



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE MEDICINA

TAYOMARA FERREIRA NASCIMENTO

**A EXPERIÊNCIA MATERNA COM SEU RECÉM-NASCIDO
EM FOTOTERAPIA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem: Cursos de Mestrado Acadêmico e Doutorado.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi

Coorientadora: Profa. Dra. Marla Andréia Garcia de Avila

**BOTUCATU
2016**

TAYOMARA FERREIRA NASCIMENTO

**A EXPERIÊNCIA MATERNA COM SEU RECÉM-NASCIDO
EM FOTOTERAPIA**

**Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Campus de Botucatu, para obtenção do
título de Mestre em Enfermagem, junto
ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem: Cursos de Mestrado
Acadêmico e Doutorado.**

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi

Coorientadora: Profa. Dra. Marla Andréia Garcia de Avila

**BOTUCATU
2016**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Nascimento, Tayomara Ferreira.

A experiência materna com seu recém-nascido em
fototerapia / Tayomara Ferreira Nascimento. - Botucatu,
2016

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Silvia Cristina Mangini Bocchi
Coorientador: Marla Andréia Garcia de Avila
Capes: 40400000

1. Icterícia neonatal. 2. Fototerapia. 3. Cuidado
pós-natal. 4. Assistência a maternidade e a infância. 5.
Pesquisa qualitativa.

Palavras-chave: Alojamento conjunto; Fototerapia;
Icterícia neonatal; Pesquisa qualitativa; Saúde
materno-infantil.

Tayomara Ferreira Nascimento

A experiência materna com seu recém-nascido em fototerapia

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof(a). Dr(a). Silvia Cristina Mangini Bocchi
Coorientadora: Prof(a) Dr(a). Marla Andréia Garcia de Avila

Comissão examinadora

Prof(a). Dr(a) Silvia Cristina Mangini Bocchi
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Unesp)

Prof(a). Dr(a) Elenice Bertanha Consonni
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Unesp)

Prof(a). Dr(a) Fernanda Paula Cerântola Siqueira
Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA)

Botucatu, 04 de março de 2016.

Que a única dor da maternidade se restrinja à do parto.

Eduardo de Paula Barreto

A minha mãe...

E ao meu querido Pai, **Luiz do Nascimento Filho** (*in memorian*).

A Equipe da Maternidade e pacientes do HC, especialmente gestantes, puérperas e seus bebês, atendidas durante este tempo de vida acadêmica e profissional, que me possibilitaram investigar, conhecer e compreender a como se verifica a experiência materna com seu RN.

AGRADECIMENTOS

Eu gostaria de agradecer primeiramente a Deus por se manifestar presente em minha vida.

A minha orientadora Prof.^a Dr.^a Silvia Cristina Mangini Bocchi, por seu apoio intelectual e incansável trabalho, firme e objetivo, soube me orientar de maneira carinhosa e hábil, por maior que fosse a distância física, sendo amiga e acolhedora, amável e cuidadora, nos momentos de dificuldade e incerteza. Você terá sempre minha gratidão, admiração e respeito.

À professora Prof.^a Dr.^a Marla Andréia Garcia de Avila por ter pronta e carinhosamente ajudado em minhas dificuldades, contribuindo com valiosas sugestões no percurso dos trabalhos.

À Profa. Dra. Milena Temer Jamas pelas sugestões durante o Exame Geral de Qualificação.

À Faculdade de Medicina de Botucatu.

Especiais agradecimentos aos colegas de classe e aos funcionários da biblioteca, em especial à Darcila de Fátima Bozoni, por ter realizado estratégia de busca da revisão integrativa e à Luciana Pizzani pela revisão e auxílio na formatação das referências bibliográficas.

A todos os funcionários da Pós-Graduação, especialmente ao César, pela gentileza no atendimento.

Ao meu querido Pai, Luiz do Nascimento Filho (*in memoriam*). Com dor e saudade, agradecendo por tudo que me proporcionou, ensinou e principalmente por seu amor incondicional e presença amiga.

Ao meu noivo Cristiano, por ter dado o primeiro passo, e aberto o caminho, com sua vinda para esta cidade e por ter me acolhido em sua vida, especialmente pelas reflexões, apoio, amor e cumplicidade.

Agradeço aos amigos do Laboratório de Citogenética do IB, conviver com vocês, tornou mais divertido e alegre os meus dias.

A minha mãe, irmãos e família pelo carinho que sustenta minhas realizações.

A todos que direta ou indiretamente fazem parte dessa caminhada, o meu muito obrigada!

Nascimento TF. A experiência materna com seu recém-nascido em fototerapia [dissertação] Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2016.

RESUMO

Introdução. A icterícia neonatal acomete de 60 a 80% dos neonatos, o tratamento empregado nestes casos é a fototerapia. Apesar de eficaz, leva as mães a vivenciar sobrecargas física e psicológica durante a hospitalização. **Objetivos.** Compreender a experiência de puérperas com seu RN em tratamento fototerápico e elaborar um modelo teórico representativo dessa experiência. **Método.** Pesquisa qualitativa conduzida em um Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil. As entrevistas foram conduzidas e audiogravadas em locais que assegurassem o anonimato e o sigilo das informações das atrizes. A saturação teórica se configurou mediante a análise da 15ª entrevista, segundo os passos da Teoria Fundamentada nos Dados. **Resultados.** As categorias identificadas e as relações teóricas das ações e das interações que compõem a experiência da puérpera com o cuidado de RN em fototerapia desdobram-se em quatro subprocessos: decepcionando-se com a má notícia; sentindo-se responsabilizada, reclusa e com apoio insuficiente para o cuidado; resignando-se ao papel protetor de mãe de bebê em sofrimento e em risco; buscando estratégias para lidar com a situação. Mediante o realinhamento dos componentes que formaram esses subprocessos, pode-se descobrir uma categoria designada central que os abarcassem, constituindo então o processo da experiência (modelo teórico), denominado: do sofrimento à resignação para enfrentar a experiência do recém-nascido em fototerapia. À luz do Interacionismo Simbólico identificou-se o papel protetor materno como componente interveniente simbólico arremetendo-a à busca de maneiras de lidar com a experiência desafiante. Da mesma forma, a equipe de enfermagem do alojamento conjunto o utilizou para atribuir responsabilidades à mãe, não só sobre os cuidados de higiene e alimentação, mas principalmente, em ações protetoras para a manutenção da integridade da visão do bebê, durante o tratamento. A mãe define a situação de responsabilização a um papel exercido solitariamente e em reclusão, para garantir a segurança da integridade do bebê. Ela entende que, no caso de intercorrências

com o bebê, principalmente com a preservação das córneas, os julgamentos recairão sobre si mesma. **Considerações finais.** O modelo teórico abstraído da experiência permitiu aprofundar a compreensão dos subprocessos vivenciados por mães com seus bebês em fototerapia, assim como sinalizar necessidades de reavaliações e implementação de programas, em atendimento às necessidades humanas básicas dessas puérperas, por viverem experiência de grande sobrecarga.

Descritores: Icterícia Neonatal; Fototerapia; Alojamento Conjunto; Saúde Materno-Infantil; Pesquisa Qualitativa.

Nascimento TF. Maternal experience with her newborn in phototherapy [dissertação] Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2016.

ABSTRACT

Introduction. Neonatal jaundice affects 60-80% of newborns; the treatment used in these cases is phototherapy. Although effective, it leads mothers to experience physical and psychological burdens during hospitalization. **Objective.** To understand the experience of mothers with their newborns in phototherapy and to develop a theoretical model representing this experience. **Method.** Qualitative research conducted in a public hospital of São Paulo, Brazil. Interviews were conducted and audio recorded in places that would ensure anonymity and confidentiality of information of the actresses. Theoretical saturation was configured through the analysis of the 15th interview, according of the Grounded Theory. **Results.** The identified categories and the theoretical relationships of actions and interactions that make up the experience of postpartum women with the care of newborns in phototherapy unfolds in four sub-processes: disappointed with the bad news; feeling responsible, reclusive and insufficient support for care; resigning himself to the role of mother baby saver in distress and at risk; seeking strategies to deal with the situation. Through the realignment of the components that formed these sub-processes, one can discover a designated core category that included then constituting the process of experience (theoretical model), called: the suffering resignation to face the experience of the newborn in phototherapy. In the light of Symbolic Interactionism identified the mother's protective role as symbolic intervening component thrusting to the search for ways to deal with the challenging experience. Similarly, the nursing staff of the rooming used to assign responsibilities to the mother, not only about hygiene and food, but mainly for protective actions to maintain the baby's vision of integrity during treatment. The mother defines accountability situation to a paper exercise in solitude and seclusion, to ensure the safety of the baby's integrity. She understands that if complications with the baby, especially with the preservation of corneas, trials come upon itself. **Conclusions.** The theoretical model abstracted from experience has deepened the understanding of sub-processes experienced by mothers with their babies in

phototherapy, as well as flag needs revaluations and implementation of programs, to meet the basic human needs that mothers, because they live on human experience.

Key words: Neonatal Jaundice; Phototherapy; Rooming; Maternal and Child Health; Qualitative Research.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC - Alojamento Conjunto

BL – Bilirrubina

BTc- Estimativa Transcutânea da Bilirrubinemia

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

FMB - Faculdade de Medicina de Botucatu

HCFMB- Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

LED - Luz com Emissão Diodo

NICE - National Institute for Health and Care Excellence.

OMS – Organização Mundial da Saúde

PA – Pressão arterial

POI - Pós-operatório imediato

RN – Recém-Nascido

TFD - Teoria Fundamentada em Dados

UCE – Unidade De Cuidados Especiais

UCI – Unidade De Cuidados Intermediários

UNESP - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Despertando para o estudo	1
1.4 Alojamento conjunto	8
1.5 Experiência materna com RN em fototerapia: revisão integrativa da literatura	11
1.5.1 As expressões de mães em relação ao tratamento	12
1.5.2 A síntese das verbalizações das mães em relação à promoção do vínculo	13
1.5.3 As verbalizações expressas pelas mães em relação à equipe	14
2 OBJETIVOS	16
3 PERCURSO METODOLÓGICO	17
3.1 Tipo de estudo	17
3.2 Cenário do estudo	17
3.3 Procedimentos éticos, de coleta de dados e amostra teórica	19
3.4 Referencial metodológico: Teoria Fundamentada nos Dados	20
3.5 Referencial teórico: Interacionismo Simbólico	22
4 RESULTADOS	24
4.1 Caracterização do Binômio	24
4.2 A experiência e o modelo teórico	28
5 DISCUSSÃO	38
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS.....	43
APÊNDICES.....	46
ANEXO.....	53

1 INTRODUÇÃO

1.1 Despertando para o estudo

O interesse em desenvolver esta pesquisa partiu da minha experiência profissional atuando no Alojamento Conjunto (AC) de uma maternidade, especificamente da observação de uma puérpera com o seu bebê, em tratamento fototerápico para icterícia neonatal. Contexto no qual, a mesma buscava com profissionais de enfermagem, a mudança de localização do aparelho (Bilisky) e do bebê, para tê-lo mais próximo de si.

Observei que a mãe se recusava a manter o tratamento da maneira em que fora instalado, tendo o foco de luz direcionado para o bebê no berço. Retirava o bebê do bercinho, colocando-o em seu leito, e, sem afastar-se do mesmo, pretendia que todo o equipamento empregado para a sessão de fototerapia fosse instalado e direcionado ao bebê, que permanecia a seu lado no leito hospitalar.

Percebendo que a separação causava sofrimento para a mãe, despertou-me a inquietação que originou a realização desta pesquisa: Como se configura a experiência materna com seu recém-nascido (RN) em tratamento fototerápico?

Buscando conduzir pesquisa para responder tal questão, realizei revisão integrativa acerca do objeto de estudo “experiência materna com o tratamento fototerápico de seu RN”, assim como revisão da literatura sobre tal tratamento, fisiopatologia, características clínicas e tratamento.

1.2 Fisiopatologia e Características Clínicas no RN

Embora praticamente todos os RN apresentem níveis elevados de bilirrubina, aproximadamente 60% dos bebês nascidos a termo e 80% dos prematuros desenvolvem icterícia na primeira semana de vida, e cerca de 10% dos amamentados ainda podem desenvolver icterícia em um mês, porém para a maioria deles, a icterícia não é uma indicação de doença subjacente, e, esta icterícia precoce, denominada “icterícia fisiológica” é geralmente inofensiva⁽¹⁻⁴⁾.

A hiperbilirrubinemia ou icterícia é a afecção mais frequente entre os neonatos e possui seu quadro descrito há mais de 100 anos⁽⁵⁾. Sendo uma das condições mais comuns que necessitam de atenção médica em RN, refere-se à

coloração amarela da pele e da esclera (parte branca dos olhos) (Figura 1), causada pelo acúmulo de bilirrubina na pele e membranas mucosas^(1,3,6).



Figura 1 – Bebê ictérico.

Fonte: <http://www.hospitaldoispinheiros.com.br/home/news/2148168/banho-de-sol-para-ictericia>, acesso em 19/01/2015 às 09:45h

A principal fonte de bilirrubina (BL) é o catabolismo do grupo heme da hemoglobina, proveniente da destruição de eritrócitos senescentes, o qual contribui com cerca de 80-85% da produção total de BL. Os restantes 15 a 20% da produção de BL resultam do *turnover* de outras hemoproteínas hepáticas, tais como, mioglobina, citocromo e catalases. Uma pequena proporção (1-5%) é proveniente da destruição prematura de células eritróides, na medula óssea ou no baço⁽⁷⁾.

Durante o período neonatal, a excreção da BL passa por mudanças: no decorrer do período fetal a via de eliminação da BL indireta e lipossolúvel é realizada pela placenta, e durante o estágio adulto, a BL conjugada hidrossolúvel é excretada pelas células hepáticas para o sistema biliar e o trato gastrointestinal⁽³⁾.

Ao nascimento, suprimida a placenta como via de eliminação, a BL produzida é ofertada a um sistema de excreção ainda não funcionando. Dessa forma, durante alguns dias a BL produzida, não encontrando um sistema adequado de drenagem, começará a ficar represada, aumentando os níveis plasmáticos⁽⁸⁾. Importantes alterações nos mecanismos metabólicos tornam-se necessários a partir do nascimento para que a BL possa ser excretada, isso explica porque é tão alta a porcentagem de recém-nascidos normais que apresentam essa configuração de icterícia fisiológica ou neonatal originada pela transição feto/recém-nascido⁽⁸⁾.

No RN normal, segundo o referido autor, a capacidade para eliminar determinada carga de BL corresponde apenas a 1/50 daquela do indivíduo adulto.

Há diversos tipos de icterícia:

(a) fisiológica neonatal, como mencionada ocorre geralmente relacionada ao grau de maturidade do RN;

(b) por fatores metabólicos: decorrente de hipóxia, desconforto respiratório e falta de carboidrato, assim por influências hormonais: cretinismo e Síndrome de Gilbert;

(c) por estados hemolíticos e hematomas: eritroblastose (Rh, ABO, Kell); estados hemolíticos congênitos: Pinocitose infantil, punção para administração de Vitamina K; Hemorragia fechada: hematoma;

(d) por estados mistos: Hemolíticos e Hepatotóxicos Infecção: sepse bacteriana, pielonefrite, hepatite, toxoplasmose, doença de inclusão citomegálica, rubéola, sífilis e administração de drogas, como a Vitamina K.

(e) por lesão hepatocelular: atresia biliar, diminuição de ductos biliares, colestase familiar, galactosemia, hepatite e infecção.

Quando o nível sérico de bilirrubina chega a altos níveis e por um período prolongado de tempo, pode causar um quadro agudo de encefalopatia e Kernicterus⁽⁹⁾.

Os atrasos no fornecimento de tratamento oportuno e eficaz para crianças com ou em risco de hiperbilirrubinemia significativa são amplamente relatados em países com poucos recursos, que muitas vezes expõem as crianças afetadas a um elevado risco de encefalopatia aguda bilirrubínica ou sua forma crônica, kernicterus, muito além das taxas relatadas em países de alta renda. A encefalopatia bilirrubínica está associada uma mortalidade de 10% a curto prazo e morbidade a longo prazo de 70%, particularmente em países de baixa e de renda média. Estimativas globais recentes sugerem que a cada ano cerca de 1,1 milhões de bebês irá desenvolver grave hiperbilirrubinemia com ou sem encefalopatia bilirrubínica em todo o mundo e a grande maioria da África Subsaariana e Sul da Ásia⁽¹⁰⁾ (tradução nossa)

O termo encefalopatia bilirubínica, refere-se a manifestações agudas da toxicidade da bilirrubina nas primeiras semanas de vida⁽¹¹⁾, já o termo Kernicterus corresponde ao dano neurológico permanente ou crônico, em que os sobreviventes podem desenvolver uma forma severa de paralisia cerebral atetóide, perda auditiva, displasia dentária, paralisia do olhar fixo para cima e deficiências no aprendizado,

memória e comportamento adaptativo, como consequência do comprometimento do hipocampo⁽¹¹⁻¹²⁾.

A partir de estudo de 31 casos de Kernicterus em 882 casos de doença hemolítica, uma cronologia de quatro fases clínicas do Kernicterus foi estabelecida⁽¹³⁾.

Fase I: hipotonia, letargia e reflexo de sucção débil nos primeiros 2 a 3 dias; -
Fase II: espasticidade, opistótono e febre; -
Fase III: aparente melhora, instalando-se, geralmente, no fim da primeira semana, com diminuição da espasticidade; -
Fase IV: incide, geralmente, aos 2 a 3 meses de vida, com sinais sugestivos de paralisia cerebral⁽¹²⁾.

O espectro de neurotoxicidade da bilirrubina varia de manifestações sutis até manifestações de falta de coordenação por disfunção extrapiramidal, incluindo a neuropatia auditiva e perda auditiva neurosensorial^(10,12).

Estas manifestações vão depender da forma que a intervenção foi oferecida para o manejo da hiperbilirrubinemia. Há um consenso de que a prevenção da hiperbilirrubinemia previne o kernicterus⁽¹⁰⁾.

Dentre os métodos empregados para a avaliação da icterícia, podemos citar o Método de Kramer (Figura 2), os exames séricos laboratoriais e a Estimativa Transcutânea da Bilirrubinemia (BTc), com o uso do aparelho BiliCheck (Figura 3).

Pelo método de Kramer, aplica-se uma digitopressão sobre a pele, sob luz natural, que permite a classificação da icterícia nas zonas de Kramer (zonas dérmicas)⁽¹⁴⁾.

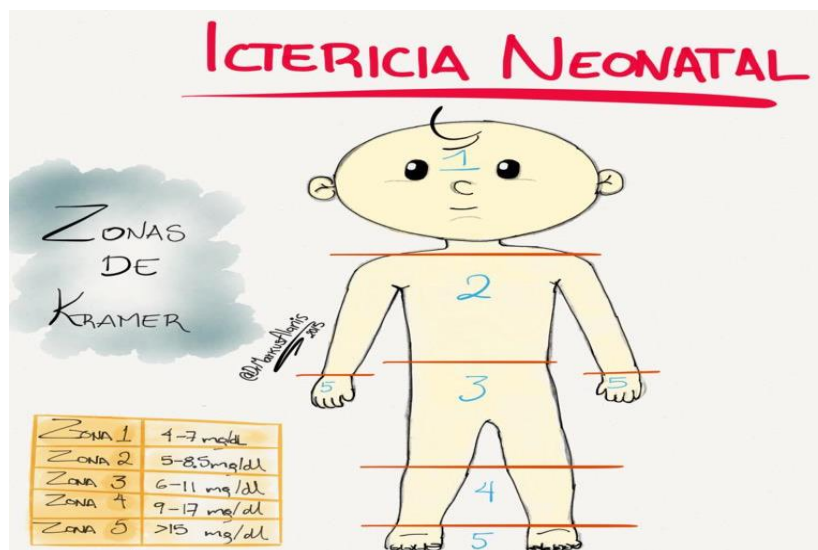


Figura 2 - Método de Kramer.

Fonte: <https://twitter.com/drmarkusalanis/status/627960914919096320>, acesso em 30/09/2015 às 07:23h

Este autor observou em 1969 que era possível quantificar os níveis séricos de bilirrubina através da observação da pele, uma forma de evitar as inúmeras punções que seriam necessárias. Outra técnica desenvolvida neste sentido é o uso do Bilicheck, que evita que os bebês sejam puncionados.



Figura 2 - Aparelho Bilicheck - Estimativa Transcutânea da Bilirrubinemia (BTc).

Fonte: <http://www.sietek.az.ru/jm103>, acesso em 01/10/2015.

Em RN maiores de 30 semanas, a avaliação de BTc pode ser utilizada, apresentando resultados confiáveis, independente da cor da pele, idade

gestacional, idade pós-natal e peso do RN. Ela poderá ser usada como método de triagem na identificação do RN de risco, mas a extrapolação dos seus resultados para a bilirrubina sérica deve ser realizada com cautela, sempre com coleta sérica, quando os níveis de BTc excederem o valor de oito.

Hiperbilirrubinemia grave é uma emergência médica que requer tratamento imediato. Estratégias de tratamento comuns para baixar os níveis séricos de bilirrubina incluem: hidratação, cessação da amamentação por curto período de tempo (o leite pode conter níveis altos de bilirrubina, nestes casos substitui-se por fórmula por 24 a 48 horas), terapia medicamentosa e transfusão de troca⁽¹¹⁾.

1.3 Tratamento e Riscos

A fototerapia ou helioterapia vem sendo usada como tratamento desde a antiguidade, constituindo-se em um dos recursos remotos da Medicina. Há registro do tratamento através da exposição ao sol pelos egípcios (mencionado no Papiro de Ebers) e indianos desde 3.500 anos atrás, sendo empregados juntamente com a ingestão de ervas para o tratamento das doenças de pele^(5,15).

A utilização da luz, como método para reduzir a icterícia, foi descoberta em 1956 pela enfermeira inglesa Sister J. Ward, que observou a diferença na coloração da pele entre as áreas que recebiam ou não a luz do sol. A primeira fototerapia foi desenvolvida em 1958⁽¹⁶⁾.

O tratamento fototerápico, desde a década de 1950, vem sendo empregado para o tratamento de RN com hiperbilirrubinemia indireta, de forma que sua eficácia depende de fatores como a intensidade e o comprimento da onda e a superfície que é exposta à luz⁽¹⁷⁾.

A bilirrubina absorve luz na região de 400 a 500 nanômetros (nm), que, quando emitida, penetra na epiderme e atinge ao tecido subcutâneo. Dessa forma, a bilirrubina que se encontra depositada próxima à superfície da pele (até dois ou três mm) será irradiada e reduzida, sendo transformada em molécula solúvel em água para ser rapidamente excretada, pelo sistema biliar e urinário⁽¹⁶⁾.



Figura 3 Tratamento fototerápico semelhante ao utilizado no Hospital, Bilitron sky modelo 5006.

Fonte: <http://www.fanem.com.br/produto/13/bilitron-sky-5006>, acesso em 28/01/2016.

Dentre os equipamentos empregados estão a fototerapia convencional por lâmpadas fluorescentes brancas, fototerapia com lâmpadas fluorescentes azuis (ou verdes) importadas (special blue), fototerapia por lâmpadas halógenas (holofote), fototerapia com lâmpada fluorescente refletora (Bilibêrço), fototerapia por fibra óptica, e fototerapia por LED (bilitron sky modelo 5006) (Figura 4). Sendo esta última, tecnologia nacional, a melhor opção para o tratamento em fototerapia no momento, eleito pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma das tecnologias inovadoras em saúde⁽¹⁶⁾.

O tratamento necessita de exposição, de forma que o bebê deve manter-se despido (apenas com proteção genital), usando óculos e sob um foco de luz⁽¹⁸⁾.

O RN exposto à fototerapia pode apresentar algumas alterações tais como: diarreia; aumento de perdas insensíveis de água devido a superfície corporal aumentada e exposta que somada a demora na regulação do aleitamento materno pode levar a desidratação; susceptibilidade à hipertermia e à hipotermia devido à exposição direta da fonte de calor (luz) ou falta de aquecimento quando em berço comum ou bilibêrço; erupções cutâneas e eritema; escurecimento da pele chamada

de síndrome do bebê bronzeado; queimaduras; hemólise leve; plaquetopenia e danos retinianos⁽¹⁹⁾.

Estas alterações devem ser prevenidas e detectadas precocemente pela equipe de enfermagem, com vistas a proporcionar resultados efetivos, segurança e eficácia no tratamento do RN⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Para que o tratamento seja efetivo, são necessários cuidados como despir o neonato para que a incidência dos raios luminosos incidam sobre a maior extensão possível da superfície corporal, e proteger adequadamente os globos oculares com máscara opaca para evitar agravos à retina⁽⁷⁾.

O tratamento para a icterícia, quando o recém-nascido apresenta boas condições clínicas, ocorre no AC.

1.4 Alojamento conjunto

Para possibilitar que a mãe permaneça junto com o RN 24 horas por dia, após a finalização dos procedimentos de sala de parto, foi implantado o sistema de AC no Brasil.

O AC foi criado com grande êxito em 1946 por Edith Jackson, no *Grace New Haven Hospital*. No Brasil, deu-se em 1971 a primeira experiência no Primeiro Hospital Distrital de Brasília (hoje HBDF), iniciada por Ernesto Silva, apesar de já existirem Santas Casas de Misericórdia, nas cidades do interior, que mantinham os bebês com suas mães⁽¹⁶⁾.

Em 1977, o Ministério da Saúde passou a recomendar que os RN saudáveis permanecessem com as suas mães, e, em 1983, o hoje extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) publicou portaria, tornando o AC obrigatório em todos os hospitais públicos e conveniados⁽²¹⁾.

A portaria MS/GM N° 1016, 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"⁽²¹⁾. No Anexo que o normatiza, define-se AC, como:

Um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a saúde do binômio mãe e filho. A colocação do recém-nascido junto à mãe de forma descontínua não oferece as vantagens citadas e não é, por definição, considerada como "Alojamento Conjunto"⁽²¹⁾.

Para permanecer ao lado da mãe, 24 horas por dia até a alta hospitalar (prevista para 48 horas de vida, caso não haja intercorrências)¹, o RN deve estar sadio, ter nascido com mais de 35 semanas de idade gestacional, precisa apresentar boa vitalidade (mais do que 2kg, índice de APGAR, igual ou maior que sete no 5º minuto, estabilidade térmica, capacidade de sucção ou deglutição) e a mãe deve apresentar condições clínicas e psicológicas que permitam o contato com o filho⁽¹⁶⁾.

O objetivo da unidade é promover o aleitamento materno por livre demanda, observação clínica do RN e da mãe, favorecer o vínculo mãe-filho, facilitar a visita de familiares e amigos e fornecer orientações à mãe e à família, entre outros.

Conforme mostra a literatura, quando mãe e bebê ficam juntos após o nascimento, inicia-se uma série de eventos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais, muitos dos quais contribuem positivamente para a ligação do binômio mãe-filho⁽²²⁾.

Todos estes eventos citados no trecho acima se refletem sobre esta díade, e os pais, por estarem mais conscientes da situação, diretamente são afetados por ela. Portanto, é preciso transcender e identificar as necessidades afetadas, de modo particular às da mãe, ao presenciar o filho sob uma modalidade terapêutica que a impossibilita de manter o contato olho a olho, tão importante e significativo na gênese do relacionamento mãe-bebê⁽²²⁾.

Neste contexto, apesar da preocupação com a humanização e com os cuidados à saúde da mulher, em todas as fases do ciclo vital, estudos apontam para a pouca valorização das demandas que emergem da vivência da mulher no período puerperal, especialmente as relativas à subjetividade feminina em sua

¹ A alta hospitalar será planejada após 48 horas de vida, de preferência, após estabelecimento da amamentação, coleta do teste do pezinho, eliminação de mecônio, peso superior a 2.300g, em geral e estabilidade clínica. Nos casos em que houver incompatibilidade sanguínea por fator Rh ou ABO, com Coombs direto positivo ou icterícia, a alta ocorrerá após coleta de bilirrubina sérica⁽¹⁶⁾.

significação à maternidade, que se alteram com a chegada de um (a) filho (a), segundo o contexto sócio cultural e emocional em que se inserem a gravidez, o parto e o pós-parto⁽²³⁻²⁴⁾.

Pesquisas constataam que na nossa prática profissional, os (as) profissionais desenvolvem ações fragmentadas orientadas por um referencial em que o saber-fazer em saúde dá-se sob formas institucionalizadas de violência simbólica, predominando posturas autoritárias e um cuidado que subestima as necessidades das mulheres no AC⁽²⁴⁾.

Alojamento e o favorecimento da promoção do vínculo

O Caderno Humaniza SUS⁽²⁵⁾ sobre a questão do vínculo, faz uma analogia com a teoria do vínculo afetivo da Psicologia, que compreende o desenvolvimento de uma criança como resultado da relação que ela mantém com os pais.

Apresenta o sentido de vinculação como a necessidade de estabelecer laços, contato emocional entre o bebê, a mãe, o pai e outras figuras significativas próximas, acontecendo por meio da relação interpessoal, onde se cria e se constroem relações afetivas entre os seres humanos e se estabelece a capacidade de relação entre pessoas e serviços e de relações sociais, e a importância do vínculo e o expõe como uma ação essencial do cuidado⁽²⁵⁾.

Segundo Pasqual⁽²⁶⁾ “manter a mãe e a criança juntas logo após o nascimento estimula a operação de mecanismos sensoriais, hormonais, fisiológicos, imunológicos e comportamentais, que vinculam os pais ao bebê”. As interações iniciais entre a mãe e o recém-nascido são descritas como um processo comunicativo e de apego materno, considerando-se uma ação que estimula a adaptação mãe-filho, uma fase de ajustamento, na qual o bebê passa a fazer parte do mundo externo.

“O aconchego resultante da interação sensorial estreita dá à criança a sensação de pertencimento, e referência insubstituível para a estruturação de sua personalidade. Há sistemas neuroquímicos, como os da ocitocina e vasopressina, desenvolvidos no cérebro da criança, que operam em sintonia com o afeto materno, reforçando o equilíbrio emocional ou gerando agressividade e outros comportamentos sociais. Seus efeitos dependem do vínculo afetivo que se estabelece entre a mãe, a criança, o pai e a família, como primeiro grupo social. Esses vínculos garantem relações estáveis ou podem ser a fonte da violência humana. Dentro desta percepção, encontramos o Sistema de Alojamento Conjunto como um

espaço citado por vários autores como sendo ideal para reforçar o relacionamento entre mãe, filho e também toda a família”⁽²⁶⁾.

Estudos indicam que a imediata separação do binômio no pós-parto imediato pode levar a mãe 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 mãe estaria mais propensa a receber o seu bebê, recém-nascido⁽²⁶⁻²⁷⁾.

O AC favorece o relacionamento mãe-filho, proporciona, confiança, tranquilidade, e satisfação para as mães. Fora do AC a mãe escuta o choro de criança e pensa que é do seu filho, e que nada está sendo feito para satisfazê-lo, enquanto que no AC o choro é reduzido pelo pronto atendimento que a mãe oferece, ou ao menos procura oferecer. Isso transmite segurança e diminui a ansiedade dos pais que permanecem com seus filhos, se comparados com aqueles que têm menor contato com a criança⁽²⁶⁾.

1.5 Experiência materna com RN em fototerapia: revisão integrativa da literatura

Perante o fato de acompanhar o tratamento de bebês em fototerapia e perceber o sofrimento psíquico da puérpera, realizei revisão integrativa da literatura científica, mais precisamente de artigos científicos nacionais e internacionais, publicados nos últimos dez anos, acerca do objeto de estudo.

“Voltar-se para a literatura ou para experiência na intenção de buscar fenômenos similares, não significa o uso da literatura ou das experiências como dados em si, pelo contrário, isso ajuda a estimular nosso pensamento sobre propriedades ou dimensões que podemos usar para examinar dados à nossa frente. O exemplo comparativo não nos fornece dados, ao contrário, estimula nosso pensamento e nos sensibiliza para que possamos reconhecer exemplos de propriedades nos dados reais”⁽²⁸⁾.

As etapas percorridas para a elaboração desta revisão foram as seguintes: identificação do tema, busca na literatura, categorização de estudo, avaliação dos estudos que foram incluídos, interpretação de resultados e por fim, a síntese do conhecimento evidenciado nos artigos. Seguindo as etapas mencionadas acima, a partir da temática proposta, foi delimitada a pergunta de pesquisa: Qual a experiência de puérperas com o tratamento de fototerapia?

Antes de realizar a busca na literatura estabeleceu-se os critérios de inclusão e exclusão dos artigos, sendo inclusos somente aqueles publicados em periódicos; em português, espanhol e inglês; que estivesse disponível o texto completo; ter sido publicado no período de 2004 a 2014; indexados nas bases de dados consultadas e que abordassem o tema da experiência materna/familiar diante do tratamento fototerápico. Sendo excluídos os artigos sobre outras características do tratamento/doença ou tendo outros participantes de pesquisa.

O corpus de análise constituiu-se de artigos encontrados nas bases de dados: CINAHL (Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature), que engloba as principais produções científicas da área da enfermagem; PUBMED arquivo digital produzido pela *National Library of Medicine (USA)* na área das Biociências, SCOPUS (SCImago Journal Rank, Elsevier®) tem em seu banco de dados, em torno de 18 mil periódicos e na BIREME/BVS, que reúne o acervo de publicações seriadas das bibliotecas da Rede Latino-americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde.

As palavras-chave fototerapia (phototherapy), recém-nascido (newborn), pais (parents); icterícia (jaundice) e experiência materna (experience of mothers) foram empregados na estratégia de busca em inglês e português (BIREME), rodadas em bases de dados, encontrando 93 artigos sendo que destes, 15 foram incluídos na revisão (Apêndice 1).

A análise do conhecimento produzido nos últimos 10 anos (2004 a 2014), nas bases de dados *CINAHL*, *PubMed* e *SCOPUS* identificou 10 artigos científicos, os quais traduzem as imagens percebidas pelas mães, por meio de sentimentos, quase sempre negativos. A seguir apresento esse conhecimento de forma sistematizada.

1.5.1 As expressões de mães em relação ao tratamento

A mãe demonstra-se abalada^(22,29-30), em face da aparência física (RN despido, pele amarelada) de seu bebê⁽³¹⁾, pressupondo o quanto desconfortável e incômodo é a fototerapia para ele, associado à seguidas punções que é submetido para coleta de exames, na sua presença⁽³⁰⁾.

Com dificuldade de compreender a necessidade e o processo desse tratamento médico-hospitalar, para seu RN⁽³²⁾. Essa mãe é tomada por insegurança^(29,33); e desconfiança⁽³²⁾, chegando a supor desfechos catastróficos⁽³³⁾, como a separação do binômio, mediante sua alta^(22,29), e ou risco de morte do RN⁽³³⁾. Tomada por esses medos^(29,33), a mãe passa a se preocupar com a evolução clínica do seu bebê^(29,33); contudo, se não atendidas suas necessidades, pode agir de duas maneiras: deixando-se abater na tristeza ou então, apresentando sentimento de perda de controle⁽³¹⁾.

Por outro lado, pode-se encontrar aquela mãe segura nas suas crenças e costumes, interpretando a icterícia como um problema corriqueiro de RN, portanto, considera-o facilmente resolvido com banhos de sol e de infusão de ervas, tentando dispensar o tratamento médico-hospitalar⁽³³⁾.

Em face de a experiência vivenciada por essas mães, muitas vezes, ponderam acerca dos benefícios e malefícios da fototerapia para seu bebê, passando a questionar os benefícios do tratamento aos seus bebês, conforme apontam estudos^(29,33).

Desta forma, constata-se que o déficit de apoio informacional e emocional para essas mães, pode contribuir para o comprometimento da segurança do binômio mãe-filho, por desestabilizá-lo emocionalmente, ou ainda colocar em risco a integridade do bebê, perante as complicações da doença, caso a mãe venha desistir de tratamento adequado.

1.5.2 A síntese das verbalizações das mães em relação à promoção do vínculo

A fototerapia ainda é um método que, de certa maneira, impõe restrições ao contato pele a pele do binômio mãe-filho, arremetendo as mães a sentimentos de perda. A literatura internacional denomina esses sentimentos de *feeling robbed*⁽³⁰⁻³¹⁾.

Desta forma é comum encontrar essas mães expressando suas insatisfações, relativas as restrições do bebê permanecer em contato com a mãe, e dela não poder tocá-lo. Consideram mais contemplativa a sua relação com o bebê⁽²²⁾, uma vez que estão impedidas de ver os olhinhos do bebê⁽⁵²⁾. Ademais,

essas mães, na maioria das vezes, reclamam de permanecem isoladas de seu seio familiar, para cuidar do bebê ainda hospitalizado⁽²⁹⁾. Daí surgem outras preocupações, relativas ao impacto familiar⁽³¹⁾, da ausência materna no seio familiar, para cuidar dos outros filhos.

É uma experiência difícil de ser vivenciada, na maioria das vezes solitária⁽²⁹⁾, envolvendo culpabilização ou seja, um contexto que mobiliza ansiedades⁽³³⁾, repercutindo em exaustão física e emocional com alterações no sono e da vigilância materna⁽³¹⁾.

A literatura ressalta que, em situações que ocorrem separação entre mãe e RN, a mãe sofre agravos decorrentes desse afastamento e que estados de depressão pós-parto são acentuados pela separação do binômio⁽²⁹⁾.

A vinculação, por vezes, foi promovida em duas pesquisas, nas quais as puérperas relataram que sentiram desconforto, mas apenas por pouco tempo, e avaliaram que o tratamento é mais confortável se houver ambiente familiar acolhedor⁽³¹⁾.

1.5.3 As verbalizações expressas pelas mães em relação à equipe

A vivência das puérperas caracteriza-se por ausência de comunicação⁽³²⁾, dificuldades e falhas na comunicação com a equipe, traduzidas em relatos de desconhecimento da terapêutica⁽²⁹⁾, desinformação sobre o aparato tecnológico⁽²⁹⁾. Reclamam que as informações são prestadas não suficientemente, ficando muitas dúvidas sem respostas^(29,32).

Houve relatos de informações desencontradas, contrárias, divergentes⁽³¹⁾, uso de jargões e termos técnicos⁽³²⁾, timidez ante a equipe de saúde estranha a ela, e respostas vagas pela equipe de enfermagem⁽²⁹⁾.

De forma que as percepções positivas associadas ao atendimento foram relacionadas ao apoio familiar⁽³¹⁾, e opinião positiva em relação à equipe que prestou assistência.

Considerando a relevância epidemiológica da icterícia em RN, a sobrecarga psicológica que as mães são acometidas, a possibilidade da não-adesão ao tratamento pela mãe e comprometimento da saúde da criança, assim como a escassez de pesquisas conduzidas segundo o método proposto nesta

pesquisa, sustenta-se a necessidade de exploração da pergunta (do problema) da pesquisa inicialmente proposta.

2 OBJETIVOS

Portanto, propõe-se os seguintes objetivos:

- Compreender a experiência de puérperas com seu RN em tratamento fototerápico;
- Elaborar um modelo teórico representativo dessa experiência.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de pesquisa qualitativa, forma de investigação social que retrata o sentido adotado pelas pessoas em suas experiências e no mundo no qual elas vivem. Tem a finalidade de compreender, descrever e interpretar fenômenos sociais conforme percebidos pelos indivíduos, grupos e culturas. Pesquisadores utilizam as abordagens qualitativas para explorarem comportamentos, sentimentos e experiências de pessoas para descobrirem o âmago de suas vidas. Por exemplo, um etnógrafo focaliza sobre cultura e costumes, teóricos que utilizam a Teoria Fundamentada nos Dados, conhecida internacionalmente como *Grounded Theory* investigam processos sociais e interações e fenomenólogos desvelam o mundo vivido, denominado *life world* ou *Lebenswelt*. Abordagens qualitativas são úteis na exploração de mudanças ou conflitos⁽³⁴⁾.

A base da pesquisa qualitativa na abordagem interpretativa reside na realidade social e na descrição das experiências vividas pelos seres humanos⁽³⁴⁾. São por essas razões que esta pesquisa foi conduzida na abordagem da Teoria Fundamentada nos Dados.

3.2 Cenário do estudo

Antes de analisar o contexto que compõe a experiência materna propriamente dita, apresenta-se o contexto hospitalar no qual as puérperas e seus recém-nascidos encontram-se inseridos.

O AC deste Hospital Público, possui 39 leitos, sendo sete quartos coletivos com quatro leitos cada, quatro quartos com dois leitos, e um quarto de pós operatório imediato (POI), no momento da coleta de dados, um quarto encontrava-se bloqueado e cedido para montar a sala da pediatria.

Gestantes, ainda, na maioria das vezes, são internadas para condução do trabalho de parto ou resolver algumas situações decorrentes da gravidez. Após o parto, cesariano ou normal, caso o RN esteja em boas condições de saúde, é favorecido o contato pele a pele com a puérpera, e após os procedimentos e avaliações realizados pelos pediatras, o bebê é colocado ao seio materno para sugar e em seguida encaminhado ao AC.

A partir de então, até a alta hospitalar - caso nenhuma intercorrência aconteça - o bebê permanece no AC, em bercinho individual, ao lado do leito da mãe, sob os cuidados maternos e da equipe hospitalar.

Na rotina hospitalar é comum a necessidade de fototerapia para o tratamento da icterícia em neonatos. Caso o RN apresente icterícia nas primeiras 24 horas de vida, após a confirmação do diagnóstico da doença, os médicos informam as puérperas e inicia-se o tratamento para a icterícia.

Quando os valores dos exames indicam icterícia leve a moderada, o tratamento é realizado no AC. Caso seja icterícia grave, o RN é transferido para a UCI ou Especiais, e a mãe, recebe alta hospitalar (24 a 48 horas após o parto).

Neste contexto se desenvolve a experiência das puérperas, vivenciando a situação de internação hospitalar, em um ambiente estranho, dividindo o quarto com outras três mulheres em trabalho de parto ou que evoluíram para parto, e agora permanecem com seus bebês.

3.3 Procedimentos éticos, de coleta de dados e amostra teórica

Durante a realização deste estudo foi respeitada a Resolução 466/12 sobre Aspectos Éticos da Pesquisa envolvendo seres humanos, garantindo a autonomia dos indivíduos-alvo com aplicação do termo de consentimento livre e esclarecido, houve o comprometimento dos pesquisadores em buscar meios para causar o mínimo de danos; vantagens significativas e minimização do ônus para os participantes, além da garantia de que danos previsíveis fossem evitados.

Somente após aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo 1), as mães foram convidadas a participar do estudo e, aceitando, convidadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2), após a leitura do mesmo na íntegra, juntamente com a pesquisadora.

A coleta de dados deu-se de agosto a setembro de 2015 e as atrizes foram puérperas internadas na Maternidade do Hospital, cujo critério de inclusão era ser mãe de bebê que estava recebendo ou recebeu tratamento fototerápico.

O parâmetro para determinação do número necessário de entrevistas foi a saturação teórica. Processo determinado pelo referencial metodológico escolhido, o qual se dá concomitantemente à coleta e análise dos dados, finalizando com a construção do modelo teórico e validação do mesmo junto às atrizes ou aos próprios dados. Dessa forma, os participantes são progressivamente selecionados para integrar a amostra, até que a saturação teórica seja alcançada⁽²⁸⁾.

Para a Teoria Fundamentada nos Dados, a regra geral na construção de teoria é coletar dados até que todas categorias estejam saturadas. Isso significa até que: (a) nenhum dado novo ou relevante pareça surgir em relação a uma categoria, (b) a categoria esteja bem desenvolvida em termos de propriedades e dimensões, demonstrando variação e, (c) as relações entre categorias estejam bem estabelecidas e validadas⁽²⁸⁾.

A exclusão das atrizes na pesquisa aconteceu quando não houve interesse da mesma ou por desistência no decorrer da pesquisa e caso a criança houvesse sido internada diretamente na UTI ou Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) por outro diagnóstico.

Quanto aos riscos, os possíveis males ou danos, poderia esperar-se a alguns sentimentos e/ou questões de sensibilização da mãe. Os pesquisadores que

concordam com a existência de riscos para os participantes de pesquisa na aplicação de questionários e entrevistas, relataram em seus discursos as seguintes palavras: intimidação, vergonha, constrangimento, humilhação, medo, problemas emocionais, moral, valores, invasão de privacidade, entre outros⁽³⁸⁾. Na técnica de coleta de dados, procurou-se minimizar os possíveis danos aos participantes, evitando abordar assuntos de forma inadequada, mantendo as identidades preservadas⁽³⁸⁾.

A entrevista não estruturada foi a técnica de coleta de dados, com duração de 20 a 40 minutos, tendo como questão de partida: Conte-me como tem sido ou foi sua experiência com o tratamento fototerápico do seu bebê? (Apêndice 3)

Durante a realização das entrevistas, as conversas foram audiogravadas em aparelho MP3 e a seguir transcritas na íntegra e analisadas segundo a TFD, tendo suas audiografações eliminadas.

3.4 Referencial metodológico: Teoria Fundamentada nos Dados

Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), conhecida internacionalmente por *Grounded Theory* significa teoria que deriva a partir de dados sistematicamente coletados e analisados por meio do processo de investigação. Neste método, as fases de coleta de dados, análise e elaboração de uma teoria se mostram intrínsecas. O pesquisador não começa um projeto com uma teoria preconcebida (a menos que seu objetivo é elaborar e ampliar uma determinada teoria). Em vez disso, o pesquisador permite que a teoria emergja dos dados. É mais provável que as teorias derivadas dos dados se assemelhem mais à realidade do que aquelas formuladas a partir de uma série de conceitos já estabelecidos. Os estudos conduzidos por meio da TFD são desenhados a partir dos dados e, portanto são susceptíveis a oferecer uma compreensão em profundidade. A contento, os seus passos de análise são ⁽²⁸⁾:

1. **Microanálise:** análise detalhada linha por linha, necessária para gerar categorias iniciais (com suas propriedades e dimensões), sugerindo relações entre as mesmas e uma combinação de codificação aberta e axial.
2. **Codificação aberta:** processo analítico, por meio do qual são identificados os conceitos e suas propriedades e as dimensões são

descobertas nos dados. Conceituando o processo de agrupamento de itens similares de acordo com algumas propriedades definidas e dando aos itens um nome que significa essa ligação comum. Na conceituação, podemos reduzir grandes quantidades de dados. Um conceito é uma representação abstrata de um evento, objeto ou ação/interação que um investigador identifica como sendo significativa nos dados. As categorias são conceitos derivados a partir de dados que representam fenômenos. O importante a lembrar é que uma vez que os conceitos começam a se constituírem, o analista deve iniciar o processo de agrupá-los ou classificá-los em termos mais abstratos, ou seja, categorias. Uma vez que uma categoria é identificada, torna-se mais fácil de lembrar que, para pensar sobre isso, e (mais importante) a desenvolver em termos de suas propriedades e dimensões e de diferenciá-lo, quebrando-a em suas subcategorias, isto é, explicando quando, onde, por que, como uma categoria que possa existir.

3. **Codificação axial:** é o processo de relacionar as categorias às suas subcategorias, denominadas de codificação axial, porque ocorre em torno do eixo de uma categoria, ou seja, ligando categorias, segundo suas propriedades e dimensões sistematicamente. Na codificação axial, nosso objetivo é desenvolver e relacionar as categorias. Esta etapa de análise é importante, porque estamos construindo a teoria. Classificando as relações entre conceitos e subconceitos pode ser difícil, para tanto, deve-se ter em mente que não é a noção de condições, as ações/interações, e as consequências que é significativo, mas sim, o importante é descobrir as formas que as categorias se relacionam entre si. O paradigma é apenas um dispositivo que os analistas podem usar para pensar sobre essas relações. Embora útil, o paradigma nunca devem ser usado de formas rígidas, caso contrário, torna-se o fim e não o meio.
4. **Codificação seletiva:** processo de integração e de aprimoramento da teoria. Na integração, as categorias são organizadas em torno

de um conceito central de motivos. A integração ocorre ao longo do tempo, começando com os primeiros passos na análise e, muitas vezes, não termina até a redação final. Uma vez que, o compromisso é estabelecido com uma ideia central, as principais categorias são relacionadas a ela por meio de notas explicativas das relações (memorandos). Várias técnicas podem ser utilizadas para facilitar o processo de integração. Estas incluem a dizer ou escrever a história, utilizando diagramas, classificação e notas de revisão, e usando programas de computador⁽³⁶⁾.

3.5 Referencial teórico: Interacionismo Simbólico

Ao configurar o modelo teórico da experiência, o mesmo foi analisado à luz do Interacionismo Simbólico.

Os conceitos do Interacionismo Simbólico são: símbolo, *self*, mente, assumir o papel do outro, ação humana e interação social⁽³⁷⁾.

- Símbolo

É o conceito central, pois, segundo o Interacionismo Simbólico, sem ele não se pode interagir uns com os outros. É uma classe de objetos sociais usados para representar alguma coisa.

"Os símbolos são desenvolvidos socialmente, por meio da interação; eles não são concordados universalmente dentro dos grupos humanos, mas são arbitrariamente estabelecidos e mudados pela interação dos seus usuários; existe uma linguagem de sons e gestos que é significativa e inclui regras permitindo que se combine os sons ou gestos em declarações significantes. Para ser simbólico, o organismo cria ativamente e manipula símbolos na interação com os outros"⁽³⁷⁾.

- Self

No Interacionismo Simbólico o *self* é um objeto social em relação ao qual o indivíduo age. O ator configura o *self* na interação com os outros. O *self* não somente surge na interação, mas como todo objeto social é definido e redefinido na interação. Surge, na infância, inicialmente, por meio da interação com os pais e outros significativos, mudando constantemente na medida em que a criança vivencia novas experiências interagindo com outros. "Como eu me vejo, como eu me defino, o julgamento que faço de mim mesmo é altamente dependente das definições sociais que encontro durante minha vida"⁽³⁷⁾.

- Mente

"Mente é a ação, ação que usa símbolos e dirige esses símbolos em relação ao *self*. É o indivíduo tentando fazer algo, agir em seu mundo. É a comunicação ativa com o *self* por meio da manipulação de símbolos. O mundo é transformado em um mundo de definições por causa da mente; a ação é resposta não a objetos, mas à interpretação ativa do indivíduo a esses objetos"⁽³⁷⁾.

É a interação simbólica do organismo humano com seu *self*.

- Assumir o papel do outro

Este conceito está intimamente relacionado aos anteriores, porque consiste em atividade mental e torna possível o desenvolvimento do *self*, a aquisição e o uso de símbolos e a própria atividade mental. "É por meio da mente que os indivíduos entendem o significado das palavras e ações de outras pessoas"⁽³⁷⁾.

- Ação humana

A interação com o *self* e com os outros leva o indivíduo a tomar decisões que direcionam o curso da ação. "As ações são causadas por um processo ativo de tomada de decisão pelo sujeito, que envolve a definição da situação e essa por sua vez, envolve interação consigo mesmo e com os outros. Dessa forma, é a definição da situação feita pelo ator que é central para com a ação ocorrerá"⁽³⁷⁾.

- Interação social

Conforme apresentado, todos os conceitos básicos para o Interacionismo Simbólico surgem da interação e são parte dela. "Quando interagimos, nós nos tornamos objetos sociais uns para os outros, usamos símbolos, direcionamos o *self*, engajamo-nos em ação mental, tomamos decisões, mudamos direções, compartilhamos perspectivas, definimos realidade, definimos a situação e assumimos o papel do outro"⁽³⁷⁾.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização do Binômio

A saturação teórica configurou-se mediante a análise da 15ª entrevista com puérperas, que estavam passando pela experiência na maternidade, durante a internação.

Houve apenas duas recusas de participação, uma com justificativa de “vergonha” e outra por cansaço.

Os dados contidos no Quadro 1 indicam que a idade das participantes do estudo variou entre 15 e 37 anos, oito puérperas não apresentavam vínculo empregatício no momento e sete possuíam vínculo empregatício. A renda média familiar variou entre um e quatro salários mínimos, e as mesmas residiam na maioria das vezes em casa própria (07) ou na residência de familiares (04), quatro puérperas pagavam aluguel.

Quadro 1 - Dados referente à caracterização do binômio mãe-RN. Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2015.

Mãe	Idade	Escolaridade	Emprego	Ocupação	Renda Familiar** *	Tipo de Moradia
M1	33	EF*	Não	Vendedora	1	Alugada
M2	24	EM**	Sim	Assist. Administrativo	3	Alugada
M3	25	EF*	Não	Prendas domésticas	1	Própria
M4	15	EM**	Não	Estudante	4	Com familiar
M5	20	EM**	Sim	Operadora de caixa	1	Com familiar
M6	29	EM**	Não	Aposentada	2	Própria
M7	28	EF*	Não	Prendas domésticas	2	Com familiar
M8	22	EM**	Sim	Operadora de caixa	2	Própria
M9	33	EM**	Sim	Empregada	3	Própria
M10	29	EM**	Sim	Vendedora	2	Própria
M11	32	EF*	Sim	Vendedora	2	Alugada
M12	25	EM**	Não	Babá	1	Própria
M13	35	EF*	Não	Babá	1	Com familiar
M14	37	EM**	Sim	Serviços Gerais	1	Própria
M15	29	EM**	Não	Prendas domésticas	2	Alugada

Fonte: Informações coletadas por meio de questionário aplicado à paciente e prontuário médico. EF*: Ensino Fundamental. EM** Ensino Médio. Informações coletadas por meio de questionário aplicado à paciente e prontuário médico. ***Salário(s) mínimo(s).

Os dados obstétricos apresentados no Quadro 2 indicam que todas fizeram o pré-natal, apresentando número de gestações variando entre uma e cinco, e número de filhos vivos entre um e três. Predominou entre as puérperas o tipo de parto normal (11) e dos quatro partos cesáreos realizados, dois ocorreram por falha na indução, um por macrosomia e um não descrito o motivo. O tipo sanguíneo predominante foi o O+ (08), seguido pelo A+ e uma puérpera do tipo B+. Apenas uma puérpera declarou ter grau de parentesco com o pai da criança.

Quadro 2 - Dados referentes à caracterização do binômio mãe-RN. Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2015.

Mães	Gestação	Consulta Pré-natal	GPAC ³	Tipo de Parto	Indução	Tipo Sanguíneo	Experiência anterior com Fototerapia	Parentesco
M1	37s4d	9	G4P2C1A1	Cesárea	Não	O +	Não	Não
M2	41s3d	*	G1P1C0A0	Normal	Sim	A+	Não	Não
M3	40s3d	9	G3P3C0A0	Normal	Não	A+	Sim	Não
M4	39s2d	8	G1P1C0A0	Normal	Não	O +	Não	Não
M5	37s4d	7	G1P1C0A0	Normal	Não	A+	Não	Não
M6	40s4d	6	G1P1C0A0	Normal	Não	O +	Não	Sim
M7	38s5d	9	G1P1C0A0	Normal	Não	O +	Não	Não
M8	40s6d	10	G1P1C0A0	Normal	Não	O +	Não	Não
M9	39s1d	9	G4P1C0A2	Normal	Não	O +	Não	Não
M10	34s1d	7	G1P1C0A0	Normal	Não	A+	Não	Não
M11	41s3d	12	G5P2C2A2	Cesárea ¹	Não	O +	Sim (2 filhos c/ patologia)	Não
M12	41s4d	15	G4P2C2A0	Cesárea ²	Sim	A+	Sim (1ºfilho)	Não
M13	34s5d	09	G3P3C0A0	Normal	Sim	O +	Sim (3 filhos c/ patologia)	Não
M14	37s2d	18	G1P0C1A0	Cesárea ²	Sim	B+	Não	Não
M15	39s4d	12	G4P4C0A1	Normal	-***	A+	Sim (1º filho)	Não

Fonte: Informações coletadas por meio de questionário aplicado à paciente e prontuário médico. *refere ter comparecido à todas às consultas, campo não preenchido no formulário. **Inclusive esta. ***campo não preenchido no formulário. ¹por Macrosomia. ² Falha na indução. ³ Gestação, Parto Vaginal, Aborto e Parto Cesário anteriores.

Em relação à existência de experiência anterior com fototerapia, nove participantes informaram que não tiveram experiência anterior e quatro sim, sendo que uma mencionou ter visitado bebê em tratamento.

No Quadro a seguir apresenta-se os dados neonatais dos bebês, de forma que o peso variou entre 2.115 kg e 4.225 kg (RN de mãe diabética). Todos os neonatos sugaram o seio materno na sala de parto, e continuaram recebendo aleitamento materno exclusivo.

Dentre as doenças diagnosticadas estão a sífilis, a neurosífilis e o eritema tóxico, alterações como o albinismo, macrosomia, disfunções cardíacas e eventos

ligados ao parto, como a distócia de ombro, cavalgamento de suturas, bossa entre outros. A seguir temos os tipos de Icterícia diagnosticada em cada RN.

Quadro 3 - Dados neonatais referentes aos bebês que se encontram em tratamento fototerápico, coletados durante a internação do binômio mãe-RN. Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2015.

Mãe	Peso (Kg)	Tipo Rh	Exame 10 minutos	Tipo de Icterícia
RN/M1	3.240	O+	Sífilis, macrosomia, cianose de extremidades, alteração respiratória bossa, ligadura de cordão imediata	Icterícia Fisiológica /Combs Negativo
RN/M2	3.285	A+	Cianose, palidez	Combs Negativo
RN/M3	3.350	O +	Mecônio, cavalgamento de sutura occipital, ligadura do cordão imediata	Icterícia fisiológica agravada/pela hipoalimentação e perda de peso acentuada ³ /Combs Negativo
RN/M4	3.335	B +	Alteração respiratória bossa, alteração cardíaca (sopro)	Incompatibilidade ABO, com doença hemolítica
RN/M5	3.180	A+	Cianose	Icterícia própria agravada por prematuridade
RN/M6	3.185	O+	Albinismo	Não informada no prontuário
RN/M7	2.840	O+	Cianose, bossa, desconforto respiratório, palidez	Icterícia a esclarecer
RN/M8	4.225	B+	Cianose, mecônio, macrossômico	Icterícia precoce por incompatibilidade ABO
RN/M9	3.205	O+	Palidez, cianose, bossa	RNT+ ictéria Fisiológica
RN/M10	2.115	A+	Uma circular de cordão, distúrbio respiratório leve e hipotonia ao nascer	Icterícia própria agravada por prematuridade
RN/M11	4.140	B+	Cianose, mecônio, desidratação, pós-data	Icterícia precoce por incompatibilidade ABO
RN/M12	2.960	A+	Distócia de ombro, poliglobulia, assintomática, eritema tóxico	Icterícia precoce
RN/M13	2.695	O+	Neurosífilis	Icterícia precoce ZI
RN/M14	3.800	O+	Alteração respiratória	Icterícia ZII-III
RN/M15	3.370	A+	Cianose de extremidade e bossa	Icterícia precoce por incompatibilidade ABO / Combs +

Fonte: Informações coletadas por meio de questionário aplicado à paciente e prontuário médico. ¹ no 1º, 5º, 10º, 15º e 20º minutos. ³ Peso: 3.005 (+10%).

4.2 A experiência e o modelo teórico

Da análise dos dados, segundo os passos da Teoria Fundamentada nos Dados, compreendeu-se a experiência materna com seu recém-nascido em fototerapia.

As categorias identificadas e as relações teóricas estabelecidas possibilitaram o desenvolvimento de processo analítico e explicativo das ações e das interações que compõem o processo de cuidar da puérpera e da equipe multiprofissional nesse contexto, composto por quatro subprocessos: decepcionando-se com a má notícia; sentindo-se responsabilizada, reclusa e com apoio insuficiente para o cuidado; resignando-se ao papel protetor de mãe de bebê em sofrimento e risco; buscando estratégias para lidar com a situação (Quadro 4).

Ressalta-se que durante a coleta e análise dos dados, a heterogeneidade da amostra, quanto a idade e o fato de terem ou não experiências anteriores como puérperas com RN em fototerapia, não sinalizou necessidade de formação de grupos amostrais com tais especificidades, pois as experiências mostraram-se similares.

Quadro 4 - Categorias e subcategorias que compõem os subprocessos da experiência materna com seu recém-nascido em fototerapia. Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2015

Categorias (subprocessos)	Subcategorias
A - Decepcionando-se com a má notícia.	A1 - Sendo informada pelo médico do diagnóstico de icterícia e da necessidade do tratamento;
	A2 - Levando um choque;
	A3 - Buscando compreender a situação;
	A4 - Frustrando-se com a suspensão da alta do RN.
B - Sentindo-se responsabilizada, reclusa e com apoio insuficiente para o cuidado.	B1 - Sendo responsabilizada pela integridade da visão do RN;
	B2 - Sofrendo ao ver os olhos do bebê vendados;
	B3 - Privando-se do sono e repouso;
	B4 - Sentindo-se desconfortável em perturbar o sono no alojamento conjunto;
	B5 - Sentindo-se reclusa com o prolongamento da hospitalização;
	B6 - Não contando com apoio.
C - Resignando-se ao papel protetor de mãe de bebê em sofrimento e em risco.	
D - Buscando estratégias para lidar com a situação.	D1 - Oferecendo o seio para o bebê amamentar;
	D2 - Solicitando aquecimento ambiental;
	D3 - Imaginando outros tratamentos menos agressivos.

Fonte: Elaboração dos autores, 2016

A experiência

Decepcionando-se com a má notícia decorre do sentimento de tristeza, descontentamento e conseqüentemente da frustração da mãe, perante a suspensão da alta hospitalar prevista para 48 horas de vida do RN.

Esse subprocesso inicia-se quando *sendo informada pelo médico do diagnóstico de icterícia e da necessidade do tratamento*, por meio da fototerapia.

[...] A terapia começou no domingo, quando na parte da manhã os médicos me avisaram que ele iria fazer fototerapia, por questões que ele estava muito amarelinho, e, então começou a partir da noite, das dez horas [...] (M1).

[...] Falaram-me que ele teria que ficar na luz, porque nasceu um pouco amarelinho [...] (M4).

Surpreendida com a suspensão da alta do bebê e conseqüentemente interrompida subitamente suas expectativas de voltar para casa, a mãe se denomina como se tivesse *levando um choque*. Abalada com a notícia de que o bebê precisa

permanecer hospitalizado, mesmo orientada pelos médicos, mantém-se inconformada, na maioria das vezes chorando.

[...] Assustei, porque foi de repente, ninguém me avisou que ele ia ficar. Eu estava esperando a hora de ir embora, porque eu já ia receber alta. Daí chegou uma mocinha e falou: “Você está de alta, mas seu bebê tem que ficar no banho de luz.” Daí eu perguntei: Mas por quê? Por quê? [...] (M5).

[...] Eu precisava da ajuda de alguém. Aí ele (médico) foi me explicar o que era, mas mesmo assim, eu permaneci em choque, muito perdida [...] (M8).

[...] Ela entrou, assim, nervosa, perguntando quem é L., daí eu falei que era eu, aí ela disse assim: “Ah, o seu filho vai ter que ficar no banho de luz!” Foi um susto para mim. Eu comecei a chorar [...] (M5).

Após o impacto da notícia, a mãe empreende movimento para o *buscando compreender a situação*. Reação materna que a mobiliza a dirigir-se, geralmente ao médico, na tentativa de esclarecer suas dúvidas sobre as causas da icterícia neonatal em seu bebê e o tratamento fototerápico. Contudo, essa necessidade de compreensão da mãe nem sempre é satisfeita pelo profissional.

[...] É, foi isso que ela (médica) me disse a bebê perdeu um pouquinho de peso e estava um pouquinho amarela, mas eu quero saber: por quê as crianças precisam disso? [...] (M3).

[...] Aí ele (médico) fez esse exame da pele para ver se ela tinha icterícia. Só que eu não sabia direito e perguntei o que era. Ele me explicou por cima. Ele falou que era para saber se estava amarelinha. Eu perguntei se ela estava. Ele respondeu: “Ah! Eu tenho que olhar na tabela. Ele foi embora [...] Eu tentei falar com ele no corredor e não consegui nem falar, tanto que eu chorava. Você entra em pânico, porque você sabe que seu bebê precisa [...] Aí ele me falou que a Residente iria falar comigo e me explicar [...] (M8).

[...] Ela (médica) falou assim: “Vai ter que ficar aqui!” Na verdade ela não explicou claramente, mas eu sei que é por causa do meu nenê estar amarelinho. Se não cuidar pode afetar o cérebro [...] (M5).

[...] Eu não gostei muito do jeito que aconteceu. Vieram, instalaram o aparelho sem me prepararem, ou seja, explicar mais detalhadamente [...] (M14).

Após, receber a má notícia, sentir-se chocada, e buscar entender a situação em que se encontra o seu bebê, a mãe acaba *frustrando-se com a suspensão da alta do RN*, diante da privação materna do que se espera (alta médica do RN), após receber a notícia de que a alta hospitalar prevista para as 48 horas de vida seria suspensão, tendo início, em seguida o tratamento fototerápico para a icterícia.

[...] No começo, eu estava feliz porque eu ia ter alta [...]. [...] Eu já não estava aguentando mais ficar aqui, porque eu sofri muito. Aí a enfermeira chegou

para eu e falou que o exame dele tinha dado uns probleminhas, e ele ia ter que tomar banho de luz. Eu fiquei mal. Chorei e liguei para minha mãe [...] (M2).

Eu fiquei triste, porque eu queria ter alta logo. Não aguento mais ficar aqui. Não consigo dormir aqui [...] (M6).

A experiência sinaliza para o agravamento do sofrimento materno, quando a hospitalização arremete-a ao *sentindo-se responsabilizada, reclusa e com apoio insuficiente para o cuidado* pelos membros da equipe multiprofissional que lá atuam.

Esse segundo subprocesso desdobra-se com a experiência da mãe: *sendo responsabilizada pela integridade da visão do RN; sofrendo com o bebê de olhos vendados; privando-se do sono e repouso; sentindo-se desconfortável em perturbar o sono no alojamento conjunto; sentindo-se reclusa com o prolongamento da hospitalização; não contando com apoio.*

Em face do tratamento da icterícia neonatal por fototerapia, a equipe de enfermagem delega à mãe a função de vigiar ininterruptamente a manutenção do protetor ocular no bebê, de maneira que a mesma assegure que não haja nenhuma lesão das córneas de seu filho, ou seja, *sendo responsabilizada pela integridade da visão do RN*, assim como pelos cuidados de higiene e alimentação.

[...] O mais difícil foi o momento de por a venda nos olhos dele (bebê). Eu fiquei com muito medo de ele tirá-la e queimar o olho [...] (M11).

[...] Eu tinha que ficar de olho, porque ele (bebê) tirava a todo o momento a máscara dos olhinhos (protetor ocular). Foi uma dificuldade! [...] (M15).

[...] Eu não conseguia dormir, tinha que ficar olhando ele (bebê) e tinha que amamentá-lo. A moça (alguém da equipe multiprofissional) falou que eu tinha que amamentar de duas em duas. Para que o amarelo da pele fosse eliminado mais rápido. Então eu nem dormia. Foi difícil! [silêncio] (M11).

Assumindo o papel de protetora, a mãe considera-se *sofrendo com o bebê de olhos vendados*. Relata ser dolorosa a interação com o bebê chorando, irritado com os óculos protetores. Estes vão além de barreiras para a incidência da luz nos olhos do bebê, mas também da comunicação não-verbal mãe-filho.

[...] Por ele (bebê) ter que ficar ali no banho de luz (silêncio), o que está incomodando é a venda (óculos protetores). Ele não consegue ficar com a venda. Ele põe a mão [...] (M2).

Em estado de alerta constante, no exercício de mãe protetora de RN em fototerapia, ela é submetida ao *privando-se do sono e repouso*. Exausta, entre cochilos, seja à noite ou durante o dia, muitas vezes, a mãe depara-se assustada com o bebê dormindo ou não sem os óculos protetores, culpabilizando-se por pensar que a acuidade visual do bebê possa ter sido afetada. A contento, desespera-se ao sentir-se impotente mediante o esgotamento no exercício de seu papel, somado ao estresse com o trabalho de parto. Esse estresse acumulado pode interferir na relação do binômio mãe-filho.

[...] Ela arranca o óculos, aí aquilo cai e eu não durmo. Eu tenho que ficar a noite inteira acordada [...] (M7).

[...] Você fica o tempo inteiro naquela tensão e aí você não dorme. Eu até tento cochilar, mas eu não consigo. Eu escuto o barulhinho dela e já corro para olhar se ela está tentando tirar o protetor dos olhos. Às vezes, eu nem deito, fico sentada na cama observando-a, porque eu não posso tirá-la do berço. Então, eu fico vigiando o sono dela a noite toda, para não acontecer nada de pior. De noite e de dia também, quando não tenho quem ajude a olhar [...] (M1).

[...] Tem hora que dá vontade de tirar o protetor dos olhos do bebê, mas dá dó, apesar de ser para o bem dele. Eu não consigo dormir, porque eu tenho medo dele tirar (M13).

[...] Eu acordei duas vezes na noite. Graças a Deus, ele estava com o olho fechado sem a venda. Entrei em desespero, pensando que ele tinha aberto o olho sem a proteção e a luz prejudicado os olhos. Daí eu fico triste por isso [...] (M2)

[...] Agora a atenção tem que ser redobrada. Eu que tenho que pegar o bebê. [...] Durante à noite acaba sendo estressante, porque é um horário que eles estão mais agitados e a gente acaba perdendo a noite de sono e, consequentemente, passando o estresse para eles [...] (M15).

Em decorrência, a mãe *sentindo-se desconfortável em perturbar o sono no alojamento conjunto*, aumenta o seu estresse ao perceber que o choro de seu bebê está contribuindo com o distúrbio do sono e repouso dos outros binômios.

[...] Como que você deixa uma criança chorando o tempo inteiro. Não tem como deixar. [...] Ninguém dorme dentro no quarto. A criança não dorme, fica cansada e mais agitada. Fica pior. Então, não tem como prosseguir o tratamento e, assim, eu acabo permanecendo à noite toda acordada com ela [...]. Dá tristeza! (silencia e chora). Eu escuto ela chorar e eu chego chorar junto com ela [...] (M1).

[...] Deram-me até uma bronca, falando que eu tinha que amamentar direito. Aí ela não saiu do meu peito, aproximadamente umas seis horas no peito. Eu colocava (no bercinho) e ela voltava a chorar. De manhã, eu me perguntei: Até quando irei aguentar isso? Não tinha o que a fizesse parar e aí me restou chorar do outro lado (M8).

Com o encadeamento desses eventos desafiantes, a mãe acaba *sentindo-se reclusa com o prolongamento da hospitalização*, uma vez contrariada e, conseqüentemente, entristecida com a permanência no hospital, nas condições já postas.

São longos dias de tratamento e fora de casa. Eu não moro nesta cidade e agora este hospital tornou-se praticamente minha casa. Faz mais de 10 dias que a minha casa está sendo aqui, porque você não sai aqui de dentro. Permaneço o tempo inteiro aqui dentro, focada só nisso. Meu psicológico está todo mexido [...]. Você vê todas as mães indo embora com os seus filhos, e você acaba ficando só aqui. Eu me pergunto: “será que ficarei aqui a vida inteira?” Não é fácil ficar longe da casa da gente (M1).

O movimento da experiência sinaliza que muito da sobrecarga física e psicológica de ser mãe de criança em fototerapia, decorre da puérpera se encontrar na situação do *não contando com apoio*, seja de familiares ou membros da equipe multiprofissional, para satisfazer uma das necessidades fisiológicas básicas, como a de sono e repouso. A mãe, na maioria das vezes, manifesta-se chorosa, exausta na falta de alguém que a substitua, até restabelecer suas energias no descanso, para continuar no desempenho do papel protetor do RN.

Clamam e nem sempre contam com ajuda e orientações da equipe multiprofissional de como abrandar o choro e, conseqüentemente, o sofrimento da criança, ou seja, do binômio.

[...] é bom e cansativo ao mesmo tempo, porque você sabe que está fazendo pela saúde da criança (chora), porém também judia de você. Por exemplo, hoje eu estou sem acompanhante. Eu não tenho quem fique comigo durante o dia. Não tenho visita durante a semana, porque minha família mora longe e meus filhos são menores. Eles não têm como virem pra cá. Desta maneira, eu acabo ficando muito cansada, porque não tem quem me ajude a olhar. Eu fico sem dormir e com o emocional abalado [...] (M1).

[...] Muitas coisas começam a acontecer e você pede ajuda para a enfermeira e ela fala que é normal. Daí a primeira resposta que é normal, você aceita, na segunda a gente já começa achar estranho ninguém poder te ajudar (voz trêmula). Aí vai passando. A toda hora, você acaba pedindo para alguém te ajudar, perguntando se pode dar chupeta, ou seja, o que poderia fazer para ela parar de chorar, para ficar no bercinho sob a luz [...]. O Doutor, também, não fala nada! [Chora]. Simplesmente fala que vai olhar na tabela e não aparece mais. De repente só vem a enfermeira e coloca a bebê no bercinho e eu sem saber o que está acontecendo! Umas falam que

pode pegar o bebê, outras que tenho que deixá-la. Caso contrário, ela terá anemia, terá que fazer transfusão de sangue. Com isso, eu entrava em pânico. Senti que nenhuma enfermeira pode me ajudar (M8).

Resignando-se ao papel protetor de bebê em sofrimento e em risco configura-se no terceiro subprocesso da experiência, quando a mãe renuncia à satisfação de suas próprias necessidades em benefício às do RN, inteiramente dependente de seus cuidados, segundo o modelo assistencial institucional para RN, em tratamento fototerápico em alojamento conjunto.

[...] Mas daí eu vi que realmente ele precisava e era necessário o tratamento, (silêncio), mas vou confessar que estou triste. Quero ir embora, não quero ficar aqui. Eu estou aqui por ele. Eu não vou embora e deixar ele aqui (silêncio) [...] (M2).

[...] Ah, é meio chato ver ele (bebê) aí. Ele fica incomodado com aquilo (protetor ocular) tapando os olhos. É chato, mas se for para o bem dele, para eu está bom [...] (M4).

[...] Eu não durmo a noite inteira, mas se é bom pra ela (bebê), eu tenho que fazer o melhor, não é? (M6).

Resignada ao papel protetor de bebê em fototerapia, a mãe empreende movimento para o quarto e último subprocesso da experiência, denominado *buscando estratégias para lidar com a situação*.

Oferecendo o seio para o bebê amamentar é a principal estratégia utilizada pela mãe para aliviar o estresse do RN, mesmo conhecendo que o tempo dispensado para a amamentação, implicará no prolongamento do tempo do tratamento, visto que nesse período o bebê permanece fora do foco de luz, interrompendo a fototerapia. Contudo, ela se esforça no exercício de seu papel protetor, seguindo as orientações da equipe, buscando resolver as intercorrências que porventura possam dificultar ou impedir a amamentação eficaz, como: uso de bico de silicone, adequar a pega correta ao seio materno e tenta aliviar seu estresse, para estar psicologicamente bem para amamentar o seu bebê.

[...] A criança que não dorme fica cansada, [...] agitada, fica pior. Então, não tem como prosseguir o tratamento. [...] Eu acabo ficando à noite toda acordada com ela, porque aí quando ela chora eu pego, dou 'mamá' e se ela [...] se acalmar, eu coloco-a de volta (no berço). Aí ela dorme mais um tempo, daí deu umas três horas, ela acorda de novo e assim ela acorda várias vezes durante à noite (M1).

[...] O bico de silicone [...] mantém o meu bico formado lá dentro, com o formato certinho. Ele tá conseguindo mamar. Ele está mamando uma hora (M2).

Outra estratégia empregada para promover conforto para o bebê é *solicitando aquecimento ambiental*, uma vez que durante à noite, quando há queda da temperatura e vendo o bebê despido e com sinais de hipotermia, a mãe empreende movimento para que a equipe promova a elevação da temperatura ambiente.

[...] Eu pedi um aquecedor, porque estava meio frio. Ela [...] estava tremendo muito. Ela estava com os pés e as mãos geladas. Eu pensei: – acho que ela deve estar com frio. Aí pedi o aquecedor e ela me deu. Agora desliguei, porque ela estava suando [...] (M7).

[...] Não está muito bom, porque está frio e ele (bebê) passa muito frio. [...] Ele fica tremendo. Trouxe um aquecedor, mas mesmo assim ele fica bem agitado. É ruim, eu não gosto assim (M13).

[...] Considero ruim, porque fico com dó de ver meu bebê sem roupas, mas o que importa é que ele já está melhor com o tratamento (M15.2).

Por fim, ao vivenciar os desafios que configuram o papel de mãe de RN em fototerapia, muitas vezes, depara-se *imaginando outros tratamentos menos agressivos*, com possibilidades concretas de menor impacto psicológico. A exemplo de imaginar uma medicação como forma de tratamento; tratamento em que não houvesse o perigo de lesão da córnea; refletindo sobre outro jeito de tratar a icterícia e da possibilidade de sessões somente diurnas; sobre a possibilidade de ficar um acompanhante com o binômio durante todo o tempo de fototerapia.

[...] Se não tivesse aquela venda e ele ficasse ali numa boa, sem a venda, para mim isso seria bom. O problema é a venda. Aí eu vejo ele irritado, chorando. Aí eu fico mal (silêncio) [...] (M2).

[...] Essa situação é ruim e a gente não quer que fique. É horrível! Se pudesse tomar um remédio para eliminar, seria melhor (M10).

[...] Eu acho que teria que ter, assim, uma enfermeira pelo menos na primeira noite que ensine como acalmar o bebê. Daí as outras vezes seria mais tranquilo para a mãe cuidar, porque você não dorme, você fica estressada. Eu não achei uma boa experiência [...] (M14).

O modelo teórico

Mediante o realinhamento dos componentes que formaram os subprocessos, pode-se descobrir uma categoria designada central que os abarcam, constituindo então o processo da experiência, denominado: *do sofrimento à resignação para enfrentar a experiência com o recém-nascido em fototerapia*.

O validação do modelo teórico

Quando se fala em validação do modelo é se o modelo permite uma abstração dos dados brutos. Desta forma, verificou-se tal diagrama (Figura 5) capaz de explicar a maioria dos dados e a experiência configurada, conforme uma das maneiras recomendada por Strauss e Corbin³⁶).

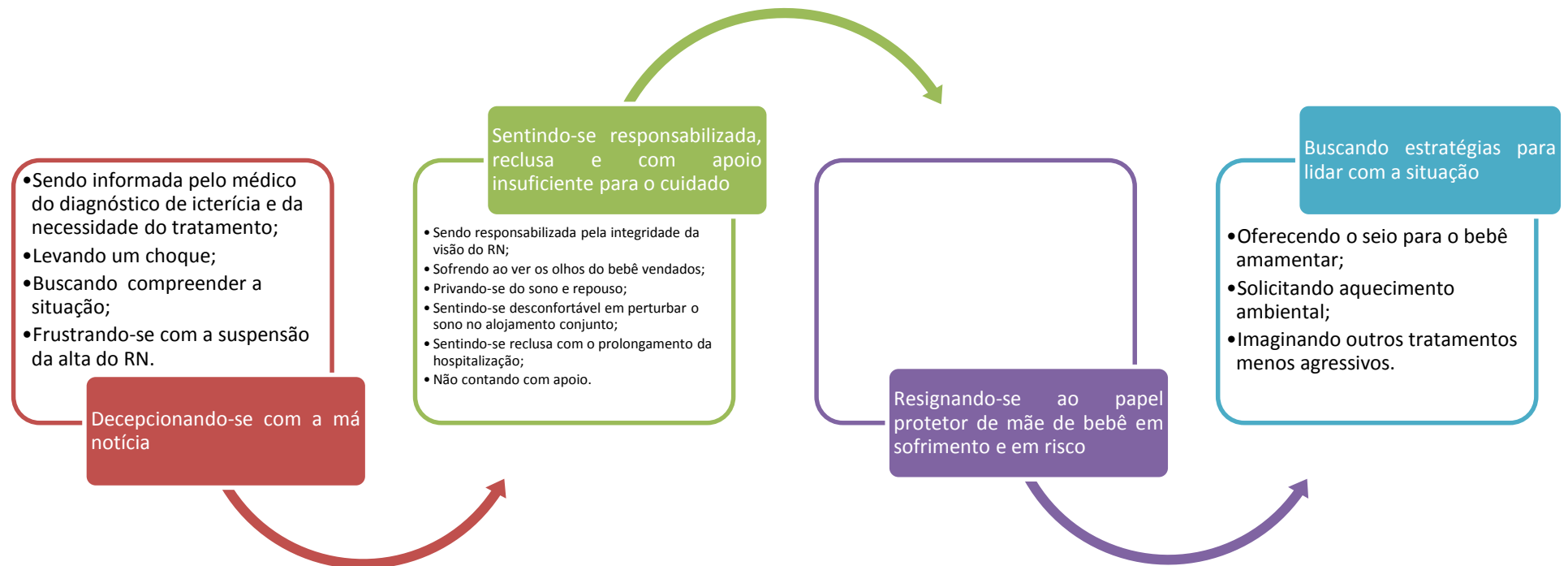


Figura 5. Categoria central (modelo teórico) - Do sofrimento à resignação para enfrentar a experiência com o recém-nascido em fototerapia. Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2016.

5 DISCUSSÃO

Analizando o movimento da vivência de puérperas, abstraído no modelo teórico, “do sofrimento à resignação para enfrentar a experiência com recém-nascido em fototerapia”, verificou-se que o papel protetor de mãe foi o componente interveniente simbólico que a impeliu a buscar maneiras de lidar com a experiência desafiante. Da mesma forma, a equipe de enfermagem do AC o utilizou para atribuir responsabilidades à mãe, não só sobre os cuidados de higiene e alimentação, mas principalmente, em ações protetoras para a manutenção da integridade da visão do bebê, durante o tratamento.

Segundo o Interacionismo Simbólico, o símbolo é o conceito central nas interações, utilizado como objeto social para representações. O *self* é um objeto social em relação ao qual o indivíduo age. O ator configura o *self* na interação com os outros, mas como todo objeto social, ele é definido e redefinido nas interações. O mundo é transformado em definições por causa da mente; a ação é resposta não a objetos, mas a interpretação ativa do indivíduo a esses objetos. Em resumo, a mente é a interação simbólica do organismo humano com seu *self*⁽³⁷⁾.

Na cultura brasileira, a concepção de papel de mãe está arraigado ao cuidado concreto com a criança, prescindido de afetividade. O vínculo afetivo é o que distingue o cuidado materno daquele que qualquer outra pessoa poderia oferecer. Este vínculo é parte do papel de mãe, inserindo num conjunto de obrigações socialmente determinado e marcado pela divisão de papéis entre os sexos⁽³⁹⁾.

A fototerapia ainda é um método que, de certa maneira, impõe restrições ao contato pele a pele do binômio mãe-filho, arremetendo as mães a sentimentos de perda. A literatura internacional denomina esses sentimentos de *feeling robbed*⁽³⁰⁻³¹⁾.

Na presente experiência, essa limitação foi além de pele a pele, para olho a olho. A mãe desperta-se para o sofrimento ao ver seu bebê chorando, irritado com os óculos protetores. Cujo significado vai além de barreiras para a incidência da luz nos olhos do bebê, mas também da comunicação não-verbal mãe-filho.

Esses dados são corroborados por outros estudos que exploraram experiências de mães com bebê em fototerapia. Elas também expressaram suas insatisfações, relativas as restrições do bebês permanecer em contato com as mães, e delas não poderem tocá-los⁽²²⁾. Consideraram mais contemplativa a sua relação com o bebê⁽²²⁾, uma vez que estavam impedidas de ver seus olhinhos⁽³²⁾.

A realização deste estudo permitiu compreender que o papel protetor atribuído à mãe de bebê em fototerapia, no AC, ultrapassa a capacidade física e psíquica da puérpera. Com apoio insuficiente da equipe, ela tem sido responsabilizada, quase que solitariamente, por membros da equipe de enfermagem, não só por suprir as necessidades de higiene e alimentação do bebê, mas ininterruptamente pela segurança da integridade da criança, principalmente das córneas. Com medo constante de falhar na vigilância e de carregar culpabilidades futuras, a mãe priva-se de necessidades básicas, como as de sono e repouso, entrando em exaustão, com o sentimento de impotência no exercício de um papel quase humanamente impossível de ser cumprido, mas lhe é cobrado, por ela mesmo, por profissionais da saúde, familiares e sociedade.

Segundo o Interacionismo Simbólico a interação com o *self* e com os outros leva o indivíduo a tomar decisões que direcionam o curso de ação. As ações são causadas por um processo ativo de tomada de decisão pelo ator, que envolve a definição da situação e essa por sua vez, a interação consigo mesmo e com os outros. Dessa forma, é a definição feita pelo ator que é central para como a ação ocorrerá⁽³⁷⁾. Nesta experiência a definição central da situação é a responsabilização da mãe, quase que solitariamente e reclusa, para a manutenção da segurança da integridade do bebê. No caso de ocorrência de qualquer coisa com o bebê, o julgamento recairá sobre ela.

Desta forma, o déficit de apoio da equipe multiprofissional, neste caso, principalmente a de enfermagem, recai sobre a puérpera, na forma de sobrecarga física e emocional.

Estudo tem apontado para as dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem, nos AC, com a precariedade das condições de trabalho, devido a falta de recursos humanos, a investimentos deficitários em instalações físicas, recursos materiais, assim como para implementação de processos educacionais com a equipe. Fatos que vêm impedindo os profissionais de enfermagem de se envolverem na execução de suas atribuições em AC⁽⁴⁰⁾.

A exemplo dos bebês em fototerapia permanecerem com as puérperas no AC, em quartos coletivos, onde além das mesmas terem o sono e repouso comprometido, sentem-se desconfortáveis em perturbar o dos outros binômios.

Além das necessidades de sono e repouso, as puérperas relatam insatisfeitas quando buscam compreender a situação, demonstrando a falta de comunicação

eficiente, sendo que isto ocorre principalmente com médicos, gerando, portanto déficit de apoio informacional.

Inferese que tal insatisfação possa estar relacionada, em parte, ao fato do cenário onde a experiência ocorreu ser hospital escola, onde alunos iniciantes, praticando semiologia, no quarto semestre de curso⁽⁴¹⁾, examinam as puérperas e seus bebês. Momento que são expostos às dúvidas dessas mães, as quais não os diferenciam dos outros membros da equipe hospitalar. Dessa forma, na ausência de pronta explicação para suas dúvidas, as puérperas sentem-se ainda mais abandonadas e sem o apoio da equipe.

Contudo, o desafio no estabelecimento de comunicação efetiva entre mães de bebê em fototerapia e equipe multiprofissional é amplamente apontado pela literatura^(29,32). As mães observam dos profissionais: informações prestadas insuficientemente^{29,32)}, ou então divergentes⁽³¹⁻³²⁾ com emprego de termos técnicos⁽³²⁾ e respostas evasivas⁽²⁹⁾. Algumas vezes, demonstrando desconhecimento da terapêutica e desinformação sobre o aparato tecnológico. Já por parte das mães, a timidez ante a equipe de saúde tem sido reconhecida como barreira para a comunicação⁽²⁹⁾. Em decorrência, muitas dúvidas não esclarecidas permanecem com as mães^(29,32) causando angústia.

O modelo teórico descoberto sinaliza que todo o movimento dessa mãe para compreender a situação deve ser valorizado pela equipe de saúde. Uma vez ser essencial a definição da situação para como a ação ocorrerá, conforme presume o Interacionismo Simbólico⁽³⁷⁾.

A literatura aponta que em dificuldade de compreender a necessidade e o processo desse tipo de tratamento médico-hospitalar para seu RN⁽³²⁾, a mãe é tomada por insegurança^(29,33) e desconfiança⁽³²⁾, chegando a supor desfechos catastróficos⁽³³⁾, como a separação do binômio, mediante sua alta^(22,29), e ou risco de morte do RN⁽³³⁾. Tomada por esses medos a mãe passa a se preocupar com a evolução clínica do seu bebê^(29,33), contudo, se não atendidas suas necessidades, pode agir de duas maneiras: deixando-se abater na tristeza⁽³³⁾, ou então, perdendo o controle emocional⁽³¹⁾.

A literatura ressalta que, em situações que ocorrem separação entre mãe e RN, (como nos de necessidade de internação do RN em UTI) a mãe sofre agravos decorrentes desse afastamento e estados de depressão pós-parto são acentuados pela separação do binômio⁽²⁹⁾.

Desta forma, constata-se que o déficit de apoio informacional e emocional para essas mães, pode contribuir para o comprometimento da segurança do binômio mãe-filho, por desestabilizá-lo emocionalmente, ou ainda colocar em risco a integridade do bebê, perante as complicações da doença. Uma vez que o modelo teórico apontou para o agravamento do sofrimento materno, quando a hospitalização do binômio arremete-a ao *sentindo-se responsabilizada, reclusa e com apoio insuficiente para o cuidado*.

A contento, a realização desta pesquisa, permitiu construir um modelo teórico, o qual aprofundou a compreensão de subprocessos desafiadores vivenciado por puérperas com bebês em fototerapia, à luz do Interacionismo Simbólico. Assim como aponta para a necessidade de se reavaliar as práticas em AC, e se esse é o local apropriado para um bebê em fototerapia. Ademais, programar junto com a mãe, familiares ou com os próprios membros da equipe, um horário de descanso para essas mães, como um direito assistido, seria salutar.

Estudo em que as mães exaustas foram autorizadas a fazer pausas para descansos, a iniciativa foi elogiada por elas, uma vez que retornavam motivadas a continuarem no AC⁽⁴²⁾.

Por fim, uma das limitações deste estudo foi se restringir a analisar experiências de mães de RN em fototerapia de um hospital público, para tanto seria recomendado continuar os estudos, comparar tal experiência com a de puérperas de outras instituições públicas, e também com a experiência das provindas de instituições privadas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos inicialmente propostos foram alcançados, uma vez que a abordagem metodológica empregada, possibilitou que se aprofundasse a compreensão da experiência materna com seu RN em fototerapia, assim como a construção de um modelo teórico que abstraísse o processo vivencial dessas puérperas, denominado: do sofrimento à resignação para enfrentar a experiência com o recém-nascido em fototerapia.

Por meio do modelo teórico e à luz do Interacionismo Simbólico foi possível apreender o componente interveniente simbólico que impeliu essa mãe a buscar maneiras de lidar com a experiência desafiante. Da mesma forma, a equipe de enfermagem do AC o utilizou para atribuir responsabilidades à mãe, não só sobre os cuidados de higiene e alimentação, mas principalmente, em ações protetoras para a manutenção da integridade da visão do bebê, durante o tratamento. Contudo verificou-se que tal papel é humanamente impossível de ser desempenhado por essas mães, caso não conte com apoio.

O puerpério é momento que requer cuidado humanizado, é momento de fragilidade, de reconhecimento de si e do bebê que acabou de chegar. É momento de crise, que embora normativa, gera angústia, dúvidas, medo e incertezas que devem ser amparadas.

Este estudo aponta às necessidades de se reavaliar o AC como local da mãe de RN em fototerapia permanecer, assim como a proposição de um programa para se garantir, pelo menos, os direitos às necessidades básicas humanas dessas mães.

REFERÊNCIAS

- 1 National Institute for Health and Clinical Excellence – NICE [Internet]. Recognition and treatment of neonatal jaundice. Clinical Guideline 98. London; 2010 [acesso 09 Nov 2015]. Disponível em: www.nice.org.uk/CG98.
- 2 Hockenberry MJ, Wong, WD. Fundamentos de enfermagem pediátrica. 9ª.Ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014.
- 3 Ambalavanan N, Carlo WA. Icterícia e hiperbilirrubinemia no recém Nascido. In: Kliegman R, Jenson HB, Behrman RE. Nelson tratado de pediatria. Tradução de Silvia Mariângela Spada. 19a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014. p. 603-12.
- 4 Butkus SC. Maternal-neonatal nursing made incredibly easy! 3a ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2014.
- 5 Andrés SF. Icterícia neonatal fisiológica e uso do medicamento homeopático *chelidonium majus*. Rev Homeopatia. 2014;77(3/4):12
- 6 Povaluk P, Shwetz EA, Kliemann R. Estudo comparativo entre a medida plasmática e transcutânea de bilirrubina em recém-nascidos. Rev Paul Pediatr. 2011;29(1):6-12.
- 7 Rodrigues FLS, Silveira IP, Campos ACS. Percepções maternas sobre o neonato em uso de fototerapia. Esc Ana Nery. 2007;11(1):69-91.
- 8 Facchini FP. Icterícia neonatal. In: Marba STMB, Filho FM, organizadores. Manual de Neonatologia UNICAMP- CAISM. Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher. 2a ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2009. p 99-106.
- 9 Mezzacappa MA, Facchini FP, Pinto AC, Cassone AE, Souza DS, Bezerra MA, et al. Clinical and genetic risk factors for moderate hyperbilirubinemia in Brazilian newborn infants. J Perinatol. 2010;30:819-26.
- 10 Olusanya BO, Slusher TM. Infants at risk of significant hyperbilirubinemia in poorly-resourced countries: evidence from a scoping review. World J Pediatr. 2015;11(4):293-9.
- 11 Steffensrud S. Hyperbilirubinemia in term and near term infants: kernicterus on the rise? Newborn Infant Nurs Rev. 2004;4(4):191-200.
- 12 Cardoso CRT, Vinhal MR, Formiga RMKC. Icterícia neonatal e kernicterus: conhecer para prevenir. Rev Mov. Goiânia. 2009;2(3):93-101.
- 13 Praagh RV. Diagnosis of kernicterus in the neonatal period. Pediatrics. 1961 Dec;28:870-876.
- 14 Kramer LI. Advancement of dermal icterus in the jaundiced newborn. Am J Dis Child. 1969;118(3):454-8.

- 15 Hönigsmann H. History of phototherapy in dermatology. *Photochem Photobiol Sci*. 2013;12(1):16-21.
- 16 Souza APG, Ferreira JS. Hiperbilirrubina neonatal e fototerapia. In: Souza APG. *Enfermagem neonatal: cuidado integral ao recém-nascido*. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2014. p.117-28.
- 17 Silva I, Luco M, Tapia JL, Pérez ME, Salinas JA, Flores J, et al. Fototerapia simples versus dupla no tratamento de recém-nascidos a termo com hiperbilirrubinemia não-hemolítica. *J Pediatr*. 2009;85(5):455-8.
- 18 Luchesi BM, Beretta MIR, Dupas G. Phototherapy treatment: the experience of mothers. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2009;1(2):245-54.
- 19 Gomes NS, Teixeira JBA, Barichello E. Cuidados ao recém-nascido em fototerapia: o conhecimento da equipe de enfermagem. *Rev Eletron Enferm*. 2010;12(2):337-41.
- 20 Campos ACS, Cardoso MVLML. O recém-nascido sob fototerapia: a percepção da mãe. *Rev Latino-am Enferm*. 2004a;12(4):606-13.
- 21 Ministério da Saúde (BR). 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. Seç 1, p. 13066.
- 22 Campos ACS, Cardoso MVLML. Aplicação da teoria de Paterson e Zderad com mães de recém-nascidos sob fototerapia. *Texto Contexto Enferm*. 2004b;13(3):435-43.
- 23 Marques DKA, Machado SRM, Cruz DSM, Sousa IVB, Virgínio NA, Santiago MSF. Percepções de puérperas frente à assistência de enfermagem no alojamento conjunto. *Rev Ciênc Saúde Nova Esperança*. 2014;12(1):45-57.
- 24 Almeida MS, Silva IA. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):347-54.
- 25 Ministério da Saúde (BR). *Humanização do parto e do nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Cadernos Humaniza SUS; v. 4).
- 26 Pasqual KK, Braccialli LAD, Volponi M. Alojamento conjunto: espaço concreto de possibilidades e o papel da equipe multiprofissional. *Cogitare Enferm*. 2010; 5(2):334-9.
- 27 Figueiredo Júnior I. Alojamento conjunto: vantagens e desvantagens. *J Bras Med*. 1994; 66(6):57-62.
- 28 Strauss A, Corbin J. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da pesquisa fundamentada*. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

- 29 Campos ACS, Cardoso MVLML. Enfermagem e o cuidado humanístico: proposta de intervenção para a mãe do neonato sob fototerapia. *Cienc Enferm*. 2006;12(1):73-81.
- 30 Souza JJ, Felipe AOB, Terra FS. Fototerapia: os sentimentos das mães de recém-nascidos submetidos a essa terapia. *Rev Semina Ciênc Biol Saúde*. 2012;33(3):231-40.
- 31 Brethauer M, Carey L. Maternal experience with neonatal jaundice. *MCN Matern Child Nursing*. 2010;35(1):8-14.
- 32 Campos ACS, Cardoso MVLML, Pagliuca LMF, Rossi LA. Comunicação: instrumento básico para cuidar da mãe do neonato sob fototerapia. *Rev Rene*. 2008;9(4):24-32.
- 33 Campos ACS, Cardoso MVLML. Crenças e sentimentos vivenciados pelas mães de recém-nascidos sob fototerapia. *Rev Gaúcha Enferm*. 2005;26(1):50-6.
- 34 Holloway I, Wheeler S. *Qualitative research in nursing and healthcare*. Chichester: Wiley-Blackweel; 2010.
- 35 Ministério da Saúde (BR). Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS [Internet] [acesso 30 Set 2015]. Disponível em http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VCo_Unidade=3507502748223. Acesso em 30/09/15.
- 36 Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks: Sage; 1998.
- 37 Charon JM. *Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1989.
- 38 Melo LMC. *A compreensão dos pesquisadores da odontologia sobre ética em pesquisa com seres humanos [dissertação]*. São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2002.
- 39 Moura SMSR, Araujo MF. Produção de sentidos sobre a maternidade: uma experiência no Programa Mãe Canguru. *Psicol estud*. 2005; 10(1):37-46.
- 40 Faria AC, Magalhães L, Zerbetto SR. Implementação do Alojamento Conjunto: dificuldades enfrentadas na percepção de uma equipe de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2010 out/dez;12(4):669-77.
- 41 Jardim PCBV, Costa NGS, Oliveira PC, Silva, VN, Rabelo YS. O papel do aluno de graduação em Medicina no atendimento a pacientes de enfermarias de longa permanência de um hospital-escola. *Rev Bras Educ Méd*. 2008;32(1):75-82.
- 42 Nyqvist K, Anderson G, Bergman N, Cattaneo A, Charpak N, Davanzo R, et al. State of the art and recommendations. Kangaroo mother care: application in a high-tech environment. *Acta Paediatr*. 2010;99(6):812-9.

APÊNDICE

APENDICE 1 Quadro 1 - Síntese dos estudos incluídos na revisão. Botucatu, SP, Brasil, 2016

AUTOR	MÉTODO	OBJETIVO	RESULTADO
Tumbul et al (2012)	Estudo de caso	Realizar um estudo de caso de um bebê que apresenta icterícia de início precoce devido à incompatibilidade ABO	O artigo descreve sobre o período após as intervenções, sobre a admissão na Unidade Neonatal e as questões de cuidados continuados depois disso. As questões clínicas e psicoemocionais de cuidados para o bebê e a família são levantadas, tais como: minimizar o número de punções no bebê, o apoio contínuo e consistente para as mães lactantes, independentemente da condição do bebê. Os pais devem ser considerados na tomada da decisão, suas necessidades devem ser reconhecidas, informações claras devem ser prestadas.
Campos e Cardoso(2004b)	Estudo qualitativo, de abordagem fenomenológica, utilizando-se de observação participante e entrevista grupal.	Aplicar a teoria de Paterson e Zderad com mães de recém-nascidos em fototerapia	Da análise dos dados emergiram categorias: separação do binômio mãe-filho e família; medo; e comunicação. A metodologia utilizada permitiu através da relação dialógica compreender e refletir sobre o significado de ser mãe do RN em fototerapia. Da análise dos dados emergiram temáticas e categorias. Da temática “percepção das mães acerca da fototerapia” emergiram as categorias: separação do binômio mãe-filho e família, como o recém-nascido sente a fototerapia, a imaginação das mães; da temática “reações das mães ao tratamento fototerápico”, emergiu a categoria medo e da temática “a equipe multiprofissional”, a categoria comunicação.
Brethauer, Carey (2010)	Estudo fenomenológico, segundo os dez passos proposto pelo método de Streubert para a coleta, organização e análise de temas emergentes.	Descrever e analisar as experiências de mães que tinham um RN com icterícia, a fim de desenvolver e informar os programas eficazes de educação pós-parto para os pais.	Duas categorias principais foram identificadas: a experiência vivida e a experiência educacional nas quais os principais temas da experiência vivida são: “esgotamento físico e emocional”, “sentimento roubado”, “ansiedade causada pela aparência física da criança”, “perda de controle”, “vigilância materna”, “impacto familiar” e “ambiente solidário”. As relativas à experiência educacional foram: “Todo mundo ter uma opinião diferente”, “sentindo defensiva e em falta de orientação” e “o que eu faria diferente se eu tivesse outro bebê”. As mães relataram ter recebido cuidados com o bebê, e conselhos que contrariam as recomendações de outros profissionais de saúde. Neste estudo as necessidades físicas, emocionais e de aprendizagem das mães raramente foram cumpridos.
Campos, Moreira, Leitão, Pagliuca e Rossi 2008	Estudo descritivo, qualitativo norteado pelo Processo da Enfermagem Fenomenológica. A análise segundo os pressupostos da Teoria Humanística.	Conhecer o processo de comunicação entre a equipe de saúde e as mães de RN em fototerapia à luz dos pressupostos da Teoria Humanística de Paterson e Zderad.	Das falas extraídas na primeira fase, identificou-se o tema: comunicação, e os subtemas: comunicação prejudicada com a equipe, ausência de comunicação da equipe de saúde e, na segunda fase, o sub-tema: reações da mãe após comunicação efetiva da enfermeira. As mães ao relatar seu estado após o encontro com a enfermeira/pesquisadora falaram de tranquilidade, de dúvidas retiradas, minimização do medo, do esclarecimento acerca do tratamento, dos momentos de intimidade e liberdade para expressar seus sentimentos e da ajuda que isto representou naquele momento.No encontro ser-enfermeira/ser-mãe, a relação EU-TU é indispensável para que a enfermeira possa oferecer ajuda ao ser-cuidado, pois o encontro entre duas pessoas acontece quando elas chegam a uma verdadeira comunhão ou comunicação. Concluíram que a comunicação efetiva da enfermeira contribuiu para o bem estar das mães com o filho sob fototerapia.
Continuação da Quadro 01			

Campos e Cardoso 2005	Estudo de caso descritivo, utilizando-se de entrevista com mães com RN em fototerapia.	Identificar as crenças e sentimentos das mães ante o tratamento fototerápico.	Em relação os sentimentos: 36,5% das mães sentiram medo e tristeza; 27,3% tristeza e culpa. Com relação às crenças, 45,5% das mães pensaram que o bebê estaria desconfortável; 27,3% que a criança correria risco de vida.
Souza, Felipe, Terra, 2012	Estudo qualitativo, fenomenológico. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada.	Compreender os sentimentos das mães de RN, submetidos ao tratamento fototerápico.	A análise das entrevistas permitiu a construção das seguintes unidades de significado: déficit de conhecimento acerca da patologia e tratamento fototerápico; separação do binômio mãe-filho e o sentimento das mães ao vivenciar a fototerapia. Percebe-se que a falta de conhecimento da icterícia e de como é realizado o seu tratamento desencadeia sentimentos como a angústia e a insegurança entre as mães. Aspectos técnicos da terapia, principalmente a utilização dos óculos de proteção pelo recém-nascido durante a fototerapia e o afastamento entre mãe e filho durante o tratamento, foram apontados como causadores de sofrimento nas mães por não permitirem o contato visual e físico como seus filhos. Os profissionais de saúde devem se preocupar em proporcionar uma assistência humanizada, que envolva as mães nos cuidado ao recém-nascido mesmo em fototerapia, para, assim, amenizar o seu sofrimento e proporcionar o fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho.
Campos e Cardoso 2006	Estudo qualitativo, exploratório descritivo com coleta de dados por meio de entrevista semi-estruturada e analisados sob a Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad.	Descrever intervenções de enfermagem baseadas em estratégias e técnicas de comunicação com a mãe do neonato em uso de fototerapia	Os resultados demonstraram que a mãe apresenta déficit de conhecimento acerca da fototerapia e a comunicação entre a equipe de saúde e a mãe é deficiente. Constataram que os problemas mais significativos para a mãe do RN sob fototerapia deste estudo foram os seguintes: o desconhecimento da terapêutica; a preocupação com a evolução clínica do estado do bebê; o ambiente desconhecido e por vezes assustador; o isolamento do seio familiar; o temor da alta hospitalar deixando o bebê na maternidade e a falha na comunicação com a equipe de saúde. As intervenções de enfermagem envolveram a busca do diálogo genuíno entre enfermeiro e o binômio mãe-filho, aplicação de painéis ilustrados sobre a história e o tratamento sob fototerapia e a formação de grupos de encontro de saúde.
Campos e Cardoso 2004 a	Pesquisa norteada por abordagem fenomenológica, qualitativa. Estratégia de Coleta de dados empregada foi o Grupo de Encontro segundo Carl Rogers.	Investigar a percepção das mães acerca do tratamento fototerápico ao qual seus filhos são submetidos.	As falas categorizadas, segundo Bardin, revelaram temáticas que foram analisadas à luz dos pressupostos da Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad: conhecimento das mães acerca da fototerapia e inquietações das mães acerca da terapêutica. Concluíram que a maior preocupação das mães participantes deste estudo refere-se à visão do recém-nascido. De todas as impressões causadas pelo tratamento fototerápico às mães participantes do estudo, a mais forte e significativa e que causa maior preocupação é com a visão do RN. A privação do contato olho a olho com o RN suscita a ideia de que esteja cego ou venha a desenvolver qualquer agravo na visão. A máscara de proteção ocular é questionada e tida como desconfortável e inadequada.
Continuação da Quadro01			
Rodrigues, Silveira, Campos 2007	Pesquisa qualitativa de abordagem fenomenológica. Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista.	Conhecer a percepção da mãe acerca da fototerapia e identificar as suas dificuldades	Na análise das falas, os autores identificaram as categorias: percepção da mãe com relação ao cuidado com o bebê sob fototerapia, dificuldades enfrentadas pela mãe com seu filho em fototerapia e a mãe após as orientações recebidas. As experiências verbalizadas pelas puérperas quanto as suas percepções sobre o tratamento fototerápico representaram para elas situações de inquietação, de temor pela luz e de tristeza. Nos relatos, um dos pontos que mais causou impressão negativa do tratamento sob fototerapia está relacionado ao uso da venda ocular, que foi referida pelas mães como

		incômoda e que maltrata os olhos do bebê, além de privá-las da sensação através da interação “olho no olho”. Consideraram outro fato importante, atribuído pelas mães: o calor da fototerapia, o temor de queimar a pele do seu filho. Perceberam as dificuldades enfrentadas pelas mães durante todo o período de internação do filho, as preocupações advindas, o sofrimento diante do quadro clínico e o desconhecimento sobre o tratamento. No entanto, quando recebem orientações, as entendem e mostram-se confiantes após receber as mesmas.	
Luchesi, Beretta Dupas 2009	Estudo transversal descritivo qualitativo utilizando-se da entrevista como técnica de coleta de dados e Análise de Conteúdo de Bardin como referencial.	Verificar a percepção da mãe e as informações que elas recebem em relação ao tratamento fototerápico realizado em seus filhos	A maioria das mães desconhecia o tratamento fototerápico que estava sendo realizado com seu filho, porém o aceitaram. Consideraram bom e ao mesmo tempo ruim, pois apesar de ser bom para a criança, é ruim para elas, ter que ver seu filho com os olhos fechados e não poder ficar pegando como gostariam. Observou-se que as mães recebiam orientações, porém as orientações não foram homogêneas para todas elas.

Fonte: Elaboração dos autores, 2016.

APÊNDICE 2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convido a participar da pesquisa intitulada "**A experiência materna com seu recém-nascido em fototerapia**": com objetivo de estudar os sentimentos despertados em você durante o tratamento do seu bebê.

O trabalho será realizado pela enfermeira Tayomara Ferreira Nascimento, e orientado pela Professora Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi, com autorização da Instituição e apoio da equipe multiprofissional que atua no alojamento conjunto.

A Senhora foi selecionada a participar dessa pesquisa, por ter vivido anteriormente a situação acima citada, ou seja, por ser mãe de uma criança que necessitou de tratamento fototerápico.

A pesquisa consta de algumas perguntas sobre vida pessoal, histórico da gestação e sobre os serviços de saúde prestados. A entrevista será feita pela pesquisadora que, gravará em MP3 para posteriormente transcreve-la e deletá-la. A entrevista terá a duração de aproximadamente 20 minutos e poderá ser realizada na própria unidade, durante internação hospitalar.

O conhecimento de sua experiência, conjuntamente a de outras mães, permitirá que a gestão hospitalar e os profissionais de saúde possam compreender melhor a vivência de puérperas cuidando de bebê em fototerapia, internados em alojamento conjunto. Os resultados desta pesquisa visam contribuir com o aperfeiçoamento do cuidado ao binômio mãe-bebê em tal vivência.

Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não vai interferir no seu tratamento ou preferência de agendamento médico. Você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo.

É garantido total sigilo do seu nome e imagem em relação aos dados relatados nesta pesquisa.

Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608 / 1609.

Concordo e aceito participar do estudo.

Nome _____ Assinatura: _____

Tayomara Ferreira Nascimento Data: ____/____/____ Assinatura: _____

Orientadora: Silvia Cristina Mangini Bocchi

sbocchi@fmb.unesp.br

Departamento de Enfermagem Rubião Jr s/n

Telefone 38116070 Botucatu SP

Pesquisadora: Tayomara Ferreira Nascimento

tayomarafn@hotmail.com

Rua Mariana Jaqueta Santos, nº197

Bairro Jd. Chácara dos Pinheiros, Botucatu SP CEP 18609-370

APÊNDICE 3. GUIA DE ENTREVISTA COM A PUÉRPERA

Introdução

- Explicação sumária do estudo, utilizando linguagem compreensível.
- Leitura do TCLE, juntamente com a puérpera a ser entrevistada, abordando os seus objetivos, a função da entrevistadora, a audiogravação dos dados, o tratamento dos dados e a confidencialidade dos dados.
- Solicitar a autorização para realizar a entrevista e para a sua audiogravação.

Desenvolvimento

- Realizar questão: “Conte-me como tem sido ou foi sua experiência com o tratamento fototerápico do seu bebê?”
- Solicitar esclarecimentos relacionados com a compreensão do discurso sempre que necessário.
- Auxiliar o entrevistado com perguntas de continuidade sempre que necessário.

Conclusão

- Proceder à finalização da entrevista.
- Promover um momento de escuta ativa para a pessoa expressar algo que lhe tenha despertado durante a entrevista.
- Efetuar registo escrito relativamente às observações sobre a duração da entrevista, o ambiente em que decorreu e o comportamento do entrevistado, bem como alguma situação que se considere relevante.

APÊNDICE 4 Categorias, subcategorias e códigos que compõem o processo.

Fonte: Elaboração dos autores, 2016

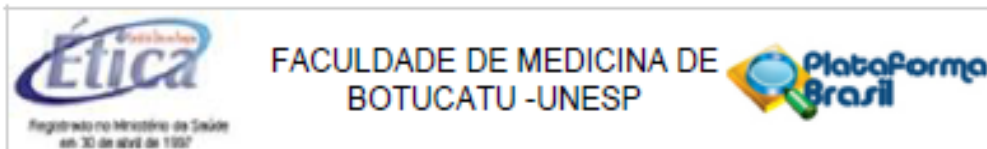
Categorias	Subcategorias	Códigos
A- Decepcionando-se com a má notícia	A1. Sendo informada pelo médico do diagnóstico da icterícia e da necessidade do tratamento	- médico informando a mãe sobre a necessidade de se realizar a fototerapia no RN, em razão do diagnóstico (M1.1). - mãe relatando que o médico comunicou-a sobre a necessidade de fototerapia pela manhã, porém a seção iniciou-se somente a partir das 22 horas (M1.1). - recebendo a notícia que o bebê necessitava de fototerapia (M4.1). - sendo informada que o bebê necessitava de fototerapia (M14.1).
	A2. Levando um choque	- assustando-se surpreendida com a notícia de que o bebê precisava ficar internado (M5.1). - recebendo orientações médicas, porém continuava em choque, sentindo-se perdida (M8.2). - chorando, surpresa ao não receber alta médica, tendo a notícia do início do tratamento fototerápico do seu bebê (M5.1).
	A3. Buscando compreender a situação	- perguntando-se o porquê dessa situação, posto que aguardava a alta hospitalar (M5.1). - demonstrando dúvidas em relação à origem da doença, apesar de haver tido experiência em duas gestações anteriores, nunca havia perguntado (M3.1). - chamando o médico para pedir explicações sobre o que estava acontecendo com seu bebê (M8.2). - percebendo que examinavam a criança para diagnóstico de icterícia, porém não informaram a mãe sobre o mesmo (M8.1). - não recebendo orientações claras por parte da equipe (M5.1). - recebendo orientações sobre a doença (M6.1). - solicitando orientações sobre a instalação do tratamento fototerápico (M14.1).
	A4. Frustrando-se com a suspensão da alta do RN	- frustrando-se com a notícia de que os exames do bebê indicavam a necessidade de fototerapia e, portanto suspensão de alta médica (M2.1). - apresentando entristecimento por ficar no hospital, contrariando sua vontade, que é ir embora com o bebê (M2.2). - demonstrando tristeza, diante da negativa da alta (M6.1).
B-Sentindo-se responsabilizada, reclusa e com apoio insuficiente para o cuidado	B1. Sendo responsabilizada pela integridade da visão do RN	- mãe se obrigando a ficar acordada a noite toda, porque é responsabilizada pela integridade da visão do RN (M1.1). - sendo responsabilizada por vigiar o sono do bebê, diante do risco de lesão de córneas causada pela retirada da proteção ocular (M7.1). - permanecendo em estado de alerta o tempo todo para assegurar a integridade da visão do bebê (M1.5). - mãe não dormindo com medo que o RN retire a proteção ocular, causando cegueira (M1.4). - acordando duas vezes desesperada ao ver que o bebê estava dormindo sem os óculos, pensando que o mesmo tivesse aberto os olhos e prejudicado a visão (M2.2). - referindo que o bebê sente-se incomodado com o uso do óculos, tirando-os, chorando e se agitando (M10.1). - tendo dificuldade em manter os óculos de proteção no bebê (M15.1). - percebendo que a criança dá mais trabalho à noite (M1.3). - sofrendo com a privação do sono e repouso (M1.3).

		- percebendo que os dias vão se tornando enfadonhos, por representar mais longos e duplicados (M1.4). - permanecendo em estado de alerta o tempo todo para assegurar a integridade da visão do bebê (M7.1).
	B2. Sofrendo ao ver os olhos do bebê vendados	- sentindo-se mal ao ver o bebê chorando, irritado com os óculos (M2.2). - sentindo-se chateada ao perceber o incômodo que o bebê sente ao colocar os óculos de proteção (M4.1). - referindo que o problema são os óculos, que se não houvesse a necessidade de vendar os olhos seria melhor (M2.2). - a dificuldade maior de uma mãe com RN em fototerapia é colocar e manter os óculos de proteção para manter a integridade da visão do bebê (M11.1). - tendo dificuldade em manter os óculos de proteção no bebê (M15.1).
	B3 Privando-se do sono e repouso	- mãe se obrigando a ficar acordada a noite toda, porque é responsabilizada pela integridade da visão do RN (M1.1). - sono prejudicado, responsabilizada por vigiar o sono do bebê diante do risco causado pela retirada da proteção ocular (M7.1). - permanecendo em estado de alerta o tempo todo para assegurar a integridade da visão do bebê (M1.5). - mãe não dormindo com medo que o RN retire a proteção ocular, causando cegueira (M1.4). - acordando duas vezes desesperada ao ver que o bebê estava dormindo sem os óculos, pensando que o mesmo tivesse aberto os olhos e prejudicado a visão (M2.2). - tendo dificuldade em manter os óculos de proteção no bebê (M15.1). - percebendo que a criança dá mais trabalho à noite (M1.3). - sofrendo com a privação do sono e repouso (M1.3). - percebendo que os dias vão se tornando enfadonhos, representando serem mais longos e duplicados (M1.4). - permanecendo em estado de alerta o tempo todo para assegurar a integridade da visão do bebê (M7.1)
	B4. Sentindo-se desconfortável em perturbar o sono no alojamento conjunto	- mãe preocupando-se com o distúrbio do sono e repouso provocado pelo choro do bebê aos outros binômios no quarto coletivo (M1.1). - afirmando não gostar de ver que o bebê não fica bem, ver seu choro (M3.1). - deixando o bebê no bercinho, chorando e sofrendo ao choro do mesmo, para ver até quando ela aguentaria essa situação (M8.2). - sofrendo com a privação do sono e repouso, diante da rejeição do bebê ao tratamento (M14.1).
	B5. Sentindo-se reclusa com o prolongamento da hospitalização	- sentindo-se reclusa com a hospitalização prolongada (M1.2). - frustrando-se ao ver as outras mães recebendo a alta médica dos seus bebês (M1.4) - apresentando entristecimento por ficar no hospital, contrariando sua vontade, que é ir embora com o bebê (M2.2).
	B6. Não contando com apoio	- chorando ao relatar que se encontra com o emocional abalado, porque está vivenciando a experiência por vários dias seguidos, sem qualquer apoio de outro cuidador (M1.2). - relacionando sua exaustão à falta de apoio de outros cuidadores para poder gozar de períodos de descanso (M1.2). - solicitando constantes pedidos de ajuda e orientação para tentar descobrir o que fazer para que seu bebê parasse de chorar, obtendo como resposta é normal! (M8.2). - passando a viver em função da criança, ao desempenhar o papel de cuidadora sem apoio algum (M1.3).

		- não podendo dormir durante o dia porque não conta com visitantes (M1.3). - relacionando sua exaustão à falta de apoio de outros cuidadores para poder gozar de períodos de descanso (M1.2).
C- Resignando-se ao papel protetor de mãe de bebê em sofrimento e em risco		- percebendo que o tratamento é realmente necessário e confessando entristecimento por ficar no hospital, contrariando sua vontade, que é ir embora com o bebê (M2.2). - sentimento de tristeza e resignação diante do sofrimento causado pelo tratamento, apegando-se ao fato de estar fazendo o bem para seu filho (M4.1).
D – Buscando estratégias para lidar com a situação	D1. Oferecendo o seio para o bebê amamentar	- resolvendo o problema da amamentação com a aquisição do bico intermediário de silicone (M2.1). - permanecendo com o bebê em fototerapia por um tempo maior, pois mamando bem, o bebê não acordaria de hora em hora, e sim a cada duas horas e meia (M2.2). - aderindo ao tratamento, deixando o bebê em fototerapia e retirando apenas para amamentar e troca de fralda (M4.1). - pensando que a ineficácia do tratamento estaria relacionada à pouca exposição do bebê à luz, e posteriormente atribuindo a ineficácia à amamentação (M2.1). - referindo ter ocorrido muito estresse com a situação, e que esse estresse passa para o bebê, impedindo uma boa amamentação, por que não se encontra psicologicamente bem (M15.2).
	D2. Solicitando aquecimento ambiental	- solicitando aquecimento para o bebê que se encontrava despido, apenas com fralda (M7.2). - percebendo que o bebê sente-se incomodado, despido e apenas com fralda, passa frio, fica tremendo e se agita, mesmo com o uso do aquecedor (M13.1). - solicitando aquecimento para o bebê que encontra-se despido, usando apenas fralda apresenta-se tremendo e com extremidades frias (M15.1). - sofrendo ao ver o bebê despido no frio (M15.2).
	D5. Imaginando tratamentos alternativos	- referindo que o problema são os óculos, que se não houvesse a necessidade de vender os olhos seria melhor (M2.2). - referindo que o que mais preocupa uma mãe com RN em fototerapia é manter a integridade da visão do bebê e sugerindo que não tivesse essa preocupação com a visão (M1.5). - refletindo sobre se houvesse um outro jeito de tratar a icterícia (M10.1). - considerando a situação ruim e menciona que se tivesse uma medicação para administrar e eliminar a icterícia, seria bom (M10.2). - solicitando um cuidador para auxiliar ao menos na primeira noite (M14.1).

ANEXO

Anexo 1. Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A EXPERIÊNCIA MATERNA COM SEU RECÊM-NASCIDO EM FOTOTERAPIA

Pesquisador: Tayomara Ferreira Nascimento

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43060915.1.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.011.716

Data da Relatoria: 06/04/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa qualitativa com objetivos de compreender a experiência de puérperas com seus recém-nascidos (RN) em tratamento fototerápico, assim como elaborar modelo teórico representativo de tal experiência. A entrevista não estruturada será a técnica de coleta de dados, conduzida com puérperas que estão vivenciando ou vivenciaram tal experiência, podendo elas estar internadas na Maternidade ou durante o retorno de consulta puerperal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Orientada pela profa. Dra. Sílvia Cristina Mangini Bocchi.

Número de participantes: 20 mulheres.

Início: junho de 2015. Término: dezembro de 2015.

Orçamento: R\$ 6.960,00. Financiamento Próprio.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

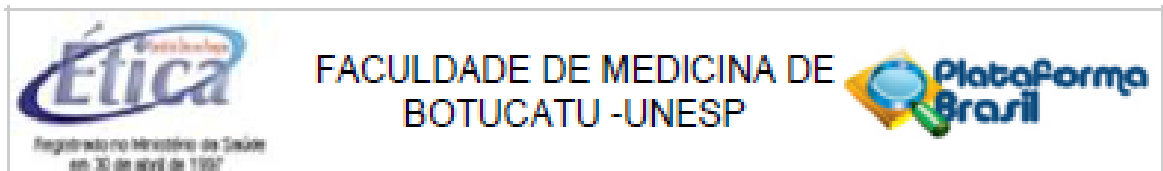
- Compreender a experiência de puérperas com seu RN em tratamento fototerápico;
- Elaborar um modelo teórico representativo dessa experiência

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Quanto aos riscos, os possíveis males ou danos, poderiam atribuir-se à alguns sentimentos e/ou

Endereço: Chácara Butignoli, s/n		CEP: 18.618-070
Bairro: Rubião Junior	Município: BOTUCATU	
UF: SP		
Telefone: (14)3880-1608	E-mail: capellup@fmb.unesp.br	



Continuação do Parecer: 1.011.718

questões de sensibilidade. A metodologia adotada procurará minimizar os possíveis danos aos participantes, evitando abordar assuntos e forma inadequada, mantendo as identidades preservadas, e oferecendo apoio psicológico caso seja necessário.

Benefícios:

Os benefícios são apenas de relevância social, evidenciando a realidade com sugestivo aperfeiçoamento em pontos falhos que venham a impedir a qualidade da assistência

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo tem fundamentação científica. A Metodologia apresentada adequa-se aos objetivos propostos. Coerência interna entre a questão inicial, a qual despertou a pesquisa, com os objetivos e método.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1- Folha de rosto assinada;
- 2- Termo de Compromisso de Cumprimento da Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012;
- 3- Autorização do Superintendente do HCFMB;
- 4- Autorização do Departamento de Enfermagem;
- 5- Autorização do Chefe do Serviço de Obstetrícia;
- 6- TCLE em forma de convite e com o tempo estimado para a entrevista. Apresenta linguagem de fácil compreensão.

Recomendações:

Aprovação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendência, tampouco inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa APROVADO, deliberado em reunião do CEP de 06 de abril de 2015, sem necessidade de envio à CONEP.

Ao final do estudo, é necessário apresentar o "Relatório Final de Atividades".

Endereço: Chácara Butignoli, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608	E-mail: capellup@fmb.unesp.br