

Do sofrimento à resignação: experiência materna com recém-nascido em fototerapia na abordagem Grounded Theory

Tayomara Ferreira Nascimento ¹

Marla Andréia Garcia de Avila ²

Silvia Cristina Mangini Bocchi ³

¹Gerência de Enfermagem. Hospital das Clínicas de Botucatu. Botucatu, SP, Brasil.

^{2,3} Departamento de Enfermagem. Faculdade de Medicina. Campus de Botucatu. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s.n. Botucatu, SP, Brasil. CEP: 18.618-970. E-mail: sbocchi@fmb.unesp.br

Resumo

Objetivos: compreender a experiência de puérperas com recém-nascido em tratamento fototerápico em alojamento conjunto.

Métodos: pesquisa qualitativa analisada segundo a Teoria Fundamentada nos Dados e os resultados discutidos à luz do Interacionismo Simbólico. As entrevistas foram audio-gravadas e transcritas na íntegra. A saturação teórica deu-se a partir da análise da 15ª entrevista com puérperas, vivenciando a experiência em maternidade de Hospital Público do Estado de São Paulo.

Resultados: da análise emergiram quatro categorias (subprocessos): decepcionando-se com a má notícia; sentindo-se reclusa, apartada do bebê, responsabilizada 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. Do realinhamento dessas categorias (subprocessos) emergiu a categoria central (processo): do sofrimento à resignação para enfrentar a experiência materna com recém-nascido em fototerapia.

Conclusões: o componente interveniente simbólico, papel protetor de mãe, impulsionou-a a tentativas de lidar com a experiência desafiante ao se sentir compelida ao exercício de cuidadora. Da mesma forma que, a equipe do alojamento conjunto emergiu na vivência dessa mãe, utilizando-se do mesmo símbolo, para responsabilizá-la pela vigilância constante na manutenção da integridade da visão do bebê.

Palavras chave Icterícia neonatal, Fototerapia, Alojamento conjunto, Saúde materno-infantil, Pesquisa qualitativa



Introdução

A Icterícia Neonatal (IN) acomete 60 a 80% dos neonatos¹⁻³ e a fototerapia, como único tratamento, utilizado desde 1958^{4,5} em muitos países, ainda não dispõe de tecnologias que preservem o contato pele-a-pele do binômio mãe-filho.

Nesse contexto, o bebê permanece o maior tempo possível, despido em bercinho, apenas com proteção genital e ocular, sob foco de luz contínuo.¹ Dessa forma, a bilirrubina presente no tecido subcutâneo é irradiada e pode ser reduzida e transformada em molécula solúvel em água, para ser rapidamente excretada pelo sistema biliar e urinário.^{4,6} Com tal tratamento, o recém-nascido (RN) é protegido da neurotoxicidade da bilirrubina, que varia desde manifestações sutis até a falta de coordenação por disfunção extrapiramidal, incluindo neuropatia auditiva e perda auditiva neurosensorial.^{7,8}

Existem diferentes dispositivos para o tratamento de IN, utilizando lâmpadas halógenas, fibra óptica e *Light Emitting Diode* (LED), ou mesmo a luz solar (helioterapia),² não havendo consenso internacional sobre o melhor tipo de lâmpada a ser utilizada.⁵

A tecnologia *BiliBlanket*, desenvolvida em 1990, é um sistema de fototerapia de alta emissão, por manta de fibra óptica, que pode ser posicionada sob ou sobre o corpo do RN, permitindo que o mesmo seja amamentado durante o procedimento, sem a necessidade de ter seus olhos ocluídos.⁹ Trata-se de tecnologia importada, portanto, pouco disponível nas instituições de saúde brasileiras.

Apesar dos benefícios da fototerapia, percebe-se a separação do binômio mãe-RN e o *déficit* de apoio ao mesmo, repercutir em sobrecargas física e psíquica, principalmente para a mãe.

A literatura acerca do objeto de estudo (experiência materna com seu RN em tratamento fototerápico), corrobora vivência desafiante, tanto no aspecto físico como psicológico.⁸ Contudo, são escassos estudos recentes, explorando a assistência de enfermagem, a experiência materna e o papel do enfermeiro no cuidado do binômio.¹⁰

Considerando a relevância epidemiológica da icterícia em RN, a sobrecarga 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 por esta pesquisa, fatos que sustentam a relevância de explorar o problema de pesquisa inicialmente proposto. Este estudo tem por objetivo: compreender a experiência de puérperas com RN em tratamento

fototerápico no alojamento conjunto (AC).

Métodos

Trata-se de pesquisa qualitativa, na abordagem compreensiva, utilizando-se do referencial metodológico Teoria Fundamentada nos Dados¹¹ e do Interacionismo Simbólico¹² como referencial teórico.

Estudo conduzido em AC de maternidade, em Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, com abrangência de atendimento populacional de 1,5 milhões de usuários, provenientes de 68 municípios de um Departamento Regional de Saúde (DRS). A maternidade conta com 40 leitos destinados exclusivamente ao AC, realizando em 2015 uma média mensal de 59 partos cesárea e 110 vaginais.

Nessa época a Instituição seguia as normas básicas vigentes propostas pelo Ministério da Saúde brasileiro, para a implantação do sistema "Alojamento Conjunto", com uma equipe multiprofissional constituída de enfermagem (um enfermeiro para 30 binômios mãe-filho e um auxiliar ou técnico de enfermagem para cada oito binômios); médicos (um obstetra para 20 mães e um pediatra para 20 crianças) e outros profissionais (Assistente Social, Psicólogo e Nutricionista).¹³

A coleta de dados deu-se por meio de prontuário eletrônico (sociodemográficos, obstétricos e neonatais), e entrevista não diretiva, realizada em uma sala reservada em anexo à enfermaria do hospital, tendo como questão norteadora: Conte-me como tem sido a sua experiência com o tratamento fototerápico do seu bebê?

As entrevistas foram audiogravadas e conduzidas de agosto a setembro de 2015, por uma das pesquisadoras com treinamento na técnica, após as mães dos RN em fototerapia aceitarem o convite. Houve duas recusas, uma por exaustão e esgotamento físico e outra por considerar-se envergonhada diante da gravação da entrevista.

Neste estudo, empregou-se a amostragem intencional e por saturação teórica,¹¹ a qual obteve-se com a análise da 15ª entrevista de puérperas com RN em fototerapia, quando os dados começaram a se repetir e novos eventos deixaram de emergir, as categorias e subcategorias mostraram-se desenvolvidas o suficiente para que se constituísse o modelo teórico. A contento, o modelo foi apresentado às mães participantes, as quais referiram representar suas experiências, conforme uma das maneiras de validar o modelo, recomendadas por Strauss e Corbin.¹¹

Ressalta-se como critério de inclusão das mães,

além do interesse das mesmas em participar do estudo, que fosse o segundo dia de tratamento, ou a partir deste, e que o bebê em nenhum momento da experiência poderia ter sido internado na Unidade de Terapia Intensiva ou Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), por outro diagnóstico ou tratamentos, ou seja, aqueles cuja hospitalização foi apenas devido à necessidade de fototerapia.

Após transcritas na íntegra e suprimindo qualquer informação que pudesse identificar as mães, procedeu-se as entrevistas à análise manual, segundo os passos do referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados¹¹:

-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;

-Codificação aberta: processo analítico, por meio do qual são identificados os conceitos e suas propriedades e as dimensões são descobertas nos dados. Permite conceituar o processo de agrupamento de itens similares de acordo com propriedades definidas e dando aos itens um nome que significa essa ligação comum. Na conceituação, reduzem-se 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. Os conceitos começam a se constituir quando o analista inicia o processo de agrupá-los ou classificá-los em termos mais abstratos, em categorias;

-Codificação axial: é o processo de relacionar as categorias às suas subcategorias, segundo suas propriedades e dimensões, sistematicamente. Esta etapa de análise é importante para a construção da teoria;

-Codificação seletiva: processo de integração e de aprimoramento da teoria. Na integração, as categorias são organizadas em torno de um conceito central, por meio de várias técnicas: descrever a história, utilizando diagramas, classificação e notas de revisão.

A experiência materna com seu recém-nascido em fototerapia, no alojamento conjunto, foi interpretada sob a luz do Interacionismo Simbólico. Quatro importantes aspectos distinguem essa abordagem teórica das outras em Psicologia: 1 - o Interacionismo Simbólico cria uma imagem mais ativa do ser humano e rejeita a imagem de um organismo passivo e determinado, 2 - o ser humano é compreendido como alguém agindo no presente,

que é influenciado não somente pelo que ocorreu no passado, mas também pelo que está acontecendo agora, 3 - a interação não é somente o que está ocorrendo entre as pessoas, mas também algo que está acontecendo dentro dos indivíduos. A definição pode ser influenciada por aqueles com quem se interage. Isso também é resultado da nossa própria definição, nossa interpretação da situação e 4 - o Interacionismo Simbólico descreve o ser humano como mais ativo em seu mundo do que em outras perspectivas.¹²

Os conceitos de Interacionismo Simbólico são: símbolo, *self*, mente, colocar-se no lugar do outro, ação humana e interação social.¹²

As entrevistas foram iniciadas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 43060915.1.0000.5411, Parecer nº: 1.011.716) e obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido de puérperas de RN em fototerapia.

Resultados

Caracterização dos binômios mãe-RN

As 15 puérperas que participaram do estudo tinham entre 15 e 37 anos, com escolaridade do ensino fundamental ao médio e salário familiar de um a quatro salários mínimos brasileiros. Oito eram primigestas e sete estavam entre a terceira e a quinta gestação, sendo que cinco referiram experiência anterior com RN em fototerapia. No processo de análise foi desnecessária a formação de grupos amostrais de puérperas com ou sem experiência anterior, pois durante o procedimento não se diferenciaram.

Os RN nasceram com 34 a 41 semanas de gestação, encontravam-se entre o segundo e o sétimo dia de vida, em AC e aleitamento materno exclusivo.

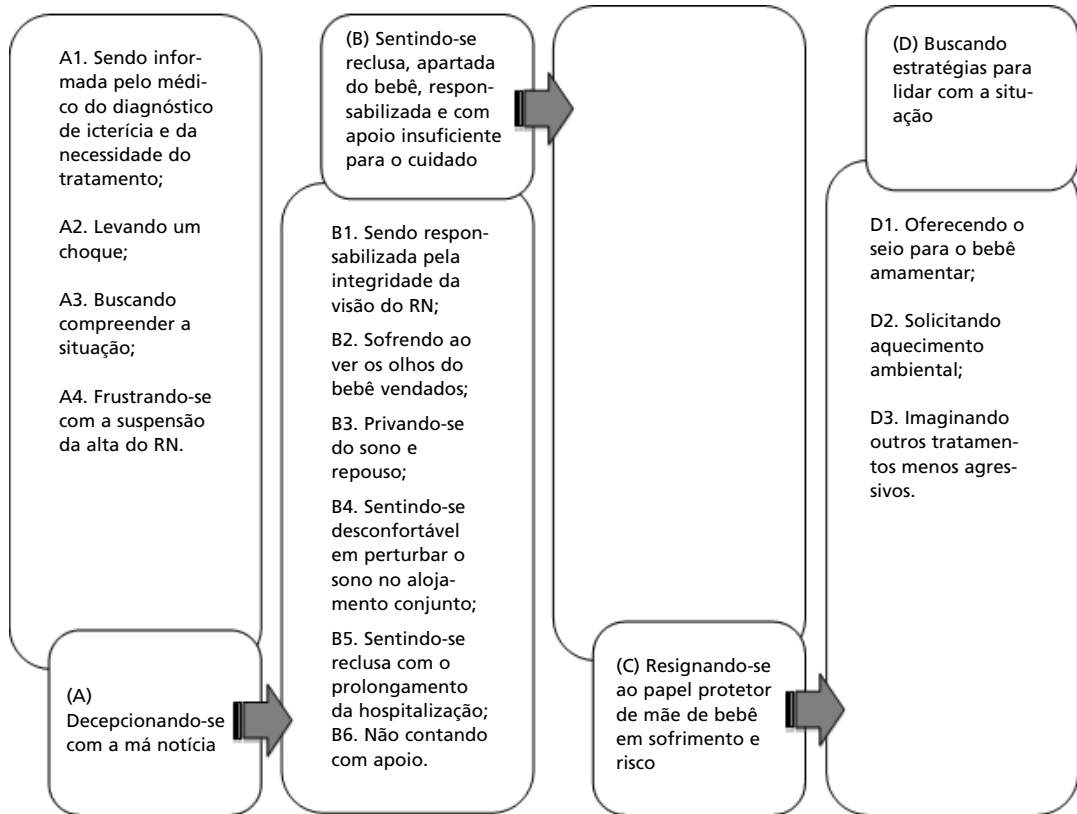
Modelo teórico abstraído da experiência

Da análise dos dados, segundo os passos da Teoria Fundamentada nos Dados, apreendeu-se a compreensão da experiência materna, com seu RN 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 do RN pela puérpera, envolvendo a equipe multiprofissional nesse contexto, composto por quatro subprocessos: (A) decepcionando-se com a má notícia; (B) sentindo-se reclusa, apartada do bebê, responsabilizada e com apoio insuficiente para

Figura 1

Categoria central (modelo teórico) - Do sofrimento à resignação para enfrentar a experiência com recém-nascido em fototerapia. Hospital Público do Estado de São Paulo, Brasil, 2015.



o cuidado; (C) resignando-se ao papel protetor de mãe de bebê em sofrimento e risco; (D) buscando estratégias para lidar com a situação (Figura 1).

Decepcionando-se com a má notícia (A), decorre do sentimento de tristeza, descontentamento e consequentemente de frustração da mãe, perante a suspensão da alta hospitalar prevista para 48 horas de vida do RN. Esse subprocesso vivenciado é composto pelas quatro próximas etapas que seguem, e inicia-se quando a puérpera está sendo informada pelo médico do diagnóstico de icterícia e da necessidade do tratamento (A1).

Surpreendida com a suspensão da alta do bebê e, consequentemente, interrompidas subitamente suas expectativas de voltar para casa, a mãe se denomina como se tivesse levando um choque (A2). Abalada com a notícia de que o bebê precisa permanecer hospitalizado, mesmo orientada pelos médicos, mantém-se inconformada, na maioria das vezes chorando, como relatou M5:

[...] 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. Eu perguntei: – Mas por quê? – Por quê? [...].

Após o impacto da notícia, a mãe empreende um movimento buscando compreender a situação (A3). Reação materna que a mobiliza a dirigir-se, geralmente ao médico, na tentativa de esclarecer suas dúvidas sobre as causas da IN em seu bebê e o tratamento fototerápico. Contudo, essa necessidade de compreensão da mãe, nem sempre é satisfeita pelo profissional, como disse M8:

[...] Quando o médico veio examinar minha bebê, eu perguntei a ele se ela estava tendo algum tipo de problema. Ele me explicou por

cima, dizendo que era para saber se ela estava amarelinha. Eu perguntei se a bebê estava. Ele respondeu: – “Ah! Eu tenho que olhar na tabela.” Ele foi embora [...]. Eu tentei falar com o médico no corredor e não consegui, 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 [...].

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 (A4), 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 suspensa, tendo início, em seguida o tratamento fototerápico para a icterícia.

[...] No começo, eu estava feliz porque teria alta. [...] Eu já não estava aguentando mais ficar aqui, porque eu sofri muito. Aí a enfermeira chegou e falou que o exame do meu bebê tinha dado uns probleminhas, e ele ia ter que tomar banho de luz. Eu fiquei mal. Chorei e liguei para minha mãe [...] (M2).

Dessa forma, o prolongamento da hospitalização, remete-a ao sentindo-se reclusa, apartada do bebê, responsabilizada e com apoio insuficiente para o cuidado (B) pelos membros da equipe multiprofissional que lá atuam, experiência que sinaliza para o agravamento do sofrimento materno.

Em face deste tratamento para IN, 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, ou seja, sendo responsabilizada pela integridade da visão do RN (B1), assim como pelos cuidados de higiene e alimentação, como relatou M11:

[...] Eu não conseguia dormir, tinha que ficar olhando o bebê, para assegurar que os óculos estavam protegendo os olhinhos e, ainda, tinha que amamentá-lo. A moça (alguém da enfermagem) falou que eu tinha que amamentar de duas em duas horas. Para que o amarelo da pele fosse eliminado mais rápido. Então, eu nem dormia. Foi difícil! [silêncio].

Assumindo o papel de protetora, a mãe

considera-se sofrendo com o bebê de olhos vendados (B2). Relatam 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, como disse M10:

[...] Tenho sofrido muito ao ver meu bebê com os olhos vendados, chorando, debatendo. Ele deve sentir que está no escuro [...].

Em estado de alerta constante, no exercício de mãe protetora de RN em fototerapia, ela é impelida a permanecer privando-se do sono e repouso (B3). 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 imaginar 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. E esse estresse acumulado interfere na relação mãe-filho, como relatado por M2:

[...] 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 os olhos sem a proteção e a luz prejudicado os olhos. Daí eu fico triste por isso [...].

[...] 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 à noite toda, para não acontecer nada de pior. De noite e de dia também, quando não tenho quem ajude a olhar [...] (M1).

Em decorrência, a mãe sentindo-se desconfortável em perturbar o sono no alojamento conjunto (B4), aumenta o estresse ao perceber que o choro de seu bebê está contribuindo com o distúrbio do sono e repouso dos outros binômios. Argumentou M1:

[...] Como que você deixa uma criança chorando o tempo inteiro? Não tem como deixar! [...] Ninguém dorme dentro do 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 [...].

Com o encadeamento desses eventos desafiantes, a mãe acaba sentindo-se reclusa com o prolongamento da hospitalização (B5), uma vez contrariada e, conseqüentemente, entristecida com a permanência no hospital, nas condições já postas, contou M1:

[...] São longos os 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 daqui 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 [...].

O movimento da experiência sinaliza que muito da sobrecarga física e psicológica de ser mãe de criança em fototerapia, decorre do fato da puérpera se perceber em uma situação não contando com apoio, seja de familiares ou membros da equipe multiprofissional, para satisfazer quaisquer destas necessidades fisiológicas básicas, como as de sono e repouso. A mãe, na maioria das vezes, manifesta-se chorosa, exausta, na falta de alguém que a substitua até reestabelecer suas energias pelo 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, relatou M8:

[...] Muitas coisas começam a acontecer e você pede ajuda à enfermeira e ela responde que é normal. A primeira resposta você aceita, a partir da segunda você começa a achar estranho que ninguém possa ajudá-la (voz trêmula). Então o tempo passa. O tempo todo, você acaba perguntando a alguém para

ajudá-la, perguntando se você pode dar uma chupeta, ou seja, o que você poderia fazer para impedir o bebê de chorar ao ficar no berço sob a luz [...]. O médico também não diz nada! [Chora] [...].

Resignando-se ao papel protetor de bebê em sofrimento e em risco (C) 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, relata M2:

[...] Quando eu percebi que realmente ele precisava e era necessário o tratamento, (silêncio), decidi permanecer aqui, mas confesso que estou triste. Quero ir embora! Eu estou aqui por ele. Eu não vou embora, deixando-o aqui (silêncio) [...].

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 (D).

A primeira atitude das mães é tentar acalmar o bebê, oferecendo o seio para o bebê amamentar (D1). Primeira e principal estratégia utilizada pela mãe para aliviar o estresse do RN, mesmo reconhecendo que o tempo dispensado para a amamentação, implicaria no prolongamento do tempo do tratamento, visto que nesse período o bebê permanece fora do foco de luz, interrompendo momentaneamente 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 tentar aliviar o seu próprio estresse, para estar psicologicamente bem para amamentar o seu bebê. Assim, M1 contou:

[...] O bebê que não dorme fica cansado, [...] agitado, ... 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). Ai ela dorme mais um tempo e depois de umas três horas, ela acorda de novo e assim ela acorda várias vezes durante a noite [...].

Solicitando aquecimento ambiental (D2) é outra estratégia empregada para promover conforto para o bebê, uma vez que durante a noite, quando há queda de 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, como disse M7:

[...] 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).

Por fim, ao vivenciar os desafios que configuram o papel de mãe de RN em fototerapia, muitas vezes, as mesmas deparam-se imaginando outros tratamentos menos agressivos (D3), com possibilidades concretas de menor impacto psicológico. A exemplo de imaginar a existência de uma medicação como forma de tratamento; aplicação de luz em que não houvesse o perigo de lesão da córnea; refletindo sobre outro jeito de tratar a icterícia, a possibilidade de sessões somente diurnas; ou até mesmo a possibilidade de ficar um acompanhante com o binômio durante todo o tempo de fototerapia, como referiu M10:

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

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 (Figura 1).

Discussão

Analisando o movimento da vivência de puérperas, intitulado “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 as impeliu a buscar maneiras de lidar com a experiência desafiante. Da mesma forma, a equipe do AC emergiu na experiência dessa mãe, usando o mesmo símbolo, para atribuir responsabilidades a ela, responsabilizando-a pela constante vigilância na

manutenção da integridade da visão do bebê, ao longo do tratamento.

Ressalta-se nesse movimento experiencial, a humanização do cuidado agravando-se, com a violência simbólica perpetrada pela equipe, uma vez esta não oferecer apoio suficiente ao cuidado do binômio, aprisionando a mãe ao sofrimento psíquico e físico, com o sentimento de impotência no exercício de um papel que lhe foi atribuído, quase humanamente impossível de ser cumprido.

A perpetuação de formas de violência simbólica, em ambientes de saúde, muitas vezes, permanece velada e, portanto, difícil de ser reconhecida no cotidiano, enfrentada ou prevenida. Na experiência da mãe com RN em fototerapia, pode-se inferir a influência de tal ocultação à concepção social, relativa à obrigatoriedade do papel materno no cuidado, por meio da divisão de papéis entre os gêneros,¹⁴ influenciando o *self*, tanto da mãe quanto da equipe de saúde. De acordo com o Interacionismo Simbólico, o *self* é um objeto social configurado em relação ao qual o indivíduo age e, essa ação depende de como ele se vê, como se define e, conseqüentemente, o julgamento que faz de si é altamente dependente das definições sociais que ele encontrou durante a sua vida.¹²

A violência simbólica, para o sociólogo francês Pierre Bourdieu, é uma forma de coerção exercida pelo corpo que afeta moralmente e psicologicamente o outro, sem confronto físico. É uma forma de restrição que se baseia no reconhecimento de uma imposição determinada, seja econômica, social ou simbólica. Para o autor, a violência simbólica é o meio de exercer o poder simbólico sobre o outro.¹⁵

É por estas razões que a mãe se sente insegura e assustada ao vislumbrar que algo errado possa acontecer com o bebê e vir-a-ser culpada pelo seu julgamento, da equipe, da família e da sociedade, uma vez ciente de suas responsabilidades no desempenho do papel de cuidadora, enfaticamente reiterado pela equipe.

Estudo recente, sobre o processo de humanização no campo das relações de poder, analisou a ocorrência de violência simbólica como fator agravante na desumanização em hospitais, com mães na UTI neonatal, corroborando os resultados dessa pesquisa. Esse estudo referiu-se a fatores desumanizadores, muito além da falta de estrutura física dos hospitais, como relatos de não aceitação, hostilidade e violência simbólica, sinalizando que o processo de humanização passa, sobretudo, pelo estabelecimento de relações de poder menos assimétricas entre a equipe do hospital e as mães que os acompanham.¹⁶

Esta pesquisa mostrou, no contínuo da experiência mãe-RN em fototerapia, dificuldade dos profissionais da saúde em estabelecer comunicação terapêutica com a mãe, desde o início da vivência quando ela se viu decepcionada com a má notícia, demandando esclarecimentos sobre a doença e o tratamento do bebê, perpetuando o sentimento de apoio insuficiente oferecido por essa equipe, para que pudesse atender suas necessidades para assumir os cuidados do bebê, com menor sobrecarga.

A revisão da literatura sobre o objeto de pesquisa experiência de mães de RN em fototerapia e equipe de saúde, tem demonstrado, ainda o desafiante estabelecimento de comunicação efetiva.^{3,8,17,19} As mães observam dos profissionais: informações prestadas insuficientemente^{3,19} ou então divergentes,⁸⁻¹⁸ com emprego de termos técnicos¹⁸ e respostas evasivas. 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.¹⁹ Em decorrência, muitas dúvidas não esclarecidas permanecem com as mães,^{3,19} pesquisas apontaram que a mãe é tomada por insegurança^{1,19-20} e desconfiança,^{1,18} chegando a supor desfechos catastróficos,²⁰ como a separação do binômio, mediante sua alta⁵ e ou risco de morte do RN.²⁰ Tomada por esses medos a mãe passa a se preocupar com a evolução clínica do seu bebê.^{19,20}

Neste estudo, mães supõem tratamentos alternativos na intenção de minimizar o sofrimento causado por meio dele, resignada diante da percepção sobre a necessidade de continuar aplicando os cuidados necessários para a melhoria das condições de saúde do seu RN.

Além disso, essas mães apontaram a necessidade de desenvolver outros métodos de tratamento da IN, que não causasse esse afastamento do binômio, como o uso de algum medicamento, porém apesar de existir medicamentos descritos na literatura, que são eficazes na diminuição ou na inibição do aumento da bilirrubina sérica,^{21,22} os mesmos geralmente são empregados juntamente com a fototerapia, e a melhor evidência de tratamento para a icterícia ainda continua sendo o uso da luz, com menos efeitos colaterais diretos ao neonato.¹

Considera-se insuficiente investir apenas em tecnologia com sistema de fototerapia de alta emissão por fibra óptica, para minimizar a separação mãe-filho e o risco de lesão nas córneas do RN, mas concomitantemente trabalhar com as questões de pessoal relacionadas à humanização no cuidado.

A mãe deve ser tratada como sujeito principal da

relação educativa estabelecida no AC. A equipe deve ficar atenta para as suas dúvidas, medos, questionamentos e desejos de aprender, além de minimizar o sentimento de reclusão e melhorar a percepção de apoio, tornaria o tempo vivenciado significativo no encorajamento da mulher para o cuidado do seu filho.²³

Considera-se salutar planejar, juntamente com a mãe, membros da família ou membros da equipe, um período de repouso para essas mães, como um direito assistido.

Em um estudo em que as mães exauridas foram autorizadas a descansar, elas elogiaram a iniciativa, já que retornavam motivadas a continuarem cuidando de seus bebês no AC.²⁴

Considerações finais

Os objetivos inicialmente propostos foram alcançados, uma vez a abordagem teórico - metodológica empregada, ter possibilitado a compreensão da experiência materna com seu RN em fototerapia, intitulada: do sofrimento à resignação para enfrentar a experiência com o recém-nascido em fototerapia.

O componente interveniente simbólico, papel protetor de mãe, impulsionou-a em tentativas de lidar com a experiência desafiadora, sentindo-se compelida a exercer o papel de cuidadora pela equipe que empregou o mesmo símbolo para responsabilizá-la pela constante vigilância na manutenção da integridade da visão do bebê.

Esta pesquisa contribuiu para o desvelamento da violência simbólica perpetrada pela equipe de saúde à mãe com RN em fototerapia, tendo em vista a concepção social da obrigação do papel materno no cuidado, quando a mãe é privada de apoio suficiente, causa sofrimento psíquico e físico, com o sentimento de impotência no exercício de um papel que lhe é atribuído, quase humanamente impossível de ser cumprido, no AC.

Finalmente, os resultados deste estudo indicam a necessidade de rever as políticas públicas sobre saúde materna e infantil no país, mesmo sendo este estudo restrito à análise das experiências das mães de RN em fototerapia convencional de um hospital público, para isso seria aconselhável para continuar os estudos, verificar a experiência e as percepções dos membros da equipe, bem como comparar essa experiência com outras instituições públicas, bem como com experiências de instituições privadas.

Ademais, recomenda-se investir na adoção de tecnologia com sistema de fototerapia de alta emissão por fibra óptica, para minimizar a separação

mãe-filho e risco de lesões nas córneas do RN, enquanto as questões relacionadas à humanização na assistência ao binômio são trabalhadas continuamente com a equipe.

Referências

- Durán M, García JA, Sánchez A. Efectividad de la fototerapia en la hiperbilirrubinemia neonatal. *Enfermería Univ*. 2015; 12 (1): 41-5.
- Emokpae AA, Mabogunje CA, Imam ZO, Olusanya BO. Heliotherapy for neonatal hyperbilirubinemia in Southwest, Nigeria: a baseline pre-intervention study. *PLoS One*. 2016; 11 (3): e0151375.
- Fernandes JIS, Reis AT, Silva CV, Silva AP. Motherly challenges when facing neonatal phototherapy treatment: a descriptive study. *Online Brazilian J Nurs*. 2016; 15 (2): 188-95.
- Souza ABG, Ferreira JS. Hiperbilirrubina Neonatal e Fototerapia. In: *Enfermagem neonatal: cuidado integral ao recém-nascido*. 2 ed São Paulo: Atheneu; 2014. p. 117-28.
- Cardoso ACSC, Cardoso MVLML. O recém-nascido sob fototerapia: A percepção da mãe. *Rev. Latino-Am Enferm*. 2004; 12 (4): 606-13.
- Machado SPC, Samico IC, Braga TDA. Conhecimento, atitude e prática sobre fototerapia entre profissionais de enfermagem de hospitais de ensino. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65 (1): 34-41.
- 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.
- Brethauer M, Carey L. Maternal Experience with Neonatal Jaundice. *MCN, Am J Matern Nurs*. 2010; 35 (1): 8-14.
- Foreland AM, Rosenberg L, Johannessen B. Nurses' experiences using conventional overhead phototherapy versus fibreoptic blankets for the treatment of neonatal hyperbilirubinemia. *J Neonatal Nurs*. 2016; 22 (3): 108-14.
- Tartaglia KM, Campbell J, Shaniuk P, McClellan RE. A quality project to improve compliance with AAP guidelines for inpatient management of neonatal hyperbilirubinemia. *Hosp Pediatr*. 2013;3 (3): 251-7.
- Strauss AL, Corbin JM. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da pesquisa fundamentada. 2 Porto Alegre: Artmed; 2008. 288 p.
- Charon JM. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. 10 ed. Englewood Cliffs(NJ): Prentice Hall; 1989.
- Brasil. Portaria nº 1.016, de 26-08-1993. Aprovar as Normas Básicas para a implantação do sistema "Alojamento Conjunto". *Diário Oficial da União*. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_GM_MS_1016.pdf.
- Moura SMSR, Araújo MF. Produção de sentidos sobre a maternidade: uma experiência no Programa Mãe Canguru. *Psicol Estud*. 2005; 10 (1): 37-46.
- Miranda L. Pierre Bourdieu and the field of communication: by a theory of praxiological communication. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2005.
- Vieira LR, Mafrá LAS M. Humanização hospitalar e violência simbólica: a percepção das mães em UTIs Neonatais [Hospital humanization and symbolic violence: the perception of mothers in neonatal ICUs]. *Tempus, Actas Saúde Colet*. 2016; 10 (3): 99-114.
- Souza JJ, Felipe AOB, Terra FS. Phototherapy: the feelings of mothers of newborns undergoing this therapy. *Semin Ciênc Biol Saúde*. 2013; 33 (2): 231-40.
- 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.
- Campos ACS, Cardoso MVLML. Enfermagem e o cuidado humanístico: proposta de intervenção para a mãe do neonato sob fototerapia. *Ciênc Enferm*. 2006; 12 (1): 73-81.
- Campos ACS, Leitão GCM. Crenças e sentimentos vivenciados pelas mães de recém-nascidos sob fototerapia. *Rev Gaúcha Enferm*. 2005; 26 (1): 50-6.
- Rafieian-kopaei M. Cotoneaster: A Safe and Easy Way to Reduce Neonatal Jaundice. *J Clin Diagnostic Res*. 2016; 10 (4): 10-2.
- Gholitabar M, McGuire H, Rennie J, Manning D, Lai R. Clofibrate in combination with phototherapy for unconjugated neonatal hyperbilirubinaemia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012. Issue 12 Art. Nº: CD009017.
- Costa NS, Parreira BDM, Fonseca-Machado MO, Mattos JGS, Elias TC, Silva SR. Cuidados com recém-nascido realizados por puérperas em um alojamento conjunto = Newborn care by puerperae in rooming-in. *Ciênc, Cuid Saúde*. 2013; 12 (4): 633-9.
- Nyqvist K, Anderson G, Bergman N, Cattaneo A, Charpak N, Davanzo R, Ewald U, Ludington-Hoe S, Mendoza S, Pallás-Allonso C, Peláez JG, Sizun J, Widström AM. State of the art and recommendations Kangaroo mother care: application in a high-tech environment. *Acta Paediatr*. 2010; 99 (6): 812-9.

Recebido em 24 de Abril de 2017

Versão final apresentada em 13 de Novembro de 2017

Aprovado em 7 de Dezembro de 2017