá**, poder dá o mama entendeu? Está **vendo ele bem quentinho aquecido** e na situação como ele está **na luz parece que ele está desprotegido** entendeu? [...] (M1, 31 ANOS).

[...] Ela veio e trouxe o negocinho azul, aí eu **fiquei desesperada**, nossa mãe acabou comigo, eu chorei muito, **mesmo ela explicando que não dói que não fura né?** Mas, **era só a luzinha** e ela tem que **ficar, só de fraldinha e com negocinho no olhinho**, o oculozinho preto de pano [...] (M3, 22 anos).

Podemos depreender dos vocábulos destacados que ao se tornarem mulheres-mães assumem a responsabilidade pelo filho e se preocupam em cuidar deles, com toda atenção direcionada a conseguir identificar e compreender suas manifestações e necessidades. Acrescenta-se a isso a preocupação em serem responsivas e executarem com zelo as ações concebidas de cuidado, pois em suas concepções o bem-estar para seus filhos é poder mantê-los confortáveis, aquecidos, com roupinhas, envoltos em mantas e aconchegados em seu colo, ações estas que na percepção da mulher-mãe por se tornarem restritas durante o tratamento de fototerapia suscita o sentimento de “desproteção”, conforme se depreende da fala de M1.

A preocupação com o bem-estar do filho é baseada não só no estado de preocupação materna primária como nas “crenças” herdadas da família e de seu meio sociocultural. As crenças podem ser definidas como ato de crer e ou de ter convicção por algo, o que se torna conflitante ao se deparar com os cuidados intrínsecos à terapêutica, por estarem acrescidas de uma sensibilidade emotiva as condições físicas em que o filho está exposto (BARALDI e PRAÇA, 2013).

Outro fator relevante é o da invisibilidade da doença aos olhos maternos em alguns casos, o que torna dificultoso para elas aceitar e compreender a necessidade do tratamento. Sabemos que nem sempre a cor amarelada será percebida na pele e nas escleróticas, requerendo a confirmação por outros meios, como a utilização do *bilichex*® (dosador de bilirrubina transcutânea) e das punções venosas para aquisição de amostras laboratoriais que monitoram os níveis de bilirrubina. Esta por sua vez poderá vir acompanhada de dor e desconforto, além de deixar possíveis marcas como hematoma no corpo do bebê, fato angustiante que foi evidenciado nos trechos em destaque nos relatos a seguir:

[...] Mesmo sabendo que é **para o bem dela** e a **gente acaba esquecendo** essa parte que é para o bem do bebê, a gente **acaba olhando para situação em como a gente está vendo o nosso bebê** e a gente não consegue pensar na técnica [...] que estão fazendo aquilo para ajudar a gente, por mais que eles estejam fazendo um bom papel, um bom trabalho **a gente não consegue pensar nisso, focar nisso** [...] (M1, 31 anos).

[...] **Até então eu olho para ele assim, e não vi coloração amarelada**, o médico como tem sua experiência já notou, então vamos tratar é para o bem dele, então vamos tratar [...] (M5, 39 anos).

Presenciar diariamente as condições em que o filho é submetido faz com que em alguns momentos a mulher-mãe questione acerca da real necessidade do tratamento, visto que em alguns casos elas não conseguem perceber a olho nu a coloração amarelada na pele do filho ressaltada pela equipe de saúde, além de estarem muito centradas nas reações que o filho

demonstra durante o tratamento. Esses fatos fazem com que a mulher-mãe viva um estado de conflito interno entre saber que se faz necessário o tratamento, pois foi diagnosticado, e aceitar como aqueles cuidados representam um bem à saúde de seus filhos, uma vez que estão impedidas de cuidar de seus filhos da maneira desejada.

As mulheres-mães acabam assumindo uma posição de aceitação, apesar de todas as indagações internas e do sofrimento vivenciado por elas. É como se tudo que sonhou para a chegada de seu filho tivesse esvanecido e agora fosse o momento de repouso, ou melhor, de aceitação frente à situação que ela não tem o controle para modificar. O que resta a elas é sobrepor aos seus anseios o filho ficar bem de saúde e livre de possíveis sequelas de um não tratamento.

4.2 - Estressores maternos vivenciados durante a fototerapia

Vivenciar o tratamento de fototerapia de um filho recém-nascido é um momento de transição e de adaptação para a mulher-mãe desempenhar a maternagem diferente da idealizada e da estabelecida socialmente. Para tanto, foi preciso entender este universo permeado por custos intangíveis, que são os mais difíceis de serem medidos ou valorados, sendo o custo do sofrimento da dor, da tristeza, do choro, da angústia, da culpa, do medo da perda do filho, da insegurança e do sentimento de fragmentação por “deixar” os outros filhos em casa, que foram evidenciados nas narrativas.

Ao refletir sobre os dilemas que circundam essa mulher-mãe durante a terapêutica, tornou-se patente a necessidade de uma perspectiva individual e holística, em que se considera o que é nocivo a cada uma, a quantidade, a duração e o poder dos estressores, além de considerar o significado específico de cada estressor para cada uma dessas mulheres-mães. Tudo isso para desenvolver uma assistência de enfermagem que promova o bem-estar a elas nesse período tão esperado, que é a chegada de um filho.

Desse modo, encontramos na teoria de enfermagem de Betty Neuman, denominada Teoria dos Sistemas, a contribuição de que precisávamos, para um modelo de enfermagem holístico, abrangente e sistêmico, pois sua estrutura é basicamente um modelo de sistemas abertos, composto por estressores, reações aos estressores e do indivíduo que interage com o ambiente. Inclui também variáveis do âmbito fisiológico, psicológico, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual. Fundamentado nessa estrutura organizada é que surge a

intervenção adequada dos cuidados de enfermagem, visando à promoção, correção e reabilitação do equilíbrio do sistema das mulheres-mães (SILVA; SOUZA; DUARTE *et al.*, 2016).

Estas variáveis devem ser consideradas durante todo o tratamento de fototerapia, de tal modo que ultrapasse a dimensão racional e assistencialista do fazer para alcançar a dimensão relacional e multidimensional do cuidado ao binômio. De acordo com a perspectiva da Teoria dos Sistemas, a constante interação com o ambiente e com as forças internas e externas resultadas dessa interação é o que podemos presumir alterar a estabilidade/harmonia das variáveis (fisiológico, psicológico, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual), sendo essas forças denominadas por estressores (LIMA, 2014).

Ao nos enveredarmos, pelo “tornar-se” mulher-mãe, que é um momento particular e singular, repleto de transformações hormonais, físicas e psicológicas, que geram por si só uma série de desafios e incertezas, foi possível constatar que, agregada ao tratamento de fototerapia de um filho recém-nascido, essa experiência pode provocar exaustão psicológica e física nelas, gerando um sentimento de culpa por se responsabilizar pela expectativa não alcançada e os “danos” causados ao filho, como podemos observar nos trechos destacados nas narrativas a seguir:

[...] Eu até perguntei para uma das enfermeiras o porquê disso? **Foi alguma coisa que eu não fiz no pré-natal? Deixei de fazer alguma medicação? Alguma coisa que deixei de fazer no pré-natal?** Ela falou não isso é um problema no fígado não é isso? E não tem uma causa assim, a maioria das crianças nascem com isso tal, então menos mal porque não foi algo que eu deixei de fazer que causou isso, porque as vezes a mãe deixa de fazer algo e aí o bebê nasce com algum probleminha, **mas aí não fui eu que deixei de fazer alguma coisa** é algo que já vem da criança mesmo [...] (M5, 39 anos).

[...] É como **se eu tivesse vivendo um pesadelo**, eu durmo e acordo já com um monte de médico entrando, **ai meio que já me culpei**, não podia ter engravidado de novo, **já sabia que ia acontecer isso** (choro), mas aconteceu né? E aqui em momento nenhum eles criticam isso [...] (M6, 26 anos).

[...] Ah fiquei triste! **Culpada um pouco sei lá... não sei se foi minha culpa** na minha gestação, **algo que eu comi que aconteceu isso** [...] (M8, 24 anos).

Ao receberem a notícia de que seus filhos necessitam do tratamento de fototerapia, esse evento as amedronta, confunde e emociona profundamente, e até de certa forma gera uma interferência em seus planos por uma expectativa não alcançada. Com isso as mulheres-mães buscam por meio de uma reação adaptativa o sentimento de culpa, pois se sentem responsáveis pelos “danos” causados aos seus filhos.

No relato de M5 podemos inferir que o sentimento de culpa ganha espaço a partir de sua incompreensão em ter cumprido tudo o que lhe foi indicado e solicitado durante o pré-natal, no entanto, o inesperado aconteceu. Se pensarmos em um grupo de pessoas especialmente suscetíveis a este sentimento, este é o grupo materno, há inclusive um “dito popular moderno” que afirma que “nasce a mãe e com ela o sentimento de culpa”, isso porque ao longo dos anos a culpa passou a ser incutida na mente materna quando situações adversas alcançam os filhos. Por outro lado, esse sentimento pode surgir na tentativa de reparar o “dano” devido à sensação materna de não ter cumprido seu papel de mãe como o estabelecido socialmente. Amiúde, buscam encontrar em seus modos de vida comportamentos ou atitudes no período gestacional, que culmine a situação em que o filho se encontra. Diante desses questionamentos, a intervenção da equipe de enfermagem é fundamental, pois o esclarecimento adequado das reais causas da patologia contribui para o afastamento dos estressores intrapessoais que rodeiam essa mulher-mãe.

Em contrapartida, no relato de M6, podemos inferir que o próprio ambiente foi o seu estressor, “o entre e sai” dos médicos em seu box de internação a remetia a uma experiência negativa vivida anteriormente, fazendo com que culpasse a si mesma por engravidar novamente sabendo das condições que seu filho e ela iriam passar. Aquele ambiente já havia sido vivenciado e o entre e sai de profissionais é visto como uma tortura, cuja culpada é unicamente ela. Neste caso, as estratégias de enfrentamento envolvendo a equipe multidisciplinar pode ser uma tentativa de fortalecer as linhas internas de resistência que são aquelas que circundam a sua estrutura básica de recursos energéticos, ou seja, o núcleo das suas forças. Essas estratégias agem no intuito de reduzir a reação aos estressores extrapessoais e recobrar o equilíbrio do seu sistema.

A culpa também pode ser vista como um processo, em que as mulheres-mães se autoavaliam de maneira cognitiva, afetiva e comportamental, acerca dos valores estabelecidos por sua cultura, ou seja, a figura delas socialmente deve produzir sempre o bem aos seus filhos. Por outro lado, a culpa pode se iniciar com a transgressão de uma regra ou uma ação ruim em relação ao outro e quando é atribuída à pessoa a responsabilidade pelo sofrimento do outro. A pessoa experimentará uma sensação desconfortável que a motivará a reparar ou se punir, no intuito de recuperar a confiança na sociedade e aliviar seu desconforto, mantendo-se no *status quo* (RAMÍREZ; MÉNDEZ; ARAGÓN, 2014).

Ao encontro destas proposições, o depoimento de M8 evidencia que o sentimento de culpa foi nutrido em sua mente pela falta de conhecimento ou até entendimento das

informações recebidas pela equipe, que a motivaram a questionar possíveis arbitrariedades vividas durante o período gestacional. Na perspectiva de Neuman a culpa pode ser vista como forças que ocorrem dentro do indivíduo, ou seja, fatores intrapessoais que podem causar a instabilidade no sistema.

Por outro lado, se o sentimento de culpa para algumas mulheres-mães foi a primeira resposta adaptativa ao evento estressor extrapessoal (tratamento de fototerapia), para outras o medo tornou-se a resposta imediata por se sentirem inseguras, diante de um tratamento desconhecido ou até mesmo inesperado. Sem falar no imaginário materno acerca do agravamento do quadro clínico do filho, culminando no distanciamento ou possível perda do mesmo, conforme se verifica nas passagens destacadas nos seguintes relatos:

[...] Só falaram que ia entrar em foto que era tipo uma luz de banho [...] como se fala amareladinho, mas não era grave, mas que podia entrar e qualquer momento podia sair, só isso! Aí no outro dia que a médica veio falou que ia continuar que era preciso entendeu? Aí **ela começou a explicar o motivo da foto** aí sim, aí **comecei a ficar com mais medo ainda**, porque pensei que era uma coisa simples, mas **quando ela começou a explicar o motivo, a pessoa fica mais assustada** [...] (M8, 24 anos).

[...] Meu **medo era esse de piorar e ter que internar ela na UTI**, sei lá ou coisa do tipo **aí o medo bate, bate um desespero de perder** e por ela ser tão pequenininha, tão frágil, não saber se defender (choro) [...] (M10, 35 anos).

[...] **Eu achava** que tipo assim, que era **alguma doença grave**, que ela teria que fazer alguma coisa e **se não fizesse ela poderia morrer**, eu não estava entendendo o porquê de ela estar aqui dentro (do bilitronbed®) [...] (M12, 29 anos).

Como seres humanos não temos o total controle em tecer a nossa vida, antes somos um fio dela, estamos profundamente conectados aos eventos que se desdobram a partir de acontecimentos inesperados, como é o caso do tratamento de fototerapia para essas mulheres-mães. Esse tratamento por sua vez desdobra-se em emoções quase sempre densas, fortes e intensas, que em alguns casos pode vir agregado ao medo, que prepara o corpo para suportar pressões extremas e reagir a situações de ameaça, na busca da conformação do bem-estar (TAVARES e BARBOSA, 2014).

A presença do medo foi evidenciada nos depoimentos, logo após as mulheres-mães terem recebido a informação pela equipe de saúde em relação ao diagnóstico. A partir de então buscaram assimilar essa nova realidade que surgiu de maneira tão inesperada em suas vidas. Podemos inferir que devido ao impacto dessa notícia, elas só conseguiram reproduzir as

informações relacionadas: a aparência amarelada da pele do filho, a questão de não ser um tratamento invasivo e de ser um banho de luz, o que conseqüentemente em suas mentes maternas foi refletido como algo “simples”, não entendendo a profundidade do tratamento e as conseqüências que permeiam a patologia.

Com isso, os relatos demonstram que a interação do sistema “indivíduo” com o ambiente (forças internas e externas – fatores de estresse) alcança, no primeiro momento do recebimento da informação da necessidade do tratamento, a linha normal de defesa que é dinâmica e capaz de estabilizar seu sistema. No entanto, a continuidade do estressor perpetua a interação das forças internas (medo do desconhecido) e externas (informações recebidas) culminando o desequilíbrio evidente do sistema, manifesto pela reação de choro de M10 durante os depoimentos, da palavra de estar assustada com o motivo da necessidade do tratamento de M8 e o medo da possível perda do filho por se tratar de algo grave expresso por M12.

Nesse momento, é necessário que haja o empenho da equipe de enfermagem em manter o equilíbrio dinâmico de cada mulher-mãe, buscando a identificação e a significação desses estressores para elas, a fim de intervir pontualmente para que venha a ser restabelecida a homeostasia do sistema. As ações de encorajamento, motivação e segurança durante a execução da terapêutica são fundamentais para reprimir o avanço dos estressores para linha de resistência, evitando a conseqüente exaustão do sistema.

Todos estes sentimentos exaustivos vão sendo tecidos no interior materno ao longo das horas e dias de tratamento, avocando intenso sofrimento vivenciado antecipadamente pelas mulheres-mães, pois em seu imaginário também surge a possibilidade da perda do filho, trazendo um sentimento de insegurança e tristeza ao acompanhar diariamente o tratamento de fototerapia, de acordo com os trechos destacados nas narrativas a seguir:

[...] Infelizmente é um **sentimento de tristeza que eu sinto**, não consigo ver outra palavra para te explicar, **eu queria está feliz, olhar ela assim na luz**, mas não estou sinceramente, **eu queria tentar estar feliz**, mas eu não estou [...] (M1, 31 anos).

[...] Esse **momento foi muito triste para mim, muito doloroso**, mas depois foi passando né? Foi ficando tudo bem [...] depois eu fui melhorando e ela foi se acostumando dentro do bercinho com a luz, ai ficou tudo bem [...] porque vem sempre alguém olhar, ver a temperatura [...] **vem falar como acalmar ela** [...] (M3, 22 anos).

[...] O **sentimento é de tristeza mesmo**, fica triste, assim, **saber que eles estão passando por isso** [...] ela (profissional) **foi conversando que não era tão assim**, que ia passar era só alguns dias [...] **ai fui me acalmando** [...] (M8, 24 anos).

[...] **Foi o momento mais difícil** para mim, todos os dias eu choro, porque eu não queria que ela ficasse, entendeu? [...] então eu estava bem amarrada, mas **foi por causa da equipe que eu fiquei mais tranquila**, que eu vi que era para o próprio bem dela, entendeu? (M11, 17 anos).

A vivência intensa e permanente dessas mulheres-mães, ao acompanharem o tratamento de fototerapia de seus filhos, desencadeou reações em sua variável psicológica, que foi expressa por M1 através da tristeza por não ser a “mãe suficientemente boa” idealizada em seus sonhos, pois ter que visualizar diariamente a filha desnuda sob a luz ofusca e reduz suas forças, e por M11, ao declarar que “todos os dias eu choro”. Percebemos que todas as linhas de defesa foram corrompidas pelo fator extrapessoal (tratamento de fototerapia) e que agora essas mulheres-mães necessitam de apoio, compreensão e intervenção, sendo a equipe de enfermagem a mais apta, especialmente por estarem 24 horas ao lado do binômio, devendo estar atenta para as intervenções que envolvam a solicitação de outros profissionais na avaliação e acompanhamento dessas mulheres-mães.

Os depoimentos de M3, M8 e M11 evidenciam que com o passar do tempo aquela tristeza “foi passando” e “foi ficando tudo bem”. Com base na perspectiva do modelo de sistemas de Neuman, as influências interpessoais (suporte da equipe de enfermagem) que essas mulheres-mães sofreram, agregadas aos fatores intrapessoais de satisfação em ver os resultados positivos da terapêutica, resgataram a energia do núcleo do sistema delas, através do restabelecimento de seu bem-estar. Neste sentido, a enfermagem provavelmente não só promoveu apoio e segurança a essas mulheres-mães, mas dispôs de informações esclarecedoras que fortaleceram o vínculo entre indivíduo/ambiente/equipe.

Na contramão de todo o recebimento desse apoio, a própria estrutura e filosofia setorial do alojamento conjunto incentiva as mulheres-mães a assumirem uma postura de vigiar constantemente seus filhos, o que passa a ser uma tarefa de desgaste não só físico, como mental e emocional, uma vez que estão atentas aos cuidados como: permanência da proteção ocular, observar se a luz incide em maior parte do corpo, atentar para a temperatura corporal do filho e possíveis sinais de desconforto, cuidados estes que são inerentes à equipe de enfermagem, mas que as mulheres-mães se sentem de certa forma no dever de cooperarem com a equipe.

Neste momento é importante que a equipe retire o “peso” do cuidado dos ombros das mulheres-mães e compartilhe a possibilidade da ressignificação da maternagem. Elas não precisam ter a obrigação de cuidar de uma forma diferente de seus filhos submetidos à

fototerapia, mas podem ser motivadas a interagir com eles, o que pouco a pouco vai capacitá-las a reconhecer, “sem medo”, o que realmente os incomoda - os sinais de frio, fome, necessidade de acalento - e cada uma vai desenvolver a sua própria técnica materna de aconchegar, acalantar, baseado naquilo que aprendeu com seu próprio filho.

Não obstante, é mister lembrar que durante esse período as mulheres-mães são expostas às reações de desconforto do filho, às incertezas que surgem quanto ao tratamento, à exaustão de “não” terem com quem dividir os cuidados do filho, ver outros bebês vestidos e aconchegados no colo, fatos estes que podem trazer desânimo. Além disso, muitas precisam permanecer longe de seus parceiros, de suas casas e tendo que lidar com as situações geradoras de conflitos por estarem longe dos outros filhos, que foi demonstrado nos trechos em destaque, a seguir:

[...] Eu chorava a noite toda, **porque você fica com a mente lógico para cuidar dele, mas os outros em casa**, como eu nunca passei por isso, na verdade mas... é a terceira cesárea, mas eu sempre fico o tempo que eu tenho que ficar são uns 3 dias no máximo [...] (M2, 28 anos).

“[...] É desconfortável **eu me sinto totalmente dividida**, aí você já está (choro) passando por isso tudo e ainda tem a **parte que você fica com saudade dos outros filhos**, quem não tem filho que nem eu falei do meu primeiro C. é tranquilo, agora você que tem filho e passa por isso tudo, aí você tem que ficar para amamentar o bebê, mas você tem outro bebê em casa, outros filhos em casa, aí fica complicado [...] eu já estou abalada em relação ao tratamento do M., fico abalada porque minha filha já não está nem querendo comer direito, minha sogra diz que ela come, está falando em mim direto, dorme chorando, acorda chorando[...]além da gente vê coisa aqui pior, eu vejo muita coisa aqui pior, mais muito pior do que estou passando [...]” (M6, 26 anos).

O depoimento de M2 retrata um dilema que está para além das questões do tratamento de fototerapia neonatal no alojamento conjunto, mas que de certa forma acaba por refletir como estressor a essa mulher-mãe, que se encontra em seu terceiro puerpério vivenciando não só a “diferenciação” no cuidado do filho recém-nascido, mas o prolongamento em sua internação. Segundo o Ministério da Saúde (2001), a mulher-mãe pode estar apta para receber a alta hospitalar em torno de no mínimo 48h. Essa realidade se distancia quando seu filho é submetido a fototerapia, visto que os primeiros sinais da hiperbilirrubinemia neonatal se dão em torno deste mesmo período, o que conseqüentemente gera o afastamento de sua rede familiar em período integral. A partir daí torna-se restrita aos breves períodos de visita hospitalar e telefonemas para suprir a saudade de todos e principalmente dos filhos menores que são impedidos de participarem da visita hospitalar por medidas de segurança, devido ao

hospital ser um local insalubre, ou seja, tudo isto demonstra as forças interpessoais a que essas mulheres-mães são expostas.

Dessa forma, podemos inferir que o prolongamento no período de internação do binômio passa a ser uma experiência desagradável, não apenas pelo fato de ter um filho recém-nascido necessitando de tratamento clínico, mas por espelhar em todos do contexto familiar a imposição de determinadas mudanças e exigir adaptações por parte de todos, inclusive das crianças. Além disso, vivenciar as experiências de sofrimento de outras mulheres-mães lado a lado, avaliando, percebendo e escutando em grande medida o que acontece, também contribui para alterar suas linhas de defesa e conseqüentemente seu bem-estar (OLIVEIRA; FONSECA; LEITE *et al*, 2015).

Acrescido a esses estressores interpessoais e extrapessoais, as mulheres-mães se sentem divididas entre as necessidades do filho recém-nascido e os outros que estão em casa, requerendo também sua atenção e cuidado. Esse fato foi revelado através da narrativa de M6, quando seu filho adoeceu por conta de seu distanciamento e saudade. Ao certo não sabemos as condições fisiológicas e ambientais em que essa criança se encontrava para adoecer, mas no imaginário materno, gera a atribuição a si, por não estar cumprindo com seu dever de mãe com os outros filhos, que neste momento passa a ser delegado a avós, tios, amigos e pai, fato este que trouxe aos depoimentos muita comoção e que em alguns momentos foram interrompidos pelo choro. E diante de todos esses estressores, carregados de tantos sentimentos, lutas e consternações, que as mulheres-mães buscam na variável espiritual a esperança de trazer um sentido positivo a essa experiência tão estressora para elas, conforme destacado nas narrativas abaixo:

“[...] Está tendo uma evolução porque ontem uma das enfermeiras falou assim que ele evacuando já ajuda no tratamento também, na evolução dele, **graças a Deus porque ele já evacuou 3 vezes** ontem aí cada vez eu recebo notícias que são boas, positivas e **isso me deixa assim otimista** [...]” (M5, 39 anos).

“[...] Estou me **apegando muito a Deus agora e a única coisa que eu vejo sentido é me apegar a Ele**, por mais que os médicos façam, depende muito de Deus, tudo, tudo para falar a verdade [...]” (M6, 26 anos).

As narrativas acima evidenciam que mesmo diante de um dilema permeado por diversos estressores, as mulheres-mães procuram estarem confiantes, esperançosas e positivas frente às notícias que recebem da equipe de saúde ao longo do tratamento de fototerapia de seus filhos. Para isso, se apegam intensamente à variável espiritual em que o indivíduo é composto.

A estratégia utilizada por essas mulheres-mães é denominada por *coping*, que são recursos cognitivos, emocionais e comportamentais, que o indivíduo emprega para extinguir ou alterar os fatores estressores decorrentes de circunstâncias adversas, no sentido de proporcionar uma adaptação, que pode ser agregada à resiliência que diz respeito à capacidade do indivíduo de se manter psicologicamente ajustado apesar da exposição ao evento estressor. (MAIA; SENDAS; LOPES *et al*, 2016).

Neste sentido, muitas podem ser as estratégias utilizadas para enfrentar momentos permeados por estressores, porém alguns estudos apontam que a espiritualidade (algo intangível que dá sentido à vida e que é capaz de estimular sentimentos positivos que superam suas próprias capacidades) é uma estratégia que tem contribuído para o alcance do equilíbrio interior e a adaptação a situações adversas, quando os indivíduos sentem a necessidade de encontrar uma resposta na prática espiritual para o que está vivenciando e o que conseqüentemente proporciona força e esperança a eles (COSTA, 2013; LEITE; GOMES; MORAIS *et al*, 2015).

Sendo assim, enquanto profissionais de enfermagem devemos estar vigilantes às reações que cada mulher-mãe irá apresentar frente aos estressores, além de conhecer mecanismos de *coping* disponíveis que contribuam para que essa mulher-mãe o mais precocemente possível restabeleça seu equilíbrio energético e bem-estar. Isso porque, mesmo o tratamento de fototerapia não sendo prolongado, é permeado por muitos agentes estressores para ela nesse período tão singular. Tais mecanismos podem ser desenvolvidos através de uma escuta sensível que permita nos despirmos de alguns pressupostos e de uma visão de mundo pessoal e profissional, o que conseqüentemente proporcionará conhecer cada mulher-mãe em profundidade, compreendendo suas motivações, práticas e considerando suas distintas dimensões biopsicossociais. A partir disso, possibilitamos a abertura no campo laboral para que elas exponham seus anseios, dúvidas, insegurança e até mesmo sugestões que contribuam para sua estabilidade, bem-estar e melhora da assistência prestada.

4.3 - Desvelando a fototerapia neonatal

Na prática clínica diária, os profissionais de saúde precisam estar preparados para transmitir informações desfavoráveis, ou seja, “más notícias”. Consideramos que esta seja umas das tarefas mais complexas da comunicação, pois perpassa o componente verbal requerendo outras habilidades do profissional como: responder as reações emocionais do ouvinte, tratar o

stress criado pelas expectativas não correspondidas, entender o envolvimento de outros membros da família e o dilema de dar um olhar de esperança para situação vivenciada.

A “má notícia”, segundo o *Guide for Health Care Professionals* (1992), é “qualquer informação, que de forma adversa afeta gravemente a visão de um indivíduo sobre seu futuro”. Sabemos que o tratamento de fototerapia é simples, não invasivo e bastante eficaz, porém de alguma forma afeta a visão do futuro desejado dessas mulheres-mães para a chegada de seus filhos. Receber a notícia sobre a necessidade do tratamento suscita grande impacto, como podemos observar nos trechos destacados nos depoimentos a seguir:

[...] **Falou que ela ia ter que ficar na foto**, por causa da pelezinha que estava um pouco amarela e eu sem entender. **Aí ela veio e trouxe o negocinho azul, aí eu fiquei desesperada**. Nossa mãe! Acabou comigo, eu chorei muito, **mesmo ela explicando que não dói, que não fura** né? [...]. (M3, 22 ANOS)

[...] Ah! Fiquei meio perdida (risos), meu Deus! **Foto o que é isso?**[...] nunca tinha ouvido falar. Foi diferente nunca tinha escutado esse nome, **eu achei esquisito, mas aí ele me explicou e botou, aí foi clareando as ideias** [...] (M7, 40 anos).

[...] Conforme **fizeram o exame, quando voltou, já voltou com a máquina**. Então, tipo assim, **eu já fiquei em choque**, porque **eu não sabia** nem **do que se tratava**, aí foi que falaram que era do meu sangue [...] (M12, 29 anos).

Receber a informação da necessidade da terapêutica para elas significa “má notícia”, que no primeiro momento gera dúvidas, pois se sentem “pegas de surpresa” diante de uma realidade distante delas. Neste momento é necessário que a equipe de enfermagem esteja apta a traçar estratégias que venham a contribuir para a estabilidade do sistema da mulher-mãe, conforme evidenciado na Teoria dos Sistemas de Neuman, que sugere que a enfermagem deve estar atenta aos estressores, auxiliando suas adaptações e promovendo a manutenção do estado de saúde (MC EWEN; WILLS, 2015).

O ponto crucial para o desempenho de uma boa assistência de enfermagem é a capacidade de despir-se dos pré-conceitos de que a fototerapia é simples, fácil, prática e aceitável. O profissional precisa ver além do dispositivo tecnológico utilizado, ele precisa enxergar a mulher-mãe, seus sonhos, expectativas e seu bebê – um ser humano em adaptação com o mundo extrauterino. De fato, a fototerapia não requer cuidados de alta complexidade quando comparada a exsanguineotransfusão, por exemplo, mas exige uma atenção holística por parte da equipe de saúde, fundamentada nas variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais,

desenvolvimento e espirituais de cada um dos binômios, conforme propõe a Teoria de Neuman (GRECO, MOURA, SENA *et al*, 2016).

O frequente emprego do tratamento de fototerapia no alojamento conjunto pode ocultar os estressores maternos e trazer prejuízos ao bem-estar do binômio. Reconhecer e atender às reações emocionais expostas pelas mulheres-mães, não menosprezar suas apreensões, buscar atuar diretamente no estressor que está iminente em suas queixas, seja ele, a nudez do bebê, a necessidade do uso de proteção ocular, a necessidade de um tempo maior de internação, ou mesmo o aparato terapêutico utilizado, são peças determinantes no sucesso da terapêutica e um grande desafio a ser enfrentado pela equipe de enfermagem que assiste o binômio.

Refletindo acerca dessas questões, faz-se necessário apresentar previamente o aparelho utilizado e os cuidados que serão necessários durante a terapêutica, permitindo que a mulher-mãe se familiarize e aos poucos vá adquirindo confiança e segurança nas explicações recebidas. Esta conduta acolhedora da equipe de enfermagem pode produzir o que M7 denomina de “ir clareando as ideias”, ou seja, atitudes capazes de mantê-la na linha normal de defesa para manutenção da estabilidade do seu sistema. A variável psicológica está muito presente nos estressores das mulheres-mães com filhos submetidos à fototerapia e a equipe de enfermagem precisa estar sensível a essa situação, evitando o ocorrido com M12 que foi surpreendida pela “máquina”, antes mesmo de receber explicações sobre o problema do bebê e a terapêutica em si. Talvez, para a equipe, chegar ao Box com o aparelho seria apenas uma forma de agilizar o tratamento, mas o impacto que essa ação deflagrou em M12, em suas palavras, foi um “choque”. O tempo acabou tendo que ser administrado com parcimônia pelo profissional. A princípio, a tentativa de agilizar o tratamento teve que dar espaço a uma longa conversa com o propósito de acalmar, acolher e convidar a mulher-mãe a cooperar na terapêutica.

Diante do ocorrido, podemos inferir que uma boa assistência não se oferece apenas com agilidade, mas com a explicação prévia e atenção fornecida pelo profissional em relação ao diagnóstico e à terapêutica empregada para o tratamento. A assistência de enfermagem não pode ser única e exclusivamente técnica, mas sim, ter um olhar transcendente sobre o outro, uma visão holística capaz de abarcar todas as necessidades do indivíduo e assim resguardar o seu bem-estar.

O impacto em receber a notícia da necessidade de ter o filho submetido à fototerapia provoca, nas mulheres-mães, o sentimento de: “desespero”, “perda do rumo” e “estado de choque”, por mais que os profissionais ressaltem não ser um tratamento invasivo e indolor, como foi relatado nos depoimentos anteriores. Elas não conseguem se apegar a esses benefícios, pois sua linha flexível de defesa absorve a informação inicial como algo “simples”, talvez até mesmo por influência do discurso profissional, mas logo ela começa a se ver diante de um problema clínico que pode afetar não somente a saúde de seu filho, como também todos os seus sonhos e expectativas, promovendo uma desordem familiar, como podemos observar nos destaques a seguir:

[...] Quando o médico veio dar o diagnóstico, explicar, **a gente acha que é uma coisa simples** né? A gente não sabe tecnicamente como é, como funciona realmente então **achei que fosse uma coisa simples** [...]. (M1, 31 anos).

[...] **A gente acha que é uma coisa simples**, mas não é não, e na minha família...Minha mãe, nossa! Teve vários filhos, minha irmã nunca, nunca ninguém teve problemas com isso só eu mesmo [...]tem que ser muito forte viu. A gente acha que é simples, **eu nem sabia que icterícia era tão grave, que pode afetar o cérebro do bebê**, eu não sabia disso [...]. (M6, 26 anos)

[...] **Pensei que era uma coisa simples, mas quando ela começou a explicar o motivo**, a pessoa fica mais **assustada** ainda, mas depois que ela falou que estava tranquilo, já deu um alívio (risos) [...]. (M8, 24 anos)

A princípio, receber essa informação “parece simples” para elas, pois enquanto profissionais de enfermagem ressaltamos todos os benefícios que a terapêutica oferece como: estar próximo do bebê, de não ser um tratamento invasivo, de ser indolor e utilizar somente a luz para o resgate da normalidade clínica. No primeiro momento, esses argumentos utilizados pelos profissionais são de suma importância, pois acalmam a mulher-mãe e contribuem para que gradativamente as explicações complexas acerca da fisiologia e da terapêutica sejam dadas através de ilustrações simples e cotidianas que permitam às mulheres-mães compreenderem o que está sendo dito.

Conforme sinalizado por M1 “a gente não sabe tecnicamente como é”, ou seja, cabe aos profissionais de saúde, sobretudo a Enfermagem, que presta cuidados diretos e diários ao binômio, integrar a mulher-mãe às rotinas do tratamento, mostrar-se disponível às dúvidas, reforçar informações acerca do tratamento, de forma a dar esperança à eficácia da terapêutica. É através das intervenções intencionais que a equipe de Enfermagem consegue reduzir os estressores e as condições adversas que podem afetar, o sistema dessas mulheres-mães, além

de gerar exaustão e desequilíbrio. Essas intervenções têm por finalidade manter o nível máximo de bem-estar total de cada uma delas (MC EWEN; WILLIS, 2015; GEORGE, 1993).

Diferentemente dos dilemas de M1, para M6, ser a única mulher-mãe da família a vivenciar a submissão do filho ao tratamento fototerápico já descaracterizava a simplicidade do evento e como ela mesma diz: “tem que ser forte”. Sua fala exala o afeto na variável psicológica que grita por apoio. Embora no discurso surja a palavra “simples”, de fato para ela nunca foi uma questão puramente simples, pois a descoberta da complexidade que permeia o diagnóstico clínico do filho é acrescida por seu próprio olhar punitivo e crítico, por estar vivenciando uma condição exclusiva de seu ventre. Além do sentimento de diferenciação por nunca ter ocorrido este caso em nenhum dos muitos partos de sua família.

Todas essas questões variam de acordo com a história de vida que cada uma delas carrega. Revelando também a importância de um diagnóstico de enfermagem cuidadoso acerca do impacto e do significado dos estressores para cada uma das mulheres-mães, além de conhecer as habilidades que cada uma utiliza para enfrentar esses estressores. Como profissionais, devemos ter em mente que aquilo que é nocivo a uma pode não ser nocivo a outra, sendo importante considerarmos a quantidade e o poder dos estressores, a duração do encontro com eles e seu significado específico para o sistema, ou seja, para cada mulher-mãe, a fim de desenvolver uma intervenção adequada de enfermagem para cada binômio (GEORGE, 1993; GRECO, MOURA, SENA *et al*, 2016).

O apoio da equipe de enfermagem e sua perspicácia em conseguir perceber as angústias maternas confluem para o resultado obtido nas palavras de M8: “já deu um alívio”, este relato mostra o terceiro passo do processo de enfermagem proposto por Neuman, no qual após ter cumprido o primeiro passo (identificado os estressores reais e vigentes ou potenciais que ameaçavam a harmonia do sistema da mulher-mãe) e segundo passo (implementou as estratégias de intervenção adequada a fim de manter a homeostase do sistema), gerando os resultados de enfermagem apresentados na fala de M8, os quais validaram as intervenções feitas e retroalimentaram as mudanças necessárias para alcançar as metas traçadas para manutenção do bem-estar do indivíduo (OLIVEIRA, AMARAL, RODRIGUES *et al*, 2017).

Aquilo que parecia “simples” começa a dar espaço a algo complexo quando o profissional de saúde desvela tudo que está por trás daquele “simples” tratamento com luz, explicando, como acontece o processo fisiológico no organismo da criança e suas possíveis complicações. Isso se torna assustador para mulher-mãe que desconhece o diagnóstico e

principalmente a terapêutica, já para aquelas que vivenciaram o diagnóstico em outro momento com outros filhos torna-se inevitável a comparação do tratamento anterior com o atual.

[...] O **segundo teve icterícia**, mas **aquela normal que toda criança tem, né? No sol em uma semana já ficou bem** e não foi tão forte, depois de uns 2 ou 3 dias que apareceu na verdade que ele começou a ficar amarelinho e aí eu botei ele só no sol e melhorou, fui no médico é lógico, mas a médica disse que só o solzinho dava jeito e ele ficou bem [...] (M2, 28 anos)

[...] Eu não esperava, porque **a primeira foi normal, nasceu tudinho e foi para casa**, não teve isso, então dele claro que a gente espera o melhor, né? Ah nasceu, está bem e vamos para casa, não esperava, eu esperava que hoje, ah está de alta vamos para casa né? [...] (M5, 39 anos).

[...] **Ficou 4 ou 5 dias fazendo foto tudo do C. estava melhorando**, por mais que ele estivesse muito sensibilizado, do C. **foi muito mais simples** que do M., do M. não está tão assim coisa como o C. estava, mas é isso que eu não entendo, entendeu? **Da T. não precisou de transfusão não, só foi a foto**, por isso eu já vim nossa tranquila, não fez a transfusão **ela ficou melhor do que o C.**, já tinha passado por aqui e o da T. também só foi melhorando, melhorando, melhorando, **ficou 3 ou 4 dias, sempre fica mais ou menos** esse tempo e eu recebi alta e fui para casa, **agora do M. ele está desde de sábado**, desde de sábado tiraram e colocaram uma luz só aí piorou [...] (M6, 26 anos).

Podemos inferir dos trechos em negrito, que as mulheres-mães que vivenciaram o diagnóstico de hiperbilirrubinemia, ou até mesmo o tratamento da fototerapia, fazem uma comparação entre as situações já vivenciadas na busca de compreenderem melhor a situação. Porém, logo que a situação se apresenta de maneira divergente da vivenciada anteriormente, a impressão que parecia “simples” ou “familiar” começa a dar lugar a indagações acerca da causa e das possíveis complicações.

Outro desafio da equipe de enfermagem é desmistificar a padronização das vivências. A mulher-mãe deve ser alertada que a experiência atual poderá ser diferente da anterior, a individualidade deve ser preservada em favor do bem-estar do binômio. Essas comparações devem ser desestimuladas por parte da equipe, pois podem gerar angústia, medo e desespero. Ao traçar as estratégias de ação, a equipe de enfermagem deve propor a mulher-mãe utilizar suas experiências anteriores, para afinar o cuidado à proposta terapêutica atual. Apostar na capacidade materna de se adequar à situação atual, por já ter vivido situação semelhante, pode se configurar como saudável, desde que esta informação seja utilizada para potencializar as qualidades e habilidades da mulher-mãe para colaborar na eficácia da terapêutica.

A Comparação de experiências entre os cuidados dos filhos é uma situação bastante comum no meio materno, que em alguns casos servem como referência segura para conduta e expectativa materna frente a uma adversidade, como foi o caso de M2 e M5. Diante dessa situação, a equipe de enfermagem deve ressaltar a singularidade de cada filho e a particularidade de cada situação vivida, a fim de preservar a variável psicológica de cada mulher-mãe que pode ser afetada por responsabilizar-se pela complexidade do diagnóstico atual do filho em tratamento de fototerapia. Tal fato gera um possível desequilíbrio em seu sistema, além de atentar para o limite que comece a extrapolar a normalidade da comparação. Se o relato é vivido com temor, tristeza, choro, fica evidente que a variável psicológica foi afetada, devendo-se trabalhar em favor da situação atual, motivando, dando segurança e auxiliando essa mulher-mãe a utilizar estratégias de *coping* disponíveis para ela, pois, como sistema aberto, estará em constante relação com o meio, cabendo à equipe a contribuição para que cada uma delas consiga lidar com os fatores de estresse (MC EWEN; WILLS, 2015; GEORGE, 1993).

Quando as mulheres-mães começam a envolver-se e integrar-se à terapêutica, inicia-se um ciclo de indagações, reflexões e conseqüentemente busca por informações, sejam elas provenientes do meio digital, tão peculiar nos dias atuais, bem como questionamentos aos profissionais de saúde, conforme destacada nas narrativas a seguir:

[...] Eu **procuro ler**, procuro ler bastante, **está lendo vários casos desse**, até **na internet**, eu gosto de pesquisar tem crianças que nascem muito ruins mesmo [...] (M2, 28 anos)

[...] **Qual é o risco?** Até então **eu nunca tinha perguntado, nunca me ligava na icterícia**, eu ficava mais preocupada com anemia aí ela me falou: **pode ir para o cérebro**, aí eu: que isso! [...] (M6, 26 anos)

[...] Ontem que eu fui relaxar, analisar o que estava acontecendo e **fui perguntando as coisas, no primeiro dia eu não perguntei nada**, fiquei paralisada olhando, entendeu? [...] (M12, 29 anos).

Podemos depreender que muitos fatores influenciam a investigação de informações em saúde na internet, porém quando a mulher-mãe se depara com uma situação desfavorável como é o caso de um filho submetido a um tratamento desconhecido, torna-se mais propensas às buscas por respostas que supram as suas indagações.

O conhecimento tecnológico permite o rápido acesso, a informações técnico-científicas detalhadas via internet, tanto para os profissionais da saúde quanto para os indivíduos que necessitam de assistência. Trata-se de uma grande ferramenta no intuito de buscar

informações nos mais variados assuntos, inclusive na área da saúde, que cada vez mais apresenta informações (SILVESTRE; ROCHA; SILVESTRE *et al*, 2012).

Neste contexto, o papel do enfermeiro como educador torna-se grandioso, pois terá a capacidade de identificar a necessidade de interpretações de todo conteúdo lido pelas mulheres-mães. Ao pesquisar livremente na internet, as mulheres-mães estão à sorte de diversos tipos de informações: técnicas, médicas, bem como vivências de outras mulheres-mães, que podem não ter sido positivas e trazerem maiores angústias a elas. Neste momento, a equipe de enfermagem pode promover esclarecimentos preciosos quanto à terapêutica, afastando estressores extrapessoais, ou seja, todas essas informações recebidas que interagem com seu sistema de defesa e promovem reações de equilíbrio ou desequilíbrio de acordo com o impacto que essas informações trarão a seu sistema (GEORGE, 1993; GRECO, MOURA, SENA *et al*, 2016).

Ao se prontificar a esclarecer dúvidas, o profissional se aproxima do binômio, cria um vínculo de cumplicidade, adquire confiança para o trabalho desenvolvido e com delicadeza e amabilidade torna possível que essa mulher-mãe “relaxe” e externar cada vez mais suas preocupações, conforme mostra o relato de M12. O ato de falar sobre suas angústias por si só já promove um bem-estar. Para ouvir, acolher e confortar a mulher-mãe, o profissional de enfermagem não precisará de nenhuma tecnologia de alta complexidade, mas atuar e promover, em sua essência, uma escuta atenta e afetiva, embasada em conhecimentos teóricos não somente sobre o processo da doença do bebê, mas também sobre aspectos amplos que envolvem o binômio, abarcando toda a atmosfera biopsicoespiritual, sendo capaz de gerar um senso protetivo e encorajador. Esta afirmativa pode ser constatada nos relatos apresentados a seguir, nos quais fica explícito o resultado do apoio fornecido pela equipe:

[...] Eu **fui bem orientada**, eu gostei muito do hospital, de verdade, eu achei que fui muito bem tratada por toda a equipe, pelas **enfermeiras que são bem atenciosas**, as médicas também, a gente perde aqui, graças a Deus a gente consegue perder aquele medo, [...] **aqui elas passam segurança** [...] (M2, 28 anos).

[...] A atenção com o bebê não tem o que reclamar **eles passam segurança** só que a gente fica (risos) pode passar a melhor segurança do mundo, pode estar no melhor lugar do mundo, nunca vai estar bom como a nossa casa, e o fato de eu estar longe da minha filha, o meu filho mais velho, entende [...] (M6, 26 anos).

Destacamos da fala de M2 a “segurança” adquirida com a atuação da equipe multiprofissional. Percebe-se que o ambiente acolhedor foi capaz de empoderá-la e a fez “perder o medo” inicial. A orientação, o apoio, a atenção, o bom trato, ou seja, a cordialidade e gentileza prestada pelos profissionais a fez sentir-se mais segura e apta a enfrentar a situação vivenciada.

No depoimento de M6, no entanto, um agravante irremediável que se fez perceptível em sua fala. Mesmo estando segura das informações recebidas pela equipe, a distância da convivência familiar em período integral para apoiá-la motivou um sentimento dúbio, de se sentir segura e insegura ao mesmo tempo, pois o ambiente hospitalar acaba por algumas vezes sendo visto como um ambiente impessoal e muitas vezes associado a um lugar de solidão, tristeza e saudade de casa, podendo suscitar um estado de “desamparo” (PEDROSO, 2017).

O sentimento de “desamparo” vivido em decorrência ao afastamento do convívio familiar por essa mulher-mãe faz com que a mesma necessite desenvolver recursos internos e externos para realizar o processo de equilíbrio de sua energia e impedir que a linha flexível de defesa seja rompida. Nesse momento é importante que a equipe de enfermagem juntamente com a equipe multiprofissional desenvolva estratégias facilitadoras em que se consiga conciliar a presença dos familiares o maior tempo possível. Sabemos que todas as instituições hospitalares possuem regras pré-estabelecidas para o bom funcionamento e organização da mesma, porém foi observado no estudo que a inflexibilidade dessas regras em alguns momentos atinge o bom andamento da terapêutica, no sentido de que ultrapassa a eficiência tecnológica em que essa mulher-mãe necessita da proximidade familiar para se sentir apoiada e segura diante dessa realidade permeada por vários dilemas. O que foi ao encontro do depoimento a seguir de M6, “o hospital nunca vai estar bom como a nossa casa”, mas se pudermos proporcionar um ambiente com elementos que compõem o ambiente familiar estaremos tornando-o mais aceitável e agradável.

Neste intuito, a equipe de enfermagem deve agregar a família à assistência prestada ao binômio, a fim de que não haja uma sobrecarga e cobrança sobre essa mulher-mãe que necessita de apoio e segurança da sua rede familiar. Já os filhos menores de idade é inevitável o sentimento de saudade, talvez proporcionar a integração deles no momento da visita seria uma oportunidade mesmo que por curto período, mas que com certeza é acolhedora e ajuda a promover momentos de união, harmonia e segurança para essa mulher-mãe.

A disponibilidade da equipe é uma peça fundamental para podermos assumir um papel importante na integralidade do cuidado, ao desenvolver estratégias que auxiliem a mulher-mãe a aceitar, compreender e participar da terapêutica, além de desenvolver a maternagem de maneira satisfatória para ela, como podemos observar nos trechos em destaque:

[...] Mesmo que **eu não tenha essa noção**, assim como cuidar e como fazer **tem alguém aqui auxiliando** também [...] já a outra falou quando você for amamentar leva a luz para lá para não perder nenhum minuto sem o tratamento, então **cada um que vem da uma explicação, isso deixa a gente** assim, é, mais assim, **mais confiante**, entendendo mais, então **cada um que vem e tira uma dúvida sua**, deixa a gente mais experiente também (risos) pra saber lidar né? Com a situação né? [...] (M5, 39 anos).

[...] **Elas explicaram bastante**, foi... **Explicaram bem, deu toda a assistência, foi bacana, aí deu para segurar a barra** [...] elas **sempre vinham explicar**, como é que tem que fazer, o que tem que fazer e o que não deve fazer, elas são bem bacanas [...] e quando **ficava dúvida eu procurava elas e explicavam de novo aí dava certo** [...] (M7, 40 anos).

[...] As que estavam aqui no plantão ontem, conversou comigo direito, **me explicou direitinho, hoje eu estou bem mais forte**, porque eu estava muito fraca, estava sofrendo muito, vendo ela assim, mas tipo assim eu vi que era para o melhor dela, então **agora eu estou mais tranquila** [...] (M12, 29 anos).

Podemos depreender desses depoimentos que se encontra uma responsabilidade maior sobre a equipe de enfermagem, no que concerne ao acompanhamento do binômio. Após a informação da necessidade do tratamento, dando-se pelo fato de esse profissional permanecer em maior tempo junto a eles, proporcionando o compartilhar dos medos, sofrimentos e angústias externados por cada uma delas. Esse fato revela que a enfermagem tem condições de identificar e se aproximar das necessidades experimentadas e vivenciadas por essas mulheres-mães, talvez mais que qualquer outro profissional (ANDRADE; COSTA; LOPES *et al*, 2014).

No relato de M5, vemos que a presença constante e o apoio prestado pela equipe de enfermagem faz com que ela se sinta “confiante” e “experiente” diante de uma situação diferente da idealizada, mas que é possível desenvolver seus cuidados maternos de maneira satisfatória, quando se tem uma assistência em que ela é integrada como mulher-mãe nos cuidados diários durante o tratamento de fototerapia. No relato de M7, esse vínculo de confiança é formado mediante muitas explicações, um trabalho contínuo e necessário a ser realizado por toda a equipe durante todo período de tratamento, para que se alcance o entendimento dessa mulher-mãe, a fim de que ela contribua para eficácia do tratamento, se sentindo segura e

confiante para tirar suas dúvidas com a equipe livre de possíveis equívocos por não compreender algumas vezes as orientações.

Podemos perceber, no depoimento de M12, que as estratégias eficazes na assistência prestada ao binômio fortalecem as mulheres-mães: “hoje eu estou bem mais forte, porque eu estava muito fraca, estava sofrendo muito”, sem dúvidas isso demonstra a eficiência do atendimento prestado a ela. Para isso, não há uma fórmula, antes de tudo, faz-se necessário que o profissional de enfermagem identifique a necessidade particular de cada indivíduo, tratando-o como um indivíduo singular, afastando qualquer tentativa de padronização na atenção. Cada mulher-mãe trará suas ansiedades seja intrapessoal, interpessoal ou extrapessoal e será sobre esses fatores tão peculiares que a equipe terá que agir. Um bom diagnóstico da situação será suficiente para mapear as circunstâncias, traçar estratégias e colher resultados, como os citados por M5, M7e M12. Não obstante, é mister a avaliação das ações, para estar sempre renovando as possibilidades de atuação, jamais se desfazendo de ferramentais cruciais como a criatividade, a amabilidade, disponibilidade e a empatia (GEORGE, 1993; GRECO, MOURA, SENA *et al.*, 2016).

Dessa maneira, a proximidade e o apoio dado pela equipe de Enfermagem fará com que as mulheres-mães enfrentem o tratamento fototerápico de maneira positiva em favor do bem que o mesmo representa para a saúde de seus filhos, como foi relatado nos depoimentos a seguir:

[...] Bem difícil, porque para mãe preocupa né? Pelo fato de a gente não conhecer muito né? **Depois que me orientaram que era para o bem dela** né? Que era para ela sair daqui cem por cento, **eu tranquilizei mais** ou menos, mas para gente que é mãe é muito ruim né? [...] (M4, 20 anos).

[...] Um pouco desanimada vamos dizer, mas **não triste porque eu sei que é para melhora dele e para o bem dele**, então assim, como ele não está em estado grave, graças a Deus não! A **gente aceita que seja para o bem dele**, que seja para o bem de todo para uma boa recuperação dele entendeu? [...] (M5, 39 anos).

Podemos depreender dos trechos destacados nos depoimentos acima, que mesmo diante da preocupação materna por não compreender a amplitude do diagnóstico, acabam por enfrentar o estressor extrapessoal (tratamento de fototerapia) de maneira positiva devido à presença e o apoio que equipe de enfermagem oferece. Fato que vai ao encontro das proposições da teoria de Neuman, em que ao longo da vida o sistema do indivíduo estará cercado por

estressores e estratégias de enfrentamento para superarem cada momento de suas vidas (GEORGE, 1993; GRECO, MOURA, SENA *et al*, 2016).

Todo evento estressor pode deflagrar estímulo positivo ou negativo para o sistema de cada indivíduo, que potencialmente poderia ter gerado um desequilíbrio no sistema de cada uma das mulheres-mães. Sendo assim, a enfermagem desempenhou um papel bastante significativo, pois através dos depoimentos anteriores ficou evidente que o rompimento de um modelo de assistência tradicional, em prol do benefício de uma visão holística e individualizada, propiciou as mulheres-mães enfrentarem de maneira positiva o evento estressor que se interpôs na vida delas.

A presença e o apoio da equipe de enfermagem contribuíram para minimização dos diferentes fatores intrapessoais que cada mulher-mãe trazia, sem falar na importância da reafirmação por parte da equipe acerca dos benefícios do tratamento, que também pode ser observado nos depoimentos quando as mulheres-mães relatam significar um bem para seus filhos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento de fototerapia é a modalidade terapêutica mais empregada no período neonatal, a fim de combater a hiperbilirrubinemia não hemolítica, isso se deve ao fato de ser um método não invasivo e com alto impacto na diminuição dos níveis de bilirrubina no sangue do bebê. Embora pareça um tratamento simples, prático e fácil para os profissionais de enfermagem, ao nos enveredarmos pelo universo particular e singular de cada mulher-mãe, tivemos a oportunidade de constatar através dos depoimentos de cada uma, os dilemas que permeiam toda essa experiência, de ter um filho submetido ao tratamento de fototerapia num período tão significativo na gênese da construção dos laços afetivos entre o binômio mãe-filho.

Esta pesquisa buscou apresentar um recorte sobre a vivência de maternagem de mulheres-mães com filhos submetidos ao tratamento de fototerapia em alojamento conjunto. Sem pretender esgotar o assunto, discutimos sobre a contribuição da equipe de enfermagem frente aos estressores que permeiam a vivência da maternagem da mulher-mãe, num período tão precoce da chegada do filho recém-nascido ao alojamento conjunto, sendo um contraponto os cuidados imaginados maternos para o desenvolver da maternagem de um bebê fora do tratamento de fototerapia.

Ao longo dos anos, o papel da mulher-mãe passou por muitas transformações, tendo simbolicamente suas bases arraigadas na construção social, variando de acordo com os distintos contextos histórico, econômico, político de cada época, porém no sentido mais amplo e social, pré-estabeleceu a devoção e a presença constante como valores essenciais ao papel delas. Ter um filho que necessita do tratamento de fototerapia no alojamento conjunto, requer a adesão de alguns cuidados para que seja alcançada a eficácia do tratamento, cuidados estes como: utilizar proteção ocular, não poder pegar o filho sempre que desejar e não poder vesti-lo, o que impeliu cada mulher-mãe a caminhar no sentido contrário aos valores sociais, aos sonhos e desejos para o desenvolvimento da maternagem com seus filhos, conseqüentemente esse caminhar suscitou sentimento de culpa e de anormalidade, por necessitar ressignificar o cuidado imaginado, além de adquirir em alguns momentos uma postura materna mais dura, resistente e fria ao assistir as expressões corporais do filho para que fosse tratado.

Todo esse momento de transição e de adaptação para a mulher-mãe desempenhar a maternagem diferente da idealizada e da estabelecida socialmente, foi permeado por custos intangíveis, que são os mais difíceis de serem medidos ou valorados, sendo estes o custo do sofrimento vivenciado por cada uma delas. Neste sentido a equipe de Enfermagem necessitou

de uma perspectiva individual e holística, em que foi considerado o que era nocivo a cada uma, além de considerar o significado específico de cada estressor para cada uma dessas mulheres-mães. Tudo isso para desenvolver uma assistência de enfermagem que promovesse o bem-estar ao binômio e capacitasse cada mulher-mãe a reconhecer as expressões do filho de frio, fome e acalento, livre do medo, da culpa e da insegurança, a fim de que cada uma desenvolvesse uma maternagem particular e única com seus filhos.

O ponto crucial para a equipe de enfermagem desenvolver uma assistência de qualidade de maneira individualizada e holística se deu através da capacidade de despir-se enquanto profissionais de saúde dos pré-conceitos acerca da terapêutica ser simples, fácil, prática e aceitável aos seus olhos, isso porque na prática clínica dos profissionais que assistem o binômio a fototerapia é um tratamento bastante comum, fazendo com que os estressores que permeiam todo esse processo sejam ocultados aos olhos dos profissionais de enfermagem, se estendendo até mesmo na maneira de informar a necessidade do tratamento a essas mulheres-mães, que a partir de então se sentem em desespero por visualizarem uma mudança brusca em tudo aquilo que sonhou e idealizou. Por tanto, a equipe precisou assistir essa mulher-mãe além da necessidade do dispositivo terapêutico para tratar seu filho, fundamentando sua assistência nas variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimento e espirituais de cada uma delas, dando o suporte, reforçando os benefícios da terapêutica e desenvolvendo estratégias para que cada uma vivesse a maternagem de maneira satisfatória.

Ao nos enveredarmos por esse caminho foi possível compreender que para a mulher-mãe vivenciar uma maternagem de maneira singular e holística, será necessário que a equipe de enfermagem desenvolva uma escuta sensível e atenta, que contribua para a ressignificação dos padrões sociais de uma “mãe suficientemente boa”, a fim de empoderá-la a desenvolver um *holding* adaptado aos cuidados intrínsecos a terapêutica, sem que elas percam a segurança em maternas, minimizando o sentimento de culpa e tristeza por serem impelidas a assumirem uma postura mais firme e resiste diante das expressões corporais de desconforto do filho durante o tratamento de fototerapia no alojamento conjunto. Além de desenvolver maneiras para suprir as variáveis afetadas, como: possibilitar a visita ampliada para os filhos em que seja restrita a permanência por conta da idade, pois foi percebido que esta restrição às mulheres-mães que permaneciam por longo período no hospital, gerou grande impacto sobre suas linhas de defesa e conseqüentemente desequilíbrio em seu sistema.

Um dos grandes desafios do presente estudo foi utilizar o método narrativa de vida para retratar simultaneamente aspectos comuns e únicos do tratamento de fototerapia no

alojamento conjunto, visto que durante as entrevistas era necessário que não houvesse interrupção por parte do pesquisador através de gestos, expressões ou até mesmo perguntas que pudessem induzir respostas, sendo unicamente necessária uma postura acolhedora, de forma a desenvolver uma escuta atenta e sensível, para que no momento oportuno fosse resgatado os pontos relevantes para cada mulher-mãe e conhecido mais profundamente. Desempenhar todos esses atributos foi enriquecedor para minha vida profissional e pessoal, pois diante de uma jornada laboral atribulada, com múltiplas atribuições, fazem com que muitas vezes julgamos o que seria importante ao outro sem dar a ele a oportunidade de expressar seus anseios e sugestões para suprir aquilo que o incomoda. Talvez todo esse senso de julgamento sobre a simplicidade da terapêutica surja em decorrência à frequência de quem presta uma assistência materno-infantil, porém como pesquisadora pude perceber que havia muitos sonhos envolvidos, que foram de certa forma postergados. Outro desafio foi desenvolver entre pesquisador e entrevistado, uma postura de proximidade, confiança e acolhedora em tão pouco tempo durante as entrevistas. Isso por não estar inserido no quadro de funcionários da instituição que foi desenvolvida o estudo, porém as mulheres-mães durante a abordagem se mostraram disponíveis e ávidas por compartilhar suas histórias cercadas por medos, dúvidas, tristeza e fé.

Concluir esta etapa é mais que finalizar uma pesquisa, significa despertar novas possibilidades de estudos que utilizem o método narrativa de vida para fazer uma interlocução entre participante e pesquisador, a fim de dar voz às mulheres-mães ao relatarem seus dilemas para desenvolver uma maternagem satisfatória para elas, pois há muitas indagações e complexidade durante a terapêutica a partir do olhar materno que deve ser mais bem explorada através de outras pesquisas que possam nortear e fundamentar as ações em saúde, em especial, na prática materno-infantil.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, C.G; COSTA, S.F.G; LOPES, M.E.L. *et al.* Comunicação de notícias difíceis para pacientes sem possibilidade de cura e familiares: atuação do enfermeiro. **Rev enferm UERJ**. Rio de Janeiro [Internet] 2014 [acesso em 20/12/17] v. 22, n. 5, p. 674-9. Disponível em:<<http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a15.pdf>>
2. ANDRADE, M. M. **Introdução à Metodologia do Trabalho Científico**. 10º ed. São Paulo: Atlas, 2010.
3. ARAÚJO, J.P; SILVA, R.M; COLLET, N. *et al.* História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm**. [Internet]. 2014[acesso em 27/09/17]; nov-dez, 67(6): 1000-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf>>
4. ARAÚJO, L.A.; REIS, A.T. **Enfermagem na prática materno-neonatal**. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, p.253, 2012.
5. ARIÉS, P. **História social da criança e da família**. 2ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 1981.
6. BARALDI, N.G.; PRAÇA,N.S. Práticas de cuidado do recém-nascido baseadas no contexto de vida da puérpera. **Cienc Cuid Saude.**, Maringá- Paraná [Internet]. 2013 [acesso em 05/01/18] v.12,n.2, p.282-89. Disponível em:<<https://www.researchgate.net/publication/315272818>>.
7. BERTAUX, D. **Narrativa de vida: a pesquisa e seus métodos**. Paulus: São Paulo – SP, p. 167, 2010.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para profissionais de saúde**. Brasília: DF, v. 2, p. 60, 2014.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru**. 2ed. Brasília: DF, 2013.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1.130 de 05/08/2015. Institui a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)** no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2015.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: DF [Internet] 2011 [acesso em: 28/09/2017]. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/70ahsaudecrianca.pdf>>
12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual AIDPI neonatal**. 3ed. Brasília: DF, 2012.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Óbitos infantis no Brasil**. [Internet] 2008- 2015 [acesso em: 27/09/2017]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf09uf.def>>

14. BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: DF, p. 94, 2001.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MG/GM n. 1.016, de 26 de agosto de 1993. Aprova as **normas básicas para implantação do sistema “alojamento conjunto” para mãe e bebê**. Diário Oficial da União. 1 Set 1993. Seção 1, p.130.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MG/GM nº 2.068, de 21 de outubro de 2016. Institui diretrizes para a **organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto**. Diário Oficial da União. 24/10/2016 (nº 204, Seção 1, pág. 120).
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MG/GM nº 2.068, de 21 de outubro de 2016. Institui diretrizes para a **organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto**. Diário Oficial da União. 24/10/2016 (nº 204, Seção 1, pág. 120).
18. Buckman R. **Howto break bad news: a guide for health care professionals**. Baltimore (USA): Johns Hopkins University Press; 1992.
19. CAMPOS, A.C.S.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Tecnologia educativa para prática do cuidado de enfermagem com mães de neonatos sob fototerapia. **Texto contexto enfermagem [online]**. Florianópolis, v.17, n.1, p. 36-44, Jan./Mar., 2008.
20. CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6. ed. Forense universitária: Rio de Janeiro, 2009.
21. CARVALHO, M. Tratamento de icterícia neonatal. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, [Internet] 2001 [acesso em 27/10/17] v.77, n.1, p. s71 – s80. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/01-77-s71/port_print.htm>
22. CASTRO, P.S; SILVA, S.M.S; LINHARES, T.R.C et al. O conhecimento das mães de recém-nascidos com icterícia neonatal sobre o tratamento fototerápico. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina. [Internet] 2012 [acesso em: 22/06/16] v.5, n.1, p. 16-20, jan/mar. Disponível em:<http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v5n1/pesquisa/p2_v5n1.pdf>
23. COSTA, R.X. A espiritualidade diante do entrelaçar da vida e da concepção sobre a morte. **Paralellus**. Recife [Internet] 2013 [acesso em 08/01/18] v. 4, n. 8, p. 209-220. Disponível em: <<http://www.unicap.br/ojs/index.php/paralellus/article/view/262/pdf>>.
24. COSTA, R; PADILHA, M.I; MONTICELLI, M.et al. Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para assistência neonatal. **Hist Enferm Rev Eletronica**, Brasília [Internet] 2010 [acesso em: 17/12/16] v.1, n.1, p. 55-68. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/centromemoria/here/n1vol1ano1_artigo4.pdf>
25. CUNHA, M.C; SILVA, M.F.F; PALLADINO, R.R. Hospitalizações precoces e problemas de linguagem oral: coocorrências em crianças. **Distúrbios da comunicação**, São Paulo [Internet]. 2014 [acesso em 05/01/18]v.26, n.3, p.576-585. Disponível em:<<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/19039/15231>>.

26. DANTAS, M.M.M. Amiotrofia Muscular Espinal, terminalidade e desligamento do programa de equoterapia: reflexão sobre o rompimento de vínculos. **Psicologia Argumento**, Curitiba- Paraná [Internet]. 2016 [acesso em 04/01/18]v.34,n.86, p.256-272. Disponível em:<<<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/pa?dd99=pdfedd1=16433>>>.
27. DURÁN,M.;GARCÍA,J.A.;SÁNCHEZ,A. Efectividad de la fototerapia en la hiperbilirrubinemia neonatal. **Enferm. Univ**, México [Internet]. 2015 [acesso em 07/01/18]v.12,n.1, p.41-45. Disponível em:<<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n1/v12n1a7.pdf>>.
28. ELYSEU JUNIOR, S. **Maternagem e personalidade: um guia para os pais**. Campinas: Átomo, p.104, 2000.
29. ESTEVES, C.M; ANTON, M.C; PICCININI, C.A. Indicadores da preocupação materna primária na gestação de mães que tiveram partopré-termo. **Psic. Clin**, Rio de Janeiro [Internet] 2011 [acesso em 08/10/17] v.23, n.2, p. 75-79. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v23n2/06v23n2.pdf>>
30. FANEM. Manual da unidade de fototerapia - octofoto. São Paulo [Internet] 2010 [acesso em 25/10/17]. Disponível em:<[http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/REL/REL\[34415-1-2\].PDF](http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/REL/REL[34415-1-2].PDF)>
31. FANEM. Manual do aparelho de fototerapia Bilispot. São Paulo [Internet] 2009 [acesso em 25/10/17]. Disponível em:<<http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/REL/REL%5B29814-2-3%5D.PDF>>
32. FANEM. Manual do aparelho de fototerapia Bilitronsky. São Paulo [Internet] 2011 [acesso em 25/10/17]. Disponível em:<[http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/REL/REL\[34219-1-1\].PDF](http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/REL/REL[34219-1-1].PDF)>
33. FERNANDES, J.I.S; REIS, A.T; SILVA, C.V.et al. Desafios maternos frente à fototerapia neonatal: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal Nursing**, Rio de Janeiro. [Internet] 2016 [acesso em: 22/09/16] v.15, n.2, p. 188-95, jun. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5348/html_2>
34. FERREIRA, Aurélio B. de Hollanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 5. ed. Rio de Janeiro: Positivo, 2014.
35. FIGUEIREDO, N.M.A. **Ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido**. Yendis: São Caetano do Sul – SP, 2010.
36. FLECK, A. e PICCININI, C.A. O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade: do nascimento ao 3º mês após a alta. **Aletheia**, Rio Grande do Sul, [Internet] 2013 [acesso em: 13/11/17] v.40, p. 14-30, jan./abr. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100003>
37. FLEURY C, PARPINELLI MA, MAKUCH MY. Perceptions and actions of health care professionals regarding the mother-child relationship with premature babies in an intermediate neonatal intensive care unit: a

- qualitativestudy. 2014 [acesso em: 13/02/18]. In: **National Center for Biotechnology Information** [Internet]. BMC PregnancyandChildbirth. Disponível em:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4177757/pdf/12884_2014_Article_1197.pdf>
38. FONTANELLA, B.J.B; LUCHESE, B.M; SAIDEL, M.G.B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**: Rio de Janeiro [Internet] 2011 [acesso em 03/10/17] 27(2); fev; p.389-394. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>>
39. GEORGE, J.B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. 4. ed. Artes médicas: Porto Alegre, 1993.
40. GLAT, R; SANTOS, R.S; PLETSCHE, M.D et al. O Método de História de Vida na Pesquisa em Educação Especial. **Rev. Bras.**, Marília[Internet] 2004 [acesso em 20/10/17] v.1, n.2, p.235-50, maio/ago. Disponível em:<http://www.abpee.net/homepageabpee04_06/artigos_em_pdf/revista10numero2pdf/8glatetal.pdf>
41. GRECO, R.M; MOURA, D.C.A; SENA, C.A et al. Condições laborais e teoria de Betty Neuman: Trabalhadores terceirizados de uma universidade pública. **Rev enferm.**, Recife [Internet]. 2016[acesso em 13/01/18] v.10,n.2, p.727-35. Disponível em:<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11013/12387>>
42. GUIMARÃES, DMC. A igreja como mãe suficientemente boa à luz dos conceitos de winnicott. **Interações – cultura e comunidade**, Uberlândia – MG [Internet]. 2013 [acesso em 04/01/18] v.8,n.13, p.187-203. Disponível em:<<http://periodicos.pucminas.br/index.php/interacoes/article/view/6135/5693>>
43. HOCKENBERRY, Marlyn J.; WILSON, David. **WONG - Fundamentos de enfermagem pediátrica**. Elsevier: Rio de Janeiro, p. 281, 2011.
44. LEITE, M.F; GOMES, I.P; MORAIS, J.D. et al. Impacto na vida de mães cuidadoras de crianças com doença crônica. **Rev Enferm UERJ**. Rio de Janeiro [Internet] 2015 [acesso em 08/01/18] v. 23, n. 4, p. 501-6. Disponível em:<<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4966>>
45. LEITE, M.G.C.; CASTRO, M.S. Irradiância dos aparelhos de fototerapia em hospital universitário. **Moreira Jr.**, São Paulo [Internet]. 2014 [acesso em 07/01/18]v.50,n.10, p.466-470. Disponível em:<http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003eid_materia=5918>.
46. LIMA, A.P.R.S.X; KORKES, F.; FREITAS, M. Comentando citações clássicas. **Educ Contin Saúde Einstein**, São Paulo [Internet] 2012 [acesso em 27/10/17] v.10, n.1, p. 3-9. Disponível em: <<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/2297-3-9.pdf>>
47. LIMA, F.D.M. Teoria de Betty Neuman no cuidado à pessoa idosa vítima de violência. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador [Internet] 2014 [acesso em 06/01/18] v. 28, n. 3, p. 219-224. Disponível em:<<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/11989/9235>>.

48. LOPES, L.C.; PAES, I.A. D.C. Possíveis diagnósticos e intervenções da enfermagem a neonatos em fototerapia. **Revista Científica da FHO/UNIARARAS**, Araras-SP [Internet]. 2015 [acesso em 05/01/18] v.3,n.2, p.57-67. Disponível em:<http://www.uniararas.br/revistacientifica/_documentos/art.007-2016.pdf>.
49. MACÊDO, Vilma Costa de. **Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde**. Ed. Universitária da UFPE: Recife, 2016.
50. MAIA, A.; SENDAS, S.; LOPES, R. *et al.* A eficácia das estratégias de coping após um evento traumático: uma revisão sistemática. **e-cadernos ces** [Online] 2016 [acesso em 07/01/18]. Disponível em:<<http://journals.openedition.org/eces/2058>>.
51. MALWADE,U.S; JARDINE,L.A. Home-versus hospital-basedphototherapy for thetreatmentof non-haemolyticjaundice in infantsat more than 37 weeks' gestation. 2014 june 10 [acesso em:08/01/18]. In: **Cochrane of Systematic Reviews**[Internet]. Hoboken (NJ): John WileySons,1999-2018. Disponível em:<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010212.pub2/full>>
52. MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. Metodologia científica. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.
53. MCEWEN, M.; WILLS, E. **Bases teóricas de enfermagem**. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
54. Odmbrasil.gov [internet]. Ministério da Saúde; 2014 [acesso em: 18/12/17]. Disponível em: <<http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>>
55. OLIVEIRA, P.P; AMARAL, J.G; RODRIGUES, A.B. et al.Proceso de enfermería para hombresconcáncer de laringe fundamentado enel modelo de Neuman.**Enfermería global**. Espanha [Internet]. 2017 [acesso em 14/01/18] v.16, n.1, p.208-26. Disponível em:<<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/245571>>.
56. OLIVEIRA, V.V; FONSECA, A.S.; LEITE, M.T.S. Vivência dos pais no enfrentamento da situação de queimaduras em um filho. **Rev Rene**. [Internet] 2015 [acesso em 08/01/18] v.16, n. 2, p. 201-9. Disponível em:<<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2707/2092>>.
57. PASQUAL, K.K; BRACCIALLI, L.A.D; VOLPONI, M. et al.Alojamento conjunto: espaço concreto de possibilidades e o papel da equipe multiprofissional. **Cogitare Enferm**. Curitiba (PR) [Internet] 2010 [acesso em 27/10/17] v.15, n.2, p.334-9. Disponível em:<<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17872>>
58. PEDROSO, R.M.C.J. Impacto da parceria de cuidados para a criança hospitalizada e sua família. **Revista INFAD de Psicologia**. Espanha [Internet] 2017 [acesso em 06/03/18] v. 3, n. 1, p. 225-32. Disponível em:<<http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEP/article/view/991>>
59. POLIT D.F.; HUNGLER B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011.

60. RAMIREZ, E.A; MENDEZ, M.G; ARAGON, S.R. MEDICIÓN DE LA CULPA EN LA RELACIÓN DE PAREJA. **Cienc. Psicol.** Montevideu [Internet] 2014 [acesso em 06/01/18] v. 8, n. 2, p. 115-128. Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttextepid=S1688-42212014000200002eIng=esenrm=iso>.
61. RESENDE, D. K. Maternidade: uma construção histórica e social. **Revista da graduação em psicologia da PUC Minas**, Minas Gerais [Internet] 2017 [acesso em: 16/11/17] v.2, n.4, p. 175-191, jul./dez. Disponível em: <periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/download/15251/11732>
62. RIBEIRO, P.R.M. História da saúde mental infantil a criança brasileira da colônia à república velha. **Psicologia em Estudo**: Maringá [Internet] 2006 [acesso em: 27/09/17] v. 11, n. 1, p. 29-38, jan./abr. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a04.pdf>>
63. ROCHA, S.M.M; SIMPIONATO, E.; MELLO, D.F. Apego mãe – filho: estudo comparativo entre mães de parto normal e cesárea. **Rev Bras Enferm**, Brasília [Internet] 2005 [acesso em 27/10/17] v.56, n.2, p.125-129. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n2/a02v56n2.pdf>>
64. ROSA, M.C.G. **Cuidar de Enfermeiros – Os Enfermeiros como Beneficiários de Cuidados Stress Ocupacional dos Enfermeiros numa Equipa de Tratamento**. 2013. 192f. dissertação (mestrado em enfermagem) – Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde, Portugal.
65. ROSA, R; MARTINS, F.E; GASPERI, B. Let al. Mãe e filho: os primeiros laços de aproximação. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro [Internet] 2010 [acesso em 27/10/17] v.14, n.1, p.105-12. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a16>>
66. SANTOS, N.T.G.; ZORNIG, S.A.J. Primeiros tempos da maternidade: indiferenciação ou intersubjetividade na relação primitiva com o bebê? **Estilos clin.**, São Paulo [Internet]. 2014 [acesso em 05/01/18]v.19,n.1, p.78-90. Disponível em:<<https://www.revistas.usp.br/estic/article/download/81003/84649>>.
67. SANTOS, R. S.; GLAT, R. **Ser mãe de uma Criança Especial – do sonho à realidade**. Rio de Janeiro: Editora Escola Anna Nery / UFRJ, p. 154, 1999.
68. SILVA, C.S.C; BARROS, C.R; NOGUEIRA, M.L.M. et al. Ressignificação da experiência de orientação profissional. **Rev. Bras. Orientac. Prof.**, São Paulo [Internet] 2008 [acesso em: 21/11/17] v.9, n.1, p. 75 -86, Jun. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttextepid=S1679-33902008000100007>.
69. SILVA, G.V; LIMA, A.A; PINHEIRO, N.N.B. Sobre os conceitos de verdadeiro *self* e falso *self*: reflexões a partir de um caso clínico. **Cad. Psicanál.**, Rio de Janeiro [Internet] 2014 [acesso em 09/10/17] v.36, n. 30, jan-jun, p. 113-127. Disponível em:<http://cprj.com.br/imagenscadernos/caderno30_pdf/08_Sobre_os_conceitos_de_verdadeiro_self_e_falso_self.pdf>

70. SILVA, L.B; SOUZA, K.V; DUARTE, E.D et al. Espacios epistemológicos de cuidado en salud y enfermería según teoría de halldorsdottir. **Revista Cuidarte**. Colombia [Internet] 2016 [acesso em 07/01/18] v. 7, n. 2, p. 1358-65. Disponível em: <<https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/333/719>>
71. SILVA, R.S; PORTO, M.C. A importância da interação da mãe. **Journal of Health Sciences**, São Paulo [Internet]. 2016 [acesso em 07/01/18] v.20,n.2, p.73-78. Disponível em: <<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/ensaioeciencia/article/download/4045/3271>>
72. SILVESTRE, J.C.C; ROCHA, P.A.C; SILVESTRE, B.C. et al. Uso da internet pelos pacientes como fonte de informação em saúde e a sua influência na relação médico-paciente. **Revista da AMRIGS**. Porto Alegre [Internet] 2012 [acesso em 20/12/17] v. 56, n.2, p. 149-155. Disponível em:<<http://www.amrigs.com.br/revista/56-02/original9.pdf>>
73. SOUZA, APG, FERREIRA, JS. Hiperbilirrubina neonatal e fototerapia. In: SOUZA, APG. **Enfermagem neonatal: cuidado integral ao recém-nascido**. 2a ed. São Paulo:Atheneu, p.117-28, 2014.
74. TAMEZ, R.N e SILVA, M.J.P. **Enfermagem na UTI Neonatal**. 5.ed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2013.
75. TAVARES, L.M.B; BARBOSA, F.C. Reflexões sobre a emoção do medo e suas implicações nas ações de defesa civil. **Ambiente e Sociedade**. São Paulo [Internet] 2014 [acesso em 07/01/18] v. 17, n. 4, p. 17-34. Disponível em:<www.scielo.br/pdf/asoc/v17n4/a02v17n4.pdf>.
76. VAZ, F.A.C; DINIZ, E.M.A; CECCON, M.E.J.R. et al. **Pediatria – Instituto da Criança Hospital das clínicas – neonatologia**. Manole: Barueri – SP, p. 238, 2011.
77. WANDEKOKEN, K.D; SIQUEIRA, M.M. Aplicação do modelo de Neuman e diagnósticos de NANDA ao cuidado do usuário de crack. **Cienc. Enferm. Chile** [Internet]. 2013 [acesso em 13/01/18] v.19,n.2, p.125-39. Disponível em:<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttextepid=S0717-95532013000200012>
78. WINNICOTT, Donald Woods (1956/2000). **A preocupação materna primária**. In: Winnicott, D. W. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas (p. 399-405). Rio de Janeiro: Imago.
79. WINNICOTT, Donald Woods. **A família e o desenvolvimento individual**. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, p. 247, 2005.
80. WINNICOTT, Donald Woods. **Os bebês e suas mães**. 4º ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, p.98, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Carta de anuência do setor**CARTA DE DECLARAÇÃO DO SETOR**

Rio de Janeiro, 31 de janeiro de 2017.

Declaro o conhecimento e aprovo a realização do projeto de pesquisa intitulado **“MATERNAGEM DE MULHERES COM FILHO SUBMETIDO À FOTOTERAPIA: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM”**, da autoria de Juliana Iasmin de Souza Fernandes, sob a orientação da Profª. Drª. Inês Maria Meneses dos Santos e coorientação da Drª. Adriana Teixeira Reis, que será apresentado como requisito para obtenção do título de Mestre do programa de pós-graduação em enfermagem – PPGENF da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Declaro que a pesquisa só poderá ser iniciada após autorização do comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – CEP/IFF-FIOCRUZ, com aprovação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, bem como seus resultados apresentados ao nosso serviço após conclusão/defesa.

Atenciosamente,

LUCIANA FELLES DIARO WAG -
Gerência da Área de Gestante
Unidade de Enfermagem da Obstetrícia
IFF / FIOCRUZ
SAÚDE - 134827
Luciana Felles Diaro Matheus
Coordenador da área de atenção a gestante

APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados

FORMULÁRIO

Entrevista nº: _____ N° do prontuário: _____

DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

Nome (iniciais): _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Etnia (autodenominação): _____ Procedência: _____
 Renda Familiar: _____ Estado Civil: _____
 Escolaridade: _____ Ocupação: _____

DADOS OBSTÉTRICOS

G ____ P ____ A ____ . N° de consultas de pré-natal: _____
 TS materno: _____ Tipo de parto: _____ N° de filhos: _____
 Obs: _____

Dados sobre o recém-nascido:

D.N do RN: ____/____/____. Hora de nascimento: _____ T.S do RN: _____
 IG: _____ Peso ao nascer: _____ Forma de alimentação: _____
 Diagnóstico: _____ Tratamento: _____
 Tempo de tratamento: _____
 Tempo de internação: _____

QUESTÃO NORTEADORA DA ENTREVISTA:

Fale-me sobre sua vida que tenha relação com a sua experiência no tratamento da fototerapia do (nome de seu filho)“

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA – IFF

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Título da pesquisa: Maternagem de mulheres com filho submetido à fototerapia: contribuições da enfermagem.

Pesquisadora: Juliana Iasmin de Souza Fernandes Cel.: (21) 98703-6082
e-mail: julianasouza2003@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Instituto Fernandes Figueira (IFF)/ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Endereço: Av. Rui Barbosa, 716 – Flamengo – Rio de Janeiro - RJ

Telefone: 2554-1739 **Fax:** 2552-8491 **E-mail:** cepiff@iff.fiocruz.br

Orientador responsável: Inês Maria Meneses dos Santos

Telefone: (21) 98474-0384 **E-mail:** inesmeneses@gmail.com

Coorientador responsável: Adriana Teixeira Reis

Telefone: (21) 99629-8827 **E-mail:** driefa@terra.com.br

Nome: _____ **Prontuário:** _____

Convidamos você a participar do projeto de pesquisa intitulado, **Maternagem de mulheres com filho submetido à fototerapia: contribuições da enfermagem**, pois você está na condição de puérpera (mulher que acabou de ganhar bebê) internada em alojamento conjunto e está com filho fazendo tratamento de fototerapia (tratamento com luz para diminuir a coloração amarelada da pele do bebê). Sob a responsabilidade da pesquisadora Juliana I. de Souza Fernandes, a qual propõe atingir o seguinte objetivo:

APPROVADO VALIDADA
 INÍCIO 24/08/17 FIM 21/8/2017
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-IFF/FIOCRUZ
 Telefones 2554-1730 / Tel./Fax 2552-8491
 Email cepiff@iff.fiocruz.br

me
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

TCLE versão 1

 Rubrica paciente

 Rubrica pesquisador

- ✓ Como é ser mãe e cuidar de um filho recém-nascido durante o tratamento de fototerapia no alojamento conjunto.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em entrevista com as pesquisadoras, em local reservado garantindo sua privacidade. Suas respostas serão gravadas e armazenadas por um período de 5 anos. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento ou em qualquer fase do estudo o seu nome será divulgado, uma vez que cada participante será identificado pelo número atribuído a sua entrevista. Os **dados coletados** serão utilizados exclusivamente nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e revistas científicas. A sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar do estudo e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição, sendo garantida a continuidade do tratamento de seu filho. Você não terá nenhum **custo ou qualquer compensação financeira** pela participação no estudo. Sendo garantido o direito a indenização por eventuais danos **decorrentes de sua participação na pesquisa**. Identifica-se como risco na pesquisa a quebra de privacidade e confidencialidade dos relatos, que será garantido pelo anonimato e sigilo dos dados. Sua participação poderá trazer benefícios para a assistência prestada as mães de recém-nascidos submetidos à fototerapia, pois servirá de subsídios para o conhecimento dos desafios vivenciados por elas, o que poderá contribuir para um melhor planejamento das ações de enfermagem frente às questões das vivências maternas no alojamento conjunto. Você receberá uma **via idêntica** deste termo, onde consta o telefone, e-mail e a assinatura da pesquisadora responsável e demais membros da equipe, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Eu, _____, inscrita no RG sob nº _____, declaro ter lido o documento e entendido por ter sido suficientemente esclarecida acerca da pesquisa. Afirmo ainda que a

INÍCIO 9/2/2017
 APROVADO VALIDADO
 COMITÊ DE ÉTICA em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-IF/FIOCRUZ
 Telefones 2554-1730 / Tel./Fax 2552-8491
 Email cepim@if.fiocruz.br

me
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IF/FIOCRUZ

TCLE versão 1

 Rubrica paciente

 Rubrica pesquisador

pesquisadora me entregou uma via assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2017.

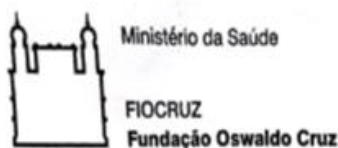
Assinatura da participante do estudo

Assinatura da pesquisadora

INÍCIO (APROVADO VALIDADE) FIM
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ
Telefones 2554-1730 / Tel./Fax 2552-8491
Email cepif@ir.fiocruz.br

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE



INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA – IFF

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Para Sujeitos da Pesquisa com idade inferior a 18 anos

Título da pesquisa: Maternagem de mulheres com filho submetido à fototerapia: contribuições da enfermagem.

Pesquisadora: Juliana Iasmin de Souza Fernandes Cel.: (21) 98703-6082
e-mail: julianasouza2003@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Instituto Fernandes Figueira (IFF)/ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Endereço: Av. Rui Barbosa, 716 – Flamengo – Rio de Janeiro - RJ

Telefone: 2554-1739 Fax: 2552-8491 **E-mail:** cepiff@iff.fiocruz.br

Orientador responsável: Inês Maria Meneses dos Santos

Telefone: (21) 98474-0384 **E-mail:** inesmeneses@gmail.com

Coorientador responsável: Adriana Teixeira Reis

Telefone: (21) 99629-8827 **E-mail:** driefa@terra.com.br

Nome: _____ **Prontuário:** _____

Convidamos você a participar do projeto de pesquisa intitulado, **Maternagem de mulheres com filho submetido à fototerapia: contribuições da enfermagem**, pois você está na condição de puérpera (mulher que acabou de ganhar bebê) internada em alojamento conjunto e está com filho fazendo tratamento de fototerapia (tratamento com

INÍCIO 24/3/2016 APROVADO VALIDADE FIM 24/8/2017
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-IFF/FIOCRUZ
Telefones 2554 1730 / Tel./Fax 2552-8491
Email cepiff@iff.fiocruz.br

me
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

luz para diminuir a coloração amarelada da pele do bebê). Sob a responsabilidade da pesquisadora Juliana I. de Souza Fernandes, a qual propõe atingir o seguinte objetivo:

- ✓ Como é ser mãe e cuidar de um filho recém-nascido durante o tratamento de fototerapia no alojamento conjunto.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em entrevista com as pesquisadoras, em local reservado garantindo sua privacidade. Suas respostas serão gravadas e armazenadas por um período de 5 anos. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento ou em qualquer fase do estudo o seu nome será divulgado, uma vez que cada participante será identificado pelo número atribuído a sua entrevista. Os **dados coletados** serão utilizados exclusivamente nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e revistas científicas. A sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar do estudo e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição, sendo garantida a continuidade do tratamento de seu filho. Você não terá nenhum **custo ou qualquer compensação financeira** pela participação no estudo. Sendo garantido o direito a indenização por eventuais danos **decorrentes de sua participação na pesquisa**. Identifica-se como risco na pesquisa a quebra de privacidade e confidencialidade dos relatos, que será garantido pelo anonimato e sigilo dos dados. Sua participação poderá trazer benefícios para a assistência prestada as mães de recém-nascidos submetidos à fototerapia, pois servirá de subsídios para o conhecimento dos desafios vivenciados por elas, o que poderá contribuir para um melhor planejamento das ações de enfermagem frente às questões das vivências maternas no alojamento conjunto.

Você receberá uma **via idêntica** deste termo, onde consta o telefone, e-mail e a assinatura da pesquisadora responsável e demais membros da equipe, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

INÍCIO 20/5/2017 APROVADO VALIDADE 31/8/2017
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-IFF/FIOCRUZ
 Telefones 2554-1730 / Tel./Fax 2552-8491
 Email cepif@iff.fiocruz.br

me
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

Eu, _____, inscrita no RG sob nº _____, declaro ter lido o documento e entendido por ter sido suficientemente esclarecida acerca da pesquisa. Afirmo ainda que a pesquisadora me entregou uma via assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2017.

Assinatura da participante do estudo

Nome do responsável e /ou representante legal

Assinatura do responsável e /ou representante legal

Assinatura da pesquisadora

APROVADO VALIDADE
INÍCIO 20/3/2017 FIM 21/8/2017
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-IF/FFHOCRUZ
Telefones 2554-1730 / Tel./Fax 2552-8491
Email cepif@ifffhocruz.br

me
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IF/FFHOCRUZ

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE



INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA – IFF

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Termo para o responsável legal

Título da pesquisa: Maternagem de mulheres com filho submetido à fototerapia: contribuições da enfermagem.

Pesquisadora: Juliana Iasmin de Souza Fernandes Cel.: (21) 98703-6082
e-mail: julianasouza2003@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Instituto Fernandes Figueira (IFF)/ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Endereço: Av. Rui Barbosa, 716 – Flamengo – Rio de Janeiro - RJ

Telefone: 2554-1739 **Fax:** 2552-8491 **E-mail:** cepiff@iff.fiocruz.br

Orientador responsável: Inês Maria Meneses dos Santos

Telefone: (21) 98474-0384 **E-mail:** inesmeneses@gmail.com

Coorientador responsável: Adriana Teixeira Reis

Telefone: (21) 99629-8827 **E-mail:** driefa@terra.com.br

Nome: _____ **Prontuário:** _____

Convidamos você e sua filha a participarem do projeto de pesquisa intitulado, **Maternagem de mulheres com filho submetido à fototerapia: contribuições da enfermagem**, pois sua filha está na condição de puerpera (mulher que acabou de ganhar bebê) internada em alojamento conjunto e está com filho fazendo tratamento de fototerapia (tratamento com luz para diminuir a coloração amarelada da pele do bebê).

INÍCIO 24/3/2017 VALIDADE FIM 31/8/2017
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-IFF/FIOCRUZ
Telefones 2554-1730 / Tel./Fax 2552-8491
Email cepiff@iff.fiocruz.br

me
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

- ✓ Como é ser mãe e cuidar de um filho recém-nascido durante o tratamento de fototerapia no alojamento conjunto.

A **participação** da sua filha nesta pesquisa consistirá em entrevista com as pesquisadoras, em local reservado garantindo sua privacidade, as respostas serão gravadas e armazenadas por um período de 5 anos. As respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento ou em qualquer fase do estudo o nome da sua filha será divulgado, uma vez que cada participante será identificado pelo número atribuído a sua entrevista. Os **dados coletados** serão utilizados exclusivamente nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e revistas científicas. A participação da sua filha é **voluntária**, isto é, a qualquer momento ela pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar do estudo e **retirar seu consentimento**. A recusa não trará nenhum prejuízo para sua filha em relação com o pesquisador ou com a instituição, sendo garantida a continuidade do tratamento do seu neto. Sua filha não terá nenhum **custo ou qualquer compensação financeira** pela participação no estudo. Sendo garantido o direito a indenização por eventuais danos **decorrentes de sua participação na pesquisa**. Identifica-se como risco na pesquisa a quebra de privacidade e confidencialidade dos relatos, que será garantido pelo anonimato e sigilo dos dados. A participação de sua filha poderá trazer benefícios para a assistência prestada as mães de recém-nascidos submetidos à fototerapia, pois servirá de subsídios para o conhecimento dos desafios vivenciados por elas, o que poderá contribuir para um melhor planejamento das ações de enfermagem frente às questões das vivências maternas no alojamento conjunto.

Vocês receberão uma **via idêntica** deste termo, onde consta o telefone, e-mail e a assinatura da pesquisadora responsável e demais membros da equipe, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e a participação, agora ou a qualquer momento.

APROVADO VALIDADE
INÍCIO 29/3/2017 FIM 28/02/17
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-IFF/FIOCRUZ
Telefones 2534-1730 / Tel./Fax 2552-8491
Email cepi@iff.fiocruz.br

me
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

Eu, _____, inscrita no RG sob nº _____, declaro ter lido o documento e entendido por ter sido suficientemente esclarecida acerca da pesquisa. Afirmo ainda que a pesquisadora me entregou uma via assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2017.

Nome do responsável e /ou representante legal

Assinatura do responsável e /ou representante legal

Assinatura da pesquisadora

APROVADO VALIDADE
INÍCIO 24/3/2017 FIM 31/8/2017
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA-IFF/FOCRUZ
Telefones 2554-1730 / Tel./Fax 2552-8491
Email cepiff@iff.foocruz.br

me
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FOCRUZ

APÊNDICE F – Unidades Temáticas

Unidades temáticas	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	TOTAL
1. Parecer uma coisa simples	12					2		1					15
2. Choro/triste	6	1	6			6	2	4		4	1	2	32
3. Não poder pegar no colo o bebê	2	5		4	2	1		1	1	1			17
4. Ver o bebê sem roupa	2	3	1			3		1	1	1			11
5. Não conseguir ver o bem para o bebê naquela condição	10												10
6. Pensar no bem-estar do bebê (frio, desprotegido)	10					5		1		6	1		23
7. Não poder cuidar como gostaria	7	2				3				1			13
8. Medo do bebê morrer		9								5	1		15
9. Medo do desconhecido		3		2				2		2	5	2	16
10. Comparando as vivências com os outros filhos		4			2	5							11
11. Buscar o conhecimento sobre a situação		2			1	5						2	10
12. Fé; graças a Deus		5			3	8	1				2		19
13. Estar longe dos outros filhos		3				15							18
14. Segurança nas informações que equipe passava		4				5	1		3				13
15. Ser firme com o bebê durante a fototerapia		9				1					1		11
16. Assustada/preocupada em ver o comportamento do bebê		1	4	1			3		2			10	22
17. Ver o bebê sob luz; com óculos	1		10	2			1	1		1		4	20
18. Dificuldade em cuidar do bebê			2	4		1	2	1				3	13
19. Impacto da notícia (não conseguir entender)			5	2			4	1			2	3	18
20. Aceitar o tratamento para o bem do bebê			1	4	5				4		2	2	16
21. Apoio da equipe durante o tratamento	2	3	1		3						4		13
22. Estar próximo do bebê		1			15	1			11				28
23. Culpa pelo tratamento					6	7		2					15
TOTAL	52	55	30	19	56	68	14	15	17	25	15	30	379

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP/UNIRIO

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: MATERNAGEM DE MULHERES COM FILHO SUBMETIDO À FOTOTERAPIA:
CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM

Pesquisador: Juliana Iasmin de Souza Fernandes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60834816.4.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade

Patrocinador Principal: Financiame

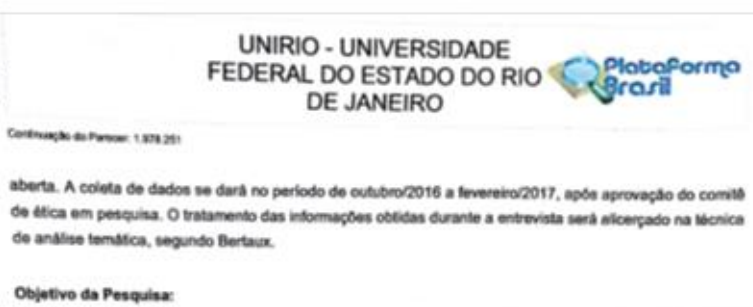
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.978.251

Apresentação do Projeto:

Dentre as patologias mais comuns no popularmente como icterícia neonata dos casos se dá de forma fisiológica e existe a suspeita em ser patológica e perspectiva confere-se como objeto fototerápico neonatal. Objetivos: Com fototerápico do seu filho recém-nascido para o desenvolvimento da maternagem seu filho recém-nascido no alojamento e o método narrativa de vida. O cenário Universitário (HU) localizado no município internadas em alojamento conjunto (A) instrumento de coleta de dados com participantes com intuito de traçar o perfil Narrativas de Vida. 2ª) Entrevista

Endereço: Av. Pasteur, 296
Bairro: Urca
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796



Avaliação dos Riscos:

Riscos: Por se tratar de previstos riscos à saúde Sendo a participação implicará em nenhum pesquisa está sujeita participante. Benefício momento, sem que isso ajudará a aprimorar o tratamento fototerápico direto da participante. E subsidiar o planejamento público de saúde.

Comentários e Considerações sobre Adequados

Adequados

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências:

-

Endereço: Av. Pasteur, 296
Bairro: Urca
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796

Contribuição do Parecer: 1.978.251

aberta. A coleta de dados se dará no período de outubro/2016 a fevereiro/2017, após aprovação do comitê de ética em pesquisa. O tratamento das informações obtidas durante a entrevista será alicerçado na técnica de análise temática, segundo Bertaux.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Com seu filho recém-nascido Discutir a contribuição mulher durante o trata

Contribuição do Parecer: 1.978.251

Considerações Finais e critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PIB - INFORMACOES_BASICAS_863585-F1.pdf	10/02/2017 08:53:32		Aceito
Outros	orienta.docx	09/02/2017 14:07:20	Juliano Iasmin de Souza Fernandes	Aceito
Outros	orienta_1ma_1ta_2ta_3ta.pdf	09/02/2017 10:30:29	Juliana Iasmin de Souza Fernandes	Aceito
Outros	autorizacao_setor.docx	09/02/2017 10:48:49	Juliana Iasmin de Souza Fernandes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_restrito.docx	09/02/2017 10:44:52	Juliana Iasmin de Souza Fernandes	Aceito
Outros	Orçograma.docx	09/02/2017 10:43:41	Juliana Iasmin de Souza Fernandes	Aceito
TITLE / TÍTULOS OB Aseriamento / Justificativa de Análise	TITLE_IPP_mestrado.docx	09/02/2017 10:42:29	Juliana Iasmin de Souza Fernandes	Aceito
Folha de Risco	folha_de_risco.pdf	25/09/2016 23:48:14	Juliana Iasmin de Souza Fernandes	Aceito

Situação do Parecer: Aprovado

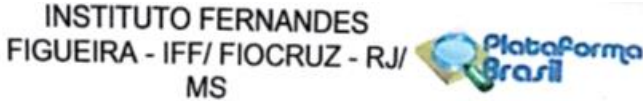
Necessita Apreciação da CONEP: Não

RIC DE JANEIRO, 22 de Março de 2017

Assinado por:
Paulo Sérgio Maranhão
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296
Bairro: Urca
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796
CEP: 22.290-240
E-mail: seguranca@unirio.br

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP/IFF/FIOCRUZ



**INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS**

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MATERNAGEM DE MULHERES COM FILHO SUBMETIDO À FOTOTERAPIA: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM

Pesquisador: Juliana Iasmin de Souza Fernandes

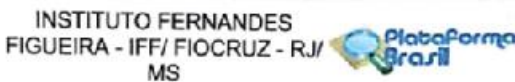
Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60834816.4.3001.5269

Instituição Proponente: Universidade

Patrocinador Principal: Financiamento



**INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS**

Continuação do Parecer: 2.029.169

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.029.169

Apresentação do Projeto:
Trata-se de uma emenda a pesquisa e na qual pretende-se descrever a maternagem. Nesta emenda a Autora propõe mudar o setor de maternidade da Instituição a

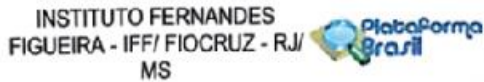
Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
Compreender a vivência de maternagem nascido no alojamento conjunto;
Discutir a contribuição da enfermagem durante o tratamento fototerá

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos:
Por se tratar de um estudo qualitativo previstos riscos à saúde dos participantes. Sendo a participação neste estudo livre

Benefícios:
A participação na pesquisa não traz nenhum prejuízo ou risco à saúde. A participação no estudo é voluntária e os benefícios são para o setor de alojamento conjunto. Entretanto, fazend planejamento de estudo e de cuidados com o recém-nascido.

Comentários e Considerações do Estudo:
Estudo factível e viável. A participação dos pesquisadores até o momento é satisfatória.

Recomendações:
- O TERMO DE CONSENTIMENTO LÍQUIDO DEVE SER CARIMBADO E ASSINADO POR AMBOS OS PARTICIPANTES;
- OBSERVAR AS FOLHAS DE NOTIFICAÇÃO DE RISCO;
- É OBRIGATORIO NOTIFICAR NA



**INSTITUTO FERNANDES
FIGUEIRA - IFF/ FIOCRUZ - RJ/
MS**

Continuação do Parecer: 2.029.169

Informações Básicas do Projeto	Arquivo	Data	Responsável	Situação
Outros	emenda.docx	08/02/2017 14:07:30	Juliana Iasmin de Souza Fernandes	Aceito
Outros	cadastro_vice_da_pesquisa.pdf	08/02/2017 10:50:29	Juliana Iasmin de Souza Fernandes	Aceito
Outros	autorizacao_setor.docx	08/02/2017 10:48:49	Juliana Iasmin de Souza Fernandes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_mestrado.docx	08/02/2017 10:44:52	Juliana Iasmin de Souza Fernandes	Aceito
Outros	Cronograma.docx	08/02/2017 10:43:44	Juliana Iasmin de Souza Fernandes	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE_fff_mestrado.docx	08/02/2017 10:42:29	Juliana Iasmin de Souza Fernandes	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	22/09/2016 23:48:14	Juliana Iasmin de Souza Fernandes	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIO DE JANEIRO, 24 de Abril de 2017

Assinado por:
Ana Maria Aranha Magalhães Costa
(Coordenador)

Este parecer foi e
Tipo Documental

Endereço: RUI BARBOSA, 716
Bairro: FLAMENGO
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2554-1730 Fax: (21)

Endereço: RUI BARBOSA, 716
Bairro: FLAMENGO
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2554-1730 Fax: (21)2554-1730

Endereço: RUI BARBOSA, 716
Bairro: FLAMENGO CEP: 22.250-020
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2554-1730 Fax: (21)2552-8401 E-mail: cep@iff.fiocruz.br

Página 02 de 03