

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

ANTONIA DO CARMO SOARES CAMPOS

**COMUNICAÇÃO COM MÃES DE NEONATOS SOB FOTOTERAPIA:
PRESSUPOSTOS HUMANÍSTICOS**

FORTALEZA
2005

ANTONIA DO CARMO SOARES CAMPOS

COMUNICAÇÃO COM MÃES DE NEONATOS SOB FOTOTERAPIA:
PRESSUPOSTOS HUMANÍSTICOS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem – área de concentração: Enfermagem Clínico-Cirúrgica.

Linha de Pesquisa: Assistência participativa de Enfermagem Clínico-Cirúrgica em situação de saúde-doença.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso

FORTALEZA
2005

C21c Campos, Antonia do Carmo Soares

Comunicação com mães de neonatos sob fototerapia:
pressupostos humanísticos / Antonia do Carmo Soares
Campos. – Fortaleza, 2005.

264 f.: il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Vera Lúcia Moreira
Leitão Cardoso.

Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

1. Fototerapia. 2. Comunicação Interpessoal. 3. Teoria de Enfermagem. 4. Recém-Nascido. 5. Puerpério. I. Título

CDD 615.831

Antonia do Carmo Soares Campos

COMUNICAÇÃO COM MÃES DE NEONATOS SOB FOTOTERAPIA:
PRESSUPOSTOS HUMANÍSTICOS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem – área de concentração: Enfermagem Clínico-Cirúrgica

Data da Aprovação: 12/12//2005

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso (Orientador)
Universidade Federal do Ceará-UFC

Prof^a. Dr^a. Lorita Marlena Freitag Pagliuca
Universidade Federal do Ceará-UFC

Prof^a. Dr^a. Lídia Aparecida Rossi
Universidade de São Paulo – USP/RP

Prof^a. Dr^a. Raimunda Magalhães da Silva
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Prof^a. Dr^a. Ana Fátima Carvalho Fernandes
Universidade Federal do Ceará-UFC

Dedico este trabalho a todas as mães que de
fizeram parte de forma muito especial à mãe da
pequena Rhayssa Vitória, um Anjo do Senhor
que veio e partiu tão prematuramente para os
braços de Deus.

AGRADECIMENTOS

Ao grande, único e poderoso Deus, autor da vida, pela saúde, por ter me permitido chegar até aqui e galgar mais este degrau em minha carreira profissional. Sem tua mão a me conduzir, não teria conseguido chegar onde cheguei. Só a ti pertence toda honra glória, e louvor. Obrigada, Senhor, por seu infinito e incondicional amor, pelas suas misericórdias, que se renovam a cada manhã. Por tudo o que sou e com certeza pelo que ainda serei. Sei que verdadeiramente tu me amas.

Aos meus amados pais Affonso D'Agostinho e Constância D'Agostinho, *in memoriam*. Agradeço por tudo que fizeram por mim, sobretudo pela oportunidade de viver e de poder lutar para atingir meus objetivos com honestidade, respeito e amor ao meu semelhante.

Ao meu filho Afonso Celso, pelo amor incondicional e constante companheirismo, carinho, apoio e compreensão, ajuda e presença autêntica. Obrigada, meu filho, pelo ombro amigo nos momentos mais difíceis; por saber me ouvir, me compreender e me sustentar nas horas de crise, de dor, de insegurança e até de incredulidade. Você é a razão de tudo, é o meu porto seguro.

Ao meu marido Raimundo, pelo apoio e compreensão pelas horas que abdiquei do nosso convívio para dedicar-me à realização deste trabalho.

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso, pela orientação segura demonstrada na elaboração de mais este trabalho. Obrigada pela paciência, generosidade, apoio e pela confiança. Deixo aqui registrado o orgulho de tê-la tido como orientadora desde o mestrado até o doutorado e por ser a primeira mestra e doutora formada sob sua orientação. Espero poder continuar privando da sua amizade, presença genuína, na relação EU-TU, no face-a-face, estabelecendo sempre um diálogo franco em comunhão para que juntas possamos lutar para o bem-estar e o estar - melhor do binômio mãe-filho.

De modo particular a alguém muito especial e extremamente importante no decorrer de toda minha vida acadêmica, da graduação ao doutorado, grande amiga e incentivadora na Enfermagem, Prof^a. Dr^a. Maria Graziela Teixeira Barroso. Obrigada pela disponibilidade, compreensão, carinho, ensinamentos. Sempre que eu estiver, diante de um paciente me lembrarei que o amor ao próximo, o toque terapêutico o ouvir atento, o olhar nos olhos, as palavras de carinho são formas de cuidado da Enfermagem.

À Prof^a. Dr^a. Lorita Marlena Freitag Pagliuca, que tem compartilhado da minha trajetória na pós-graduação desde o mestrado, sempre disposta a contribuir com toda sua vasta experiência para meu crescimento pessoal e intelectual. Meus agradecimentos pela amizade, carinho, apoio, incentivo, e por mais uma vez tê-la como examinadora e colaboradora.

Às Prof^{as}. Dr^{as}. Lídia Aparecida Rossi, Raimunda Magalhães da Silva e Ana Fátima Carvalho Fernandes, pela disponibilidade com que aceitaram o convite para participar da Banca Examinadora.

A todas as minhas amigas que compõem a equipe de Enfermagem da Unidade de Internação Neonatal (UIN) da MEAC/UFC, na pessoa da nossa coordenadora, enfermeira Eloah de Paula Pessoa Gurgel, pelo apoio e amizade durante estes anos de convivência.

À minha grande amiga, da UIN da MEAC/UFC e da UNIFOR, enfermeira Doutora Karla Maria Carneiro Rolim, pela amizade sincera, companheirismo, disponibilidade, presença autêntica em todos os momentos, por compartilhar as ansiedades e expectativas durante o nosso caminhar no doutorado e participar do sonho maior, humanizar a assistência de Enfermagem ao binômio mãe-filho na UIN da MEAC.

À minha grande amiga, irmã, da MEAC/UFC, enfermeira, mestra Isolda Pereira da Silveira. Isa, obrigada pela amizade sincera, pelo companheirismo e compartilhamento das minhas ansiedades e expectativas durante a realização deste trabalho e, principalmente, por sua ativa atuação ao entrevistar as mães participantes da pesquisa na segunda fase da coleta de dados.

À enfermeira mestra Maria Gorette Andrade Bezerra, amiga e colega da MEAC/UFC e docência na UNIFOR, pela amizade, companheirismo, palavras de otimismo nos momentos mais difíceis, e, sobretudo, pela disponibilidade em me auxiliar na segunda fase da pesquisa entrevistando as mães participantes. Graças ao seu oferecimento voluntário acreditei ser possível chegar ao término do trabalho no tempo previsto.

À minha grande amiga doutoranda Ingrid Leite Martins Lúcio, pela amizade sincera, ajuda e apoio nos momentos mais decisivos desta caminhada.

A todos os integrantes dos Projetos Saúde Ocular e Saúde do Binômio Mãe-Filho pelo acolhimento, incentivo e apoio.

Às amigas e colegas do doutorado, Alix, Márcia, Vilany e Vitória, das quais guardo as melhores recordações e tenho muito a agradecer pela amizade, apoio e companheirismo.

À Prof^a. Dr^a. Rita Cássia Moura Diniz, coordenadora do Curso de Enfermagem da UNIFOR, pela confiança depositada, amizade, incentivo, apoio e compreensão necessárias à conclusão deste trabalho.

Às amigas e colegas docentes do Curso de Enfermagem da UNIFOR, em especial, às professoras Andréa Gomes Linard, Flávia Regina Furtado, Francisca Sonia Braga, Mirna Albuquerque Frota e Adna Braquehais, que tão de perto acompanharam essa caminhada incentivando e tendo sempre uma palavra de otimismo.

À Prof^a. Dr^a. Zenilda Vieira Bruno, diretora geral da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – MEAC/UFC, por manter sempre abertas as portas da MEAC para a pesquisa.

À Dr^a. Rosilea Alves de Sousa, diretora de Enfermagem da MEAC/UFC, pelo a incentivo e por não medir esforços para nossa liberação para cursar o doutorado

Às minhas professoras do Curso de Enfermagem da UFC que contribuíram para minha formação como profissional e ser humano, desde a graduação até o doutorado. Vocês são meu espelho e muito do que sou e hoje compartilho com meus alunos e pacientes devo aos ensinamentos assimilados no decorrer desses anos de estreita convivência.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem-DENF/UFC, que de algum modo colaboraram comigo nesta jornada.

Às bibliotecárias Norma de Carvalho Linhares, da Biblioteca das Ciências da Saúde da UFC e Fátima Regina Alencar da Silva, da Biblioteca da UNIFOR pela disponibilidade e colaboração na elaboração das referências bibliográficas.

À Maria do Céu, pela revisão.

À Universidade Federal do Ceará, pela liberação que me possibilitou cursar e concluir o curso de doutorado.

Ao Laboratório de Comunicação_Saúde-LABCOM-UFC/CNPq, pelo financiamento parcial deste trabalho.

À Universidade de Fortaleza, por incentivar o seu corpo docente à constante busca da qualificação objetivando um ensino cada vez mais voltado para a formação de futuros profissionais competentes e comprometidos com a sociedade.

De forma muito especial, às mães dos neonatos sob fototerapia, que no anonimato participaram e contribuíram para a realização deste estudo.

Finalmente, a todos aqueles que direta ou indiretamente colaboraram com esta pesquisa, meus sinceros agradecimentos.

Você não precisa saber tudo sobre o oceano para nadar nele, da mesma forma que não necessita dominar todas as técnicas da comunicação para poder usá-las. A essência humana é a mesma tanto em você quanto no outro.

Maria Júlia Paes da Silva (1996)

RESUMO

O processo de comunicação da equipe de saúde com a mãe cujo filho está sob fototerapia é fundamental para que esta possa se tranquilizar e tornar-se conhecedora deste tratamento. A tese defendida nesta pesquisa é que a comunicação permeada pelo cuidado humanístico de Enfermagem irá contribuir para a mãe do neonato sob fototerapia poder vir-a-conhecer, compreender o tratamento e desse modo estar bem e estar-melhor. Objetivamos analisar a comunicação com mães de neonatos sob fototerapia por meio do Processo da Enfermagem Fenomenológica da Teoria Humanística de Paterson e Zderad. Estudo qualitativo, exploratório e descritivo, instrumentalizado pelo mencionado processo, em suas cinco etapas: a preparação da enfermeira para vir-a-conhecer; a enfermeira conhece intuitivamente o outro; a enfermeira conhece cientificamente o outro; a enfermeira sintetiza de forma complementar as realidades conhecidas; a sucessão interna da enfermeira a partir de muitos para um único paradoxal. Teve como cenário uma maternidade pública em Fortaleza-CE. Os sujeitos foram 25 mães internadas na referida instituição, cujos filhos recém-nascidos (RN) se encontravam em tratamento fototerápico na Unidade de Internação Neonatal (UIN) de alto, médio, risco e/ou Alojamento Conjunto (AC), de janeiro a março/2005. Utilizamos como técnica a observação participante e a entrevista individual, em duas fases, com a seguinte questão norteadora “O que significa para você, mãe, presenciar seu filho sob fototerapia?” Na análise dos dados da observação participante pudemos visualizar as interações mãe/recém-nascido/enfermeira. Das falas extraídas de ambas as fases das entrevistas foram identificadas as seguintes temáticas: comunicação, conhecimento, cuidado, percepção e sentimentos. Da temática comunicação, extraímos na primeira fase as subtemáticas comunicação prejudicada com a equipe de saúde; ausência de comunicação da equipe de saúde e comunicação mãe – recém-nascido; e na segunda fase, reações da mãe após comunicação efetiva da enfermeira. Da temática conhecimento, extraímos na primeira fase as subtemáticas desconhecimento da fototerapia e a busca do conhecimento da fototerapia e na segunda fase, conhecimentos adquiridos acerca da fototerapia e compreensão do tratamento fototerápico: um novo olhar das mães. Da temática cuidado, extraímos na primeira fase a subtemática o neonato sob fototerapia - mães em busca do cuidado de Enfermagem e na segunda fase, cuidado-presença: participação da mãe no cuidado ao neonato sob fototerapia e recurso didático no processo de comunicação: subsídio para o cuidado de Enfermagem com mães de neonatos sob fototerapia. Da temática percepção, extraímos na primeira fase as subtemáticas saúde do neonato sob fototerapia: o olhar da mãe; separação do binômio mãe-filho; a mãe do neonato sob fototerapia e o ambiente hospitalar; e na segunda fase, saúde do neonato sob fototerapia: o que mudou? Da temática sentimentos, extraímos na primeira fase as subtemáticas impotência e tristeza e na segunda fase, mães ante o neonato sob fototerapia: bem-estar e estar-melhor. Conforme concluímos, a comunicação efetiva da enfermeira contribuiu para que as mães pudessem se tranquilizar e estar - melhor enquanto vivenciavam o filho sob fototerapia.

Palavras-chave: Fototerapia. Comunicação Interpessoal. Teoria de Enfermagem. Recém-Nascido. Puerpério.

ABSTRACT

The process of communication of the health team with the mother whose child is under phototherapy is fundamental so that she can calm down and become acquainted with the treatment. The thesis defended in this research is that the communication permeated by the Nursing humanistic care will contribute to the mother of the newborn under phototherapy come to know, understand the treatment and this way be well and be better. We aimed to analyze the communication with mothers of newborns under phototherapy through the Phenomenological Nursing Process of the Paterson and Zderad's Humanistic Theory. Qualitative, exploratory and descriptive study, instrumentalized through the mentioned process, in five stages: the preparation of the nurse to come to know; the nurse knows intuitively the other; the nurse knows scientifically the other; the nurse synthesizes in a complementary way the known realities; the internal succession of the nurse starting from many to an only paradoxical. It had as environment a public maternity hospital in Fortaleza-CE. The subjects were 25 mothers taken into the referred institution, whose newborn (NB) children were under phototherapeutic treatment in the Neonatal Care Unit (NCU) of high, medium risk and/or Shared Accommodation (SA), from January to March/2005. We used as technique the participant observation and the individual interview, in two phases, with the following orienting question "What does it mean for you, mother, to witness your child under phototherapy?" In the data analysis of the participant observation we could visualize the interactions mother/newborn/nurse. From the speeches extracted from both phases of the interview the following themes were identified communication, knowledge, care, perception and feelings. From the theme communication, we extracted in the first phase the sub-themes damaged communication with the health team; lack of communication of the health team and communication mother–newborn; and in the second phase, reactions of the mother after effective communication of the nurse. From the theme knowledge, we extracted in the first phase the sub-themes lack of knowledge about phototherapy and search for knowledge about phototherapy and in the second phase, acquired knowledge about phototherapy and comprehension of the phototherapeutic treatment: a new vision of the mother. From the care theme, we extracted in the first phase the sub-theme the newborn under phototherapy – mothers searching Nursing Care and in the second phase, care-presence: participation of mothers in the care to newborn under phototherapy and didactic resource in the communication process: subsidy to Nursing care with mothers of newborns under phototherapy. From the theme perception, we extracted in the first phase the sub-themes health of the newborn under phototherapy: the vision of the mother; separation of the binomial mother-son; the mother of the newborn under phototherapy and the hospital environment; and in the second phase, health of the newborn under phototherapy: what has changed? From the theme feelings, we extracted in the first phase the sub-theme impotence and sadness and in the second phase, mothers before the newborn under phototherapy: well-being and be better. As we concluded, the effective communication of the nurse contributed for the mothers to calm down and be better while they experience their child under phototherapy.

Keywords: Phototherapy. Interpersonal Communication. Nursing Theory. Newborn. Puerperium

RESUMEN

El proceso de comunicación del equipo de salud con la madre cuyo hijo está bajo fototerapia es fundamental para que esta pueda tranquilizarse y hacerse conocedora de este tratamiento. La tesis defendida en esta investigación es que la comunicación orientada por el cuidado humanístico de Enfermería irá a contribuir para la madre del recién nacido bajo fototerapia poder venir a conocer, comprender el tratamiento y de ese modo estar bien y estar - mejor. Objetivamos analizar la comunicación con madres de recién nacidos bajo fototerapia por medio del Proceso de la Enfermería Fenomenológica de la Teoría Humanística de Paterson y Zderad. Estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, instrumentalizado por el mencionado proceso, en sus cinco etapas: la preparación de la enfermera para venir a conocer; la enfermera conoce intuitivamente el otro; la enfermera conoce científicamente el otro; la enfermera sintetiza de forma complementaria las realidades conocidas; la sucesión interna de la enfermera a partir de muchos para un único paradójico. Tuvo como escenario una maternidad pública en Fortaleza-CE. Los sujetos fueron 25 madres ingresadas en la referida institución, cuyos hijos recién nacidos (RN) se encontraban en tratamiento fototerápico en la Unidad de Internación Neonatal (UIN) de alto, medio, riesgo y/o Alojamiento Conjunto (AC), de enero a marzo/2005. Utilizamos como técnica la observación participante y la entrevista individual, en dos fases, con la siguiente cuestión orientada “¿Qué significa para usted, madre, presenciar su hijo bajo fototerapia?” En el análisis de los datos de la observación participante pudimos visualizar las interacciones madre/recién nacido/enfermera. De las hablas extraídas de ambas fases de las entrevistas fueron identificadas las siguientes temáticas: comunicación, conocimiento, cuidado, percepción y sentimientos. De la temática comunicación, extraemos en la primera fase las subtemáticas comunicación perjudicada con el equipo de salud; ausencia de comunicación del equipo de salud y comunicación madre – recién nacido; y en la segunda fase, reacciones de la madre después de comunicación efectiva de la enfermera. De la temática conocimiento, extraemos en la primera fase las subtemáticas desconocimiento de la fototerapia y la búsqueda del conocimiento de la fototerapia y en la segunda fase, conocimientos adquiridos acerca de la fototerapia y comprensión del tratamiento fototerápico: una nueva mirada de las madres. De la temática cuidado, extraemos en la primera fase la subtemática el recién nacido bajo fototerapia - madres en búsqueda del cuidado de Enfermería y en la segunda fase, cuidado-presencia: participación de la madre en el cuidado al recién nacido bajo fototerapia y recurso didáctico en el proceso de comunicación: subsidio para el cuidado de Enfermería con madres de recién nacidos bajo fototerapia. De la temática percepción, extraemos en la primera fase las subtemáticas salud del recién nacido bajo fototerapia: la mirada de la madre; separación del binomio madre-hijo; la madre del recién nacido bajo fototerapia y el ambiente hospitalario; y en la segunda fase, salud del recién nacido bajo fototerapia: ¿Qué cambió? De la temática sentimientos, extraemos en la primera fase las subtemáticas impotencia y tristeza y en la segunda fase, madres ante el recién nacido bajo fototerapia: bienestar y estar – mejor. Conforme concluimos, la comunicación efectiva de la enfermera contribuyó para que las madres pudieran tranquilizarse y estar - mejor mientras vivenciaban el hijo bajo fototerapia.

Palabras clave: Fototerapia. Comunicación Interpersonal. Teoría de Enfermería. Recién Nacido. Puerperio.

LISTA DE DIAGRAMAS

1 Síntese do Processo da Enfermagem Fenomenológica.....	73
2 Síntese da Metodologia com Ênfase no Processo da Enfermagem Fenomenológica.....	93
3 Síntese dos Resultados - Temática: Comunicação.....	160
4 Síntese dos Resultados - Temática: Conhecimento.....	174
5 Síntese dos Resultados - Temática: Cuidado.....	187
6 Síntese dos Resultados - Temática: Percepção.....	208
7 Síntese dos Resultados - Temática: Sentimentos.....	219
8 Síntese dos Resultados - Aplicação do Processo da Enfermagem Fenomenológica.....	220

LISTA DE QUADROS

1 Síntese do Processo de Enfermagem.....	74
2 Caracterização das Participantes do Estudo Quanto aos Dados Sociodemográficos.....	96
3 Caracterização das Participantes do Estudo Quanto à História Obstétrica.....	99
4 Caracterização dos Recém-Nascidos das Mães Participantes do Estudo.....	103

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	A posição prévia.....	17
1.2	O despertar para a temática.....	21
2	REVISÃO DE LITERATURA	31
2.1	<i>Icterus neonatorum</i> : voltando nosso olhar para o passado.....	31
2.2	Retrospectiva histórica da luz em terapia: da luz solar ao bilitron.....	36
2.3	A Enfermagem e a fototerapia: a luz que cuida e a luz que trata.....	42
2.3.1	Fototerapia – riscos e benefícios.....	42
2.3.2	Cuidados de Enfermagem ao neonato sob fototerapia.....	45
2.3.3	A comunicação com a mãe do recém-nascido sob fototerapia.....	50
3	BASES TEÓRICO-FILOSÓFICAS.....	57
3.1	O caráter humanístico definindo o referencial para nortear o caminho....	57
3.2	Teorias de Enfermagem: algumas considerações.....	57
3.2.1	Teoria Humanística de Paterson e Zderad: características de uma teoria	59
3.2.2	Metaparadigmas na Enfermagem e na Teoria Humanística de Paterson e Zderad.....	63
3.2.3	A metodologia da Teoria Humanista de Enfermagem	67
3.2.4	O Processo da Enfermagem fenomenológica.....	69
4	A CONTRUÇÃO DO CAMINHO METODOLÓGICO.....	76
4.1	O caráter da pesquisa	76
4.2	O cenário da pesquisa.....	77
4.3	Os sujeitos da pesquisa.....	79
4.4	A dimensão ética da pesquisa.....	81
4.5	A Coleta de dados	83
4.6	O modelo de análise e compreensão dos dados	89
5	TRILHANDO O CAMINHO PROPOSTO: em busca das deusas para vir-a- conhecer.....	95
5.1	Apresentação das participantes do estudo: as deusas e seus rebentos..	95
5.2	Adentrando o Olimpo: a preparação para vir-a-conhecer as deusas, mães dos neonatos sob fototerapia.....	107
5.3	Conhecendo intuitivamente as mães dos neonatos sob fototerapia.....	110
5.3.1	Momentos que antecederam as entrevistas.....	110
5.3.2	Momentos vivenciados durante as entrevistas – relato da experiência...	111
5.3.3	Das entrevistas à observação participante – cenas e cenários.....	118
6	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	38
6.1	Reflexão sobre o diálogo com as deusas: a fusão intuitivo-científica.....	138

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	222
7.1 Refletindo sobre a trajetória junto às deusas e seus rebentos.....	222
7.2 Sugerindo novas formas de comunicação fundamentada no cuidado humanizado de Enfermagem na UIN.....	229
7.2.1 Um olhar compreensivo sobre a equipe de Enfermagem no âmbito da UIN.....	230
7.2.2 Um olhar sensível sobre o neonato sob fototerapia e a família na UIN...	232
7.2.3 Uma palavra final.....	233
8 REFERÊNCIAS.....	236
ANEXOS.....	254
APÊNDICES.....	255

O ser humano é um ser individual necessariamente relacionado com outros seres, no tempo e no espaço.

Paterson e Zderad (1979)

1 INTRODUÇÃO

1. 1 A posição prévia

Neste capítulo, buscamos explicitar nosso objeto de estudo para esta pesquisa. Para tal, ressaltamos que nosso foco de atenção ao longo dos anos está direcionado para a saúde do binômio mãe-filho, mais especificamente no âmbito da Neonatologia, com prioridade para a essência do cuidado humanizado. Motivou-nos nessa caminhada nossa vivência como docente e enfermeira de Unidade de Internação Neonatal (UIN) de uma maternidade-escola de grande porte em Fortaleza, capital do Estado do Ceará.

As UIN são ambientes que primam pela tecnologia e sofisticação de equipamentos. Nelas os profissionais encontram-se quase sempre muito envolvidos em procedimentos de alta complexidade, os quais, geralmente, acabam por prejudicar as relações interpessoais.

Esta estreita convivência tem nos permitido observar aspectos no cenário do cotidiano no âmbito da Enfermagem obstétrica e neonatal, cujos personagens principais são a puérpera e o neonato. Este, quando separado do aconchego e do carinho dos braços maternos, em consequência da internação em uma UIN, padece de momentos de solidão. Diante disto, como refere Maldonado (1996), precisa lutar bravamente para sobreviver durante o período de internação, que pode variar de horas a meses, enquanto experimenta a ruptura da relação com sua mãe.

Quando impossibilitada de estar junto ao filho, seja devido a problemas do pós-parto ou pela internação do bebê em uma UIN, a mãe sofre os agravos decorrentes dessa separação, tais como medo de indagar sobre o estado clínico do bebê, timidez

ante uma equipe de saúde estranha para ela, ansiedade, solidão, estados de depressão pós-parto acentuados pela separação do binômio.

Conforme sabemos, 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 (BRASIL, 2001).

Para o bebê, é o contato com a mãe, a forma como é manipulado por ela, o carinho, o tom de voz, que vão possibilitar uma espécie de rememoração da situação uterina (LEÃO, 1994).

Segundo afirmam Murray e Andrews (2004), alguns minutos após o nascimento o bebê já consegue demonstrar sua preferência pelo contato com as pessoas, e não por objetos. Isto porque ele já ouviu vozes antes de nascer, o que significa dizer que essa reação baseia-se em sua experiência anterior.

O contato entre mãe e filho representa a concretização dos sonhos maternos, pois a mãe almeja o momento de poder fitar os olhos do filho, aconchegá-lo em seus braços, acariciá-lo, extravasando todo o amor e carinho (CAMPOS, 2003).

Contudo em nosso cotidiano na Neonatologia, consoante percebemos, este tão aguardado encontro torna-se, na maioria das vezes, retardado ou prejudicado em face das situações decorrentes da internação do bebê em uma UIN.

Entre as causas determinantes para que o neonato necessite dos cuidados em uma UIN, cita-se a icterícia, ainda considerada importante enfermidade no período neonatal, na qual a incompatibilidade sangüínea materna fetal sobressai como etiologia freqüente, constituindo-se numa urgência médica (SANTOS; SILVA, 2001).

Caracterizada pela coloração amarelada da pele e de outros órgãos, inclusive dos olhos, a icterícia representa uma situação clínica bastante comum em crianças.

Consoante Almeida e Draque (2004, p.329), a icterícia

Está presente de maneira freqüente no período neonatal e corresponde à expressão clínica da hiperbilirrubinemia, definida como a concentração sérica de bilirrubina indireta (BI) maior que 1,3 a 1,5 mg/dL ou da bilirrubina direta (BD), desde que esta represente mais de 10% do valor da bilirrubina total (BT).

Todos os anos nascem no Brasil cerca de 200 mil crianças com índices elevados de bilirrubina no sangue, o equivalente a 5% dos nascimentos. Desses, metade mereceria cuidados médicos mais intensivos (COBERTOR... 2001).

A icterícia neonatal pode ser atribuída a inúmeras causas. Todavia, na grande maioria dos casos, é fisiológica, ou própria do recém-nascido (RN), e cede nos primeiros dias de vida; contudo, quando isto não ocorre ou suspeita-se ser esta patológica, o RN internado na UIN ou no Alojamento Conjunto (AC)¹ é submetido ao tratamento inicial da icterícia neonatal, denominado fototerapia. A fototerapia consiste num tratamento que utiliza a ação da luz e exige que o RN permaneça exposto a uma fonte de luz fluorescente ou halógena. Durante esse tratamento, possível de durar horas ou dias, o neonato utiliza máscara de proteção ocular para prevenir possíveis agravos à retina causados pelos raios luminosos.

As mães cujos filhos iniciam o tratamento fototerápico no AC, ou quando chegam para visitá-los na UIN e se deparam com o que definimos um ritual fototerápico, manifestam os mais diversos comportamentos, conforme pudemos observar na nossa vivência profissional no cuidado ao binômio mãe-filho.

¹ Sistema destinado a acomodar o RN sadio ao lado da mãe, com vistas a estabelecer e estimular o vínculo psico-emocional mãe-filho; incentivar o aleitamento materno; possibilitar e incrementar o aprendizado materno quanto aos cuidados com o RN, além de permitir melhor integração da equipe multiprofissional de saúde e melhor observação do comportamento do binômio mãe-filho (VAZ;GUALDA,2001).

Para a mãe que vivencia pela primeira vez um filho sob fototerapia esta visão pode parecer assustadora ou, no mínimo, estranha, de acordo com sua percepção em relação ao tratamento, seus riscos e benefícios. Dessa forma, é fundamental se estabelecer o processo de comunicação da equipe de saúde com a mãe no intuito de esclarecê-la devidamente a respeito da terapêutica à qual seu filho é submetido.

A nosso ver isso implica a necessidade de os pais serem convenientemente informados sobre o quadro clínico do bebê, sobre todos os procedimentos realizados e todos os equipamentos empregados para a estabilização e manutenção da saúde e da vida do seu filho, os quais podem diminuir e/ou dificultar as possibilidades de interação deste com seus pais.

A esse respeito, segundo enfatizam Lima, Rocha e Scochi (1999 p.34), “o fornecimento de certas condições como: presença de familiares, disponibilidade efetiva dos trabalhadores da saúde e informações” pode amenizar os efeitos da hospitalização.

Enfatizamos, ainda, a necessidade de efetiva comunicação com os pais com vistas ao esclarecimento de dúvidas e o repasse de informações verdadeiras, atualizadas, em linguagem adequada, respeitando-se o nível de compreensão deles, suas crenças e seus valores. Deste modo, esperamos que se sintam apoiados, valorizados e não venham a afastar-se da UIN e, conseqüentemente, do filho nesse período crucial e significativo.

p.163) de “que não recebendo as informações adequadas, nem o apoio emocional necessário, os pais acabam por se afastar da UTI - Neonatal e conseqüentemente, dos seus filhos”.

Em outras palavras, a comunicação entre a equipe e os pais deve ser

valorizada. A Enfermagem exerce um papel fundamental nesse processo. Como salientam Silva et al. (2000, p. 53), “no seu cotidiano a enfermeira utiliza a comunicação no desempenho de suas diversas atividades. Dentre essas, a sua função como educadora e prestadora de cuidados”.

1.2 O despertar para a temática

Nossa inquietação acerca da humanização do cuidado ao RN exposto à terapia luminosa internado em uma UIN ou no AC e à puérpera, que vivencia o distanciamento do filho, logo após o parto, pode ser melhor compreendida pela descrição da nossa trajetória profissional.

Iniciamos nossas atividades como enfermeira assistencial em Neonatologia na Unidade de Internação Neonatológica (UIN) em 1995 no Hospital Geral de Fortaleza (HGF). A partir de 1997, como enfermeira concursada pela Universidade Federal do Ceará (UFC), passamos a desenvolver nossas atividades também na UIN da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC).

Desde então, sentíamos a necessidade de buscar a compreensão do experienciado pela puérpera e de alguma forma cooperar para o bem-estar e o estar-melhor do binômio mãe-filho. Entendíamos ser prioritário sensibilizar a equipe e as pessoas em torno desses dois seres na busca do diálogo, do encontro, do relacionamento e da presença autêntica que só ocorrem quando temos a capacidade de ouvir, mesmo no silêncio, as chamadas do outro, de sermos um, porque estamos em comunhão com o outro. Isto implica estar no íntimo do outro, viver intersubjetivamente este momento de separação da mãe e do neonato sob fototerapia.

Conforme o estudo da percepção dos pais sobre a internação de seus filhos em uso de fototerapia na Unidade de Terapia Intensiva tem mostrado, “para o médico, a fototerapia é um tratamento simples e corriqueiro, mas para os pais pode parecer assustador” (LAMY; GOMES; CARVALHO, 1997, p. 296).

Assim, para os profissionais da equipe de saúde, iniciar a fototerapia em um neonato na UIN é um procedimento terapêutico bastante comum, faz parte das rotinas às quais já estão afeiçoados. Perceber, porém, a presença e o comportamento da mãe ou do pai que ao chegar à UIN se deparam com o filho de olhos vendados sob uma luz intensa constitui uma raridade. Isto porque, como afirma Campos (2003, p.140):

Nós profissionais de saúde estamos como que cauterizados pelos procedimentos técnicos, pelo aparato tecnológico, e deixamos isto transparecer na expressão facial, nos jargões técnicos, na presença sem presença na UIN que impossibilitam uma verdadeira comunicação com a mãe e a família.

Barbosa e Rodrigues (2004) alertam para o grande desafio enfrentado nos dias de hoje pela equipe de saúde das Unidades de Terapia Intensiva. Corroboramos o pensamento destes autores sobre a prática da humanização da assistência, pois a tecnologia cada vez mais se supera, e em muitas situações verificamos nosso maior envolvimento com as máquinas, ansiosos e atentos ao que elas nos mostram, esquecendo que cuidamos de pessoas.

Nessas ocasiões, necessitamos usar da sensibilidade para manter aguçados nossos sentidos no intuito de perceber as mais variadas situações existentes na interação mãe/recém-nascido. Olhos desvendados para o perceptível, procurando desvelar o imperceptível pela expressão não-verbal e ouvidos atentos para escutar não somente o audível, mas, sobretudo, o silêncio; atitude compreensiva para compreender e apreender a singularidade de cada ser humano envolvido no ato de cuidar

(CAMPOS,2003).

Estas reflexões advindas da nossa concepção e visão de mundo como pessoa e ser-enfermeiro sempre estiveram presentes no nosso cotidiano em Neonatologia. Contudo foi a partir do nosso engajamento como enfermeira voluntária no Projeto de Pesquisa e Extensão Saúde Ocular/UFC/CNPq, área de atuação: saúde ocular da criança, particularmente com RN internados em UIN, que sentimos ser possível trilhar caminhos para, por meio de trabalhos de pesquisa, buscar a compreensão do significado do tratamento fototerápico para a mãe do neonato.

O apoio e incentivo das coordenadoras do projeto foram fundamentais para realizarmos pesquisas na temática fototerapia relacionada ao envolvimento emocional dos pais. Nessa trajetória, nos deparamos com a possibilidade de cursar o mestrado, um sonho há muito acalentado, e concretizado no ano de 2001. No decorrer do curso tivemos nossa primeira aproximação com a Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad (1976). Ao nos debruçarmos sobre os pressupostos básicos dessa teoria, percebemos a oportunidade tão almejada de aprofundar as pesquisas, trilhar caminhos capazes de nos conduzir a desvelar o vivenciado pela mãe do neonato sob fototerapia.

A nosso ver, para essa compreensão o enfermeiro deve se despir de preconceitos, de prejulgamentos e, acima de tudo, ter sensibilidade para empreender uma nova visão sobre essas questões que envolvem o ser - humano. Como enfatizam Higarashi, Pelosso e Carvalho (1998, p. 21), “é preciso um novo modo de olhar, um olhar compreensivo; ver o homem como sujeito e não como objeto”.

A Teoria Humanística de Enfermagem, publicada em 1976 pelas teóricas Josephine G. Paterson e Loretta T. Zderad, ambas enfermeiras e professoras norte-

americanas, descreve a denominada prática humanística de Enfermagem. Segundo as autoras acreditam, a teoria de uma ciência em Enfermagem se desenvolve a partir das experiências vividas pelo enfermeiro e pela pessoa que recebe o cuidado (PRAEGER, 2000).

Nossa experiência adquirida na dissertação do mestrado é o que nos impulsionou a continuar nessa trajetória. O objetivo da referida dissertação era desvelar o significado de ser mãe de um recém-nascido sob fototerapia. Na busca de construir um referencial teórico-metodológico que contemplasse a temática proposta, apoiamonos na Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad (1976), aliada às concepções teóricas do grupo de encontro de Carl Rogers (1994), na nossa opinião a junção de ambos os referenciais seria uma das mais adequadas para a compreensão do significado do ser-mãe de recém-nascido sob fototerapia.

Com vistas a propiciar ao leitor informações destinadas à melhor compreensão destes referenciais, apresentaremos nos parágrafos a seguir os resultados encontrados na referida dissertação.

Na análise e busca dos significados desvelados pelas mães dos recém-nascidos sob fototerapia, foi possível apreender que as mães dos RN em uso desse tratamento referem medo e preocupação pelo desconhecimento da terapêutica em si e pela falha na comunicação entre a equipe multiprofissional e a família do RN.

Ainda segundo demonstram os relatos, diante do RN sob fototerapia a mãe sente tristeza, culpa e teme pela sobrevivência do seu filho; acredita que em uso de fototerapia o bebê sente-se desconfortável e padece de oscilações em sua temperatura corporal, variáveis da hipotermia à impressão de que a luz em terapia seria para queimar e não para tratar o RN. Relacionam o agravamento do quadro clínico com a fototerapia.

De todas as impressões causadas pelo tratamento às mães, a mais forte e geradora de maior preocupação foi a visão do RN. Na opinião das mães, a privação do contato olho-a-olho com o RN suscita que esteja cego ou venha a desenvolver qualquer agravo na visão. Além disso, a máscara de proteção ocular foi questionada e tida como desconfortável e inadequada.

Na concepção das mães, a fototerapia representa a separação do binômio, e provoca angústia e desalento. Outro fato evidenciado foi o acolhimento pela equipe multiprofissional. Isto nos fez sentir o quanto necessitamos de uma comunicação mais efetiva e uma presença autêntica junto à mãe e à família do RN.

Em nossa trajetória junto a essas mães, conforme entendemos, se não existe a comunicação efetiva entre a equipe de saúde e os pais e/ou familiares, problemas maiores podem surgir. Especialmente para a mãe, a qual, por estar internada na maternidade e, desse modo, mais próxima do bebê, sente-se responsável pela transmissão de informações à família, embora, muitas vezes, ela mesma não saiba nem compreenda estas informações.

Esse fato em si constitui em gerador de ansiedade e medo não somente na mãe, mas na família com um todo, que ao chegar à UIN ou no AC, para a visita ao neonato, na maioria das oportunidades, não entende por que aquele pequenino se está envolto em meio a equipamentos, fios, máquinas e luzes.

Tal situação advinda da incompreensão ou desinformação é prejudicial à saúde materna, visto que, consoante Paterson e Zderad (1988), a saúde é considerada questão de sobrevivência, como uma qualidade de vida ou morte. Por meio do potencial dos indivíduos para o bem-estar e o estar - melhor, conclui-se que a saúde é tida como algo mais do que simplesmente a ausência de doença.

As palavras de Campos, Silveira e Cardoso (2004) enriquecem estas reflexões

quando afirmam que a família, ao se defrontar com a doença, fica fragilizada e emocionalmente abalada.

Entendemos, portanto, ser necessário estabelecer um canal de comunicação de forma mais efetiva com a mãe e a família do RN sob fototerapia por meio da presença autêntica, do face-a-face, da relação EU-TU, a qual, afirma Buber (1974), só acontece quando o homem entra na relação com todo o seu ser.

Nesse sentido, como sugere Silva (1996, p.19), “podemos aumentar nossa efetividade na comunicação ao tomar consciência da importância da linguagem corporal, principalmente no tocante à proximidade, postura e contato visual”.

A partir dessa experiência relatada e vivenciada, fruto da nossa vivência junto ao grupo de mães de RN sob fototerapia, encontramos-nos diante de um novo desafio em busca de construir um novo conhecimento no cotidiano da Enfermagem. Com esta finalidade, lançamos nosso olhar para a possibilidade de um trabalho de cunho humanístico apoiado no Processo da Enfermagem fenomenológica.

Nesta perspectiva, o ingresso no curso de doutorado em Enfermagem em 2003, aliado à atuação como docente comprometida com a sensibilização do discente para o cuidado humanizado com o RN e família, significa a oportunidade de nutrir o sonho de estreitar e humanizar a relação enfermeira/binômio mãe-filho.

Para Trentini e Paim (1999, p.42), “o tema deve emergir da prática profissional cotidiana do pesquisador, e, portanto, estar associado à situação do problema da prática”. A partir dessa compreensão, em anuência com o pensamento das autoras e embasada em nossa experiência profissional, nosso conhecimento científico, nossas reflexões sobre o tema e nosso cotidiano de estar - com as mães dos neonatos sob fototerapia, identificamos que estas apresentam déficit de conhecimento da terapêutica, seus riscos e benefícios.

Este fato em si colabora significativamente para sentimentos evidenciados, tais como medo, tristeza, culpa, preocupação com a visão do neonato, incerteza diante do quadro clínico e ainda o significado da separação representada pela continuidade da terapêutica que leva esta mãe a interromper a fototerapia, quando o bebê se encontra no AC, para aconchegá-lo em seus braços durante o período noturno.

Na nossa prática profissional, precisamos considerar, como referem Campos e Leitão (2005, p.51), que

No processo de vida diária, as mães assumem posições a cada nascimento e em cada fase de desenvolvimento de seus filhos. A preocupação, expectativa e ansiedade pelo novo integrante da família geram crenças e sentimentos nas mães, frutos da própria cultura familiar.

Nesse nosso caminhar, como pesquisadora voltada a compreender a vivência do outro em uma dimensão existencial, ou seja, por meio de uma abordagem compreensiva, entendemos que o déficit de conhecimento das mães sofre a influência da falha na comunicação entre a equipe de saúde e as mães dos RN sob fototerapia.

A nosso ver, este problema pode ser minimizado a partir do estabelecimento de um canal de comunicação efetivo entre a equipe de saúde, em especial dos profissionais de Enfermagem, por se fazerem presentes na UIN durante as vinte quatro horas do dia, e a mãe do RN sob fototerapia, pelo diálogo, encontro, presença autêntica por meio da relação EU-TU, ou seja, a relação sujeito-sujeito, onde cada um reconhece a singularidade do outro.

Como integrante da equipe de saúde, a enfermeira pode ser a mediadora nesse processo, aliando competência ao cuidado humanizado com vistas a suprir esse déficit de conhecimento.

Para Cardoso (2001, p.76), “a partir do momento que nos despimos do tecnicismo, do saber doutoral e nos apresentamos como seres humanos comuns, temos maiores chances de chegar a uma relação EU-TU com o cliente”.

Diante do exposto, a tese defendida nesta pesquisa é que a comunicação permeada pelo cuidado humanístico de Enfermagem irá contribuir para a mãe do neonato sob fototerapia poder vir-a-conhecer, compreender o tratamento e desse modo estar-bem e estar - melhor.

Na opinião de Oliveira (2001, p.124), “o ponto básico na humanização é a comunicação e o relacionamento entre as pessoas, baseados no respeito das próprias individualidades, expressando-se através dos gestos de amor, do ouvir o outro o dito e o não dito”.

Desse modo, afirmam Pinho e Kantorski (2004), somente poderemos humanizar nossa assistência quando passarmos a incluir no âmbito terapêutico as vivências e relações sociais do paciente.

Segundo Buber (1974), o homem torna-se mais em virtude da capacidade humana de relacionar-se de todas as formas com outros seres desde a materialista até a espiritual, nas forma EU-TU, EU-ISSO e NÓS.

Na Teoria Humanística o relacionamento existencial, ontológico é salientado pela relação intersubjetiva, pelo diálogo vivo marcado pelo encontro, pela presença, pelo relacionamento e pela comunhão.

Esse aspecto relacional que envolve a comunicação na Enfermagem tem sido enfatizado por outras autoras estudiosas das relações interpessoais entre o ser-enfermeiro, que deixa transparecer sua sensibilidade ao perceber no ser-cuidado, seja a criança, a família ou a comunidade, alguém que precisa ser ouvido, apoiado, respeitado em sua totalidade e subjetividade como cidadão e de acordo com suas necessidades (CARDOSO, 1997, 2001; OLIVEIRA, 2001; BRÜGGEMANN, 2003; CAMPOS, 2003; CHRISTOFFEL; SANTOS, 2003; ROLIM, 2003; SILVEIRA, 2003; SOUSA, 2003; OLIVEIRA; COSTA; NÓBREGA, 2004).

Portanto, na busca de um caminho capaz de contribuir para essas mães poderem estar - melhor apesar do ambiente e do momento vivenciado, o objetivo deste estudo é analisar a comunicação com mães de neonatos sob fototerapia por meio do Processo da Enfermagem Fenomenológica da Teoria Humanística de Paterson e Zderad.

A enfermeira desempenha papel importante na detecção precoce da icterícia neonatal.

Campos e Barroso (2003)

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 *Icterus neonatorum*: voltando nosso olhar para o passado

Através dos tempos a icterícia do neonato tem sido motivo de investigação e preocupação por parte de gerações de pesquisadores e até os dias de hoje, apesar de ser considerada própria do neonato, exige cuidados especiais em prematuros e outras situações de imaturidade funcional hepática.

De acordo com a literatura, a pesquisa científica acerca da icterícia, como mostra Oléa (2001), data do século XVIII. Um dos pioneiros desses estudos foi Baumes, que a partir de suas observações levantou a suspeita de decorrer a coloração amarelada da pele de um retardo na eliminação de mecônio. Outras descrições feitas no princípio do século XIX especulavam sobre este fenômeno, sem bases concretas. Contudo, em 1847, Herviex realiza descrições clínicas e anatomopatológicas em

pacientes ictericos cujas observações são válidas até os dias atuais, como por exemplo a natureza benigna da icterícia na maioria dos casos, quando detectada entre o 21º e 41º dias de vida do neonato, seu desaparecimento entre a 20ª e 40ª semanas e a progressão céfalo-caudal.

Para Poland e Ostrea (1982, p. 234), a icterícia neonatal não recebeu a devida atenção na metade do século XIX, como afirma Condie: “Falando de um modo geral *icterus neonatorum* é uma afecção de pouca importância. Em alguns casos pareceu-nos estar relacionada com a falta de uma eliminação franca de mecônio”. Ainda como referem estes autores, no início do século XX, um número mais significativo de médicos começou a dirigir sua atenção para o neonato e tornou-se evidente o grande valor da icterícia neonatal como um dado para o diagnóstico, sendo a bilirrubina, por si só, reconhecida como uma toxina.

A partir de 1950, a exsangüineotransfusão (EXST) era amplamente usada como forma de prevenir a lesão permanente do sistema nervoso central (SNC) pela bilirrubina. Desse modo, a importância da ligação da bilirrubina com a albumina foi reconhecida como um mecanismo protetor contra a toxicidade da bilirrubina.

A bilirrubina é um produto final do catabolismo dos aminoácidos e hemoproteínas. Como principais locais de formação da bilirrubina mencionam-se o fígado e o baço. Quanto à etiologia da hiperbilirrubinemia, pode ter como causa doenças hemolíticas, tais como:

Incompatibilidade sangüínea materno-fetal (Rh-ABO); cefalematomas (coleções sangüíneas extravasculares) e policitemias; entre outras causas. A origem pode decorrer de alguns fatores de risco, tais como “lesão celular hepática”, secundária a hipóxia, filhos de mães diabéticas, atresia biliar (TAMEZ; SILVA, 2002, p. 142).

Situação clínica extremamente comum em crianças na primeira semana de vida, a hiperbilirrubinemia decorre do aumento da bilirrubina indireta ou não conjugada. Para Balaskas (1993), metade dos recém-nascidos tem icterícia leve na primeira semana de vida. Isto acontece em consequência da imaturidade hepática, e os bebês prematuros são os mais susceptíveis. Essa afirmação corrobora dados estatísticos segundo os quais a icterícia ocorre em aproximadamente 60% dos recém-nascidos a termo e em 80% dos prematuros (ABORDAGEM..., 2000).

A icterícia pode ser classificada como fisiológica ou patológica. Consoante Tamez e Silva (2002), quando ocorre a hiperbilirrubinemia durante a primeira semana de vida, atingindo concentrações de 7mg/dl por volta do terceiro dia após o nascimento, é considerada fisiológica. Se, no entanto, a icterícia é perceptível nas primeiras 24 a 36 horas após o nascimento, com aumento da bilirrubina total superior a 5 mg/dl/dia, é classificada em patológica.

Conforme relata Deustch (2001), a icterícia está presente em 82% dos RN. Por isso é um dos sinais mais freqüentemente investigados pelo médico e enfermeira.

Não obstante na maioria dos neonatos a icterícia seja classificada como fisiológica benigna e autolimitada, outros a apresentam como um sintoma de doença a ser investigada com a devida urgência, em razão da toxicidade da bilirrubina que, não estando ligada à albumina, pode facilmente atravessar a barreira hemato-encefálica, atingir as células cerebrais e causar a cor amarelada do tecido cerebral, ou *Kernicterus*, cujos sobreviventes podem manifestar os mais variados graus de seqüelas neurológicas.

Segundo Gomella (1994, p. 357), “o *Kernicterus* evolui em três fases clínicas, sendo que na fase mais crítica leva a seqüelas neurológicas residuais, que evoluem

para o retardo mental, surdez neuro-sensorial, paralisia do olhar superior, disfunções motoras e displasia do esmalte dentário”.

Portanto, quanto mais precocemente a icterícia for identificada e instituídas as medidas terapêuticas adequadas, melhor será o prognóstico. Tamez e Silva (2002) alertam para a progressão da icterícia, que pode ser lenta ou rápida. Quando a icterícia é fisiológica, não existe o comprometimento do estado geral do neonato; no caso da icterícia patológica, sinais como sucção débil, hipoatividade, hepato-esplenomegalia, anemia e anasarca podem se fazer presentes.

Assim, é indispensável a observação constante e detalhada do RN icterício. De acordo com Deutsch (2001), a icterícia torna-se visível a partir de níveis séricos de bilirrubina em torno de 5 a 6 mg/dl. Quanto à intensidade da icterícia, é subdividida em leve, moderada e acentuada. Além da intensidade, os níveis séricos de bilirrubina estão relacionados à progressão céfalo-caudal.

Em 1969, Kramer propôs uma classificação, a partir da divisão do corpo do RN em cinco zonas, mediante correlação com as concentrações da bilirrubina sérica indireta (média-mínimo e máximo). Segundo esta classificação, a icterícia inicia-se na cabeça e pescoço (Zona I: 5,0 – de 4,3 a 7,8 mg/dl), progride para o tórax até a cicatriz umbilical (Zona II: 8,9 – de 5,4 a 12,2 mg/dl), estende-se para o abdome, até joelhos e cotovelos (Zona III: 11,8 – de 8,1 a 16,5 mg/dl), evolui até tornozelos e punhos, com exceção dos pés e mãos (zona IV: 15 – de 11,1 a 18,8 mg/dl) e finalmente, quando os níveis séricos da bilirrubina se encontram mais elevados, atinge as palmas das mãos e plantas dos pés (Zona V: BI superior a 15 mg/dl). Enquanto a icterícia branda é observada apenas na face, a intensa o é nas palmas das mãos e plantas dos pés (DEUSTSCH, 2001; ALMEIDA; DRAQUE, 2004).

Esta avaliação da intensidade da icterícia é subjetiva e tendente a variações individuais, sobretudo em neonatos com diferentes pigmentações de pele e naqueles avaliados em locais de pouca luz. A presença da icterícia abaixo da linha mamilar tem uma sensibilidade de 76% e especificidade de 60% para a identificação destes neonatos. Desse modo, apesar de amplamente utilizada, a progressão céfalo-caudal da icterícia não tem provado ser um bom preditor da gravidade da hiperbilirrubinemia (ALMEIDA; DRAQUE 2004).

Assim, para avaliar a bilirrubina dos neonatos de modo mais objetivo, foram desenvolvidos aparelhos sofisticados que utilizam princípios da espectrofotometria para mensurar a bilirrubina transcutânea de forma não invasiva. A exemplo, o *bilichek*, ou analisador de bilirrubina, é um aparelho provido de película descartável, o qual, em contato com a fronte do bebê, fornece o valor da bilirrubina sem a necessidade de colher amostras de sangue. Segundo relatam Almeida e Draque (2004, p.332):

[...] teoricamente, o aparelho permite uma medida de BT (Bilirrubina total) que é independente da raça, da idade e do peso do RN[...] na prática vários estudos tem demonstrado uma excelente correlação(coeficiente de 0,91 a 0,93) entre as medidas de bilirrubina através do *bilichek*[...]

Conforme observado no serviço onde atuamos, a enfermeira tem a oportunidade de realizar esta verificação, quando prescrita, em neonatos com hiperbilirrubinemia. Contudo, não se constitui em rotina, em virtude, talvez, dos custos relativamente altos. Em corroboração a nossa opinião, como enfatizam Almeida e Draque (2004), apesar da praticidade, a determinação da bilirrubina transcutânea ainda é onerosa em nosso meio.

A nosso ver, independente do método de avaliação da icterícia, o essencial é ser detectada em tempo hábil para se poder instituir imediatamente a forma terapêutica mais adequada no intuito de evitar maiores danos ao neonato.

Entre os métodos indicados para o tratamento da hiperbilirrubinemia dois são

citados por Reichert e Fogliano (1995), Deutsch (2001), Tamez e Silva (2002) e Nascimento (2004): a exsangüineotransfusão, representada pela troca sangüínea do neonato, com vistas a corrigir a anemia e remover mecanicamente a bilirrubina presente, evitando sua deposição no tecido cerebral e a fototerapia, tratamento baseado na utilização da luz e que consiste na exposição do RN despido a uma fonte de luz fluorescente ou halógena. A fototerapia, tratamento por exposição à luz, é utilizada como terapia inicial da icterícia neonatal.

Todavia e apesar dessa indicação, segundo Tamez e Silva (2002) e De Carvalho (2003), a decisão de quando iniciar a fototerapia vai depender do tipo de icterícia, dos níveis séricos de bilirrubina, da idade e do peso do RN.

2.2 Retrospectiva histórica da luz em terapia: da luz solar ao bilitron

A partir de 1958 a luz em terapia vem sendo utilizada para prevenir a encefalopatia bilirrubínica. Mas, afinal, como tudo começou? Como exposto por Turrini (1988), em Essex, na Inglaterra, a equipe do berçário observou que as crianças mais próximas à janela estavam menos ictéricas em comparação às que permaneciam nos locais mais escuros, e ainda que havia a diminuição da pigmentação amarelada da pele quando as crianças eram expostas ao sol por curtos períodos.

No entanto, segundo referência, já em 1956, conforme observou a enfermeira J. Ward, as crianças que tomavam banho de sol nos jardins do Rockford General Hospital, em Essex, perdiam o tom amarelado da pele. Portanto, foi ela a primeira profissional a constatar que a luz curava os recém-nascidos (COBERTOR..., 2001).

A partir de 1958, consoante relatado por Cremer, o nível sérico da bilirrubina de recém-nascidos ictericos era altamente fotossensível, e diminuía 30%, quando estes eram expostos por uma hora à luz do sol. O método na época foi muito criticado por se duvidar da sua eficácia e por serem desconhecidos os seus efeitos colaterais (TURRINI, 1988).

Desde a sua descoberta, através da luz solar, a fototerapia tem evoluído significativamente, e os equipamentos empregados para este fim são os mais variados. De acordo com Almeida e Lira Filho (2000), De Carvalho (2003) e Almeida e Draque (2004), a fototerapia pode ser ministrada através de vários aparelhos fabricados no mercado nacional, citados a seguir:

Fototerapia convencional: aparelho convencional, que utiliza 6 a 8 lâmpadas fluorescentes brancas de 20W dispostas paralelamente entre 40 e 50 cm posicionadas acima do berço comum ou à parede superior da incubadora. As lâmpadas devem ser protegidas com placa de acrílico com a finalidade de evitar acidentes e filtrar os raios ultravioleta, pois estes podem provocar eritema no RN.

Spot: fonte de luz halógena com uma lâmpada de quartzo halógena (400 a 550 nm) de 75 W, que emite maior irradiância de luz, posicionada perpendicularmente à parede superior da incubadora à distância de 50 cm do refletor ao colchonete onde está o RN, de modo que a luz incida desde a região superior do tórax até a raiz das coxas do bebê. O *spot* é indicado para neonatos com peso ao nascer inferior a 2000 g devido à relação entre a incidência do foco luminoso e a superfície corpórea.

Fototerapia inferior: fototerapia refletiva de alta intensidade, que utiliza sete lâmpadas, duas brancas de cada lado e três azuis no centro, protegidas por uma placa de acrílico e dispostas horizontal e paralelamente abaixo de um colchonete transparente

de silicone medicinal sobre o qual o RN repousa. Esse conjunto de lâmpadas emite luz de baixo para cima, atravessando a parede inferior do berço de acrílico, e alcança o neonato ali deitado.

A irradiância (quantidade de energia liberada) medida ao nível do colchonete com lâmpadas azuis e/ou brancas nacionais gira em torno de 17 a 19 $\mu\text{W}/\text{cm}^2.\text{nm}$ (microwatts por centímetro quadrado de nanômetro), a temperatura do colchonete entre 31 e 34°. Este tipo de equipamento não é muito adequado para recém-nascido de muito baixo peso, visto que só pode ser utilizado em berço de acrílico e a temperatura ambiente. Portanto, é mais apropriado para o RN acima de 2000g.

A fototerapia de alta intensidade criada por De Carvalho e colaboradores é comumente utilizada em berçários e Alojamento Conjunto (DE CARVALHO; LOPES; BARRETO NETO, 1999)

Com vistas a um melhor aproveitamento da luz periférica, normalmente seria dissipada, as paredes laterais do referido berço de acrílico recebem a aplicação de película refletora semitransparente, enquanto a abertura superior recebe a sobreposição de uma lâmina arqueada, de acrílico, com a superfície interna também recoberta por um filme refletor, de modo a jogar a luz, que normalmente se perderia, de volta para o corpo do paciente (DE CARVALHO, 2003).

Conforme o nível de bilirrubina, o RN poderá utilizar fototerapia associada. A fototerapia refletiva de alta intensidade, uma das modalidades de tratamento fototerápico, pode ser utilizada em conjunto com a fototerapia halógena, simples (um aparelho) ou dupla (dois aparelhos). Entretanto, em RN com icterícia grave, pode-se associar dois aparelhos de fototerapia halógena. Este tipo de fototerapia tripla permite ao neonato receber de forma integral (por todo o corpo) luz de alta intensidade.

Em face da queda significativa dos níveis séricos da bilirrubina, em curto espaço de tempo, a fototerapia de alta intensidade tem diminuído significativamente o número de exsangüineotransfusões em neonatos. Tal realidade tem sido constatada por nós tanto nos serviços onde atuamos como docente e enfermeira assistencial como em estudos realizados.

De Carvalho (2003, p.23) faz referência a estudo clínico randomizado e controlado onde foi constatado que

[...] após 24 horas de tratamento, a queda dos níveis séricos da bilirrubina é cerca de seis vezes maior em recém-nascidos tratados com esta fototerapia de alta intensidade do que naqueles expostos à fototerapia convencional (29% vs 4%).

Outros aparelhos usados na fototerapia são os seguintes:

Octofoto: aparelho com *design* semelhante ao foto convencional, com capacidade para oito lâmpadas fluorescentes azuis. De fácil posicionamento dos movimentos verticais e angulares, pode ser utilizado em Berço de Calor Radiante (BCR), incubadora e/ou berço comum. Proteção em acrílico para raios infravermelhos e ultravioleta (FANEM...,2005).

O uso de lâmpadas azuis especiais, do octofoto, posicionadas a 35 cm acima do colchonete, fornece uma irradiância próxima a 30 $\mu\text{W}/\text{cm}^2.\text{nm}$. Entretanto, estas lâmpadas, indicadas no caso de hiperbilirrubinemia intensa, têm alguns inconvenientes: podem provocar cefaléia, tontura e náusea nos profissionais da equipe de saúde, bem como prejudicar a avaliação de cianose nos neonatos.

Colchão de fibra óptica: outra modalidade terapêutica, esta disponível no mercado internacional, segundo relatam Almeida e Lyra Filho (2000), são os colchões

de fibra óptica, que, a partir de feixes de luz conduzidos por fibra óptica, emitem diversos níveis de irradiância. Esse tipo de colchão emite uma luz azulada e pode ser envolto no tórax e abdome do neonato, ou colocado sobre o seu dorso, permitindo sua livre movimentação.

Conhecido como *biliblanket* nos Estados Unidos, pode ser considerado um marco na história da fototerapia. Além de beneficiar o RN com alto nível de bilirrubina, possibilitará à mãe aconchegar seu bebê ao colo enquanto este é tratado pela luz (COBERTOR..., 2001).

Esse tipo de colchão que estava em fase de testes no Brasil, com suporte técnico dos laboratórios da UNICAMP, hoje é uma realidade. Sua potência espectral é de $2700 \mu\text{W}/\text{nm}$, sua área irradiadora de $10 \times 18 \text{ cm}^2$ e pesa apenas 400gramas. Sua portabilidade permite o uso doméstico, pois o sistema minimiza os perigos potenciais apresentados por outros tipos de equipamentos (BLANKET LUX..., 2005).

Este cobertor de luz ou manta azul é tecido com fibras ópticas que emitem luz azul para o tratamento fototerápico. Usada diretamente sobre a pele do bebê, a manta azul pequena é acoplada a um fio de fibras localizado distante do corpo, diminuindo riscos. Além do conforto, reduz custos hospitalares, filtra o calor e as faixas indesejáveis do espectro da luz, sobretudo a infravermelha e a ultravioleta, deixando passar apenas a azul, que resolve o problema da bilirrubina (JORGE, 2002).

A irradiância emitida pela manta de luz é alta e está compreendida entre 35 a $60 \mu\text{W}/\text{cm}^2.\text{nm}$; contudo, em face da pequena superfície corporal exposta à luz, em especial pela mobilidade do neonato, a eficácia do tratamento pode ficar prejudicada(DE CARVALHO, 2003).

Como a manta azul é portátil pode ser usada no domicílio. Segundo afirma o professor Fernando Fachini, idealizador da manta no Brasil, “a grande vantagem da manta é que ela pode ser usada dentro de incubadora em casos de bebês prematuros” (JORGE, 2002).

Esta afirmação é sustentada por De Carvalho (2003) quando refere que na prática clínica a manta azul é mais eficaz em RN prematuros em virtude da maior superfície corporal exposta à luz porque estes pequenos pacientes são relativamente pouco ativos e, portanto, têm menos possibilidade de saírem do colchão luminoso, diminuindo a área corporal em contato com a luz.

Com a utilização da manta, não há necessidade de interromper o tratamento durante a amamentação. Desse modo, a mãe pode aconchegar o filho por mais tempo junto a si enquanto ele recebe o banho-de-luz.

Conforme entendemos, outro aspecto altamente positivo é que, ao utilizar a manta, o bebê não necessita da proteção ocular. Isto evita desconforto, lesões à sua pele sensível, afecções oculares e, o mais importante, propicia o contato olho-a-olho com a mãe, com o pai, com os componentes familiares e com os profissionais de saúde. Na nossa concepção, é uma forma de humanizar o cuidado ao RN sob fototerapia.

Bilitron: a menor fototerapia microprocessada utiliza 5 super *LEDs* (*lighting-emitting-diodes*) como fonte de luz azul. Consoante Almeida e Draque (2004), o *lighting-emitting-diodes* é um método para fornecer luz de alta intensidade que utiliza diodos de nitrito de gálio com luz de espectro estreito (azul, verde, azul-verde, entre outras).

Além da inédita variação de intensidade de irradiação, controle de tempo de

fototerapia e de tempo de fonte emissora, o bilitrón possui programa para listagem de diversos equipamentos, memorização das medições e saída para computador. O aparelho pode ter dupla função se for incorporado à sonda óptica opcional, transformando-o em fototerapia e radiômetro (monitor para o acompanhamento e a mensuração do espectro azul da luz visível dos sistemas de fototerapia para os recém-nascidos, com uma única faixa de leitura e indicação digital em $\mu\text{W}/\text{cm}^2.\text{nm}$) O bilitrón está disponível em três versões (com pedestal móvel, com adaptador para berços aquecidos e com aplicação direta sobre a incubadora), e substitui os volumosos e pesados equipamentos até então existentes. O equipamento foi apresentado na MÉDICA - Feira Mundial de Medicina, em Düsseldorf, na Alemanha. Em junho de 2004, o público brasileiro pôde conferir o equipamento exposto na Hospitalar-2004. O produto recebeu em setembro do mesmo ano a certificação do INMETRO(HOSPITALAR, 2005...).

Esta nova modalidade terapêutica, provoca menos efeitos colaterais e já é uma realidade em algumas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, tanto em instituições da rede pública quanto da privada, a exemplo da Unidade Materno Infantil (HC 2) do Hospital da Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília- SP(FANEMA, 2005...)

Também em Fortaleza, segundo informações das gerentes da equipe de Enfermagem da UTIN da Gastroclínica, e do Hospital Geral de Fortaleza-(HGF), o bilitrón está sendo utilizado, e beneficia assim os neonatos com quadro de hiperbilirrubinemia severa.

2.3 A Enfermagem e a fototerapia: a luz que cuida e a luz que trata

2.3.1 Fototerapia – riscos e benefícios

Os mecanismos de ação da fototerapia, como referem Tamez e Silva (2002), baseiam-se na fotoisomerização e na fotooxidação. O primeiro consiste na fragmentação estrutural da bilirrubina, formando isômeros geométricos transportados pelo plasma e excretados na bile; parte dessa bilirrubina é eliminada através do mecônio. No segundo, ocorre a produção de complexos pirrólicos, solúveis em água e excretados pela urina.

Segundo Almeida e Lyra Filho (2000) e De Carvalho (2003), a eficácia da fototerapia depende do comprimento de onda da luz, da irradiância, da superfície corpórea do neonato exposto à luz, do nível sérico da bilirrubina indireta e da causa da hiperbilirrubinemia indireta.

Apesar dos seus efeitos benéficos no tratamento da hiperbilirrubinemia neonatal, a fototerapia não é isenta de riscos. Há algumas complicações do seu uso, embora de menor importância se comparadas àquelas que o neonato apresentaria se não a usasse, como: a perda insensível de água, o aumento do número de evacuações, alterações das hemácias, letargia, eritemas, diminuição da velocidade do crescimento na segunda infância, bronzeamento, queimaduras, possibilidade de lesão na retina (TURRINI, 1988; BARBOSA, 1998; TAMEZ; SILVA, 2002; ALMEIDA; LYRA FILHO, 2000; SANDOVAL, 2000).

Em razão desses efeitos deletérios citados na literatura, entre os cuidados necessários com o RN durante a exposição à fototerapia, considera-se a proteção

ocular opaca imprescindível com a finalidade de prevenir possível lesão dos fotorreceptores da retina.

Como enfatizado por Campos (2003), é de responsabilidade da enfermeira o cuidado com o perfeito ajuste desta máscara, o suficiente para evitar a penetração dos raios luminosos sem causar desconforto ao RN ou pressionar os globos oculares ou impedir a circulação.

Segundo adverte Kenner (2001, p. 236), “a pressão direta sobre os globos oculares pode causar bradicardia reflexa”.

Outro comentário, de Oliveira (2002, p. 303), é também pertinente. Conforme enfatiza, alguns estudiosos, como Viegas, Moraes e Miura (1991) sugerem que “o recém-nascido deva ter os genitais protegidos, pela possibilidade futura de causar esterilidade nas gônadas masculinas”.

Alguns autores corroboram esta opinião, como Poland e Ostrea Jr. (1982); Reichert e Fogliano (1995); Deustch e Nicolau (2001); Sousa (2001) e Tamez e Silva (2002). Segundo ressaltam, o RN durante a exposição à fototerapia deve permanecer com os genitais cobertos. Inclusive Sousa (2001) sugere que, conforme a rotina hospitalar, a região peniana poderá ser protegida com compressas durante a exposição do neonato à fototerapia.

Outros estudiosos, entretanto, afirmam o contrário, a exemplo de Pizzato e Da Poian (1988) e Gomella (1994). Consoante recomendam, o neonato deve estar totalmente despido para que ocorra incidência da luz sobre toda a superfície corpórea. De Carvalho (2003, p.15) desaconselha totalmente o uso de fraldas em RN icterícos em fototerapia e alerta:

O uso de fraldas em recém-nascidos ictericos submetidos à fototerapia, por diminuir a superfície corporal exposta à luz, reduz consideravelmente a eficácia da fototerapia e, desta forma, deve ser evitado.

Todavia, sugere Kenner (2001), os genitais do RN devem ser cobertos por fraldas, nas dimensões de uma máscara descartável, apenas para recolher urina ou fezes, mas a maior parte da superfície da pele deve ficar exposta à luz. A recomendação da autora corrobora nossa prática e rotina do serviço onde atuamos. A utilização de fraldas recortadas nas bordas permite maior abrangência dos raios luminosos no corpo do RN além de contemplar os cuidados de Enfermagem com a higiene do RN, ao evitar que fezes e urina sujem o bebê e o colchão. Ao mesmo tempo, esta utilização pode prevenir possível resfriamento.

Além das complicações mencionadas, conforme relata Turrini (1988) em estudo utilizando a escala de Brazelton para avaliação do comportamento neonatal, registraram-se alterações e efeitos da fototerapia sobre o RN, tais como: a diminuição da capacidade de uma resposta afetiva ótima, alterações do estado de sono com diminuição de horas dormidas e, finalmente, pela quebra do relacionamento mãe-filho, a persistência da desorganização do sistema nervoso central associada à hiperbilirrubinemia. Ainda segundo ressalta a autora, estes efeitos persistem após o término do tratamento fototerápico.

Contudo e apesar de prováveis complicações e alterações advindas do tratamento fototerápico, concordamos com Turrini (1988), para quem o uso da fototerapia modificou profundamente a evolução do tratamento da doença hemolítica do RN.

Como podemos perceber, os benefícios da luz em terapia excedem os riscos a que os neonatos estariam expostos em caso de uma hiperbilirrubinemia não controlada.

Todavia, é preciso asseverar a necessidade de uma assistência de Enfermagem intensiva, de qualidade e humanizada, para que a luz em terapia cumpra seu propósito, qual seja, tratar a icterícia do neonato.

2.3.2 Cuidados de Enfermagem ao neonato sob fototerapia

A assistência de Enfermagem ao RN sob fototerapia está voltada para os cuidados com o uso do equipamento e a prevenção ou minimização dos efeitos decorrentes da sua utilização pelo RN (CAMPOS; BARROSO, 2003)

Assim, apresentamos uma síntese dos principais aspectos a serem contemplados no cuidado humanístico de Enfermagem ao RN sob fototerapia, segundo a concepção de alguns autores (Reichert e Fogliano, 1995; Campos, 2000; Sousa, 2001; Kenner, 2001; Silva, 2002; Tamez e Silva, 2002; De Carvalho, 2003; Campos e Cardoso, 2004, Almeida e Draque, 2004; Borrozzino e Almeida, 2004), que valorizam o toque carinhoso ao manuseio do pequeno ser-recém-nascido, um ser humano que necessita carinho, atenção e amparo para sobreviver.

A esse respeito, sabiamente Boff (1999, p. 109) afirma:

O ser humano nasce inteiro, mas não está pronto. Está ainda a caminho e por isso é um ser em desamparo. Para sobreviver [...] corporalmente necessita de alimento e de água. Psicologicamente é essencial sentir-se aceito na família e na comunidade. Espiritualmente carece identificar um sentido plenificador que transfigure as angústias e ilumine o mistério da vida e da morte.

Corroboramos o pensamento de Boff, que vem ao encontro da nossa concepção e visão de mundo, e por entendermos que o ato de cuidar humanístico está intimamente relacionado ao bem-estar e ao estar - melhor do binômio mãe-filho, nessa

perspectiva, concordamos com o pensamento de Carvalho (2001, p.31) quanto ao acolhimento do neonato e da família na UIN:

Quando recebemos um recém-nascido para nossos cuidados é prioritário lembrarmos que ele não existe sem sua mãe e que esta traz consigo o companheiro e seus familiares de quem necessita e espera apoio, atenção e a possibilidade de partilhar todas as suas experiências no momento

Cuidados de Enfermagem ao neonato sob fototerapia – ênfase na humanização

- Lavar as mãos para evitar contaminação
- Realizar o toque carinhoso ao manuseio como forma de humanização do cuidado ao RN
- Despir o RN mantendo os genitais cobertos para que a ação da fototerapia atinja uma superfície mais extensa, além de contemplar a higiene do RN. Vale ressaltar que para atingir estes objetivos, ou seja, a otimização da fototerapia e a higiene do neonato, em nosso serviço as fraldas são recortadas
- Mensurar o peso do RN antes de iniciar o tratamento. A fototerapia causa desidratação. Pesar o RN antes de iniciar o tratamento serve como parâmetro para mensurar os efeitos colaterais
- Fechar os olhos do neonato antes da colocação da venda. Evitar lesões de córnea e penetração da luz
- Proteger os olhos com venda ocular estéril apropriada, de tamanho adequado e bem ajustada, sem pressionar os olhos do RN, com vistas tanto a proteger os olhos do RN da intensidade da luz, pois esta pode lesionar a retina, como evitar

contaminação e não permitir a passagem da luz, sem pressionar os globos oculares, prevenindo a bradicardia reflexa

- Observar se há obstrução nasal causada pelo protetor ocular. Este deve ser de tamanho adequado ao tamanho da face do RN para evitar mais um agravo ao neonato, inclusive apnéia
- Posicionar o RN confortavelmente para diminuir o estresse e reforçar o sistema motor. Enfatizar a humanização do cuidado ao neonato
- Ligar o aparelho supervisionando a aparelhagem quanto à segurança mecânica, elétrica, térmica, vida útil das lâmpadas. Verificar se existe lâmpadas queimadas, fios desencapados e a irradiância emitida para garantir a eficácia do tratamento
- Manter a distância da fonte luminosa de 45 a 50 cm até a superfície corpórea a ser irradiada para oferecer uma irradiância adequada e sem riscos à pele sensível do RN
- Trocar a proteção ocular a cada 24 horas para evitar contaminação. Realizar limpeza e inspeção ocular externa a cada turno para detectar qualquer tipo de alteração. Os neonatos que necessitam de protetores oculares durante a fototerapia apresentam maior predisposição para a colonização por bactérias na secreção conjuntival. Aproveitar esse momento para interagir com o RN e realizar a estimulação visual. São formas também de exercitar o cuidado técnico aliado ao ato de cuidar humanístico
- Promover a mudança de decúbito a cada três horas ou de acordo com a rotina do serviço, no intuito de permitir que o RN receba a ação da terapêutica da fototerapia uniformemente

- Controlar rigorosamente a temperatura axilar e da incubadora para evitar a hipertermia e conseqüente aumento da perda insensível de água, de peso e desidratação
- Hidratar a cada 30 minutos ou a cada hora, caso o RN não esteja em hidratação venosa ou aleitamento materno, respeitando-se a rotina do serviço. Estar atento aos sinais de desidratação: diminuição do turgor cutâneo, afundamento dos olhos e fontanela, taquicardia, ressecamento das mucosas, perda ponderal e diminuição da diurese
- Mensurar o peso do RN diariamente para avaliar a perda ponderal em decorrência da perda insensível de água
- Realizar balanço hídrico, a cada seis horas, avaliar a diurese, e se possível pesar o RN duas vezes ao dia. Devido à perda insensível de água, em torno de 40%, é necessário monitorizar a diurese e a hidratação do RN sob fototerapia
- Observar condições gerais do neonato; estado de hidratação e alterações da pele; características das fezes (cor, consistência, freqüência, quantidade); características da urina (cor, freqüência e volume). Sinais de letargia, hipotonia, sucção débil, hipertonia (opstótomo) devem ser valorizados e comunicados, devido à possibilidade de *Kernicterus*. As fezes podem apresentar-se amolecidas e de cor castanho-esverdeada; a urina também pode se tornar escura devido à presença de produtos de fotodegradação da bilirrubina
- Mensurar a irradiância das lâmpadas a cada turno para garantir a ação terapêutica. Uma irradiância abaixo ou acima do preconizado para cada tipo de lâmpada pode ser ineficaz ou causar danos ao RN

- Interromper a fototerapia por alguns minutos durante certos procedimentos de Enfermagem (banho, troca de fraldas, coleta de sangue para BTF-Bilirrubina Total e Frações). Este cuidado visa possibilitar maior tempo de exposição do neonato à luz, além de evitar que o resultado do BTF seja mascarado pela fototerapia
- Orientar a mãe a oferecer o seio materno mais vezes, caso o RN esteja sendo amamentado. Além de reforçar o vínculo afetivo, o leite materno vai favorecer a eliminação da bilirrubina mais rapidamente pelo trato gastrintestinal
- Incentivar a visita dos pais e familiares. Permitir aos pais verbalizarem suas preocupações e possíveis dúvidas sobre o procedimento terapêutico e estado clínico do bebê
- Promover a presença e o contato amoroso dos pais com o RN. Estabelecer um canal de comunicação entre a Enfermagem e os pais do RN em linguagem clara e compreensível para tranquilizá-los e minimizar as preocupações com o tratamento e estado clínico do bebê.
- Retirar a proteção ocular (envolvendo-a com gaze estéril) durante a visita da mãe ou durante o aleitamento materno. Tranquilizar a mãe sobre a integridade dos olhos do seu filho. Estimular e favorecer a interação do binômio mãe-filho e tranquilizar a mãe quanto à visão do RN. A fototerapia dificulta a interação mãe-filho. Durante a alimentação e quando da visita dos pais, a prática da descontinuidade da fototerapia, com a retirada da cobertura dos olhos, é recomendável, exceção feita em hiperbilirrubinemia severa

- Proteger o RN de possíveis danos mediante o uso correto da aparelhagem, no intuito de diminuir o tempo de exposição e evitar riscos à sua integridade física.

2.3.3 A comunicação com a mãe do recém-nascido sob fototerapia

Acolher a mãe que chega à unidade para visitar o filho internado é uma forma de amenizar os sentimentos por ela experimentados em decorrência da separação de seus filhos e de humanizar a assistência na Unidade de Internação Neonatal (CAMPOS, 2003).

A equipe de saúde da UTIN, ou das UMR, deve estar atenta e sensibilizada para manter a família do RN informada sobre o estado clínico e tratamento ao qual o neonato é submetido. É dever desta equipe usar linguagem clara e acessível no repasse destas informações.

Consoante Lopes et al. (1998), a comunicação adequada minimiza a ansiedade, amplia a capacidade do cliente em assimilar as informações a ele transmitidas e estabelece um vínculo altamente proveitoso e satisfatório.

Para Matos (2004), o mais importante na comunicação é saber ouvir para poder compreender e interpretar com exatidão o conteúdo da mensagem transmitida e a intenção do seu emissor. Desse modo, é favorecido o retorno da informação, que marca o início do diálogo e que, por sua vez, garante a qualidade do relacionamento humano.

Conforme observado, a dinâmica no âmbito de uma UTIN onde impera o aparato tecnológico e a equipe multiprofissional está quase sempre envolvida em

inúmeros procedimentos, situações estressantes, urgências e intercorrências, e, além de não se constituir em uma visão agradável para a mãe e/ou os familiares ali presentes para visitar o pequeno ser - recém-nascido, sem dúvida, inviabiliza o encontro, o diálogo e a comunicação efetiva entre estes e os profissionais de saúde.

Muitas vezes a presença da mãe e/ou dos familiares não é percebida ou valorizada. De modo geral, os profissionais da equipe de saúde estão absorvidos em inúmeras atividades com a finalidade precípua de salvar vidas e garantir a sobrevivência dos neonatos nas melhores condições possíveis. Isto porque, como assinala Souza (2003), na UTI o foco do cuidado está voltado para um papel mais tecnológico, em resposta à disponibilidade de aparelhos invasivos ou não-invasivos que monitorizam sistemas orgânicos.

Para Christoffel e Santos (2003), a princípio a equipe de Enfermagem se depara com a dimensão concreta e objetiva do cuidado, ou seja, o corpo físico e biológico do neonato, utilizando dados concretos da condição física, real e potencial deste pequeno paciente. Esses dados são parte de um atributo técnico para iniciar as ações voltadas para o cuidado.

Nestas circunstâncias, os profissionais da equipe de saúde, de modo geral, acabam por assumir posturas e atitudes técnicas e mecanicistas que findam por inviabilizar as relações interpessoais e a comunicação efetiva da equipe de saúde e a mãe e/ou família do RN sob fototerapia.

Entretanto, de acordo com Silva (1996), apenas pela comunicação efetiva o profissional poderá ajudar o paciente a conceituar seus problemas, enfrentá-los, visualizar sua participação na experiência e alternativas de solução destes, além de auxiliá-lo a encontrar novos padrões de comportamento.

Na concepção de Collière (1999, p.136):

A evolução do trabalho de Enfermagem segue o trabalho médico. Com a especialização do trabalho médico, a enfermeira vê-se incumbida de um conjunto de tarefas que, dantes, pertenciam ao médico [...] as enfermeiras que seguem a via traçada pela filiação médica manifestam uma crescente atração pela tecnicidade [...]

Com o advento de novas tecnologias e a instauração das UTINs observa-se uma Enfermagem cada vez mais especializada na qual a singularidade do neonato e suas reações ficaram em segundo plano (CHRISTOFFEL; SANTOS, 2003).

Em corroboração às autoras recém-citadas, acrescentamos que não apenas as reações do RN são subestimadas, mas as reações, os sentimentos manifestos por expressões verbais ou não-verbais da mãe também são pouco valorizados ou às vezes nem são valorizados.

Em nossa experiência como enfermeira de UTIN, onde também impera a tecnologia em um ambiente cada vez mais sofisticado, temos observado que as mães, na maioria das vezes, desejam apenas um gesto de atenção, um olhar de carinho, uma palavra de encorajamento, de incentivo, enfim, de serem olhadas face-a-face.

Oliveira (2001) considera ser fundamental a sensibilização do profissional de saúde para se poder oferecer um cuidado humanizado ao recém-nascido, à sua mãe e à sua família.

Assim, é importante sempre transmitir as informações com clareza e objetividade, no nível do entendimento desses pais, valorizando suas crenças e valores. De modo especial, as mães em face do desconhecimento da terapia luminosa, mostram-se apreensivas diante do filho submetido a esta modalidade terapêutica, por elas denominada de banho-de-luz.

Aliado a esse desconhecimento, encontram-se fragilizadas em virtude da expectativa da recuperação de seus filhos. Em um ambiente estranho, longe da família, necessitam de um suporte humano e emocional para poderem superar estes momentos difíceis. Nós profissionais de saúde podemos e devemos nos empenhar para que a comunicação com os pais se estabeleça de forma efetiva, e desse modo sintam-se estimulados em estar - com seus filhos na UTIN.

Paterson e Zderad (1988) nos levam a refletir a Enfermagem como uma resposta confortadora de uma pessoa para outra em um momento de necessidade, de bem-estar e do vir-a-ser.

Nesse sentido, como profissionais integrantes da equipe de saúde precisamos estar atentos às expressões verbais e não-verbais deles emanadas. Como comenta Silva (1996), o profissional de saúde deve atentar para a linguagem corporal do paciente, procurar perceber em cada contexto os seus sentimentos. Isto porque as pessoas dificilmente falam sobre estes. Ainda conforme a autora enfatiza, a maior parte das questões realmente importantes e íntimas das pessoas não é verbalizada. Esta afirmação nos alerta para a comunicação não-verbal do cliente.

Na visão de Polak (1997, p. 41), "é necessário escutar, compreender o que expressam os sujeitos nas situações de Enfermagem [...] é preciso reaprender a ver e a ouvir, reaprender a linguagem que objetiva o subjetivo do homem através do corpo [...]".

Na nossa compreensão, o exercício da Enfermagem implica e envolve necessariamente a relação interpessoal entre o ser-cuidador e o ser-cuidado. Fica evidente a importância do processo de comunicação para tornar verdadeiramente concreta a relação sujeito-sujeito.

Segundo afirmam Jesus e Cunha (1998), no sentido da humanização e personalização da assistência de Enfermagem é necessário que a interação enfermeiro-cliente seja efetiva, pois sem envolvimento é impossível uma percepção mais clara do outro.

Em um mundo de homens e coisas, aqui considerados pela pesquisadora como o ambiente da UTIN onde profissionais da equipe de saúde transitam em meio a instrumentos e equipamentos, a presença das mães carentes de informações, de cuidados e atenção muitas vezes não é percebida. Nesse contexto, a Enfermagem humanística revela-se no estar - com o outro em um processo de interação humana, de comunicação, de comunhão. Chamados e respostas entre a enfermeira e a mãe do recém-nascido sob fototerapia podem ser interpretados como um processo de comunicação efetiva, onde alguém chama e o outro responde simultaneamente.

Consoante Cardoso e Pagliuca (1999, p.88), “nesse espaço surge o enfermeiro, que mostra na sua própria formação o zelo, a arte, a expressão dialógica ao cliente. Surge como um elemento de orientação, estimulação, educação junto à família [...]”.

As inquietações sobre o mundo da assistência impulsionam o profissional a buscar novos conhecimentos para transformar a realidade. Nesse sentido, é necessário estarmos eternamente insatisfeitos e inquietos.

Brüggeman (2003)

3.1 O caráter humanístico: definindo o referencial para nortear o caminho

Na busca e construção de um referencial teórico adequado para a abordagem proposta neste estudo, levamos em consideração as vivências advindas da nossa prática profissional na Unidade de Internação Neonatal junto à mãe do neonato sob fototerapia, acrescidas da experiência adquirida nos resultados na dissertação de mestrado (2003). Assim, optamos pelo Processo da Enfermagem fenomenológica da Teoria de Enfermagem Humanística de Paterson e Zderad (1976), por considerá-lo adequado para subsidiar o processo de comunicação junto à mãe do neonato sob fototerapia.

3.2 Teorias de Enfermagem: algumas considerações

Ao longo da sua história profissional, a Enfermagem vem trilhando caminhos que têm possibilitado por meio de uma reflexão crítica apoiar sua prática em conhecimentos teórico-científicos (PAGLIUCA; CAMPOS, 2003).

“Desde seus primórdios, a enfermagem vem acumulando um corpo de conhecimentos e técnicas empíricas e hoje desenvolve teorias relacionadas entre si que procuram explicar estes fatos à luz do universo natural” (HORTA, 1979, p.7).

Como afirma Vietta (1987), toda ciência tem uma linguagem peculiar,

representada pelos conceitos norteadores da compreensão e descrição da realidade e na edificação do conhecimento.

No entanto, como enfatiza Torres (1993), sem a teoria, os conceitos são de pouca valia para influenciar a prática de Enfermagem. Conforme afirma a autora, os conceitos e suas definições são essenciais à compreensão de uma teoria, e esta se constitui em uma forma sistemática de olhar para o mundo para descrevê-lo, explicá-lo, prevê-lo ou controlá-lo. Considera ainda as teorias como um conjunto de conceitos inter-relacionados que proporcionam uma visão sistemática de um fenômeno

Para Chinn (1998), as teorias emergiram para a Enfermagem em virtude do potencial de influências das interações e transações ocorridas em todos os aspectos humanos experienciados em todo o mundo.

Meleis (1997, p.7) define teoria de Enfermagem como uma “conceitualização articulada e comunicada da realidade inventada ou descoberta na Enfermagem com a finalidade de descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de Enfermagem”.

Segundo Carvalho e Rossi (1998), as teorias de Enfermagem são o corpo de conhecimentos que expressam a preocupação com o *status* da profissão e com a identificação de suas bases teóricas.

Outra pesquisadora, Cardoso (2001), afirma que a teoria parece algo estranho e distante da nossa práxis, mas, ao nos depararmos com o raciocínio e a aplicabilidade teórica, o aparentemente obscuro torna-se claro e prático.

“Ciência e teoria não são contemplativas, são práticas. A Ciência é práxis, é vontade de poder. Técnica é vontade de poder efetuada. A teoria é importante como guia de ação, para coleta de fatos, na busca de novos conhecimentos e que explica a

natureza da ciência” (HORTA, 1979, p. 5).

3.2.1 Teoria Humanística de Paterson e Zderad: características de uma teoria

A Teoria Humanística de Enfermagem, publicada em 1976 pelas teóricas Josephine G. Paterson e Loretta T. Zderad, ambas enfermeiras e professoras norte-americanas, descreve o que se denomina prática humanística de Enfermagem. Na opinião das autoras a teoria de uma ciência em Enfermagem se desenvolve a partir das experiências vividas pelo enfermeiro e pela pessoa que recebe o cuidado (PRAEGER, 2000).

Na década de 1960, preocupadas com questões relacionadas a situações profissionais e clínicas de Enfermagem e seus significados para a existência humana, as teóricas buscaram, mediante diálogo franco e aberto com um grupo de enfermeiras que concluíam seus estudos e já atuavam em hospitais, refletir, analisar e questionar suas experiências no âmbito profissional, com vistas a identificar fenômenos relevantes para a Enfermagem.

Desde então, a partir dessas discussões, delineararam-se os pressupostos da teoria que daria nova visão acerca de situações individuais só tratáveis sob uma perspectiva que valorize os seres humanos como únicos, livres e com potencial para vir-a-ser mais por meio da escolha e da intersubjetividade.

Consoante referem Paterson e Zderad (1979), pela reflexão chegaram a considerar, descrever e distinguir esses diálogos como lutas com, e não contra idéias dos outros. Comunicam suas idéias e, ao mesmo tempo, estão abertas às perguntas dos outros, esforçando-se para esclarecer e verdadeiramente comunicar e questionar a

si próprias e aos outros.

Não há, porém, uma maneira simples para definir a essência da Enfermagem humanística, pois sua preocupação centra-se nas experiências fenomenológicas dos seres humanos. Suas raízes acham-se no pensamento existencialista. O existencialismo é uma abordagem filosófica segundo a qual os indivíduos têm a possibilidade de livre escolha e, a partir dessa escolha, determinam a direção e o significado de sua existência (PRAEGER, 2000).

O termo existencialismo não pode ser definido com precisão. Todavia podem ser identificados alguns temas comuns a todos os escritores existencialistas. Em si mesmo o termo sugere um tema principal, com ênfase na existência individual, concreta e, em consequência da subjetividade, a liberdade individual e os conflitos da escolha (EXISTENCIALISMO... 2004).

A Enfermagem humanística ou fenomenológica de Paterson e Zderad evolui a partir da motivação de que a Enfermagem humanística deriva da Psicologia humanística. A forte influência que a teoria recebeu das obras literárias de psicólogos humanistas, fenomenologistas e existencialistas, como Marcel, Nietzsche, Hesse, Chardin, Bergson, Jung e Buber, é marcante e bastante clara nos trabalhos de Paterson e Zderad. **Humanistic nursing**, por exemplo, é o resultado de anos de experiência em Enfermagem clínica, na reflexão e exploração destas experiências, e retrata como foram estas vividas com clientes psiquiátricos, estudantes, enfermeiras e outros profissionais prestadores de auxílio.

Como expresso por Motta (1998, p.32),“a Fenomenologia procura atingir a essência dos fenômenos através do vivido da experiência efetiva no mundo”.

Na opinião de Damasceno (1997), o método fenomenológico pode ser um caminho para buscar o sentido de pensamentos, sentimentos, percepções e comportamentos. Assim, possibilita a compreensão do ser - humano.

Paterson e Zderad enfatizaram uma pergunta central, qual seja: Como as enfermeiras e os pacientes interagem? E como podem as enfermeiras desenvolver a base de conhecimento para as situações de Enfermagem? Para as autoras, essas situações vivenciadas por ambos são os constituintes da ciência da Enfermagem (MELEIS, 1997).

Consoante Cardoso, Araújo e Moreira (2000, p. 80), “a Teoria Humanística de Paterson e Zderad mostra uma ênfase na vida como esta é vivida, primando pelo diálogo e interação efetiva dos seres humanos para que consigam o bem-estar e o estar-melhor”.

Nesse sentido, segundo, percebemos que a Enfermagem pode ser vista como resposta a um chamado de ajuda: o paciente, ser-cuidado, e a enfermeira, ser que cuida, pois a Enfermagem humanística preocupa-se com as experiências fenomenológicas dos indivíduos e com a exploração das experiências humanas. “Exige que entremos na situação de Enfermagem completamente conscientes das lentes que usamos” (PRAEGER, 2000, p.242).

A teoria da prática de Enfermagem humanística, de acordo com as teóricas, propõe concretamente que as enfermeiras abordem a Enfermagem consciente e deliberadamente como uma experiência existencial. Por ser a Enfermagem uma experiência vivida entre seres humanos, existencial, é necessário se reconhecer a cada ser humano existindo singularmente em sua situação, lutando e diligenciando com seus companheiros para sobreviver e chegar a ser, para confirmar sua existência e entender

seu significado.

Na fenomenologia combinada com o humanismo em uma abordagem existencial-fenomenológica-humanista, há reverência à vida, que valoriza a necessidade de interação humana, para se determinar o significado originário do indivíduo ser-no-mundo (PRAEGER, 2000).

Conforme sabemos, a Teoria Humanística de Enfermagem foi influenciada filosófica e fenomenologicamente por vários pensadores. Entre os pensadores que inspiraram Paterson e Zderad destaca-se o filósofo e rabino Martin Buber como aquele cujas idéias existencialistas e humanistas influenciaram diretamente as teóricas. Buber, na sua obra **EU e TU**, de 1958, traz um pensamento no qual percebemos a atualidade marcante em suas reflexões. Esta se fundamenta no vigor com que suas reflexões tornam possíveis novas análises e no comprometimento deste pensamento com a realidade concreta e a experiência vivida. Buber ocupa-se da principal característica do homem: sua humanidade. O fato primordial do seu pensamento é a relação, o diálogo na atitude existencial da face-a-face (BESSA, 2001).

“O pensamento de Buber sobre os tipos de relação mostrou-se relevante para a prática de Enfermagem humanística ao focalizar a interação humana, no mundo vivido, criando as palavras princípio: EU-TU, EU-ISSO e NÓS” (CARDOSO; PAGLIUCA, 1999, p. 40).

Em seus estudos, Paterson e Zderad (1979) descrevem características especiais de relacionar-se derivadas de Buber, EU-TU, EU-ISSO e NÓS. Para Buber a relação EU-TU é marcada pelo diálogo intuitivo e intersubjetivo verificado quando um ser humano se envolve com o outro. Nessa relação sujeito-sujeito, cada um reconhece a singularidade do outro, e oferece ao outro a presença autêntica. Para as teóricas, a

autenticidade envolve respostas auditivas, olfativas, orais, visuais, táteis e sinestésicas, cada uma conferindo um significado singular à consciência do outro.

A relação EU-ISSO de Buber compreende a relação sujeito-objeto, embora guarde semelhança na forma como as pessoas interagem com os objetos, porém um objeto é aberto à investigação, enquanto o ser humano como objeto pode dar-se a conhecer ou obstaculizar esse conhecimento.

Finalmente, a relação NÓS é o fenômeno da comunhão. É o momento em que as pessoas se unem e lutam por um objetivo comum. Nesse sentido, como refere Buber, cada homem pode ser comparado à comunhão dos seus “TUS” internalizados.

3.2.2 Metaparadigmas na Enfermagem e na Teoria Humanística de Paterson e Zderad

Na Enfermagem, como em qualquer outra ciência, os conceitos são significativos, visto que possibilitarão aos cientistas e/ou pesquisadores categorizar, interpretar e dar sentido dentro da sua área específica do saber.

Conceitos são veículos, idéias, representações que envolvem imagens; eles são abstratos por natureza; tendem a possuir diferentes significados, e podem levar a interpretações diferentes (TORRES, 1993).

Além disso, na investigação científica, são essenciais a precisão, a logicidade, a objetividade e a clareza dos conceitos, pois estes refletem o que ocorre no mundo dos fenômenos.

Na concepção de Vietta (1987), o conceito é um agrupamento organizado de idéias sobre um conjunto de “*coisas*” que têm algo em comum, porém não são fatos ou fenômenos por si mesmos, mas o conhecimento desses fenômenos.

Conforme Fawcett (1983), estes conceitos vêm sendo mencionados por vários enfermeiros desde Nightingale (1859). A Enfermagem, consoante Hickman (2000), preocupa-se com quatro conceitos principais, os quais, juntos, formam o metaparadigma da Enfermagem: a pessoa da qual a Enfermagem cuida; o meio ambiente no qual a pessoa vive; o *continuum* saúde-doença, no qual a pessoa interage com o enfermeiro, e, finalmente, as ações de Enfermagem em si.

A teoria da de Enfermagem humanística também não foge a essa regra. Seus metaparadigmas são os seguintes:

O ser humano é visto a partir da sua individualidade, mas necessariamente relacionado com outros seres humanos, no tempo e no espaço; assim, a interdependência é inerente à situação humana. É por meio da escolha, das relações com os outros que o ser humano poderá vir-a-ser.

Segundo Araújo e Pagliuca (2005, p.44), o ambiente, “apesar de não claramente definido está presente e fundamenta a teoria, é algo concebido de forma subjetiva, transcendente e vai mais além do espaço físico”.

A saúde é considerada como uma questão de sobrevivência, como uma qualidade de vida ou morte. Pelo potencial dos indivíduos para o bem-estar e o estar -

melhor, a saúde é vista como algo mais do que simplesmente a ausência de doença.

Quanto à Enfermagem, é vista dentro do contexto humano; uma resposta confortadora de uma pessoa para outra em um momento de necessidade, com vistas ao desenvolvimento do bem-estar e do vir-a-ser. Para as teóricas, a Enfermagem pode ser considerada um tipo especial de diálogo, de comunicação entre o paciente que espera ser cuidado e a enfermeira que espera cuidar.

De acordo com Cardoso e Pagliuca (1999, p. 41),

O processo de relação caracteriza a profissão do enfermeiro, na qual um ser humano ouve atentamente o outro com o objetivo de lhe prestar ajuda. Na teoria humanística, o potencial dos seres humanos é amplamente valorizado e, em lugar de tentar suplantar outras visões, volta-se para suplementá-las.

Na concepção de Paterson e Zderad (1979, p. 43), “o significado da Enfermagem humanística se acha no ato humano em si, ou seja, no fenômeno da Enfermagem tal como se vive cotidianamente”.

Assim, no cotidiano da Enfermagem, teoria e prática não existem separadamente; ao contrário, se entrelaçam de forma articulada e harmoniosa para direcionar o fazer da Enfermagem. O modo como o ser-enfermeiro faz uso dessa teoria, tão intimamente articulada à sua práxis em resposta ao conhecimento e à necessidade do ser-cuidado, não só constitui a ciência, como reflete a arte da Enfermagem.

A teoria e a prática da Enfermagem humanística dependem da experiência, conceituação, participação e do ponto de vista particular de cada enfermeira em relação à sua visão de mundo e da Enfermagem (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Com base nesta visão, as teóricas sugerem três conceitos que são a base da Enfermagem humanística: o diálogo, a comunidade/comunhão e a Enfermagem

fenomenológica.

O diálogo: a Enfermagem é um diálogo vivo. Trata-se da enfermeira e do paciente relacionando-se de modo criativo. Envolvidos nesse diálogo, estão o encontrar-se, o relacionar-se e o estar-presente; uma chamada e uma resposta, que constituem uma indicação da natureza complexa do diálogo vivo. O termo diálogo, como é empregado, possui um significado que transcende o conceito atribuído pelo dicionário, como a conversa entre duas ou mais pessoas. O diálogo tem um sentido existencial, uma forma de relação intersubjetiva na qual um indivíduo distinto e único se relaciona com outro. Segundo Silveira (2003, p. 34), “o diálogo engloba as informações esclarecedoras de dúvidas, as palavras de conforto proferidas com afeto e as palavras de ânimo”.

O encontro é a reunião de seres humanos e caracteriza-se pela expectativa de que haverá uma enfermeira e um alguém a ser atendido. A Enfermagem é um tipo especial e particular de encontro, porque possui uma finalidade. Paciente e enfermeira têm um objetivo e uma expectativa.

O relacionar-se refere - se ao processo de a enfermeira estar com o outro ou desempenhar um com o outro. Os seres humanos relacionam-se como sujeito-objeto quando utilizam e conhecem outros por meio de abstrações, conceitualizações, rótulos ou categorizações; e também como sujeito-sujeito, quando duas pessoas se acham reciprocamente abertas, totalmente humanas. A relação EU-TU de Buber enseja esse potencial único. Ambas as relações são elementos integrantes da Enfermagem humanística.

A presença é a qualidade de estar aberto, receptivo, pronto, disponível para a outra pessoa de modo recíproco. “A presença efetiva é a condição para que ocorra um

diálogo genuíno. As ações visíveis não necessariamente significam presença, pois esta não pode ser demonstrada. No entanto, esta pode revelar-se sutilmente pelo olhar, pelo toque ou pelo timbre de voz” (PATERSON; ZDERAD, 1979, p. 56).

Para Carvalho (2001, p. 46), é possível estar atenta e não estar presente. As pessoas são sujeitos independentes e, como tal, podem se abrir ou se fechar. Não há garantias de uma disponibilidade da presença para um encontro satisfatório. “A presença é única e se dá livremente”.

Quanto à comunidade, de acordo com Paterson e Zderad (1979), é considerada um macrocosmo, enquanto a Enfermagem é um microcosmo. Cada enfermeira pode diferenciar-se, entre si, como um microcosmo. Da união de ambos resulta o progresso comum a todos. A Enfermagem humanística ocorre e está influenciada pela comunidade. Desse modo, o macrocosmo, a comunidade, refletiria a qualidade da presença da enfermeira. E o microcosmo, a enfermeira, reflete a qualidade da presença da comunidade para com ela.

Em pesquisa desenvolvida sobre a análise semântica dos conceitos de comunidade e comunhão, segundo constataram Pagliuca e Campos (2003), o termo *community* tem o mesmo significado na língua inglesa de comunidade e comunhão, é empregado com os dois sentidos diferentes percebidos em português; comunidade, como lugar, e comunhão, como interação.

3.2.3 A metodologia da Teoria Humanística de Enfermagem

A metodologia da Teoria Humanística de Enfermagem como proposto pelas

teóricas compõe-se de cinco etapas:

A preparação da enfermeira para vir-a-conhecer. Nesta primeira etapa, acontece a preparação da enfermeira cognoscente para conhecer. Essa preparação intelectual é derivada de introspecção, diálogo e leituras de obras literárias de autores de renome, com diferentes visões e descrições da natureza. Como afirmam Oliveira, Brüggeman e Fenilli (2003), para que a enfermeira venha a encontrar o outro no diálogo é fundamental desenvolver a autopercepção.

A enfermeira conhece intuitivamente o outro. Esta etapa compreende o conhecimento intuitivo, exige estar dentro do outro, no ritmo das experiências do outro, o que resulta em um conhecimento especial e inexpressável; esse conhecimento intuitivo supõe a relação EU-TU, e pressupõe, ainda, estar aberto ao significado das experiências do outro. Na opinião da enfermeira humanística, a experiência subjetiva do ser humano é tão válida quanto a experiência objetiva possível de ser mensurada. Para Paterson e Zderad (1979,1988), nessa relação sujeito-sujeito, cada um reconhece a singularidade do outro, e oferece ao outro a presença autêntica. Esta envolve as respostas auditivas, olfativas, orais, visuais, táteis e sinestésicas, cada uma conferindo um significado singular à consciência do outro.

A enfermeira conhece cientificamente o outro. O fenômeno é visto por vários aspectos. A enfermeira analisa, considera o relacionamento entre os componentes, sintetiza temas e exemplos e em seguida interpreta sua visão seqüencial da realidade vivida por meio de símbolos.

A enfermeira sintetiza de forma complementar as realidades conhecidas. Envolve o relacionar, o comparar e o contrastar aquilo que ocorre nas situações de Enfermagem para ampliar a compreensão própria acerca da Enfermagem. A enfermeira

compara e sintetiza as múltiplas realidades conhecidas e chega a uma visão ampliada.

A sucessão interna da enfermeira a partir de muitos para um único paradoxal. Nesta quinta etapa, a enfermeira inicia seu conhecimento por uma noção geral, algo intuitivamente captado; depois o estuda, compara, contrasta e sintetiza, de modo a chegar a uma verdade significativamente pessoal, embora possua um significado geral. Este é o paradoxo.

3.2.4 O Processo da Enfermagem fenomenológica

A expressão Processo de Enfermagem foi empregada pela primeira vez por Ida Orlando, em 1961, para explicar o cuidado de Enfermagem (HORTA, 1979).

Como objetivo fundamental do Processo de Enfermagem menciona-se identificar problemas de Enfermagem e nortear a assistência de Enfermagem ao ser humano como um todo, ou seja, holisticamente. Podemos compará-lo ao arcabouço do cuidado de Enfermagem individualizado e direcionado para o paciente, família e/ou comunidade, com a finalidade não apenas de estar-bem, mas estar - melhor.

Na concepção de Paul e Reeves (2000, p. 21), o Processo de Enfermagem “é a essência da prática de Enfermagem, é o instrumento e a metodologia da profissão e como tal ajuda a enfermeira a tomar decisões e a prever e avaliar as conseqüências”.

Segundo Alfaro-Lefevre (2005), o Processo de Enfermagem promove cuidado

humanizado dirigido a resultados e consiste de cinco etapas inter-relacionadas: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação.

Processo de Enfermagem, afirma Horta (1979, p.35), “é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos”.

Na opinião de Leopardi (1999), a metodologia da assistência de Enfermagem (MAE) além de ser uma atividade unificadora da profissão demonstra a função da Enfermagem mediante uso da ciência e arte, pela compilação de teoria, tecnologia e interação. Resgata para a Enfermagem seu primeiro compromisso, o cuidado humano personalizado e ético.

No Processo de Enfermagem tradicional julga-se a existência de um problema a ser resolvido pela enfermeira e o paciente. Entretanto, por sua natureza humanista, a preocupação da Enfermagem fenomenológica não está centrada no comportamento resultante, mas sim no significado da experiência para o ser-cuidado.

A Enfermagem fenomenológica demanda uma necessidade de saúde percebida pelo ser humano envolvido em uma interação com o profissional de saúde. Na fenomenologia, como um processo descritivo, não existe a preocupação específica com os fatos, embora se presuma a existência destes (PRAEGER, 2000).

Consoante refere Horta (1979), a fase inicial do Processo de Enfermagem tradicional é a investigação ou histórico de Enfermagem constituída de dados objetivos e subjetivos sobre o indivíduo, mediante observação e interação com o cliente e demais fontes.

A Enfermagem fenomenológica também inclui a coleta dos dados, tanto

objetivos quanto subjetivos, contudo em um espaço mais abrangente do que tradicionalmente visado pela investigação (PRAGER, 2000).

No Processo da Enfermagem fenomenológica constante da Teoria Humanística de Paterson e Zderad, no primeiro estágio ocorre a articulação entre dois momentos em que a enfermeira/pesquisadora vivencia uma etapa de investigação inicial, aliando o processo do autoconhecimento, o vir-a-conhecer, a sensibilidade e a reciprocidade para conhecer o outro intuitivamente. Estas duas etapas não podem ser consideradas “investigação” propriamente dita porque utilizam a intuição, conquanto, na visão das teóricas, esta seja na realidade um tipo de investigação inicial.

O momento de investigação no decorrer do Processo da Enfermagem fenomenológica é vivenciado quando a enfermeira conhece cientificamente o outro. Nesta etapa de investigação inicial a enfermeira/pesquisadora lança o seu olhar para os vários aspectos do fenômeno: refletindo, analisando, comparando, classificando, contrastando, relacionando, interpretando e buscando relações entre as partes. Contudo, no método fenomenológico de Enfermagem, o chamado vem primeiro, seguido da intuição, da investigação e da análise.

No Processo da Enfermagem fenomenológica, a preocupação transpõe a elaboração de um plano de cuidados dirigido a metas, pois esta se centra no estar - com alguém que necessite de ajuda, ou seja, para que o ser que recebe o cuidado possa não apenas estar-bem, mas estar - melhor, e este estado de bem-estar é atingido pelo diálogo referido por Paterson e Zderad (1979) como uma experiência intersubjetiva na qual ocorre um autêntico partilhar.

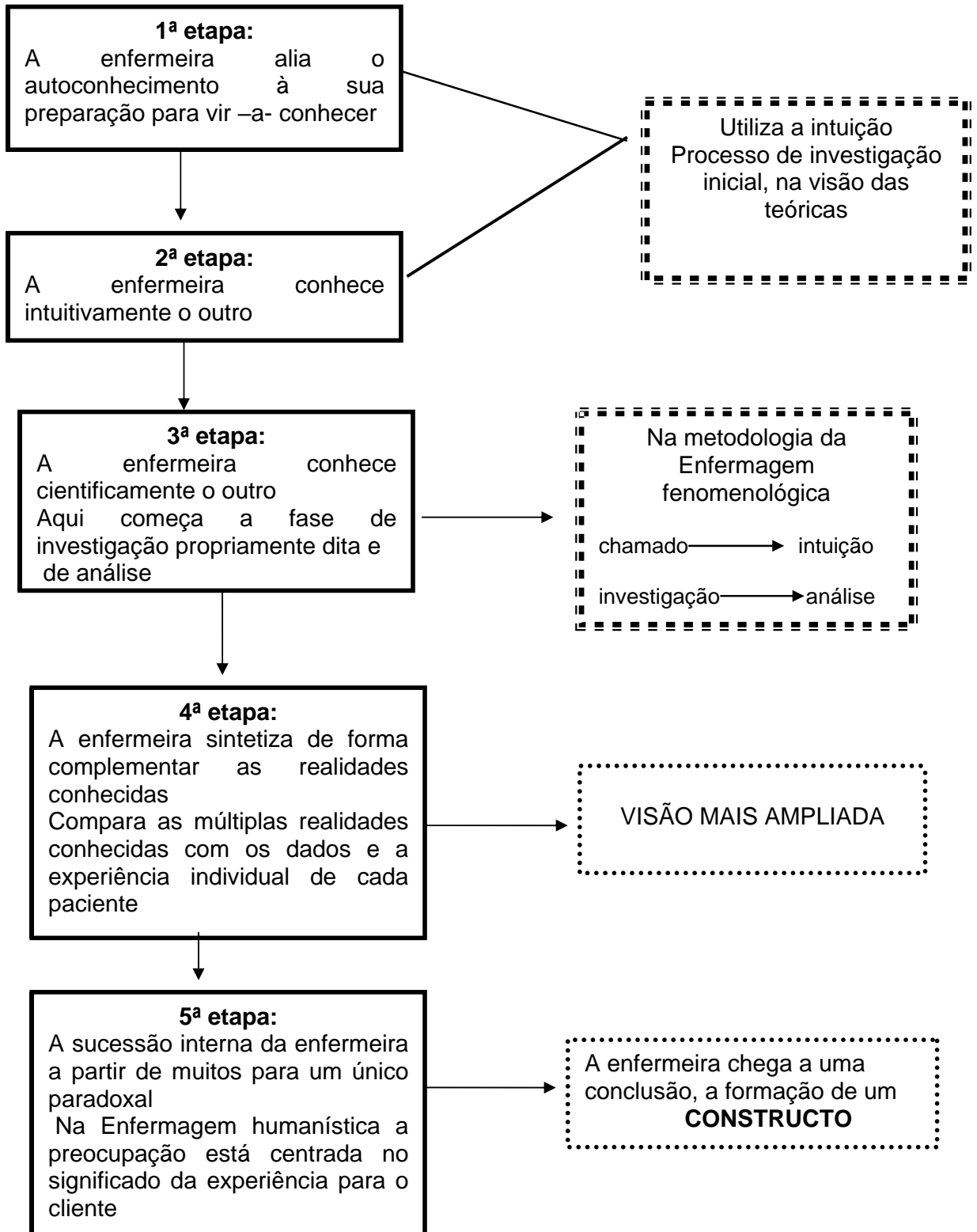
Desse modo, quando a enfermeira/pesquisadora sintetiza de forma complementar as realidades conhecidas, verifica-se a comparação dos dados obtidos

com outras realidades conhecidas, a exemplo dos estágios de desenvolvimento, a hierarquia das necessidades humanas básicas (NHB) de Maslow e os princípios fisiológicos. Todavia, na Enfermagem fenomenológica, a enfermeira compara realidades múltiplas conhecidas com os dados e a experiência individual de cada paciente, ou seja, analisa os dados com base no conhecimento científico e subjetivo; seguidamente, compara, contrasta e sintetiza em uma visão mais ampliada.

Pelo fato da Enfermagem fenomenológica dirigir seu foco de atenção para o significado da experiência para o ser-cuidado, ocorre a sucessão interna da enfermeira a partir de muitos para um único paradoxal. A esse respeito, conforme Prager (2000), essa etapa pode ser comparada com o estágio de identificação de um diagnóstico, quando a enfermeira identifica um problema. Após a síntese de idéias, fatos e experiências e ainda da compreensão intuitiva sobre a situação do cliente, esta muito mais ampla do que as classificações, a enfermeira chega a uma conclusão, a formação de um conceito.

Nesta etapa, afirmam Paterson e Zderad (1979), a enfermeira, em comunhão mútua de situações complexas, chega a uma conclusão ou verdade que tem um significado para a maioria ou para todos.

Diagrama 1 - Síntese do Processo da Enfermagem Fenomenológica



Quadro 1 – Síntese do Processo de Enfermagem

Processo de Enfermagem Tradicional	Processo da Enfermagem Fenomenológica
<p>1ª etapa: Investigação – inclui a coleta de dados objetivos e subjetivos sobre o indivíduo por meio da observação, da interação com o cliente e da informação de outras fontes.</p>	<p>1ª etapa: A enfermeira alia o autoconhecimento à sua preparação para vir –a- conhecer.</p>
<p>2ª etapa: Análise - a enfermeira compara os dados com outras realidades conhecidas como os estágios de desenvolvimento, a hierarquia das necessidades de Maslow e os princípios fisiológicos.</p>	<p>2ª etapa: A enfermeira conhece intuitivamente o outro. Estas duas primeiras etapas ao serem comparadas à investigação tradicional não são consideradas "investigação". Utiliza a intuição Processo de investigação inicial, na visão das teóricas.</p>
<p>3ª etapa: Diagnóstico – a enfermeira faz o relatório do problema. Analisa, classifica com teorias e princípios conhecidos e enfim chega a uma conclusão, que é o relatório de pesquisa. É o estágio de identificação do diagnóstico.</p>	<p>3ª etapa: A enfermeira conhece cientificamente o outro. Aqui começa a fase de investigação propriamente dita e de análise. Aqui se compara, classifica, procura temas nos relacionamentos e entre as partes. Na metodologia da Enfermagem fenomenológica</p> <p>chamado —————> intuição Investigação————-> análise</p>
<p>4ª etapa: Planejamento e implementação - determinação de prioridades imediatas, estabelecimento de metas, determinação das intervenções, registro ou individualização do plano de cuidados, colocação do plano em ação.</p>	<p>4ª etapa: A enfermeira sintetiza de forma complementar as realidades conhecidas, compara as múltiplas realidades conhecidas e sintetiza-as numa visão ampliada.</p>
<p>5ª etapa: Avaliação – aqui se decide se o comportamento do cliente modificou-se conforme o estabelecimento das metas e dos objetivos.</p>	<p>5ª etapa: A sucessão interna da enfermeira a partir de muitos para um único paradoxal. Na Enfermagem humanística a preocupação está centrada no significado da experiência para o cliente. É o estágio de identificação do diagnóstico A enfermeira chega a uma conclusão, a formação de um</p> <p style="text-align: center;">CONSTRUCTO</p>

Fonte: Praeger (2000).

A habilidade para jardinar só se adquire
jardinando e pesquisando novas formas de
jardinar [...] analogamente, que a habilidade
de cuidar só se adquire cuidando e descobrindo
novas formas do cuidado.

Silva (1995)

4 A CONSTRUÇÃO DO CAMINHO METODOLÓGICO

A metodologia tem como função determinar as etapas da pesquisa e as técnicas utilizadas para o alcance dos objetivos. Na opinião de Minayo (2004), metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade; inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador.

4.1 O caráter da pesquisa

Em face do objetivo traçado, aliado à nossa vivência como enfermeira de uma Unidade de Internação Neonatal, optamos por uma abordagem metodológica capaz de possibilitar nossa inserção no cotidiano do mundo singular da mãe que experencia um filho recém-nascido sob fototerapia em uma UIN.

Nessa perspectiva o estudo foi instrumentalizado pelo Processo da Enfermagem fenomenológica considerada um método peculiar para investigar, diagnosticar, planejar, implementar e avaliar as ações de Enfermagem junto ao ser-cuidado, seja o indivíduo, a família ou a comunidade onde se insere.

O estudo é qualitativo, exploratório e descritivo, pois nos propiciou uma aproximação com o fenômeno no seu local de ocorrência. Segundo Leopardi (2001), os estudos exploratório-descritivos permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema e descrever com exatidão os fatos ou fenômenos de determinada realidade.

Quanto à pesquisa qualitativa, para Polit e Hungler (1995) costuma ser descrita

como holística e naturalista e baseia-se na premissa segundo a qual o conhecimento sobre os indivíduos só é possível com a descrição da experiência humana, tal como é vivida.

Na concepção de Minayo (2002), a abordagem qualitativa responde a questões muito particulares, pois corresponde a um espaço profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

4.2 O cenário da pesquisa

A pesquisa teve como cenário a Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), situada em Fortaleza-CE. Trata-se de uma instituição pública federal, hospital-escola de grande porte, especializado na assistência à gestante de risco e ao neonato, cuja missão é promover a formação de recursos humanos em ações de aprendizado, ensino, pesquisa e extensão, buscando a excelência no atendimento global e humanizado à saúde da mulher e do recém-nascido. A MEAC está inserida no complexo universitário *do Campus* de Porangabussu onde funciona a Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

A opção pela referida instituição foi intencional, devido ao fato de ser o local onde exercemos nossas atividades profissionais como docente e enfermeira assistencial da Unidade de Internação Neonatal, bem como por intencionarmos dar seguimento ao trabalho realizado no Curso de mestrado em Enfermagem com as mães dos neonatos sob fototerapia e ainda, pelas condições oferecidas pela instituição, em especial pelo Alojamento Conjunto (AC), unidade destinada a acolher o binômio mãe-filho durante as vinte e quatro horas, o que possibilita a realização de estudos desta

natureza.

Conforme observado, na UIN a entrada e a presença dos pais são permitidas, liberadas e incentivadas nas vinte e quatro horas do dia. Contudo, quando os pais por qualquer motivo estão impossibilitados de visitar o RN, os avós têm permissão para entrar nos horários de visitas mesmo que por um breve espaço de tempo, se assim desejarem. Isto ocorre porque, na opinião da equipe de saúde, essa exceção às regras vem surtindo efeito positivo, não apenas para os membros da família, mas também para os nossos pequenos pacientes, os quais carecem da presença amorosa dos seus familiares para poderem se recuperar mais rapidamente.

A UIN está localizada no primeiro andar da mencionada instituição e divide-se em duas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), denominadas U3-A e U3-B, e duas Unidades de Médio Risco, denominadas UMR-1 e UMR-2. Na Unidade de UMR-1 são acolhidos os RN em regime de engorda, com padrões fisiológicos considerados normais, peso superior a 1500 g, inclusive com alimentação por sonda orogástrica (SOG); os RN com desconforto respiratório leve que necessitem de oxigênio administrado por capacete ou halo (Oxi-Hood); os RN com hiperbilirrubinemia e os RN a termo cujas mães não estejam em condições clínicas de recebê-los no AC.

Na UMR-2 são recebidos os RN dependentes de cuidados intermediários, aqueles com idade gestacional entre 32-37 semanas que necessitem de oxigenoterapia por oxi-hood e/ou hidratação venosa; os RN com distúrbios metabólicos e/ ou completando esquema de antibioticoterapia em hidratação venosa; os filhos de mães diabéticas, os neonatos em venóclise e com hiperbilirrubinemia.

As Unidades de Terapia Intensiva Neonatal são aquelas destinadas a receber os neonatos considerados de risco, que necessitem de oxigênio sob um dispositivo de pressão contínua para as vias aéreas o CPAP (Pressão Positiva Contínua das Vias

Aéreas) ou ventilação mecânica; os prematuros, com idade gestacional inferior a 32 semanas e peso inferior a 1500g, anoxiados, cardiopatas, malformados, com incompatibilidade Rh, ou necessitados de cuidados intensivos vinte e quatro horas/dia.

Os leitos, no total de 51, são distribuídos em quatro unidades, a saber: 21 leitos nas UTIN, em duas unidades, com doze e nove leitos respectivamente; trinta leitos nas UMR, distribuídos em duas unidades com quinze leitos cada uma.

Da nossa pesquisa também fez parte o AC, localizado no primeiro e segundo andar. Trata-se de uma unidade de grande rotatividade, onde a permanência da mãe e RN, em média, é de vinte e quatro horas, excetuando-se as mães que se submeteram a partos cesáreos e/ou intercorrências relacionadas ao RN, como por exemplo a hiperbilirrubinemia.

4.3 Os sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram 25 mães internadas na referida instituição, cujos filhos RN estavam em tratamento fototerápico na UIN de alto, médio-risco e ou no AC, no período em que os dados foram coletados. A definição do número de participantes se deu por saturação dos dados. Esta, segundo Turato (2003, p.364), é o momento em que a coleta de dados deve ser encerrada, quando “o que está em jogo não é a ambição de abarcar o todo, mas o suficiente para atender à demanda de curiosidade científica”. Para Minayo (2004, p.102), o ponto de saturação dos dados considera os sujeitos “em número suficiente para permitir certa reincidência das informações”.

No caso da pesquisa qualitativa, o critério numérico não garante sua

representatividade. Nesse sentido, a amostragem adequada é a que permite uma abrangência do problema investigado em suas múltiplas dimensões (DESLANDES, 2002).

Os critérios estabelecidos para a inclusão dos sujeitos foram ser mãe de RN internado na UIN ou AC, submetido a fototerapia, independente do tempo de exposição e do tipo de equipamento utilizado, estar internada na maternidade no período da coleta de dados; ser primípara, ou não, com a condição de estar experienciando, pela primeira vez, um filho em tratamento fototerápico; estar internada, em caso de cesariadas, ter ultrapassado o período de repouso pós-anestésico, conforme o tipo de técnica anestésica, raquianestesia (subaracnóidea) e/ou peridural (epidural). A literatura consultada não traz claramente definido este tempo. Contudo, como relatam Imbellont (1997), Oliveira (1997) e Treiger (2002), a cefaléia pós-raquianestesia manifesta-se 24 a 72 horas após anestesia e é diretamente proporcional à persistência e ao diâmetro do orifício da punção da *dura-máter* e conseqüente perda do líquido cefalorraquidiano (LCR).

Na instituição em estudo, a rotina de manutenção do decúbito dorsal e repouso da puérpera pós-cesárea ao leito é de seis horas, ou pelo menos enquanto esta referir dormência nos membros inferiores, e a raquianestesia é a técnica de eleição. Na nossa pesquisa, observamos um período mínimo de 48 horas para o primeiro contato com cada participante do estudo submetida a cesariana, pois no primeiro dia de pós-operatório imediato (POI) a paciente pode apresentar náuseas, vômitos, retenção urinária, hipotensão, desconforto de modo geral, bem como de estar ainda eliminando drogas utilizadas para a sedação, a exemplo dos benzodiazepínicos. Além disso, a participante deveria estar em condições de sentar-se ao leito, deambular e verbalizar

seu interesse em participar espontaneamente do estudo.

Como critérios de exclusão elegemos: as puérperas não internadas na maternidade no período da coleta de dados; as cesariadas sem condições de deambular antes do período prescrito para o pós-anestésico ou internadas na Unidade de Terapia Intensiva; as acometidas pela doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) que estivessem fazendo pico hipertensivo em uso de sulfato de magnésio com prescrição de repouso absoluto ao leito, durante o período de coleta de dados, e as puérperas que não aceitassem participar do estudo.

4.4 A dimensão ética da pesquisa

Após registrada em 12/11/2004 no SISNEP - Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde e Comissão Nacional de Ética em Pesquisa(CONEP) – pela Folha de Rosto para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos - FR-054449 esta pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará(COMEPE/UFC), e aprovada em 22/12/2005, Processo SISNEP nº. 315/04(ANEXO A). Durante toda a fase de elaboração e desenvolvimento da pesquisa, estivemos comprometidas em atender ao preconizado pela Resolução nº. 196/96, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Conforme recomendado, foram respeitados os aspectos éticos e legais referentes à beneficência e ao respeito à dignidade humana (autonomia), à justiça e à equidade.

Antes da nossa entrada em campo encaminhamos uma via do projeto à

Coordenação do Núcleo de Estudos em Saúde Reprodutiva (NESAR) da MEAC, acompanhado de dois ofícios solicitando a permissão para realizar o estudo na instituição e para referir o nome da Maternidade Escola Assis Chateaubriand na pesquisa (APÊNDICES A e B). Ambos documentos receberam parecer favorável da coordenadora do NESAR e da diretora geral da maternidade.

Na abordagem às participantes, antes de iniciarmos a coleta de dados, foi apresentado e lido junto com elas o Termo de Consentimento Esclarecido e Pós-esclarecido, em duas vias (APÊNDICES C e D) os quais espontaneamente, foram assinados por estas e pela pesquisadora.

Desse modo, foram científicadas sobre o objetivo do estudo e a participação espontânea, quando tiveram garantidos seus direitos ao anonimato, sigilo, acesso aos dados e a liberdade de se retirarem do estudo a qualquer momento sem que esse fato representasse qualquer tipo de prejuízo para si ou para o RN.

Com a finalidade de preservar o anonimato das participantes, estas foram identificadas por nomes fictícios de deusas da mitologia greco-romana. Ao usarmos o termo deusa queremos nos referir a uma forma de entendimento de um tipo específico da personalidade feminina, e a junção de todas as deusas formará um mundo maravilhoso e complexo da mulher.

Podemos encontrar a expressão deusas nos contos de fada, usada como princesas e bruxas ou rainhas. Para os gregos, seus deuses e deusas possuíam forças espiritualmente vivas que influenciavam todo ser humano. Assim, um fato da vida humana era explicado e entendido por meio de determinado deus ou deusa (DEUSAS GREGAS, 2004).

4.5 A coleta de dados

Apresentamos a coleta de dados em três momentos, de acordo com as cinco etapas do Processo da Enfermagem fenomenológica com base na Teoria Humanística. A preparação da enfermeira para vir-a-conhecer; a enfermeira conhece intuitivamente o outro; a enfermeira conhece cientificamente o outro; a enfermeira sintetiza de forma complementar as realidades conhecidas; a sucessão interna da enfermeira a partir de muitos para um único paradoxal.

Esta seqüência, porém, é apenas didática, pois as etapas não são estanques, ao contrário, são dinâmicas e entrelaçadas. Em muitas situações de Enfermagem fizemos o caminho de ir e vir, dando-nos a conhecer e conhecendo, buscando a interação de todos os aspectos propostos na metodologia, durante a entrevista e a observação participante, visto que o todo é mais abrangente do que as partes.

O primeiro momento correspondeu à preparação da enfermeira pesquisadora para vir-a-conhecer, a partir da introspecção, das leituras, diálogo com a equipe de saúde da instituição fonte do estudo.

O segundo momento, ou seja, o conhecimento intuitivo da enfermeira/pesquisadora foi quando iniciamos a coleta de dados. De acordo com o cronograma proposto, este aconteceu no período compreendido entre os meses de janeiro e março de 2005. Após realizada uma entrevista piloto com vistas a aprimorar as técnicas da coleta de dados, o resultado foi considerado satisfatório para o objetivo proposto.

A esse respeito, Turato (2003, p.316) faz a seguinte consideração:

A entrevista-piloto fica entendida, dentre diferentes formas possíveis, como o

instrumento de pesquisa construído e aplicado para se avaliar se seus componentes foram entendidos claramente pelo sujeito-alvo do estudo e se mostrou adequado e suficiente para colherem-se os dados como teoricamente a coleta foi concebida. No caso da investigação qualitativa, porém, temos o pesquisador-como-instrumento, nesta fase de pesquisa é o próprio entrevistador que passaria por uma aquisição de experiência e por uma avaliação de sua adequação antes de coletar os dados propriamente planejados.

Representando a etapa de investigação inicial do Processo da Enfermagem fenomenológica e para a caracterização dos sujeitos, foram coletados dados objetivos e subjetivos, respectivamente: informações de prontuários para a caracterização das mães quanto a idade, estado civil, grau de instrução, naturalidade, ocupação principal, paridade, tipo de parto e tipo de anestésico em caso de cesariadas. No relacionado aos RN, foram registrados dados referentes a data do nascimento, idade gestacional, peso ao nascer, sexo, hipótese diagnóstica, motivo e tempo de internação, início do tratamento fototerápico, tempo de exposição à fototerapia, modalidade e associação de equipamentos (fototerapia convencional, halógena ou refletiva) e unidade de internação (APÊNDICE E).

Iniciamos nossa aproximação e interação com as participantes da pesquisa por meio do diálogo descrito por Paterson e Zderad (1979) como uma experiência intersubjetiva na qual ocorre um verdadeiro partilhar.

Na segunda etapa, a do conhecimento intuitivo do outro, pudemos vivenciar a relação EU-TU descrita por Buber. Nessa ocasião, formulamos o convite às mães para participarem dos encontros individuais utilizando a entrevista. Na Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1976), o encontro caracteriza-se pela expectativa de que haverá uma enfermeira e um alguém a ser atendido. Desse modo, em concordância com as teóricas, podemos também afirmar que a Enfermagem é um tipo especial e particular de encontro, porque possui uma finalidade e o paciente e a enfermeira têm um objetivo e

uma expectativa.

Como técnica para a coleta de dados, utilizamos a entrevista individual e a observação participante. Na entrevista, lançamos para a mãe a seguinte questão norteadora: ***O que significa para você, mãe, presenciar seu filho sob fototerapia?*** Mencionado questionamento foi feito em duas fases: na primeira, pela enfermeira/pesquisadora, com vistas à compreensão do fenômeno investigado; e na segunda, por enfermeiras assistenciais da MEAC, para evitar qualquer tipo de interferência com a presença da pesquisadora, no intuito de avaliar o alcance das intervenções da enfermeira junto à mãe. Como recursos para registro das falas e dos momentos vivenciados, utilizamos respectivamente um gravador, uma máquina fotográfica e o diário de campo.

A entrevista, consoante Trentini e Paim (1999, p.84), tem por objetivo “obter informações e constitui condição social de interação humana, sem a qual não haverá ambiente favorável para produzir informações fidedignas”.

Marconi e Lakatos (2003) chamam a atenção para a importância da preparação como uma etapa fundamental. Assim, devem ser propiciadas ao entrevistado condições favoráveis para garantir sua confiança e identidade.

Na concepção de Benjamin (2004, p.21), o entrevistador deve ter por objetivo “proporcionar uma atmosfera que se mostre mais propícia à comunicação”; cabe a este decidir como atingir esse objetivo.

Ao refletir sobre estas afirmações decidimos que o local apropriado para os encontros individuais voltados à entrevista seria uma sala no espaço físico do AC localizada no primeiro andar. Esta foi previamente preparada no intuito de garantir a privacidade das entrevistadas.

Contudo, ocorreu aí uma dificuldade enfrentada no decorrer do estudo, o ambiente para a realização das entrevistas. Diante da indisponibilidade da referida sala em algumas ocasiões estas aconteceram, também, na sala destinada às reuniões e/ou na própria sala de coordenação de Enfermagem no espaço físico da UIN, e/ou, ainda, na enfermaria, quando o bebê sob fototerapia estava ao lado da mãe e esta não manifestava a intenção de deixá-lo só.

As entrevistas foram realizadas no período da tarde, de acordo com a disponibilidade das participantes e da pesquisadora. A decisão pelo referido período deveu-se à experiência prévia no mestrado, junto a grupos de mães, quando constatamos que este período apresenta-se mais propício, isto porque, em nosso cotidiano, conforme observamos após a visita dos familiares, as mães mostram-se bem mais tranqüilas e disponíveis.

Além disso, no final da tarde o trânsito nas enfermarias torna-se mínimo ou inexistente e, de uma forma ou de outra, este trabalho favoreceu outras mães que, delicadamente, saíam enquanto conversávamos com a mãe participante, mas se aproximavam quando percebiam estarmos apresentando o álbum seriado ilustrado, detalhado mais adiante. Ao fim da apresentação, surgiam muitos questionamentos aos quais sempre respondíamos e sempre estivemos disponíveis, contemplando aquelas mães não participantes do estudo.

Ressaltamos ainda que, para atender aos pressupostos da Teoria Humanística de Enfermagem, no estabelecimento da relação EU-TU, não achamos conveniente estipular tempo para a realização da entrevista. Desse modo, as mães puderam se expressar livremente e da maneira mais completa possível.

Durante a entrevista, permeada pelas relações interpessoais, bem como no

desenrolar de todo o processo junto à mãe do RN, estivemos com nosso olhar lançado para os diversos aspectos do fenômeno, atenta aos chamados, buscando responder aos questionamentos, vivenciando e assumindo ora a relação EU-TU, ora a relação EU-ISSO, pois, a exemplo das fases do Processo da Enfermagem fenomenológica, existe simultaneidade entre estas relações que são dinâmicas e entrelaçadas. Na expressão de Buber (1974, p. 20), “o ISSO é a crisálida, o TU a borboleta. Porém, não como se fossem sempre estados que se alternam nitidamente, mas amiúde, são processos que se entrelaçam confusamente numa profunda dualidade”.

Após as mães verbalizarem livremente suas impressões e/ou concepções sobre a experiência em presenciar o filho sob fototerapia, como forma de intervenções de Enfermagem, procedíamos às orientações quanto à patologia e ao tratamento para que a mãe pudesse compreender e se tranquilizar. Utilizamos como recurso didático um álbum seriado ilustrado, elaborado por nós, denominado: **Fototerapia**: o banho-de-luz do neonato. Nele havia informações acerca da icterícia neonatal, fisiologia e tratamento, a trajetória da fototerapia com fotos retratando as diversas modalidades de equipamentos empregados para esta finalidade, ou seja, a terapia luminosa no tratamento da icterícia neonatal. Contemplamos ainda os principais cuidados de Enfermagem ao neonato sob fototerapia.

Ao final de cada entrevista, formulávamos um convite à mãe, caso fosse do seu interesse, para visitar o filho na unidade neonatal onde estivesse internado. Neste momento utilizamos como técnica a observação participante. Esta, consoante Pinã (2001), é aquela em que o observador é parte do fenômeno observado. Com esta técnica, além de se obter dados de forma direta, agrega-se um componente afetivo que enriquece a informação.

Como instrumento, utilizamos o diário de campo para anotar como se processavam as relações interpessoais vivenciadas pela pesquisadora/mãe/recém-nascido, pois o consideramos uma ferramenta importantíssima para subsidiar a nossa interpretação acerca do significado da mãe junto ao RN sob fototerapia após a implementação das ações de Enfermagem.

O diário de campo é o instrumento mais básico e essencial de registro de dados. É um documento pessoal do pesquisador, onde tudo deve ser registrado (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Como forma de confirmar a nossa tese, ou seja, a comunicação efetiva permeada pelo cuidado humanístico de Enfermagem, poderá contribuir para que a mãe do neonato, ao conhecer a terapêutica, possa estar - melhor enquanto vivencia o filho sob fototerapia, lançamos para as participantes, já como parte da segunda fase da entrevista, a mesma questão norteadora inicial: ***O que significa para você, mãe, presenciar seu filho sob fototerapia?***

Ante a possibilidade de alta materna, esse questionamento aconteceu no dia seguinte após a primeira entrevista. Mas para evitar qualquer tipo de influência da pesquisadora, esta indagação foi feita por duas enfermeiras assistenciais lotadas no Centro de Parto Normal e Alojamento Conjunto da MEAC, conforme já referimos neste capítulo. Ambas, mestras em Enfermagem e conhecedoras da Teoria Humanística, bem como da técnica de entrevista e convenientemente preparadas para evitar a possibilidade de indução de respostas.

4.6 O modelo de análise e compreensão dos dados

No terceiro momento procedemos à análise dos dados provenientes das entrevistas, primeira e segunda fases, e do diário de campo. Tivemos como fio condutor as terceira, quarta e quinta etapas do Processo da Enfermagem fenomenológica.

Após vivenciar o conhecimento intuitivo, mergulhamos na terceira etapa da teoria, quando a enfermeira conhece cientificamente o outro, configurada como a fase de investigação e análise inicial do Processo da Enfermagem fenomenológica.

A partir da análise e de acordo com o relacionamento entre os componentes, buscamos sintetizar temas acerca da compreensão do significado das situações apresentadas, com base na interpretação das experiências dentro da realidade vivida com cada mãe participante, após a fusão do conhecimento intuitivo - científico, onde as relações EU-TU e EU-ISSO se mesclam e se entrelaçam.

A fusão do conhecimento intuitivo - científico envolve a compreensão dos momentos entre o intuitivo e o científico, ou seja, a análise do vivenciado entre a pesquisadora e a mãe. Foi o momento em que se deu a comparação dos diálogos intuitivo e científico, na busca da compreensão do experienciado pela mãe ao presenciar seu filho sob fototerapia.

Quando buscamos compreender por meio de uma visão ampliada a realidade vivenciada pelas mães dos neonatos sob fototerapia, vivenciamos a quarta etapa do Processo da Enfermagem fenomenológica: quando a enfermeira sintetiza de forma complementar as realidades conhecidas. Segundo o Processo da Enfermagem fenomenológica, esta acontece quando a enfermeira analisa os dados com base no conhecimento científico e subjetivo, e, seguidamente, compara, contrasta e sintetiza em uma visão mais ampliada.

A Enfermagem fenomenológica não descreve a elaboração de um plano de cuidados de Enfermagem dirigido a metas, mas preocupa-se em estar com alguém que está em necessidade. A meta do bem-estar e do vir-a-ser, afirma Praeger (2000), é atingida pelo diálogo.

Consoante Oliveira, Costa e Nóbrega (2004), o Processo da Enfermagem fenomenológica diverge do Processo de Enfermagem convencional. Ele vai além ao propor às enfermeiras que, desenvolvendo uma prática humanizada, a conceitualize e compartilhe.

Finalmente, na quinta etapa do Processo da Enfermagem fenomenológica, ocorre a sucessão interna da enfermeira a partir de muitos para um único paradoxal. Neste momento, após o conhecimento das múltiplas realidades existentes, pudemos expandir nossa visão de mundo e, assim, chegar a considerações relevantes acerca do fenômeno inicialmente conhecido, e o percebido, após o diálogo vivido. Pudemos assim aquilatar melhor o vivenciado pelas mães sobre a importância da orientação acerca do tratamento, da comunicação efetiva da equipe de saúde, do cuidado presença junto ao binômio mãe-filho e da utilização de recursos educativos para poderem estas mães estar - melhor apesar do conjunto de circunstâncias dominantes no internamento do neonato sob fototerapia.

Como enfatiza Praeger (2000), na percepção das teóricas o relacionamento terapêutico EU-TU ocorre em situações de Enfermagem em um mundo real onde o fazer é o relacionamento.

Quanto à compreensão e descrição dos dados, os registros pormenorizados feitos no diário de campo, resultantes da observação participante, foram interpretados com enfoque nas relações interpessoais da mãe/recém-nascido/pesquisadora.

Em relação às entrevistas, as falas foram ouvidas e transcritas na íntegra, lidas e relidas exaustivamente pela própria pesquisadora e, a seguir foram submetidas à análise de conteúdo, em três etapas, como preconiza Bardin (2004).

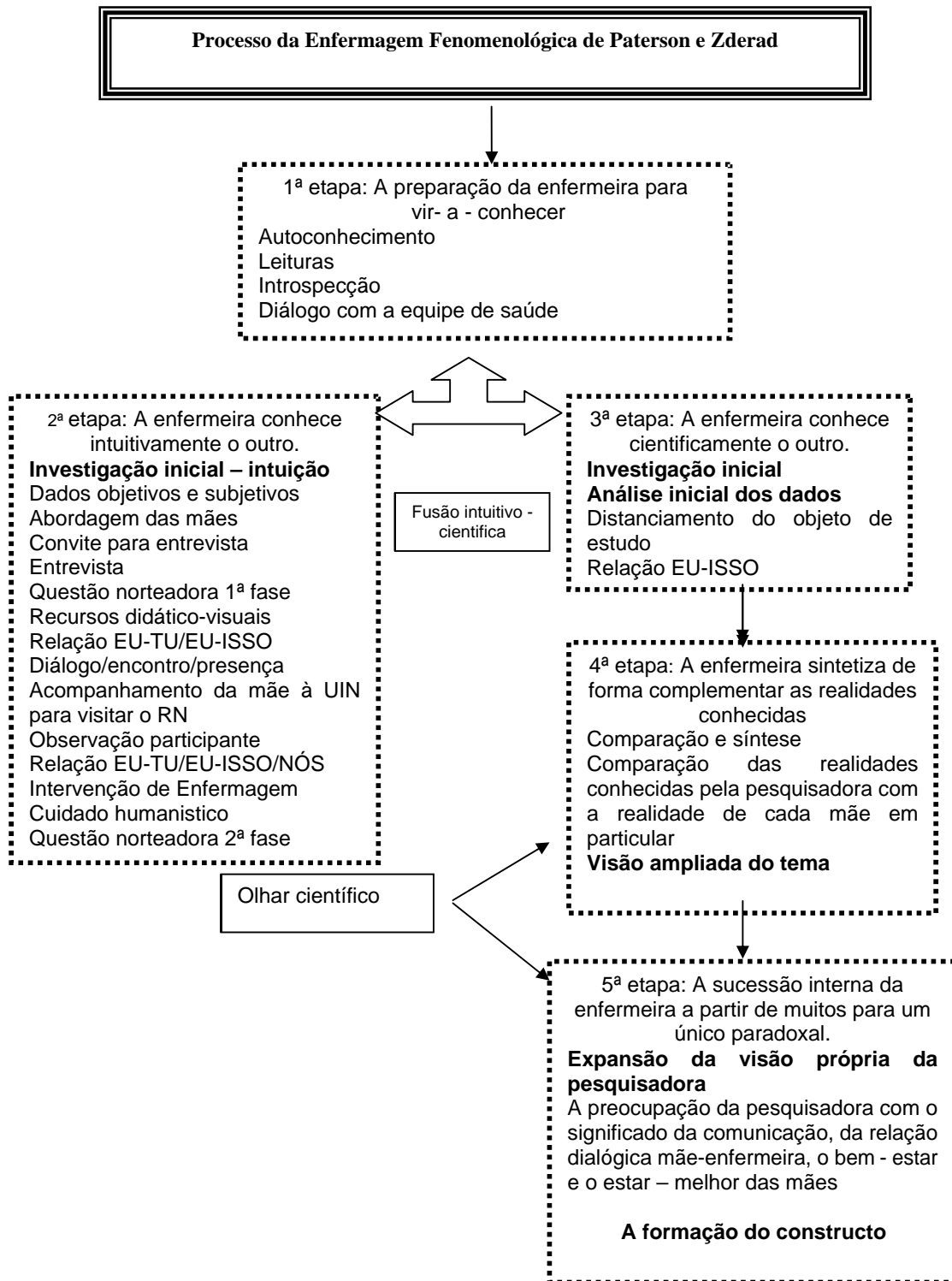
Em atendimento, portanto, às etapas propostas, na pré-análise, realizamos a leitura geral de todo o material, denominada “flutuante”, isto para podermos ter melhor compreensão, o que nos permitiu a análise posterior.

Em seguida, na exploração do material, realizamos leituras exaustivas, porém necessárias, estudando profundamente, buscando a análise, em termos de operações de codificação, desconto ou enumeração.

A partir da compreensão e síntese dos resultados, foram constituídas unidades temáticas. Consoante Bardin (2004, p.99), “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

Na fase de tratamento e interpretação, os dados foram organizados em temáticas, analisadas e interpretados à luz dos pressupostos básicos da Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad. Neste momento, tivemos como fio condutor, respectivamente, a terceira, quarta e quinta etapas da Enfermagem fenomenológica: a enfermeira conhece cientificamente o outro; a enfermeira sintetiza de forma complementar as realidades conhecidas; a sucessão interna da enfermeira a partir de muitos para um único paradoxal. As temáticas identificadas e as subtemáticas abstraídas se propuseram a mostrar o processo de comunicação com as mães dos neonatos sob fototerapia.

Diagrama 2 - Síntese da Metodologia com Ênfase no Processo da Enfermagem Fenomenológica



A partir do momento que nos despirmos do tecnicismo, do saber doutoral e nos apresentamos como seres humanos comuns, temos maiores chances de chegar a uma relação EU -TU com o cliente.

Cardoso(2001)

5 TRILHANDO O CAMINHO PROPOSTO: em busca das deusas para vir-a-conhecer

5.1 Apresentação das participantes do estudo: as deusas e seus rebentos

Ao tecer uma breve descrição das 25 participantes do estudo, ressaltamos que uma delas deu à luz a trigêmeos. Com vistas à melhor compreensão, acrescentamos dados documentais extraídos dos prontuários sobre os 27 RN internados. Estes dados são de caráter objetivo.

Para possibilitar melhor visualização, referidos dados foram organizados em quadros e serão expostos a seguir. Nesta pesquisa o acesso aos prontuários transcorreu livremente e sempre pudemos contar com a compreensão e boa vontade da equipe de saúde da UIN e/ou do AC.

No Quadro 2 identificamos cada participante do estudo por suas características sociodemográficas. Para a equipe de saúde, e em especial para a enfermeira, é importante o conhecimento destes dados. Em nossa opinião, são informações essenciais para subsidiar uma assistência de Enfermagem eficaz, com ênfase na comunicação efetiva no nível de compreensão de cada cliente, em particular, valorizando suas crenças e valores. Nossa concepção encontra eco nas palavras de Jarvis (2004, p. 11):

As crenças e práticas culturais dos indivíduos têm cada vez mais importância devido à composição multicultural [...] a Enfermagem representa, basicamente, um fenômeno transcultural, pois o contexto e processo de auxiliar pessoas envolvem, pelo menos, duas delas, quase sempre com diferentes orientações ou estilos de vida intracultural diversos.

Para Branden (2000) a história de saúde proporciona à enfermeira informações fisiológicas, psicológicas, culturais e socioeconômicas no contexto de fatores como estilo de vida e relações familiares.

Quadro 2 - Caracterização das Participantes do Estudo Quanto aos Dados Sociodemográficos

Codinome	Idade	Estado civil	Grau de instrução	Ocupação principal	Naturalidade
Afrodite	23	solteira	fundamental	doméstica	interior
Artemis	32	casada	médio	do lar	outro estado
Atalanta	20	casada	médio	doméstica	capital
Atena	27	solteira	médio	do lar	capital
Calíope	23	casada	médio incompleto	do lar	interior
Ceres	28	solteira	fundamental	do lar	interior
Cibebe	21	casada	fundamental	do lar	interior
Deméter	27	casada	fundamental	do lar	outro estado
Geia	21	casada	fundamental	do lar	interior
Hécate	21	casada	fundamental	do lar	capital
Hera	34	casada	médio	do lar	interior
Héstia	33	casada	médio	do lar	interior
Hígia	19	casada	fundamental	do lar	capital
Ilítia	23	casada	fundamental	doméstica	capital
Juno	27	casada	fundamental	do lar	capital
Métis	33	solteira	médio	agente de segurança	outro estado
Minerva	25	solteira	fundamental	vendedora autônoma	capital
Perséfone	34	casada	médio incompleto	do lar	interior
Pomona	25	casada	médio incompleto	do lar	capital
Prosérpina	20	solteira	fundamental	estudante	capital
Reia	21	solteira	médio incompleto	estudante	interior
Selene	20	casada	médio	do lar	capital
Teia	23	casada	médio	costureira	interior
Têmis	39	casada	superior	professora	interior
Tétis	19	solteira	fundamental	do lar	capital

Fonte: Dados dos prontuários-MEAC/UFC-Fortaleza/2005.

De acordo com o quadro apresentado, e como podemos observar, a faixa etária das participantes está compreendida entre 19 e 39 anos. Portanto, são mulheres relativamente jovens, a maioria delas no apogeu do seu período reprodutivo.

Em relação ao estado civil, oito eram solteiras e dezessete eram casadas. Consideramos casadas as participantes que possuíam registro civil em cartório (nove) e as que viviam em união consensual (oito). Quanto ao grau de instrução, doze concluíram o ensino fundamental e doze cursaram o ensino médio, das quais nove concluíram e três não, enquanto apenas uma das participantes cursou o ensino superior.

No relacionado à ocupação principal, duas eram estudantes, três empregadas domésticas, uma vendedora autônoma, uma costureira, uma agente de segurança, uma professora e as demais, dezesseis, eram do lar.

Quanto à naturalidade, onze eram da capital, onze do interior do Estado do Ceará, e três de outros estados da federação, embora as três últimas residissem em Fortaleza.

Apesar de nenhuma das mães participantes ser analfabeta, a maior parte delas tinha apenas o ensino fundamental, e algumas que conseguiram chegar ao ensino médio não o concluíram. Como evidenciado pela realidade, o acesso ao ensino superior em nosso país ainda é precário, e a despeito do crescente número de instituições privadas, nem todos têm essa oportunidade. Isto repercute na qualidade de vida, em especial, da nova mulher inserida em um mercado de trabalho competitivo, que impõe desafios e exige, cada vez mais, melhor desempenho do trabalhador situado em um mundo capitalista, na maioria das vezes, perverso.

Segundo refere Boff (2003), a partir do processo de industrialização do século XVIII, caracterizado pelo capitalismo puro, as pessoas não relacionam mais o trabalho com a natureza, mas sim com o capital. Portanto, são regidas pelo sistema de lógica impessoal produtiva.

Como parte desse sistema, a mulher moderna encontra-se dividida entre a dupla jornada de trabalho, a família, a ascensão profissional e os estudos, em uma desenfreada competição para ser mais produtiva (CAMPOS, 2003).

Na nossa opinião, estes dados podem justificar o item seguinte, a ocupação principal das participantes, quando identificamos que a maioria exerce a função do lar

e/ou empregadas domésticas, pois apenas uma havia cursado o ensino superior e era professora.

O Quadro 3 nos permitiu apresentar aspectos da história obstétrica das participantes no referente a paridade, tipo de parto, consultas de pré-natal, tipagem sanguínea e unidade de internação.

A nosso ver, conhecer a história obstétrica da puérpera revela à equipe de saúde informações relevantes acerca de problemas atuais ou potenciais que esta mulher e/ou seu bebê possam estar vivenciando.

Particularmente, no caso da mãe do neonato sob fototerapia, a história de gestações anteriores, o acompanhamento recebido por essa mulher no pré-natal, além da idade gestacional e especialmente da tipagem sanguínea, são dados passíveis de direcionar a assistência de Enfermagem e o esclarecimento dessa mãe acerca da provável causa da icterícia e conseqüentemente da terapêutica mais indicada.

De acordo com Branden (2000), a enfermeira deve obter dados relativos a gestações anteriores, inclusive de transfusões sanguíneas pregressas, sobre filhos nascidos vivos, óbito neonatal, ou imunização com o uso de RhoGAM (imunoglobulina anti-Rh) em gestações anteriores.

No Quadro 3, a seguir, constam dados sobre as participantes do estudo.

Quadro 3 - Caracterização das Participantes do Estudo Quanto à História Obstétrica

Fonte: Dados dos prontuários-MEAC/UFC-Fortaleza/2005.

Codinome	Paridade	Tipo de parto	Consulta de pré-natal	Tipagem sangüinea	Unidade de internação da puérpera
Afrodite	primípara	normal	07	O Rh +	AC – 1º andar
Ártemis	múltipara	cesariana	04	O Rh +	AC – 1º andar
Atalanta	primípara	cesariana	05	B Rh +	AC – 2º andar
Atena	múltipara	cesariana	05	O Rh -	AC – 2º andar
Calíope	primípara	cesariana	05	O Rh +	AC – 1º andar
Ceres	múltipara	normal	04	O Rh -	AC – 1º andar
Cibebe	múltipara	normal	05	O Rh +	AC – 1º andar
Deméter	múltipara	normal	03	O Rh +	AC – 1º andar
Geia	primípara	normal	não consta	não consta	AC – 1º andar
Hécate	múltipara	normal	05	A Rh -	AC – 1º andar
Hera	múltipara	cesariana	05	O Rh +	AC – 2º andar
Héstia	múltipara	cesariana	04	O Rh +	AC – 2º andar
Hígia	múltipara	cesariana	05	O Rh +	AC – 2º andar
Ilítia	múltipara	normal	04	Não consta	AC – 1º andar
Juno	múltipara	cesariana	04	O Rh +	AC – 2º andar
Métis	primípara	cesariana	06	A Rh -	AC – 1º andar
Minerva	primípara	normal	03	Não consta	AC – 1º andar
Perséfone	múltipara	normal	07	A Rh +	AC – 1º andar
Pomona	primípara	cesariana	06	A Rh +	AC – 2º andar
Prosérpina	primípara	normal	06	O Rh +	AC – 1º andar
Reia	primípara	normal	04	A Rh +	AC – 1º andar
Selene	primípara	normal	04	O Rh +	AC – 1º andar
Teia	primípara	normal	06	O Rh -	AC – 1º andar
Têmis	primípara	cesariana	07	O Rh +	AC – 1º andar
Tétis	primípara	normal	06	não consta	AC – 1º andar

Na análise do quadro apresentado, segundo podemos observar treze das

participantes são primíparas, enquanto doze são múltíparas. Vale ressaltar que de acordo com critérios estabelecidos para inclusão no estudo as múltíparas experienciam pela primeira vez um filho sob fototerapia. Com referência ao tipo de parto, quatorze deram à luz de parto normal, enquanto onze foram cesariadas.

Quanto às consultas de pré-natal, o número ficou compreendido entre três e sete consultas, mas no prontuário de uma das participantes não havia referência a esse dado. Na coleta de dados objetivos, buscamos esta informação da própria participante, contudo, ela não soube ou não se dispôs a informar sequer se havia sido acompanhada no pré-natal. Esta foi uma dificuldade encontrada. Todavia, com base na Teoria Humanística e em nossas próprias convicções, “não podemos forçar o outro a nos encontrar, podemos apenas buscar essa relação dialógica, e, para isso, temos que correr riscos, nos confrontar com a nossa própria humanidade” (CAMPOS, 2003, p.72).

Temos ainda a enfatizar a importância do pré-natal para garantir uma gestação e um parto saudáveis. Toda gestante necessita ser acompanhada no pré-natal e quanto mais precocemente procurar um serviço de saúde, maiores as chances de o bebê nascer saudável. É também durante o pré-natal que a mulher tem a possibilidade de realizar todos os exames necessários no intuito de saber se ela e o bebê estão bem.

De acordo com Branden (2000), no período pré-natal as consultas de rotina podem ser agendadas a cada quatro semanas até a 28ª semana de gestação; uma consulta a cada duas semanas até a 36ª semana e, a partir daí, semanalmente, até o nascimento do bebê. Além disso, as gestantes de risco têm agendados comparecimentos bem mais frequentes.

Chamou-nos a atenção a ausência do registro da tipagem sanguínea de três participantes. Em caso de hiperbilirrubinemia neonatal é imprescindível conhecer a

tipagem sanguínea materna, especialmente quando o RN apresenta icterícia nas primeiras 24 ou 36 horas, para poder instituir a terapêutica mais adequada.

Quando esse dado importante não consta no prontuário, normalmente, como temos observado, é iniciada a fototerapia e solicitada a pesquisa de BTF – Bilirrubina Total e Frações, ou seja, inicia-se o tratamento profilático enquanto se aguarda o resultado do exame. Esta conduta pode ser adotada tanto em RN prematuros como em RN a termo.

A esse respeito, De Carvalho e Lopes (1997) alertam que iniciar a fototerapia com níveis séricos mais baixos implica tratar desnecessariamente um grande número de pacientes e essa conduta deve ser evitada, pois os riscos superam os benefícios.

Em relação à Unidade de Internação, conforme podemos constatar, a grande maioria, dezoito mães, estava no Alojamento Conjunto do primeiro andar, enquanto sete permaneciam no Alojamento Conjunto do segundo andar, destinado a acolher às puérperas submetidas a cesariana. No entanto devemos lembrar que entrevistamos quatro mães cesariadas também no primeiro andar. Estas puérperas, após a estabilização dos níveis pressóricos, foram transferidas da enfermaria específica para as pacientes com DHEG, localizada também no primeiro andar, para as enfermarias do AC, destinadas ao binômio mãe-filho.

Em prosseguimento à apresentação das deusas e seus rebentos, expomos a seguir o Quadro 4, onde constam algumas características dos neonatos cujas mães se constituíram em sujeitos deste estudo. Consideramos de extrema importância para o estudo dar a conhecer as possíveis causas motivadoras da fototerapia para estes neonatos. Entre estas, a idade gestacional (IG) correlacionada com o peso ao nascer e a tipagem sanguínea.

Entendemos ainda que contemplar nestas informações a modalidade de equipamentos utilizados, em associação ou não, bem como o nível de complexidade da Unidade de Internação destes neonatos, pode clarificar o caminho do entendimento, do real significado e relevância da icterícia neonatal, que embora considerada bastante comum em neonatos, não deve ser negligenciada.

O neonato em uma UIN sob fototerapia suscita cuidados especializados da equipe de saúde, em especial da Enfermagem, para mesclar competência técnica e humanização. Para Costenaro (2001), o cuidado requer competência com face humana, baseada no relacionamento e levando em consideração as necessidades dos receptores do cuidado.

Quadro 4 - Caracterização dos Recém-Nascidos das Mães

Participantes do Estudo

RN/Mãe	Sexo	Peso g	I G	Tipagem sanguínea	Modalidade	Foto associada	Indicação	UIN do RN
Afrodite	masc.	1305	32 sem.	O Rh +	bilispot-duplo	não	profilática	UTIN
Artemis	fem.	3635	39 sem	B Rh +	biliberço	não	profilática	AC- 1ºand.
Atalanta	fem.	1700	30 sem	B Rh +	bilispot-duplo	não	fisiológica	UTIN
Atena	masc.	3930	42 sem	O Rh +	biliberço	não	patológica	AC- 2ºand.
Calíope	fem.	2620	35 sem	O Rh +	bilispot	não	profilática	UMR
Ceres	masc.	3450	39 sem	O Rh +	bilispot biliberço	sim	fisiológica	UMR
Cibebe	fem.	2940	39 sem	A Rh +	biliberço	não	fisiológica	AC- 1ºand
Deméter	masc.	2050	33 sem	A Rh +	bilispot biliberço	sim	fisiológica	UMR
Geia	fem.	2310	35 sem	AB Rh+	biliberço	não	fisiológica	UMR
Hécate	masc.	2720	39 sem	O Rh -	biliberço	não	fisiológica	AC- 1ºand
Hera	masc.	1725	32 sem	A Rh +	bilispot	não	profilática	UTIN
Hera	fem.	1090	32 sem	A Rh +	bilispot-duplo	não	profilática	UTIN
Hera	fem.	885	32 sem	A Rh +	bilispot-triplo	não	profilática	UTIN
Héstia	masc.	1445	31 sem	O Rh +	bilispot-duplo biliberço	sim	fisiológica	UTIN
Higia	masc.	1190	31 sem	O Rh +	bilispot	não	profilática	UTIN
Ilítia	masc.	1690	32 sem	A Rh +	bilispot	não	profilática	UTIN
Juno	masc.	1200	31 sem	O Rh +	bilispot	não	profilática	UTIN
Métis	fem.	2305	35 sem	O Rh +	biliberço	não	profilática	AC- 1ºand
Minerva	fem.	1500	33 sem	O Rh +	bilispot	não	profilática	UTIN
Perséfone	fem.	2765	38 sem	A Rh +	bilispot	não	patológica	UMR
Pomona	masc.	1960	37 sem	A Rh -	bilispot	não	fisiológica	UMR
Prosérpina	masc.	2760	35 sem	A Rh +	biliberço	não	fisiológica	AC- 1ºand
Reia	fem.	1245	31 sem	O Rh +	bilispot	não	profilática	UTIN
Selene	masc.	1250	31 sem	O Rh +	bilispot	não	fisiológica	UTIN
Téia	fem.	2295	35 sem	O Rh +	bilispot-triplo biliberço	sim	patológica	UTIN
Têmis	masc.	1346	32 sem	A Rh +	bilispot-triplo	não	profilática	UTIN
Tétis	fem.	3025	40 sem	B Rh +	bilispot	não	patológica	AC- 1ºand

Fonte: Dados dos prontuários-MEAC/UFC-Fortaleza/2005.

Em relação aos RN dessas mães, são ao todo 27, pois conforme já referimos uma delas pariu trigêmeos. Com base no quadro apresentado, constatamos serem quatorze do sexo masculino e treze do sexo feminino. O peso ao nascer variou de 885 g a 3.930 g e a idade gestacional ficou compreendida entre 30 e 42 semanas.

Quanto ao peso ao nascer, temos de acordo com a caracterização da Organização Mundial da Saúde (OMS), citado por Callil (2001), um recém-nascido de muitíssimo baixo-peso: RNMMBP (aqueles com peso ao nascer abaixo de 1.000g); oito recém-nascidos de muito baixo peso, RNMBP (aqueles cujo peso ao nascer é inferior a 1.500 g); os demais são adequados para a idade gestacional.

No relacionado à idade gestacional, dos 27 RN, cinco eram prematuros limítrofes (este grupo inclui os RN-PT com IG entre 35-36^{6/7} semanas), quatorze recém-nascidos prematuros moderados (IG 30-34^{6/7} semanas), quatro RNT (IG 37- 41^{6/7} semanas) e um RN-pós-termo (42 semanas completas).

De modo geral, conforme percebemos, a IG da grande maioria, 21 RN, está compreendida entre 30 e 38 semanas e o peso ao nascer de dezoito neonatos foi inferior a 2.500g.

De acordo com Almeida e Draque (2004, p.330):

Os RN de baixo peso e idade gestacional entre 36-38 semanas apresentam risco aumentado de hiperbilirrubinemia [...] àqueles com peso ao nascer inferior a 2.500g apresentam um risco três vezes maior de evoluírem com hiperbilirrubinemia.

Os RN-PT são mais susceptíveis a hiperbilirrubinemia em face da imaturidade hepática, contudo os RNT também podem apresentar icterícia, que deve ser investigada. Ainda segundo Almeida e Draque (2004), na última década, algumas publicações alertam sobre a presença da encefalopatia bilirrubínica em neonatos próximos ao termo, em torno de 35 a 36 semanas, embora os RN com maior risco de desenvolver esta encefalopatia sejam os prematuros, os portadores de doença hemolítica e aqueles com fatores agravantes da hiperbilirrubinemia.

Em confirmação às colocações de Almeida e Draque (2004), acerca do desenvolvimento da encefalopatia bilirrubínica em neonatos com idade gestacional

entre 35-36 semanas, ao observarmos atentamente o quadro apresentado, segundo podemos constatar, um dos neonatos, de 35 semanas, com suspeita de icterícia patológica, fez uso de biliberço associado e bilispot triplo, tendo sido submetido a exsangüineotransfusão.

Este RN nasceu deprimido, com desconforto respiratório precoce. Na UTIN o quadro foi agravado por episódios convulsivos e letargia, e chegou a níveis séricos de bilirrubina total (BT) de 40,76mg% e bilirrubina indireta (BI) de 38,96mg%, com o nível para exsangüineotransfusão de >18-20 mg%. Isto configura um caso de icterícia grave, e suspeita de encefalopatia bilirrubínica. O neonato foi submetido a uma exsangüineotransfusão, mas como os níveis séricos não baixaram o suficiente, havia a possibilidade de repetição do procedimento. Contudo foi instituída a associação de equipamentos, o biliberço, ou fototerapia de alta intensidade, e o bilispot, fototerapia halógena tripla. Após a associação de equipamentos o índice de BI baixou para 9,65mg%, e não houve mais a necessidade de realizar uma segunda exsangüineotransfusão.

A esse respeito, De Carvalho (2003, p.24) afirma que

Atualmente os recém-nascidos com icterícia grave (BT>20mg%) são tratados com a fototerapia de alta intensidade, aliada a duas fototerapias equipadas com lâmpadas halógenas [...] esta forma de fototerapia tripla permite que o recém-nascido receba luz de alta intensidade por todo corpo [...] invariavelmente os níveis séricos de bilirrubina caem significativamente após poucas horas de tratamento.

Quanto à modalidade do equipamento para fototerapia, segundo, constatamos, vinte 20 RN fizeram uso de bilispot – ou fototerapia halógena; destes, quatro utilizaram bilispot duplo e um utilizou bilispot triplo. Dez RN utilizaram o biliberço - ou fototerapia refletiva de alta intensidade. Dos 27 neonatos, quatro fizeram fototerapia associada, a saber, biliberço e bilispot.

A associação de equipamentos é indicada sempre que se necessita baixar rapidamente os níveis séricos de bilirrubina indireta. O biliberço, ou fototerapia de alta intensidade, tem um poder de alta irradiância. Contudo para os neonatos prematuros e de baixo peso, devido ao risco de hipotermia, a fototerapia halógena é a mais indicada. Sua utilização permite ao neonato permanecer na incubadora, para manter a temperatura, além de abranger considerável área corporal.

Como afirma De Carvalho e Lopes (1997), o uso da fototerapia halógena, além de permitir um controle eficaz da icterícia nos neonatos cuja hiperbilirrubinemia atinge “níveis preocupantes”, contribui significativamente para diminuir o índice de exsanguineotransfusões. Esta é uma constatação por nós experienciada ao longo dos onze anos de atuação na Neonatologia.

No concernente à indicação do tratamento fototerápico, os dados dos prontuários, como indicação do início da fototerapia e/ou evoluções médicas, relatam que treze indicações foram profiláticas; dez decorreram de icterícia fisiológica e quatro por suspeita de icterícia patológica.

Em relação à Unidade de Internação, constatamos que quatorze estavam internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal 3-A ou 3-B; seis estavam nas Unidades de Médio Risco U-2 e U-1 e sete no Alojamento Conjunto, cinco no primeiro andar e dois no segundo andar. Como podemos comprovar, a icterícia é realmente uma situação bastante comum aos neonatos que podem necessitar de tratamento fototerápico, seja na UTIN, na UMR ou mesmo no AC.

5.2 Adentrando o Olimpo – a preparação para vir-a-conhecer as deusas, mães dos neonatos sob fototerapia

A primeira etapa do Processo da Enfermagem fenomenológica refere-se à preparação da enfermeira para vir-a-conhecer. Desvelamos aqui nossa preparação, a partir do autoconhecimento, para adentrar o Olimpo e chegar a conhecer o vivenciado pelas mães dos neonatos sob fototerapia.

Assim, após a caracterização das participantes do estudo, descrevemos os momentos vivenciados pela enfermeira/pesquisadora junto às mães dos recém-nascidos sob fototerapia. Foram momentos de escuta atenta, diálogo marcado pela presença autêntica, olhos voltados para desvelar os significados e os fenômenos à luz do referencial teórico que embasa nossa trajetória no estudo, a Teoria de Enfermagem fenomenológica de Paterson e Zderad.

Entretanto, para conhecer o outro precisamos em primeiro lugar buscar o autoconhecimento e, nessa busca, relevamos a leitura reflexiva da Bíblia sagrada (2002), nosso livro de cabeceira pelo qual pautamos nosso pensar, nosso agir e nosso sentir. Os textos da palavra de Deus têm sido a bússola a dirigir nossos passos em todos os momentos da nossa vida, em especial nesta jornada.

Desse modo nossa preparação para vir-a-conhecer tem sido uma constante. Desde o nosso ingresso no mestrado, as experiências vivenciadas, a leitura de livros relacionados ao cuidado humano, entre os quais citamos: **Cuidado humano**: o resgate necessário (WALDOW, 1999); **Princípio de compaixão e cuidado** (BOFF, 2001); **O cuidado emocional em Enfermagem** (SÁ, 2001); **Ambiente terapêutico de cuidado ao recém-nascido internado em UTI - Neonatal** (COSTENARO, 2001); **A face oculta do cuidar**: reflexões sobre a assistência espiritual de enfermagem (HUF, 2002); **Navegando no mar da neonatologia**: um mergulho no mundo imaginal do recém-nascido na UTIN (CHRISTOFFEL; SANTOS, 2003); **Saber cuidar**: ética do humano-

compaixão pela terra (BOFF, 2003); **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos (WALDOW, 2004), entre outros que partilham experiências de cuidado nas quais o ser humano é o foco principal.

Serviram também de enriquecimento e aprofundamento inúmeros estudos fundamentados nos pressupostos da Teoria Humanística de Enfermagem. Entre estes destacamos: **O conviver dos familiares de crianças com deficiência visual** (CARDOSO, 1997); **Caminhos da luz**: a deficiência visual e a família (CARDOSO; PAGLIUCA, 1999); **Cuidado-presença**: importância na atenção ao recém-nascido de alto risco (CARVALHO, 2001); **O cuidado humanístico de Enfermagem à mãe da criança com risco para alterações visuais**: do neonato ao toddler (CARDOSO; 2001); **Cuidado humanizado**: possibilidades e desafios para a prática da Enfermagem (OLIVEIRA; BRUGGEMANN; FENILLI, 2003); **A Enfermagem e o recém-nascido de risco**: refletindo sobre a atenção humanizada (ROLIM, 2003); **Partejar**: a enfermeira e a humanização do cuidado de Enfermagem (SILVEIRA, 2003); **Enfermagem humanística**: diálogo vivido com mães de crianças com câncer (OLIVEIRA, COSTA; NÓBREGA, 2004); (KLEIMAN, 2005) **Josephine Paterson and Loretta Zderad**: humanistic nursing theory with clinical applications.

Incluímos ainda nesta busca e fortalecimento do autoconhecimento alguns artigos elaborados por nós e publicados enfatizando a relação interpessoal com base na Teoria Humanística, tanto na assistência quanto na docência, dos quais citamos: **A vivência da enfermeira junto a um grupo de mães com recém-nascidos internados** (CAMPOS; CARDOSO, 2002); **A Enfermagem e a fototerapia**: a luz que cuida e a luz que trata (CAMPOS; BARROSO, 2003); **Teoria humanística**: análise semântica do conceito de *community* (PAGLIUCA; CAMPOS, 2003); **O recém-nascido sob fototerapia**: a percepção da mãe (CAMPOS; CARDOSO, 2004); **Aplicação da Teoria**

de Paterson e Zderad com mães de recém-nascidos sob fototerapia (CAMPOS; CARDOSO, 2004); **Crenças e sentimentos vivenciados pelas mães de recém-nascidos sob fototerapia** (CAMPOS; LEITÃO, 2005); **Cuidado de Enfermagem ao neonato sob fototerapia: a visão dos discentes no primeiro estágio hospitalar** (CAMPOS; CARDOSO, 2005).

Para maior embasamento teórico, realizamos ainda uma re-leitura compreensiva da Teoria Humanística de Enfermagem (1979; 1988) para adentrar no universo particular da mãe do neonato sob fototerapia. Consideramos também a obra de Martin Buber (1974) tendo em vista sua influência filosófica e fenomenológica na mencionada teoria.

Desse modo, trilhamos o caminho proposto em busca das mães pela preparação para vir a conhecer, francamente interessada, aberta a novos conhecimentos, disposta e preparada para correr riscos, surpreender e ser surpreendida.

Contudo e apesar dessa disposição, devemos reconhecer que antes de iniciarmos o relacionamento interpessoal com cada mãe em particular, éramos tomadas de certa ansiedade, expectativa diante de uma situação nova, de um primeiro contato com as mães participantes do estudo. Como afirmam Paterson e Zderad (1979), este processo de abordar o desconhecido abertamente é visto como uma luta interna.

5.3 Conhecendo intuitivamente as mães dos neonatos sob fototerapia

Esta etapa do Processo da Enfermagem fenomenológica assinala nosso

conhecimento intuitivo das mães dos neonatos sob fototerapia. Corresponde ao período da coleta de dados objetivos e subjetivos a abordagem das mães ao convidá-las para as entrevistas ou encontros individuais, o estabelecimento do diálogo, do encontro da presença da relação EU-TU.

5.3.1 Momentos que antecederam as entrevistas

Nossa busca para conhecer as mães iniciou-se na UIN e no AC. O primeiro passo foi buscar nas UTIN e nas UMR e AC os neonatos sob fototerapia. A seguir, procuramos nos prontuários informações acerca do neonato para em seguida obtermos a informação se a mãe ainda estaria internada.

Tentamos estabelecer o diálogo com a equipe de saúde, sempre que necessário, para elucidar aspectos do quadro clínico e/ ou do tratamento do bebê. Em especial, junto à enfermeira da unidade onde o RN estava internado, procurávamos saber acerca da evolução de Enfermagem, da presença da mãe na unidade e/ou outras informações que a colega pudesse nos repassar. Nosso propósito foi conhecer os dados objetivos e subjetivos para orientar adequadamente cada mãe, em particular, sem subterfúgios e em linguagem acessível. De posse desses dados nos dirigíamos para o AC, ou à UIN, e se as mães estivessem presentes nesta unidade nos aproximávamos para fazer o primeiro contato.

Na UIN ou no AC nossa abordagem às mães era precedida da apresentação da enfermeira/pesquisadora. Esta referia estar dando continuidade a um trabalho anteriormente realizado, junto a mães que também haviam vivenciado uma situação

similar, o filho sob fototerapia, ou, como denominam, o banho-de-luz. Como a Enfermagem fenomenológica faz uso da intuição, ao observarmos a mãe junto ao neonato sob fototerapia, a primeira pergunta após nossa identificação era a seguinte: *Posso ajudá-la?* Em todos os casos, a resposta verbal ou não-verbal foi positiva. Em algumas situações, lágrimas; em outras o assentimento com a cabeça, ou apenas o silêncio. A comunicação é um conjunto de múltiplos canais, e ocorre de formas diversas, quando a pessoa participa, independentemente da sua vontade, mediante gestos, olhares, silêncio e, até mesmo, da ausência destes (SILVA, 2001).

No caso da mãe estar no AC, sem a presença do bebê, a conduta era a mesma, porém com a devida cautela para não deixá-la preocupada, pois ao nos apresentarmos como enfermeira da UIN, poderia sugerir que “algo não estaria bem com o seu bebê”. Portanto, este foi um cuidado adotado por nós, por sermos cientes da preocupação da mãe quando o filho está na UIN.

Após esse primeiro contato, o convite para participarem da entrevista, ou de um encontro com a enfermeira/pesquisadora, surgia naturalmente e todas as mães participantes aceitaram espontaneamente.

5.3.2 Momentos vivenciados durante as entrevistas - relato da experiência

Foram ao todo 25 entrevistas, ou encontros individuais, como denominamos, entre nós e as mães. Antes de lançar para a mãe a questão norteadora: ***O que significa para você, mãe, presenciar seu filho sob fototerapia?*** que iniciaria a entrevista, tínhamos a preocupação de observar se a mãe estava bem acomodada,

confortavelmente sentada ou recostada ao leito quando a entrevista era realizada na enfermaria do AC.

No caso específico do AC, quando o bebê estava ao lado da mãe, nossa atenção voltava-se para o binômio mãe-filho. Era comum tentar ajudar essa mãe a manusear o bebê, ajudá-la na higienização dele, oferecer uma gaze embebida em leite materno, quando o RN chorava e não podia ser retirado do bilíberço, realizar a mudança de decúbito, verificar se o protetor ocular estava bem ajustado, ou simplesmente acariciar o bebê ou sussurrar palavras amorosas.

Nesse momento junto ao binômio, nossa intenção era ajudar, como uma forma de dizer à mãe, por meio de gestos e atitudes: *Estou aqui para ajudá-la*. Conforme sempre observávamos, estas simples demonstrações de cuidado cativavam a mãe. Eram ocasiões de estreita relação, face-a-face, sujeito-a-sujeito, de estar - com o binômio para este poder estar tão bem quanto humanamente possível, o que implica estar – melhor.

Quando o bebê não estava ao lado da mãe, a entrevista transcorria em uma sala no espaço físico do AC ou da UIN. Nossa preocupação era conduzir a entrevista de tal forma que a mãe pudesse sentir-se familiarizada com o ambiente e com a entrevistadora, e tranqüila, na medida do possível, quanto aos cuidados dispensados pela equipe de Enfermagem ao seu filho, seja na UTI Neonatal ou nas salas de médio risco.

Para Waldow (1999), a presença autêntica junto à pessoa, no caso, o paciente, é o diferencial para estes se perceberem valorizados, respeitados e considerados como pessoas e não como objetos.

Em ambos os casos, buscamos no diálogo, na descontração durante o encontro, acolher esta mãe, como nós mesmas gostaríamos de ser acolhidas se estivéssemos em situação semelhante. Desse modo procuramos interagir com cada mãe em particular no intuito de desenvolver uma relação empática.

Consoante Carvalho e Valle (2002, p.846), “a atitude de empatia, o diálogo, a liberdade e a cooperação do investigador que vai favorecer a compreensão, levam ao alargamento de seu horizonte, fundindo-o com o horizonte do pesquisado”.

Após estas colocações preliminares, ora relatadas, iniciávamos a entrevista pela questão norteadora supracitada. Em seguida aguardávamos que a mãe relatasse a experiência vivenciada livremente, sem tempo predeterminado ou interrupções. Em certos casos, contudo, foi necessário alguns esclarecimentos, com vistas a favorecer a compreensão e consecução do objetivo, como por exemplo: *Ela, que você diz, é enfermeira, auxiliar de Enfermagem, médica? Como você se sentiu a respeito? Algo mais que você queira acrescentar? hum, hum...* ou ainda repetindo a fala da entrevistada.

Cabe ainda ressaltar que ao trabalhar com a Teoria Humanística de Enfermagem é difícil não interagirmos e não nos relacionarmos com a mãe de forma integral, respeitando o silêncio, as lágrimas que teimavam em rolar pelas suas faces, na maioria dos nossos encontros individuais. Mostrávamo-nos, pois, francamente interessadas em manter o diálogo compreensivo do vivenciado por esta mãe.

Assim, permitíamos à mãe falar livremente e silenciar quando nada mais houvesse a dizer ou pretendesse relatar. Este era o momento de desligar o gravador e agregar brilho e cor ao diálogo com a mãe por meio da apresentação do álbum seriado ilustrado: **Fototerapia:** o banho - de - luz do neonato.

A apresentação era precedida de breve explicação acerca do álbum, construído a partir de dados de trabalho realizado com outras mães na mesma situação.

Reforçávamos que ficassem totalmente à vontade para interromper nossa exposição. Podiam indagar, pedir esclarecimento de dúvidas, palavras estranhas ao seu conhecimento e/ou solicitar para interrompermos a apresentação caso se sentissem cansadas ou com outra necessidade. Sempre fazíamos a seguinte pergunta à mãe: *Podemos começar?*

Com o assentimento da mãe, dávamos início à apresentação do álbum ilustrado. Na oportunidade, com base no entendimento da mãe acerca do tema, ou seja, por meio da fusão intuitivo - científica, buscávamos a partir do diálogo estabelecido orientar e responder às indagações e dúvidas existentes em relação à patologia, tratamento fototerápico ou outros questionamentos da mãe.

Apesar do cuidado na elaboração do álbum seriado ilustrado, para que a linguagem utilizada fosse adequada e de fácil compreensão às mães, estivemos abertas à verbalização de dúvidas acerca do mesmo, palavras de difícil compreensão, caso existissem, e, ainda, se a utilização deste material aliado ao diálogo com a enfermeira/pesquisadora facilitaria a compreensão do tratamento a que seus filhos estavam submetidos, favorecendo o processo de comunicação entre a mãe e a equipe de Enfermagem.

Conforme percebíamos, pela expressão verbal ou não-verbal, invariavelmente elas demonstravam interesse. Perguntas acerca da patologia, dos efeitos da fototerapia, que algumas conheciam como banho-de-luz, preocupação pela incompreensão do quadro clínico do bebê, enfim, presenciávamos a liberação de vários sentimentos aprisionados. Segundo Silva (1996), o estudo do não-verbal pode resgatar a capacidade do profissional de saúde perceber com maior clareza sentimentos, dúvidas e dificuldades de verbalização dos pacientes.

As mães também expressavam palavras de elogio e /ou de reconhecimento do

equipamento de fototerapia que estava sendo utilizado para o seu bebê: *o bercinho é igualzinho ao que o meu bebê está; meu bebê também está com estas duas luzes; ele já esteve assim, com a luz e o bercinho, hoje está só com este foquinho.*

Na maioria das vezes, não se contentavam em olhar, esboçar um sorriso, ou uma lágrima, precisavam tocar e até acariciar as imagens estampadas dos bebês sob fototerapia. Estariam elas instintivamente acariciando seus bebês? Tudo é possível. Como desvelar o sentimento da mãe que vivencia o internamento de um filho recém-nascido sob fototerapia?

Nesse contexto, considerando que a utilização de tecnologias educativas se constitui também em uma forma de cuidar em Enfermagem, a nosso ver podem contribuir para que a mãe do RN sob fototerapia vivencie com mais tranquilidade essa etapa, a partir de novos conhecimentos a respeito desse tratamento.

Como afirma Nietzsche (2000, p.22), “a tecnologia *per se* não emancipa ou aliena ninguém, mas se, na sua construção, houver componentes e elementos emancipatórios e se as pessoas que a utilizarem compartilharem desses, existirão possibilidades para que o processo de emancipação se efetive”.

Com base na nossa vivência como enfermeira da UTI Neonatal e ao trabalhar com grupos de encontro de saúde envolvendo mães, temos percebido a necessidade que elas demonstram de manusear alguns materiais utilizados na UIN com seus bebês.

Em comunhão com o parecer de Leal (2005, p.4) quando diz que “o pilar da Enfermagem é a liga sólida formada pela ciência e pela humanização”, durante a realização da entrevista, e em especial na apresentação do álbum, procurávamos ficar o mais próximo possível da mãe, tanto para estreitar nossa relação quanto para permitir-lhes não apenas olhar o álbum, mas tocá-lo, se o desejassem, como já

relatamos neste estudo, apontar um ou outro equipamento, satisfazer uma curiosidade natural. Afinal o material didático fora elaborado para elas.

Paterson e Zderad (1979) versam sobre a interação da enfermeira com o cliente como uma transação intersubjetiva objetivando o bem-estar e o estar - melhor mesmo em uma situação de saúde-doença, em um mundo de homens e coisas no tempo e no espaço.

Segundo Praeger (2000), essa interação entre a enfermeira e o ser necessitado do cuidado é atingida pelo diálogo, o encontro, a presença, nos chamados e nas respostas, na relação EU-TU.

Nesse momento, junto à mãe, e durante todos os demais quando vivenciamos o diálogo intuitivo que corresponde à segunda etapa do Processo da Enfermagem fenomenológica, procuramos ser presença autêntica no encontro, no relacionamento, no estar - com a mãe do RN sob fototerapia.

Concluída a apresentação do álbum, nos colocávamos à disposição para responder aos questionamentos porventura existentes. Na ocasião, falávamos à mãe sobre a enfermeira que viria visitá-la no dia seguinte para conversar e saber como estaria após nosso encontro, e formular a mesma pergunta já feita no início da entrevista.

Deixávamos, porém, bem claro que ela teria toda a liberdade de aceitar ou não. Informávamos que caso houvesse ainda alguma dúvida acerca do tratamento, poderia fazer contato conosco. Para isso, na via do termo de consentimento estavam registrados nossos números de telefone.

Algumas dessas mães fizeram contato, pelos mais diversos motivos, tais como: informar que estavam saindo de alta e o bebê ainda ficaria na maternidade. Nesse

caso, solicitavam nossa presença, na medida do possível, na unidade, ou porque estariam indo para a Enfermaria Mãe Canguru, local onde poderíamos visitá-las. Para compartilhar inquietações ou simplesmente para conversar. Mesmo distantes, as mães utilizavam o telefone como um meio de comunicação para manter contato conosco. Isto revelou-se importante porque tivemos a certeza de que um elo havia se formado entre as mães e nós, ou seja, pudemos vivenciar as relações EU-TU, EU-ISSO e chegar ao NÓS.

Na nossa opinião, essas, mães como tantas outras, necessitam de tão pouco, um olhar, um toque carinhoso, uma palavra de compreensão, nossa presença efetiva, o estar - com (CAMPOS; CARDOSO, 2002).

Ao final da entrevista agradecíamos a participação da mãe. Nesse momento, era formulado o convite para acompanhá-la na visita ao RN na unidade onde estivesse internado, ou observávamos sob a ótica das relações interpessoais a interação do binômio mãe-filho quando o bebê se encontrava no AC. Estes passos descritos foram realizados em todas as entrevistas com cada participante em particular.

5.3.3 Das entrevistas à observação participante: cenas e cenários

Em continuidade ao caminho proposto e conforme já referimos, ao final de cada entrevista convidávamos a mãe para acompanhá-la na visita ao RN, a qualquer uma das unidades onde estivesse internado.

Nossa finalidade foi não somente perceber o alcance das ações e do relacionamento enfermeira/pesquisadora-mãe após o encontro, mas, sobretudo, ser presença genuína junto ao binômio mãe-filho, oferecer apoio, buscar a comunhão.

Como afirma Paterson e Zderad (1979), em certo sentido se poderia atribuir a cada indivíduo uma comunhão dos seres com os quais ele se relaciona significativamente em luta ou cooperação.

Para as teóricas, é imprescindível estar disponível e autenticamente presente. Portanto, o diálogo, a presença, o estar e o fazer com, os chamados e as respostas são elementos essenciais no fazer da Enfermagem. No nosso entendimento, o estar - com a mãe nesse momento em que presencia o filho internado em uma UIN sob fototerapia é indispensável.

Na verdade, nossas interações com as mães e seus rebentos começaram a acontecer desde o primeiro olhar, do primeiro encontro individual, e persistiram ao longo de todo o processo.

Passaremos agora a discorrer sobre alguns desses momentos vivenciados tendo como cenário a UIN e/ou o AC. Os relatos a seguir foram subtraídos do diário de campo e resultam da observação participante. Analisamos e refletimos acerca das inter-relações mãe-enfermeira, mãe-recém-nascido e mãe-recém-nascido-enfermeira.

Momentos vivenciados junto ao binômio mãe-filho – o exercício do cuidado humanístico

Neste item, apresentamos momentos nos quais tivemos a oportunidade de exercitar o ato de cuidar humanístico junto ao binômio mãe-filho. O Processo da Enfermagem fenomenológica abre possibilidades para que a enfermeira, nos momentos de interação com o paciente, ao conhecer *o outro intuitivamente*, possa praticar o

cuidado de Enfermagem, pois, conforme explicitado ao longo deste estudo, as relações EU-TU e EU-ISSO de Buber (1974) se entrelaçam.

Segundo referem Oliveira, Costa e Nóbrega (2004), ao mesmo tempo em que a enfermeira cuida, investiga e investiga enquanto cuida. Desse mesmo modo, neste estudo junto às mães dos neonatos em fototerapia, o cuidado e a investigação inicial aconteceram simultaneamente, de forma dinâmica e entrelaçada. As intervenções de Enfermagem ensejaram o bem-estar e o estar – melhor das mães.

Nos momentos vivenciados junto ao binômio mãe-filho, mediante uso da observação participante, tivemos a oportunidade de presenciar e participar de situações, experiências e diálogos na UIN e nas enfermarias do AC, envolvendo os sujeitos do processo, e o cuidado humanístico, considerados relevantes para o estudo. Destes, destacaremos alguns por serem representativos das nossas interações com as mães.

Quando acompanhávamos as mães na visita aos neonatos, sempre, na entrada da UIN, procedíamos à lavagem das mãos e orientávamos às mães como deveriam efetuar este procedimento. O motivo deste cuidado deve-se ao fato de termos observado, ao longo da nossa vivência na UIN, que as mães são “convidadas” a lavar as mãos e vestir uma bata. Contudo raramente alguém da equipe de saúde as orienta sobre o dispensador de sabão, como retirar o papel toalha e como lavar as mãos corretamente.

Este simples ato é extremamente importante pois, como recomendam Tamez e Silva (2002), os profissionais e visitantes que entram na UIN devem remover anéis,

pulseiras, relógios e lavar as mãos e antebraços com sabão anti-séptico por aproximadamente três minutos, uma medida para prevenir as infecções hospitalares.

O Ministério da Saúde, pela Portaria nº. 2.616 de 12/5/1998, recomenda que a lavagem das mãos seja realizada com fricção manual rigorosa, em toda a superfície, incluindo mãos e punhos, utilizando sabão ou detergente, seguida de enxágüe abundante em água corrente (BRASIL, 2005).

Outra ação realizada por nós era acompanhar cada mãe até o bilíberço ou incubadora onde se encontrava o bebê. Neste momento, a orientávamos a friccionar as palmas das mãos para aquecê-las antes de tocar o bebê, para evitar a perda de calor por condução. Consoante Tamez e Silva (2002), um dos fatores agravantes na estabilidade e sobrevivência do neonato é a regulação térmica.

Demonstrávamos ainda a abertura das portinholas da incubadora com os cotovelos, e explicávamos a razão do procedimento de uma forma simples. As mães compreendiam que estando com as mãos limpas não deveriam tocar em nada capaz de contaminá-las, pois deste modo estariam zelando pela saúde do bebê.

Na nossa opinião, como enfermeira assistencial pautando nosso fazer no cuidado humanizado, temos de considerar o ser-cuidado como um todo. Ao orientarmos as mães acerca destes cuidados a serem adotados, quando da sua presença na UIN, estamos fomentando a promoção da saúde do binômio mãe-filho, incentivando e envolvendo a mãe no ato de cuidar.

Nesse contexto, corroboramos plenamente o pensamento de Freitas (2001, p.163) acerca do cuidado:

Cuidar de outros seres é uma tarefa complexa, pois encerra em si um

significado profundo de entrega, despojamento e reciprocidade. Requer um envolvimento entre os seres, que impossibilita ser prestado de maneira superficial e liberto de compromissos éticos [...] cuidado implica ainda em competência, conhecimento, sensibilidade e amorosidade, pois, não sendo assim, corre o risco de perder a possibilidade de se concretizar na sua dimensão humana.

Assim, o experienciado junto com as mães após as entrevistas, quando nos colocávamos ao lado da incubadora ou do bilibêrço onde o neonato repousava sob fototerapia, foi gratificante, e de certo modo nos deu a certeza de que algo havia mudado. As mães, inicialmente temerosas em tocar o bebê, por medo de machucá-lo, agora tocavam e acariciavam o corpinho do neonato balbuciando palavras de carinho, entoando cantigas de acalanto; lágrimas surgiam também, e agora se mesclavam com sorrisos. Ante estas atitudes, citamos o pensamento de Waldow (2004) quando relata que o enfoque humanístico favorece a formação de um vínculo mais próximo com o cliente.

Os bebês não ficavam à parte, também respondiam às demonstrações de carinho. A calma, a saturação de oxigênio mantinha-se estável, as minúsculas mãos, ao sentir o toque dos dedos maternos, apreendiam-nos com o vigor que lhes era possível. Segundo Klaus e Klaus (2001), muito antes no nascimento e antes mesmo que o bebê possa balbuciar alguma palavra, seu corpo está preparado para conversar.

Nestas ocasiões, mantivemo-nos presentes junto ao binômio mãe-filho, e respeitamos este momento ímpar da comunicação não-verbal entre mãe-bebê. As mães demonstravam sua curiosidade em conhecer todos os detalhes do tratamento e do quadro clínico do bebê. Indagavam sobre a dieta, o ganho ou perda de peso e o prognóstico dos bebês ao saírem da “luz”. Apontavam para os equipamentos de fototerapia vistos antes no álbum seriado, e estes já não eram estranhos ou desconhecidos para elas. Nós, sempre atentas, respondíamos a todos os

questionamentos de modo a facilitar a compreensão das mães.

Com esta finalidade, consultamos as evoluções médicas e de Enfermagem nos prontuários e solicitamos esclarecimentos à equipe de saúde sempre que necessário.

Quanto ao ambiente na UIN e no AC, no final da tarde, é quase sempre mais tranquilo, a menos que haja uma intercorrência. No entanto, em nossas visitas em companhia das mães, não presenciamos urgências que tornariam o ambiente mais agitado. Todavia, conforme constatamos na UIN, a poluição sonora é uma constante nas unidades de médio risco, e especialmente na UTI Neonatal. Os celulares tocam, os profissionais conversam em voz alta, os risos somam-se a outros ruídos, tais como alarmes sonoros, incubadoras que são empurradas, enfim, todo tipo de estímulos sonoros passíveis de afetar a tranquilidade e a saúde da própria equipe, mas, sobretudo, dos neonatos. Para Tamez e Silva (2002), quando os níveis de ruídos são excessivos, além de prejudicar o período de sono e repouso do neonato, podem afetar a cóclea, com conseqüente perda da audição.

Vivenciando a relação dialógica no ambiente da UTI Neonatal e Unidades de Médio Risco

Vale ressaltar que das 25 participantes, apenas uma, Perséfone não nos acompanhou na visita ao RN internado na UMR-2. Esta, entretanto, solicitou-nos irmos até a unidade e retornar com notícias do bebê, pois se dizia preocupada porque sua filha, além da fototerapia, ainda não havia conseguido alimentar-se, em virtude do resíduo gástrico constante e importante desde a hora do parto. Este foi o motivo de não nos acompanhar. Lá chegando, tivemos uma surpresa bem desagradável: o cirurgião

pediátrico havia terminado de realizar uma dissecação venosa para poder ser iniciada a administração de nutrição parenteral.

O problema tomava outras proporções, portanto não era tão simples, e uma cirurgia estaria sendo programada com o encaminhamento da filha de Perséfone para um hospital pediátrico. Junto à enfermeira da unidade procuramos nos inteirar de todos os detalhes e fomos também incumbidas de dar a notícia à mãe.

O caminho de volta ao AC nos pareceu mais longo, sombrio. Como dar a notícia à mãe? Perséfone era do interior do estado e encontrava-se sozinha em Fortaleza, ou seja, sem o apoio familiar.

Mas era preciso informar à mãe sobre o que acontecia com o bebê. Afinal naquele momento éramos a pessoa mais próxima. A entrevista havia sido encerrada há poucos minutos. Estes pensamentos nos invadiam. De repente fomos tomadas de certa tranqüilidade ao nos lembrarmos dos pressupostos da Teoria Humanística. De acordo com esta teoria, o fazer é o relacionamento, é permanecer junto com o paciente buscando a interação mesmo em situações extremas. Como refere Praeger (2000), a relação EU-TU amplia as oportunidades do indivíduo estar - melhor de tal modo que sua tristeza possa ser compartilhada com alguém.

Assim retornamos ao AC e informamos à mãe a situação do bebê. Tentamos ser absolutamente verdadeira, e ao mesmo tempo procuramos tranqüilizá-la na medida do possível quanto ao procedimento a ser realizado. Lágrimas rolaram pelas faces da mãe. Permanecemos ainda por longo tempo conversando, perguntamos se gostaria de ir ao berçário. *Ainda não*, respondeu, *vou depois do jantar*. Não insistimos, apenas nos deixamos ficar - com a mãe nesse momento em que necessitava de ajuda.

Repassamos nosso telefone para contato e, pessoalmente, procuramos nos inteirar de todos os detalhes acerca do estado clínico e da transferência do RN.

Nosso relacionamento com essa mãe foi muito intenso, e enquanto permaneceu na maternidade nós a acompanhamos. Foi um caso à parte, com um desdobramento futuro em outra instituição de saúde, não em razão da icterícia neonatal e/ou da fototerapia, mas de um problema cirúrgico, que culminaria no óbito do bebê de Perséfone.

Nesse re-encontro, tivemos oportunidade de compartilhar horas ao lado dela e do bebê. Foram muitas tardes de chamados e respostas. Momentos permeados pela presença genuína, da relação EU-TU, EU-ISSO e NÓS. Lágrimas, sorrisos de esperança, toque carinhoso. A partir do elo formado entre nós, nos sentimos responsáveis pelo estar - melhor de Perséfone e do bebê e, de certo modo, continuamos cuidando do binômio mãe-filho. Nesse sentido, estamos em consonância com o pensamento de Boff (2001), quando diz que é a partir dos laços afetivos que nós edificamos o mundo. Desse modo sentimo-nos responsáveis por este vínculo formado e nos enchemos de cuidado com tudo e com todos que para nós têm significado e valor.

Exporemos a seguir momentos de interação com outra mãe. Na UMR-2 estava o filho de Ceres. A partir da evolução no prontuário, pudemos repassar à mãe as informações sobre o estado de saúde do neonato. Ao final da tarde, na hora da administração da dieta do bebê, tivemos a oportunidade de colocá-lo no colo da mãe, para amamentá-lo, retirar a máscara de proteção ocular para que ela pudesse ter “aquela intimidade” com o bebê, referida com tanta ênfase na entrevista.

Observamos Ceres demonstrar seu carinho, amor, alegria, por meio da expressão verbal e não-verbal. Acariciava o bebê, elogiava os olhos do filho, e

observava os movimentos. Sorria e verbalizava: *Espia como ele me olha! Parece que sabe que eu sou a mãe dele!*

Presenciar e compartilhar este momento de afetividade junto a Ceres e o bebê levou-nos a crer que pelo menos nessa tarde pudemos ajudar de alguma forma essa mãe a ter aquele tão sonhado momento junto ao seu filho. Ao observar esta cena, podemos compreender e corroborar a reflexão de Cardoso (2001, p, 135):

O ser humano apresenta-se como um ser que necessita do vínculo afetivo na sua vivência, pois não é somente razão, mas também emoção. O vínculo afetivo entre mãe e filho inicia-se na concepção e uma das formas de apresentarmos o amor, o carinho por outros, é através do olhar do toque.

Consideramos relevantes e belos os instantes junto a outra mãe, Hera, e os seus trigêmeos internados das UTIN. Foi emocionante observar esta mãe na UTIN diante das três incubadoras, uma ao lado da outra. Por qual dos bebês ela iria começar? Pareceu-nos indecisa. Finalmente decidiu-se. Em passos lentos colocou-se diante da incubadora onde sob dois bilispots estava a pequenina, apenas 885 g.

Ao lado da incubadora com as portinholas abertas, ficamos ao lado da mãe. Esta, depois de momentos hesitantes, começou a acariciar os pezinhos, as perninhas de sua filha. Uma lágrima teimava em rolar por suas faces e ela começa a balbuciar: *É tão pequenininha, tão pouquinha, minha filhinha*. Retoma o que havia dito na entrevista: *Queria tanto poder pegar ela no colo*. Cala-se e lembra-se: *Tenho de ver os outros dois*.

Acompanhamos a visita da mãe aos outros dois bebês sob fototerapia. Consultamos os prontuários e informamos acerca da dieta, dos medicamentos, do peso, pois esta sempre é uma curiosidade materna. Dissemos à Hera da importância da sua presença junto aos três. Ao mesmo tempo a orientamos a procurar a enfermeira da unidade diante de dúvidas a respeito do tratamento ou da evolução dos bebês.

Antes de sairmos, ainda administramos a dieta por sonda orogástrica de um dos trigêmeos, enquanto a auxiliar de Enfermagem alimentava o outro. A bebê de 885 g estava em dieta zero. Na oportunidade, desligamos o aparelho de fototerapia, por rápido momento, retiramos a proteção ocular e fornecemos à mãe todas as explicações à medida que surgiam os questionamentos. Interagimos com o bebê e observamos o contato olho-a-olho entre mãe-bebê. Foi um momento ímpar junto a ambos, e exercitamos o cuidado de Enfermagem, mesclando conhecimento com amorosidade para orientar e tranquilizar a mãe do neonato sob fototerapia.

Consoante afirmam Campos e Cardoso (2004, p.610):

O ato de cuidar humanístico revela-se não apenas emocionalmente, mas concretamente. A enfermeira, embasada na sua competência técnica, sem perder a ternura, deve munir-se de docilidade e buscar transmitir à mãe as informações que necessita saber para se tranquilizar.

A exemplo das demais esta também foi acompanhada por nós enquanto permaneceu na maternidade. Quanto aos trigêmeos, de acordo com o estado clínico, foram transferidos da UTIN, passando pelas UMR até chegarem à Enfermaria Mãe Canguru. Hera teve a oportunidade de estar com dois bebês ao mesmo tempo nesta enfermaria. A pequenina de 885g foi para a Unidade de Médio Risco-2, e sempre que nos encontrávamos na maternidade íamos à unidade para visitá-la.

Segundo soubemos, a mãe, após alta hospitalar, já não visitava a filha todas as tardes porque teria de cuidar dos outros dois bebês. O pai comparecia para deixar o leite materno, ordenhado da mãe. Tivemos, então, oportunidade de dialogar e comentar com ele os progressos do bebê ainda internado, além de solicitar notícia da mãe e dos outros bebês. Procuramos assim envolver e considerar a família como alvo do cuidado de Enfermagem.

Rossato-Abedé e Ângelo (2002) enfatizam a habilidade da enfermeira em reconhecer e conviver com os pais em situação de doença, desempenhando papel fundamental e ímpar ao incluí-los no cuidado de Enfermagem, em especial no âmbito da UTI Neonatal.

Em continuidade à nossa descrição, trazemos o experienciado junto à Têmis. Foi um momento belo de relação interpessoal mãe/recém-nascido enriquecido pela sutileza do toque que desvelava o carinho amoroso da mãe pelo filho recém-nascido. Observamos Têmis, na UTIN, junto à incubadora, contemplando seu bebê, tocando de leve nos seus pezinhos e acariciando seu corpinho com todo cuidado, diríamos, “como só a mãe sabe acalantar”.

Inicialmente balbuciando palavras de carinho, depois entoando uma cantiga de acalanto, declarava seu amor ao pequenino ser. Segundo suas palavras: *Um filho planejado, um filho muito amado e desejado.*

Enquanto se comunicava com o bebê por meio do toque, da cantiga de ninar, chamou nossa atenção: *Olha como ele mexe as perninhas e os braçinhos, está reconhecendo a minha voz, a gente conversava muito quando ele estava na minha barriga.*

Concordamos com a mãe. Certamente o bebê reconhecia sua voz. Como relatam Klaus e Klaus (2001), o cérebro do bebê tem a capacidade para apreender incontáveis vocalizações, bem como de categorizá-las, e compreender seu significado. Os mesmo autores referem ainda que a preferência dos bebês pela voz materna pode ser resultado de ouvi-la continuamente durante a vida fetal.

Assim, compartilhamos com Têmis e o bebê este momento de comunhão, e francamente nos sentimos partícipes deste evento emocionante, particularmente para quem, como nós, almeja que as mães dos neonatos sob fototerapia possam estar - melhor apesar das circunstâncias.

Daí por que trazemos o pensamento de Paterson e Zderad (1988) quando enfaticamente afirmam que a enfermeira deve ajudar o cliente a tornar-se o mais humanamente possível em uma situação particular de sua vida.

Têmis e seu bebê ainda permaneceriam por longo tempo na maternidade, não por conta da icterícia, mas em decorrência de quadro infeccioso. Em algumas ocasiões tivemos a oportunidade de dialogar com ela e com o pai do bebê, e apesar da situação de saúde deste, estavam superando as dificuldades.

Nessas ocasiões Têmis comentava com o marido o quanto foi importante nosso encontro, o apoio que representou para ela e a tranquilidade acerca do tratamento fototerápico após o conhecimento adquirido.

Nós, como enfermeira/pesquisadora, sentimo-nos intimamente felizes e de certo modo recompensadas por termos estabelecido este canal de comunicação com a mãe por intermédio do diálogo, do encontro da relação EU-TU. Conforme Cardoso (2001, p.77), “a enfermeira privilegia a comunicação e consegue alcançar intimamente a mãe. É a relação face-a-face que Buber prega”.

Em outra tarde acompanhamos Hígia à UTIN. Esta mãe, além de vivenciar um filho sob fototerapia, sofria com a perda do outro filho, pois eram gêmeos, mas um deles natimorto. Na entrevista havia referido estar “sensível” com a perda de um dos bebês e

sua preocupação aumentara em relação ao outro que estava internado e sob fototerapia.

Ao chegar à UTIN observamos a mãe junto ao neonato, posicionada ao lado da incubadora, olhava e acariciava seu bebê. Aproximamo-nos e ficamos ao lado dela e do bebê. Para Oliveira (2001, p. 122), “acariciar com suavidade o corpo do bebê, colocá-lo junto a si, embalá-lo, são as maneiras mais prazerosas de lhe transmitir a idéia de que há coisas boas nesse mundo e que algumas até são parecidas com as do mundo intra-uterino”.

Hígia verbalizou seus sentimentos, em especial porque sairia de alta no dia seguinte, e deixaria o bebê na UTIN, mas viria visitá-lo diariamente. Consoante referiu, conversar sobre o tratamento foi muito bom para poder ficar mais bem informada e de certo modo mais tranqüila.

Em uma ocasião em que nos encontrávamos no AC conversando com outra mãe, fomos procuradas por Hígia que chegava para visitar seu bebê. Solicitou-nos acompanhá-la à UTIN. Seu filho não estava mais sob fototerapia, porém havia retornado à oxigenoterapia. Dizia-se preocupada e queria nossa opinião acerca da situação.

Quando chegamos à UTIN percebemos que o bebê estava apenas com um leve desconforto respiratório. Examinamos o prontuário e, conforme observamos, não apresentava cianose e mantinha boa saturação de oxigênio, à oximetria de pulso. Buscamos o diálogo com a colega, enfermeira da unidade, e pudemos tranqüilizar a mãe, que nos agradeceu.

Este episódio foi importante, pois demonstra a relação de confiança e o vínculo formado entre mãe e enfermeira, além de deixar claro para a mãe que nos importávamos com ela e o bebê; em outras palavras, reafirmar nosso compromisso como ser-humano e ser-enfermeiro. Segundo Paterson e Zderad (1979), a Enfermagem humanística pressupõe um compromisso existencial e a presença ativa da enfermeira com todo o seu ser, ressaltando que este compromisso é pessoal e profissional.

Em prosseguimento à nossa descrição da UTIN, traremos a seguir os momentos vivenciados com Teia nesta unidade. Para Paterson e Zderad (1988), a Enfermagem envolve seres humanos em um tipo especial de encontro e ocorre em resposta a uma necessidade percebida.

Desde o primeiro momento, a nosso ver, talvez de todas as mães com as quais mantivemos contato, uma em especial, Teia, necessitava de alguém com quem pudesse compartilhar as vivências relacionadas à gravidade do estado clínico do seu primeiro filho. Na UTIN o comentário era o mau prognóstico do bebê, pois este já havia se submetido a uma exsangüineotransusão e estava na iminência de outra. Além disso, apresentava alta taxa de bilirrubina, hipoatividade, hiporreatividade, enfim, um quadro grave.

Após chegar à UTIN Teia dirigiu-se para a incubadora onde sua filha estava em uso de ventilação mecânica e sob fototerapia. Nós a acompanhamos. Como era de se esperar, estava com o semblante entristecido, contudo, apesar do estado de saúde da filha, verbalizou que agora compreendia o porquê do bebê necessitar “daquelas luzes”, tinha esperança de não ser preciso realizar outra exsangüineotransusão e acreditava na recuperação do bebê. Solicitou-nos que a informássemos de tudo. Segundo suas palavras: *A gente fica aqui sem saber de nada do que o bebê tem.*

Depois de responder a todos os seus questionamentos, de forma clara para poder compreender as condutas necessárias, pareceu-nos mais tranqüila. Agradeceu e esboçou um sorriso. Afastamo-nos um pouco enquanto observávamos Teia, sem palavras, apenas o olhar fixo e as mãos a deslizar com todo cuidado ao acariciar o corpinho do seu bebê. Um diálogo silencioso. Como refere Silva (2001, p. 15), “assim como o modo da nossa racionalidade se expressar é através das palavras, o modo das nossas emoções se expressarem é através do tom de voz, dos gestos, das expressões faciais, entre outros”.

A partir da situação vivenciada junto a essa mãe à beira do leito de uma filha gravemente enferma, poder estabelecer essa interação com Teia nos fez refletir acerca da importância da comunicação efetiva com a mãe, independente da situação. Machado e Vieira (2004) nos alertam sobre a importância da comunicação efetiva para o estabelecimento das relações interpessoais. Segundo as autoras, quando a comunicação não se estabelece, a interação também não acontece.

Nossa visita ao bebê de Atalanta na UTIN foi marcada pela hesitação da mãe em tocar o bebê. Temia machucá-lo, afinal, era tão pequenino. Diante destas inquietações, explicamos que tocar o bebê seria benéfico para ambos. Nesse momento, ressaltamos a afirmação de Klaus e Klaus (2001, p.58):

[...] o toque e as massagens apropriadas parecem ativar várias respostas fisiológicas e emocionais que podem tranqüilizar, relaxar e aumentar o crescimento e o conforto do bebê [...] quem faz, recebe tantos benefícios como quem experimenta, não surpreende que mães e bebês sintam prazer mútuo e proximidade nesses momentos.

Ao dialogar com Atalanta procuramos tranqüilizá-la, e tentamos transmitir confiança, incentivando-a a acariciar o bebê, sem pressa, sem imposições, apenas nos fazendo presentes, respeitando sua individualidade. Atalanta superou “seus temores” e

finalmente tocou o bebê, abriu um largo sorriso e referiu: *É muito bom, a pele dele é tão macia*. Concordamos com a mãe. Nesse instante nos veio à memória o pensamento de Freire (2002, p.43) [...] “ser dialógico é não invadir, é não manipular [...] ser dialógico é empenhar-se na transformação constante da realidade”.

Na nossa opinião, nesta tarde pudemos de alguma forma colaborar para transformar a realidade desta mãe, ao lhe ensejar naquele gesto, tão simples, mas tão importante e esperado por ambos, a amorosidade e a intersubjetividade do contato, mãe - RN por meio do toque. Agora a mãe estava ciente de poder tocar e acariciar o corpinho do filho sem temores.

A vivência da enfermeira junto ao binômio mãe-filho no Alojamento Conjunto

Das mães presentes no AC, junto com seus bebês, trazemos alguns momentos vivenciados. Iniciaremos pelo relato com Métilis. Antes da entrevista, mostrava-se tensa, chorava e dizia-se preocupada com sua filha que havia sido transferida da UMR-1 para dar continuidade à fototerapia no AC. Queixava-se da falta de orientações: *Disseram que não pode retirar do berço, mas por quê? Está amarelinha, mas por que está amarelinha? Tem que dar de mamar e colocar de novo, qual o motivo?* Muitas indagações naturais e perfeitamente compreensíveis e pertinentes. A mãe tem o direito de saber e deve ser convenientemente orientada sobre a patologia e o tratamento.

Contudo, após nosso diálogo, pareceu-nos mais tranqüila e bastante interessada em começar a cuidar do bebê para vê-lo o mais confortável possível no biliberço e como poderia colaborar no tratamento. Em especial manifestava o desejo de

colocar a filha ao seio para amamentar, mas agora compreendia que quanto mais tempo o bebê ficasse na fototerapia, mais rapidamente iria para casa.

Ajudamos Métis. Inicialmente colocamos o bebê no seu colo, retiramos a máscara de proteção ocular, para puderem se comunicar, interagir, posicionando-o para ser amamentado. Permanecemos ao lado do binômio observando e participando deste evento no qual mãe e bebê compartilhavam alegria. A capacidade visual de o neonato estabelecer contato olho-a-olho é algo gratificante e recompensador, tanto para os pais quanto para os envolvidos diretamente no cuidado com o RN (KLAUS; KLAUS, 2001).

Ao final buscamos outra máscara de proteção ocular na unidade e a colocamos no bebê. Este foi mais uma vez posto confortavelmente no biliberço. Ligamos, então, o equipamento e reforçamos todas as orientações já dadas por ocasião da apresentação do álbum seriado. Métis nos agradeceu com um sorriso e permaneceu ao lado da filha, acariciando-a enquanto pronunciava palavras carinhosas.

Nessa tarde, saímos do AC convictas de que as mães realmente se preocupam e se interessam em conhecer o tratamento e o quadro clínico do bebê. Tão-somente necessitam ser convenientemente orientadas acerca dos riscos e dos benefícios do tratamento, bem como da importância do seu envolvimento no cuidado com o filho. Mas para isso acontecer é preciso haver a comunicação efetiva da equipe de saúde com as mães. Segundo Freire (2002), para o ato comunicativo ser eficiente, se faz necessário que a expressão verbal de um dos sujeitos seja compreendida dentro de um quadro significativo, comum ao outro sujeito.

Outro momento extremamente gratificante para nós foi junto à Hécate e o seu bebê. Após a entrevista nos deixamos ficar junto ao binômio. Não era o primeiro filho, mas pela primeira vez a mãe vivenciava um filho sob fototerapia. Além da alta já

programada ter sido interrompida para que o bebê iniciasse a fototerapia, a preocupação maior referida por ela era com a visão do bebê e sua “queixa” principal dizia respeito à impossibilidade de retirar o bebê da “luz” e passear pelos corredores na maternidade. Segundo suas palavras, “*só pode ter alta se colaborar*”.

Após nosso diálogo e a exposição do álbum, a mãe dá sinais de haver compreendido que deixar o bebê no bilibêrço abreviaria a saída dele do hospital. Chegamos a essa conclusão porque Hécate verbalizou ter sido muito bom conhecer o tratamento e que agora saberia esperar pelo momento de sair de alta com o bebê, e principalmente não retiraria tanto o bebê do berço, em especial à noite. Sabemos, por relatos das próprias mães, e pela experiência vivenciada na dissertação do mestrado, que no AC este é um fato, pois algumas mães costumam retirar o neonato para aconchegá-lo em seus braços durante a noite.

Permanecemos no AC até o final da tarde. Nesse período interagimos com o bebê e com a mãe. Incentivamos o toque, e esclarecemos à mãe que isto também era uma forma de comunicação com o bebê, de aconchego, de carinho. Nosso intuito foi ensinar à mãe conhecer o porquê do tratamento para ela mesma compreender a necessidade do bebê permanecer o maior tempo possível na fototerapia, não por imposição, mas pelo diálogo franco e aberto.

Como afirma Cardoso (1997, p.22), “as atividades de auto-ajuda desempenhadas pelo enfermeiro, devem ser realizadas durante todo o ciclo vital [...] o enfermeiro pode atuar junto à criança e a família, quando ainda se encontram na maternidade”.

Para Paterson e Zderad (1979), o objetivo da Enfermagem é ajudar o ser humano a estar melhor ou a superar-se. Nesse sentido, o esforço da Enfermagem

humanística está dirigido a incrementar possibilidades de tomada de decisões responsáveis.

Outro momento de interação pesquisadora-mãe-RN foi junto à Atena. Esta mãe, como as demais, referia a necessidade de ter o bebê junto a si. O mesmo discurso: *Só me disseram que eu não podia tirar ele daí e nem mexer com ele*. Percebemos que esta situação causava sofrimento e desconforto à mãe. Após concluir a entrevista e a apresentação do álbum, fez diversos questionamentos. Fomos até o posto de Enfermagem onde tivemos acesso ao prontuário e pudemos tranquilizá-la. O bebê aguardava apenas o resultado de um exame laboratorial.

Na saída, como o RN estivesse acordado, ajudamos a mãe a se posicionar no leito para poder amamentá-lo. Retiramos a proteção ocular e, desse modo, mãe e filho puderam estabelecer a comunicação não-verbal, por meio do olhar.

O contato visual olho-no-olho é um elemento vital na interação humana. Nesse olhar mútuo, tem início o primeiro diálogo; a mãe e o bebê parecem ser magneticamente atraídos para a comunicação (KLAUS; KLAUS, 2001).

Observando “este namoro” entre mãe e bebê, ali ficamos até que este sugasse o seio materno, quando mostramos à mãe que poderia retirá-lo do berço para amamentar.

Como pudemos observar, o bebê era a termo, 42 semanas, estava com boa sucção. Atena parecia embevecida, conversava com o filho, sorria. Comentou estar se sentindo muito feliz por, poder aconchegá-lo ao colo. Antes de sair, trocamos a proteção ocular e recolocamos o bebê no biliberço.

Na nossa percepção, ao exercitar o ato de cuidar humanístico, pudemos vivenciar uma transação intersubjetiva e interagir de forma especial com o binômio mãe-

filho. Nosso desejo era ajudar, e naquele momento, ambos, mãe e RN necessitavam de ajuda.

Consoante Paterson e Zderad (1979), cada vez que se realiza o ato de cuidar, dois ou mais seres humanos se relacionam em uma situação compartilhada com o seu modo de ser. Nessa relação um alimenta e o outro é alimentado, um dá e o outro recebe. Portanto, o caráter essencial desta situação é a nutrição.

A força do desejo de segurança que nos prende àquilo que já conhecemos tem a mesma intensidade da força que nos lança às novas conquistas.

Silva e Ruggeri (2004)

6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Em seguimento às etapas do Processo da Enfermagem fenomenológica apresentamos sua terceira etapa, caracterizada pelo conhecimento científico do outro quando se estabelece a relação EU-ISSO de Buber (1974).

Nestes momentos quando procedemos à análise, síntese e descrição, de acordo com a metodologia da Enfermagem fenomenológica, se deu a comparação dos diálogos intuitivo e científico, na busca da compreensão do experienciado pela mãe ao presenciar seu filho sob fototerapia.

6.1 Reflexão sobre o diálogo com as deusas: a fusão intuitivo - científica

Concluída a trajetória junto às mães, codinominadas deusas, a partir do diálogo vivenciado em cada situação experienciada, procuramos apreender o real significado para a mãe ao presenciar o neonato submetido a fototerapia, terapêutica utilizada para o tratamento da icterícia neonatal, e passamos agora a refletir e analisar sobre esses momentos e relações dialógicas sob a ótica do conhecimento científico.

Após o conhecimento intuitivo, damos prosseguimento ao caminho traçado nas etapas de análise e descrição do fenômeno, segundo o Processo da Enfermagem fenomenológica. Assim nos encontramos em um estado reflexivo, referido por Paterson e Zderad (1979) como a terceira fase da Enfermagem fenomenológica vivenciada pelo enfermeiro quando conhece cientificamente o outro.

Contudo, conforme compreendemos, para conhecer o outro temos de nos dar também a conhecer. Nesta caminhada deixamos emergir sentimentos, expectativas, visão de mundo e um pouco do nosso íntimo, como ser - humano e ser-enfermeiro diante de uma realidade que faz parte da nossa vivência (CAMPOS, 2003).

Para avaliarmos o vivenciado cientificamente, é necessário um distanciamento do nosso objeto de investigação, tanto na esfera espacial como na temporal, ou seja, estabelecermos a relação EU-ISSO. Consoante Buber (1974, p.19):

A grande melancolia de nosso destino é que cada TU em nosso mundo deve tornar-se irremediavelmente um ISSO [...] a contemplação autêntica é breve; o ser natural que acaba de se revelar a mim no segredo da ação mútua, se torna de novo descritível, decomponível, classificável, um simples ponto de interseção de vários ciclos de leis.

Na busca de apreender o significado contido nos depoimentos, remetemo-nos ao ambiente da vivência e trazemos à mente cada gesto, expressão facial, lágrimas ou silêncios, para, então, procedermos à síntese complementar das realidades conhecidas. Para tal procuramos estabelecer um diálogo entre estas realidades onde, a partir da reflexão, da análise, da interpretação, da seleção e da classificação, pudemos ampliar nossa visão acerca do significado para a mãe ao presenciar seu filho sob fototerapia.

Em tal estado reflexivo a enfermeira analisa, considera as relações entre os componentes, sintetiza temas, conceitua e interpreta simbolicamente em sua visão seqüencial da realidade (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Neste capítulo expomos os depoimentos contidos nas fitas gravadas durante as duas fases das entrevistas, e o prisma pelo qual vislumbramos o fenômeno, a fusão intuitivo - científica, bem como o modo de ser de cada mãe em particular acerca desse evento em sua vida e em seu mundo singular. Para facilitar a compreensão dos

depoimentos obtidos nas entrevistas, estes são apresentados em dois momentos, designados primeira fase e segunda fase, ou seja, antes e após a intervenção da enfermeira/pesquisadora permeada pelo diálogo e pela presença.

Na primeira fase os depoimentos apresentados vêm carregados de incertezas quanto ao estado de saúde do bebê e do tratamento, pela comunicação não efetiva da equipe de saúde, o desconhecimento da terapêutica, da separação do binômio mãe-filho e sentimentos de impotência e tristeza.

Todavia, ao comparar e contrastar os depoimentos da primeira fase com os da segunda, percebemos, conforme as falas expressam, um estado de bem-estar e estar - melhor mesmo diante do neonato sob fototerapia.

Creditamos esse diferencial à comunicação efetiva nos momentos vivenciados durante o encontro, o diálogo, a presença da enfermeira/pesquisadora junto à mãe e ao bebê, com apoio do recurso didático, no intuito de poderem estas mães conhecer, compreender e aceitar essa situação de saúde momentânea do seu bebê.

Do fenômeno observado e das falas analisadas emergiram cinco unidades temáticas, para ambas as fases: **comunicação, conhecimento, cuidado, percepção e sentimentos**, das quais foram abstraídas as seguintes subtemáticas:

Da temática **comunicação**, foram identificadas na primeira fase as subtemáticas comunicação prejudicada com a equipe de saúde, ausência de comunicação da equipe de saúde e comunicação mãe–recém-nascido. Na segunda fase, reações das mães após comunicação efetiva da enfermeira.

Da temática **conhecimento**, foram identificadas na primeira fase as subtemáticas desconhecimento da fototerapia e busca do conhecimento da fototerapia.

Na segunda fase, conhecimentos adquiridos acerca da fototerapia e compreensão do tratamento fototerápico: um novo olhar das mães.

Da temática **cuidado**, foram identificadas na primeira fase a subtemática o neonato sob fototerapia: mães em busca do cuidado de Enfermagem. Na segunda fase, cuidado-presença: participação da mãe no cuidado ao neonato sob fototerapia e recurso didático no processo de comunicação: subsídio para o cuidado de Enfermagem com mães dos neonatos sob fototerapia.

Da temática **percepção**, foram identificadas na primeira fase as subtemáticas saúde do neonato sob fototerapia: o olhar da mãe; separação do binômio mãe-filho; a mãe do neonato sob fototerapia e o ambiente hospitalar. Na segunda fase, saúde do neonato sob fototerapia: o que mudou?

Da temática **sentimentos**, foram identificadas na primeira fase as subtemáticas impotência e tristeza. Na segunda fase, mães ante o neonato sob fototerapia: bem-estar e estar – melhor.

A seguir, analisaremos mais pormenorizadamente, dentro de cada temática, as subtemáticas correspondentes, com vistas à melhor compreensão do significado da mãe presenciar o filho recém-nascido sob fototerapia com enfoque na comunicação. Ressaltamos que em algumas falas trazemos o codinome de uma ou mais deusas, pois o significado é o mesmo dentro da subtemática correspondente.

Temática: Comunicação

- **Primeira Fase**

Comunicação, etimologicamente, vem do latim *communicare* e significa “pôr em comum”, é, segundo Larousse (2001), o ato ou efeito de comunicar. Conforme Ferreira

(2001), comunicação é a capacidade de trocar ou discutir e dialogar com vistas ao bom entendimento entre pessoas.

Como uma necessidade intrínseca dos seres humanos, a comunicação é, também um dos instrumentos básicos da Enfermagem. Consoante enfatizam Bittes Jr. e Matheus (2005), a comunicação pode ser entendida como uma das ferramentas usadas pelo enfermeiro para aperfeiçoar o seu saber profissional.

A compreensão do processo de comunicação envolve aspecto das relações humanas do comportamento e das emoções, da utilização do seu conhecimento na prática e do seu significado na assistência ao ser humano, em um contexto institucional (SILVA, 2002).

Conforme ressaltado por Carvalho e Bachion (2005), a comunicação na área da saúde deve ser contemplada com um corpo de conhecimentos que permeia a prática da Enfermagem, pois este conhecimento é imprescindível para o que é fundamental na Enfermagem: o cuidar.

Durante as entrevistas com as mães a temática comunicação emergiu de modo significativo nas mais diversas formas. Elas verbalizaram acerca das dificuldades em apreender o porquê do tratamento, os jargões técnicos muitas vezes utilizados pela equipe de saúde, da necessidade que sentem de tocar o bebê, necessidade esta muitas vezes não incentivada é até cerceada.

Já na segunda fase, a partir da comunicação efetiva, é perceptível o nível de satisfação dessas mães revelado em especial pela menção da palavra ajuda, o que vai ao encontro das concepções de Paterson e Zderad (1979) a respeito da relação de

ajuda mútua da Enfermagem humanística. Sempre existirá alguém necessitando de ajuda e alguém disposto a ajudar.

Enfatizamos aqui que essa intersubjetividade na relação enfermeira-paciente é peculiar à Teoria Humanística de Enfermagem, uma teoria de comunicação. Desse modo, a partir destas breves reflexões, passamos a apresentar a primeira temática, **comunicação** e as subtemáticas a ela relacionadas.

Subtemática: Comunicação prejudicada com a equipe de saúde

[...] a enfermeira me falou que a luz é por causa da cor dele amarelada [...] só isso que ela me explicou, mas eu não sei, ainda não me satisfiz.

Héstia

[...] a doutora disse que é normal ficar com aquela proteção nos olhos, mas eu não sei não.

Atalanta

[...] ela vai para a foto porque está amarelinha, mas por que está? Não me passaram as explicações.

Métis

[...] não me explicaram o que é, para que serve, só disseram que era por causa da corzinha dela, mais nada.

Minerva, Ilítia, Juno e Teia

[...] o pai dele ficou desesperado, perguntou para que servia [...] eu disse que não sei, a moça(médica) que veio ver a corzinha dele e achou que não estava normal, e resolveu colocar, só isso.

Hécate

Ao observamos os depoimentos das mães podemos aquilatar as imensas dificuldades enfrentadas durante o período de hospitalização do neonato. Conforme as falas demonstram, existe incompreensão do tratamento e da patologia e isto torna evidente a falha de comunicação entre a equipe de saúde e as mães. As informações quando acontecem são simplistas e superficiais, e as justificativas estão relacionadas

apenas ao tom da coloração amarelada da pele do bebê em decorrência da hiperbilirrubinemia.

Como podemos constatar nas falas das nossas entrevistadas, as mães fazem referência a essa escassez de informações. Outro fato a nos chamar a atenção é a incredulidade ante as informações médicas, como mostra a fala de Atalanta.

Por não serem devidamente informadas, as mães são dominadas por sentimentos de desconfiança, desespero, incompreensão em relação ao quadro clínico do bebê. Estes fatores associados podem gerar profundo sofrimento nos pais de modo geral, isto porque elas esperam receber atenção e informações fidedignas com um mínimo de clareza. Consoante afirma Cunha (2000, p. 79), “as preocupações durante a hospitalização são muitas. Os pais ficam confusos, querem entender a doença do bebê, porém temem pelo pior e sofrem tanto na dúvida quanto na certeza”.

Ao atentarmos para o depoimento de Hécate temos claramente a visão da mãe que ao permanecer na maternidade acompanhando o filho sob fototerapia é tida como a responsável por repassar as informações para a família a respeito do quadro clínico do bebê, do tratamento e de todo o aparato relacionado a esta internação. Isto para a mãe é extremamente desgastante, aliado ao estresse, pelo fato de inexistir adequada comunicação. Segundo Carvalho (2001, p.27), “o estresse aumenta quando os pais percebem que a informação sobre a situação de saúde do filho é incompleta, conflitiva ou de difícil compreensão”.

[...] elas (auxiliares de Enfermagem) não explicam direito para a gente, falam uma coisa, depois dizem outra, chego lá e já é outro doutor, fico sem saber
Selene

[...] elas (auxiliares de Enfermagem) dizem que é para a pele dele não ficar ressecada, mas não explicam como é e para que serve aquela luz [...] se tivesse alguém para dizer o que é mesmo, ajudava.

Afrodite

[...] não estava nem com 24 horas, a doutora disse que ele estava bem amarelozinho e ele foi para o berçário [...] lá falaram, mas eu não entendo essas coisas [...] do jeito que falaram não deu para eu entender.

Demeter

[...] não me disseram nada porque ela ia ficar nesse tratamento. [...] já estava pronta para ir para casa [...]o médico, que botou ela aí (biliberço) me falou bem ligeiro e eu não entendi nada.

Geia

Algumas mães também verbalizaram suas impressões acerca do início do tratamento fototerápico e das “orientações” da equipe de saúde. A comunicação ineficaz é reforçada pelas informações desencontradas, como podemos observar nas falas de Selene e Afrodite, particularmente esta última, segundo a qual deveria ter “alguém” para explicar ou orientar as mães. Como evidenciado, na opinião das mães inexistem um profissional de saúde na unidade que lhes dê a devida atenção e as orientações necessárias a que têm direito. Sob este aspecto, Silva (1996) evoca os direitos do paciente inclusive de receber informações compreensíveis, suficientes e permanentes acerca do diagnóstico e tratamento.

Outro complicador nesta comunicação já tão prejudicada é o uso abusivo de termos ou jargões técnicos, os quais dificultam o entendimento das mães. Segundo Silva (1996), um dos fatores capaz de dificultar a comunicação verbal é o uso da linguagem inacessível. Uma linguagem incompreensível, termos técnicos de domínio de um grupo específico, podem interferir para a efetivação da troca de mensagens.

De acordo com Stefanelli (2005), a utilização de jargões técnicos e/ou de linguagem científica com o cliente ou na presença deste dificulta o entendimento e gera ansiedade e incertezas.

Portanto, no nosso entendimento, as mães carecem de mais orientações acerca da icterícia neonatal, do tratamento inicial instituído, da fototerapia, pois o desconhecimento da patologia e da terapêutica, a ineficácia da comunicação associada à ambiência da UTIN, a qual é familiar para os profissionais de saúde, porém estranho

para elas, podem potencializar sentimentos de apreensão e ansiedade pelo estado de saúde do bebê.

As mães necessitam de atenção, de cuidados e de um olhar compreensivo. Precisamos estar atentos a essa presença, demonstrar solicitude no cuidar e no ser com a mãe do neonato sob fototerapia como um ser único e singular.

Contudo, no cotidiano, acabamos por nos familiarizar com o ambiente e as pessoas ao nosso redor. Tudo parece igual, quer seja conhecido ou desconhecido, e nos tornamos cegos e surdos aos gestos, aos apelos, aos chamados e às respostas. Em outras palavras, gradativamente nos acostumamos às circunstâncias, ao ambiente de trabalho e deixamos de perceber a presença do outro.

A título de analogia trazemos o pensamento de Osho (2001, p.17). Conforme pondera o autor:

[...] se você começar a vir a este jardim todos os dias, pouco a pouco deixará de ver as árvores. Você achará que já olhou para elas, que as conhece. Pouco a pouco, você deixará de ouvir os pássaros, eles estarão cantando, mas você não ouvirá. Você se terá familiarizado: seus olhos estarão fechados, seus ouvidos estarão fechados.

Diante de todos estes depoimentos destacamos as falas de Atena e Ceres, por refletirem o nível em que se dá a comunicação com as mães dos neonatos sob fototerapia. Por exemplo, informar à mãe que ela não pode retirar o bebê do bilíberço sem explicar o porquê.

[...] elas disseram que eu não podia estar tirando ele daí e nem mexendo nele [...] agora ele está chorando e como é que eu vou pegar nele?

Atena

[...] só de não poder pegar quando ele estava no outro berçário (UTI) porque eu não podia nem pegar, e elas (auxiliares de Enfermagem) diziam logo que não podia pegar, só isso.

Existe a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde para a humanização da assistência ao binômio mãe-filho. A equipe de Enfermagem faz presente em tempo integral na UIN e tem a possibilidade de aliar o conhecimento científico ao ato de cuidar humanístico. Contudo, necessita estar sensibilizada para minimizar situações decorrentes do “distanciamento” do bebê sob fototerapia de sua mãe.

Rocha et al. (2004) referem ser fundamental ouvir, respeitar, informar e compreender a mãe, o que implica um cuidado de Enfermagem sensível e uma prática competente.

Portanto, a mãe deve ser informada de que a permanência contínua do bebê sob fototerapia favorecerá a alta hospitalar deste. Como ressaltam Barbosa e Rodrigues (2004, p.211), “enxergar a família como um cliente em potencial ainda é difícil para muitos membros da equipe de Enfermagem, como também para os outros profissionais de saúde”.

Na prática, conforme observamos, e de acordo com os relatos das mães, a comunicação da equipe de saúde com as mães dos bebês sob fototerapia é falha. Dizem apenas que o bebê deve permanecer na luz, todavia, sem a devida explicação. Outras vezes acontece até o cerceamento do toque, como afirma Ceres; *Elas dizem logo que não pode pegar.* O bebê desta mãe esteve internado na UTIN e lá se encontrava em incubadora aquecida, oxigenoterapia e fototerapia. Embora nestas condições o bebê não pudesse ser retirado da incubadora, a mãe deveria ter sido orientada sobre o porquê desta necessidade. Deveria, também, ter sido estimulada a tocá-lo, a acariciá-lo com liberdade para externar seu amor e carinho. Todavia, absorta na rotina do cotidiano, a equipe de saúde parece não perceber a importância da

comunicação com a mãe que chega à UIN para estar - com o seu bebê. Nesse sentido pudemos interferir, orientando, incentivando o toque e a presença da mãe junto ao bebê. Desse modo tornamos melhor e mais efetiva a comunicação mãe - RN.

A mãe orientada colabora com a equipe de saúde. Precisamos, pois, estar sensibilizados e voltar o olhar para a mãe do RN internado em uma UTI de tal modo que se sinta acolhida e incluída no cuidado de Enfermagem para poder vivenciar com mais tranquilidade o internamento do seu filho. Sob este aspecto corroboramos Rolim (2003, p.88), quando afirma:

Geralmente a mãe é vista apenas como visitante e raramente como membro da equipe de saúde e como cliente com necessidades próprias, e que precisa também de cuidados e apoio da enfermeira para estar - melhor na situação em que se encontra.

Subtemática: Ausência de comunicação da equipe de saúde

[...] nem explicam o motivo do tratamento [...] não me explicaram nada, não me disseram como é que essa luz age [...] e se ela ainda precisa trocar o sangue [...]

Artemis

[...] ninguém me diz nada, o médico não dá explicação de nada [...] ele saiu de uma luz (bilispot) para passar para outra (biliberço).

Demeter

[...] só fizeram me botar para cá e botar ele dentro desse berço (biliberço), mas não me disseram nada.

Atena,
Hécate, Tétis, Cibele.

[...] ninguém me disse para tirar (a máscara), eu tiro assim por minha necessidade própria de olhar olho-no-olho dele.

Ceres

[...] e também lá (berçário) ninguém me explicou nada.

Prosérpina, Perséfone, Hera

No diálogo vivenciado com as mães ficou evidente a total carência de informações, demonstrando a falha de comunicação da equipe de saúde. As mães falam da necessidade de orientações acerca do tratamento, e vão além, são enfáticas em admitir o uso do poder por parte de alguns médicos, ao não estabelecerem um canal de comunicação para informá-las do motivo do tratamento, tampouco sobre os mecanismos de ação da fototerapia.

O relato de Artemis mostra a apreensão em relação à possível transfusão de sangue a que sua filha poderia ser submetida. Pelo seu discurso, a mãe não foi suficientemente orientada quanto a este procedimento, a exsangüineotransfusão, conceituada por Tamez e Silva (2002, p.144) como “transfusão sanguínea em que se realizam as trocas sanguíneas totais ou parciais da volemia com finalidade terapêutica”, ou seja, trata-se da remoção mecânica da bilirrubina e envolve riscos. Geralmente se limita a uma troca sangüínea, mas é um procedimento de risco realizado no ambiente da UTIN ou do Centro Cirúrgico.

Ao retomar o depoimento de Artemis, conforme entendemos, o médico e/ou a equipe de saúde deveriam ter informado à mãe, em linguagem clara e compreensível, a natureza do procedimento, até porque é um direito dos pais. A esse respeito, Tamez e Silva (2002) recomendam que os pais devem ser informados sobre o procedimento, bem como formalizar o consentimento para a administração do sangue. Além disso, ainda com vistas a diminuir o nível de ansiedade, a equipe deve informar e discutir o prazo para o procedimento.

Conforme afirma Campos (2003), quando a criança necessita ser submetida a procedimentos cuja finalidade é minimizar agravos e preservar sua vida, os pais têm o direito de ser informados das condutas a serem adotadas, bem como das conseqüências advindas da não realização ou interrupção do tratamento.

Ainda conforme enfatiza a autora, se os pais pudessem ser esclarecidos convenientemente a respeito da severidade da patologia e da importância do tratamento, poderiam aceitá-lo com mais tranquilidade. Isto se resume em uma palavra: comunicação.

No entanto, no cotidiano da prática profissional, o que observamos é a falha e/ou ausência da comunicação da equipe de saúde com a família do neonato, como se o discurso não se efetivasse na prática. Segundo Silva (1996), nos exasperamos quando a família ou o paciente verbalizam a intenção de ver o prontuário, o resultado de um exame ou mesmo saber como está sua própria pressão arterial. A autora ainda nos chama a atenção para a necessidade de termos maior coerência entre nossos conceitos e atos.

O discurso de Atena, Hécate, Tétis e Cibele dá a impressão de ser a mãe vista como uma simples expectadora da situação vivenciada por seu filho, e não como alguém que merece e tem o direito de ser informada sobre os aspectos inerentes à patologia, à terapêutica, seus riscos e benefícios para poder se tranquilizar e colaborar no tratamento. Enfim, para poder estar - melhor. Esta mesma situação é referida por outras mães, a exemplo de Prosérpina, Perséfone e Hera. Nesse sentido, a nosso ver, a Enfermagem tem seu ponto de convergência na qualidade de vida do ser-cuidado a partir da tomada de decisão da própria pessoa; portanto, deve envidar esforços para esta mãe ser vista como partícipe do cuidado.

A preocupação da Enfermagem é com o estar - melhor, auxiliando a pessoa a tornar-se o mais humanamente possível em uma situação particular de vida (PATERSON; ZDERAD, 1988).

Para a mãe que desconhece a fototerapia, é perfeitamente compreensível reagir fortemente ao visualizar o bebê em meio a tantas luzes, notadamente quando ele é exposto a duas modalidades associadas, como a fototerapia halógena e a de alta intensidade e/ou quando passa de um para outro equipamento, como podemos comprovar na fala de Demeter.

Segundo supomos, ao observar seu bebê, ora em uma modalidade terapêutica, o bilispot, ora em outra modalidade, o biliberço, sem qualquer explicação dos profissionais de saúde em linguagem clara e objetiva sobre o porquê desta mudança, originou-se esse depoimento carregado de insatisfação e em tom de protesto da mãe. Por não ser informada adequadamente, ela tende a pensar nesta mudança como um sinal de agravamento do quadro clínico do seu filho.

Ao analisar os depoimentos, chama a atenção o verbalizado por Ceres em relação à necessidade manifestada pela mãe de contemplar os olhos do seu filho. Conforme constatamos, o que as mães “sabem” acerca da proteção ocular é pelas informações das colegas de enfermaria, e o mais grave, perde-se o estímulo ao vínculo do binômio mãe-filho ensejado pelo contato olho-a-olho durante a amamentação.

Este contato é tão importante que a mãe refere retirar a máscara por “necessidade própria”. Para Klaus e Kennel (1993), o contato olho-a-olho tem por finalidade atribuir uma identidade real ou personificada ao bebê e uma resposta gratificante à mãe.

Desse modo, os bebês parecem ter preferência por rostos humanos, enquanto os adultos talvez estejam programados para encantar-se com bebês recém-nascidos e serem atraídos por eles (KLAUS; KLAUS, 2001).

Tamez e Silva (2002) sugerem que a fototerapia pode ser interrompida por poucos minutos com a retirada da proteção ocular para promover o contato olho-a-olho e, pois, assim, propicia a aproximação do neonato com os pais.

Como reforça Campos (2003), a equipe de Enfermagem deve estar sensibilizada para remover a proteção ocular do RN por alguns instantes em presença da mãe na UIN ou no AC, especialmente durante e amamentação.

Na nossa concepção atitudes permeadas de cordialidade, afabilidade e amorosidade influenciam favoravelmente o processo de restabelecimento do ser-cuidado, porquanto saúde não é apenas a ausência de doença, mas como asseveram Paterson e Zderad (1979, 1988), um estado de bem-estar ou estar - melhor.

Subtemática: Comunicação mãe – RN

[...] quando eu falo com ele, ele fica agarrando a minha mão com força [...] sabe que é a mãe, ele sente.

Afrodite

[...] eu ficava só passando a mão (no corpo do bebê), mas não podia tirar de dentro (incubadora,) colocar no colo, colocar no peito [...] botar no colo, para eles sentirem o meu calor.

Hera

[...] quando estava grávida eu conversava com ele na barriga (leva a mão ao ventre), cantava cantiga de ninar para ele, a gente conversava muito, tanto é que quando eu cheguei lá a enfermeira disse que ele já sabia, quando eu conversava com ele, ele já ficava agitado, conhecia minha voz.

Têmis

[...] por aquela pelezinha (micropore) dá para eu ver os olhos dele. Ele abre os olhos.

Ilítia

[...] ela sempre fica com a venda, só ontem ela estava sem, porque elas (auxiliares de Enfermagem) estavam limpando os olhos dela, mas eu gostaria que ela ficasse sem a venda quando eu fosse dar de mamar.

Calíope

[...] gosto muito de olhar assim olho-no-olho, tanto é que eu tiro (a máscara), às vezes eu não me agüento, quando eu boto no peito para mamar.

Ceres

[...] aí quando foi anteontem eu vi o olhinho dele, pela primeira vez, depois não vi mais.

Héstia

Nesta subtemática analisamos a comunicação mãe-RN e podemos perceber pelos depoimentos a sensibilidade dessas mães na busca de estabelecer a comunicação com seus rebentos.

O ato premente de tocar o corpinho do bebê, de acariciar proferindo palavras de amor, carinho e aconchego, é segundo Hera, *do que o bebê mais necessita*. Somos solidárias com estas mães e precisamos no cenário da UIN ensejar e incentivar esta troca de afetos entre mãe e filho, certamente salutar a ambos.

A estimulação tátil recebida é relevante é benéfica para o desenvolvimento qualitativo do bebê. Segundo Montagu (1988, p.102):

É por meio do contato corporal com a mãe que a criança faz seu primeiro contato com o mundo; através deste, passa a participar de uma nova dimensão da experiência, a do mundo do outro. É este contato corporal com o outro que fornece a fonte essencial de conforto, segurança, calor e crescente aptidão para novas experiências.

Todavia as mães também falam do prazer da comunicação entre elas e o bebê quando ainda estava intra-útero. Esse contato prévio dá a certeza às mães de que o bebê reconhece sua voz, segura com força a mão materna, sabe que é a mãe, como referem Têmis e Afrodite.

Durante esse encontro mãe-bebê muitos sentidos estão envolvidos. Para Klaus e Klaus (2001), os neonatos têm preferência por vozes mais agudas, e os pais parecem instintivamente fazer uma voz mais aguda quando conversam pela primeira vez com o bebê após o nascimento. O sentido do tato é ativado bem antes do nascimento, pois os bebês estão cercados e são acariciados por fluidos e tecidos quentes desde o início da

vida fetal. Por isto, após o nascimento os neonatos continuam se sentir bem com esta proximidade.

A esse respeito, conforme afirma Oliveira (2001), a relação mãe-feto desenvolvida durante a vida intra-uterina tende a se intensificar logo após o nascimento. Nesse sentido, consideramos a mãe como cuidadora em potencial do filho, tentando captar o sentimento do pequenino ser há bem pouco tempo abrigado no seu âmago.

Notamos ainda pela verbalização das mães a importância atribuída à comunicação olho-a-olho entre mãe e bebê. Como evidenciado por Ceres ao manifestar sua necessidade de olhar nos olhos do filho durante a amamentação, entendemos que esse apelo reforça o desejo da mãe em relacionar-se com seu bebê. Podemos assim compreender Montagu (1988, p.391) quando chama a atenção para esse início de relacionamento do binômio mãe-filho:

Esse início de relacionamento é quase simbiótico: a mãe dá ao bebê segurança, juntamente com o estímulo da nutrição, e o bebê funciona para ela como agente terapêutico, acelerando sua convalescença depois de seus esforços recentes para trazê-lo à luz.

Se comparados a outras áreas da superfície corporal, os olhos possuem inconfundíveis qualidades, tais como o brilho, a mobilidade e ao mesmo tempo a fixação no espaço, o contraste e a reação pupilar (KLAUS; KENNEL, 1993).

Consoante Campos e Cardoso (2004), por todos estes atributos, o olhar materno é atraído e conquistado pelo olhar do bebê, e promove o contato gratificante e fundamental para a mãe.

- **Segunda fase**

Subtemática: Reações das mães após comunicação efetiva da enfermeira

[...] depois que a enfermeira (pesquisadora) me explicou melhor, eu não fiquei mais com medo [...] agora eu olho para ela, toco nela.

Atalanta, Juno

[...] depois que aquela enfermeira (pesquisadora) me explicou tudo direitinho eu achei maravilhoso isso daí e não vou mais ficar tirando ela daí todo tempo, que é para a gente ir logo para casa.

Cibebe

[...] até ontem era um tratamento para eles [...] eu chorava muito, mas depois que a enfermeira (pesquisadora) me explicou o banho-de-luz, do por que eles estão ali, o medo está passando [...] me ajudou muito.

Demeter, Geia, Hera, Hécate, Hígia

[...] ajuda demais, me ajudou muito, foi muito bom, porque tudo o que acontece com o seu filho, se tivesse um esclarecimento dessa forma como foi feito pela enfermeira (pesquisadora), como foi dito, a tranquilidade já bate dentro da gente.

Têmis

[...] da maneira como é explicado pela enfermeira (pesquisadora) dá para a gente entender e tranquiliza muito a mãe.

Perséfone, Prosérpina, Héstitia

[...] a conversa com a enfermeira (pesquisadora) me ajudou muito [...] isso ajuda muito a mãe, porque a gente fica aqui sem saber de nada que o bebê tem [...] e assim conversando sozinha com a enfermeira a gente fica mais à vontade para dizer certas coisas.

Teia

[...] saber e conversar com a enfermeira (pesquisadora) sobre o tratamento, me ajudou bastante, tirou muitas dúvidas [...] os médicos são muito ocupados, nem sempre têm tempo para ficar conversando com a gente.

Artemis

[...] na realidade não chegou médico, não chegou ninguém para me dizer nada por que ela ia fazer isso (fototerapia), toda a explicação do motivo porque ela ia, por que a pele dela estava amarela, tudo isso quem me passou foi a enfermeira (pesquisadora), entendeu? Tudo, tudo, tudo, a minha dúvida foi totalmente retirada por ela.

Métis

[...] esse trabalho é muito importante porque tira as dúvidas e esclarece muito a cabeça da gente sobre o tratamento que o bebê está fazendo, para mim é muito importante.

Selene

As mães ao relatarem seu estado de ser após o encontro com a enfermeira/pesquisadora falam 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 para elas neste momento de suas vidas. No encontro ser-enfermeira/ser-mãe, a relação EU-TU é indispensável para que a enfermeira possa oferecer ajuda ao ser-cuidado. Como afirmam Nascimento e Trentini (2004), o encontro entre duas pessoas acontece quando elas chegam a uma verdadeira comunhão ou comunicação.

Para Buber (1974), é por intermédio do encontro que o outro deixa de ser indivíduo impessoal, um “ele” ou “ela”, mas torna-se um TU sensível e próximo do EU.

A importância da relação EU-TU é enfatizada na habilidade de ver o mundo através dos olhos do outro, bem como de ver a si mesmo através de si mesmo e de outra pessoa para expandir a experiência humana. Deste modo, Moreno (1984, p.192) modifica o conceito de si mesmo como espelho: “[...] e quando eu estiver diante de ti, eu tomarei os teus olhos e tu tomarás os meus [...] então eu te olharei com os teus olhos e tu me olharás com os meus”.

Estas palavras vêm ao encontro da concepção de Buber (1974) e da Teoria Humanística de Paterson e Zderad (1976) no sentido de no encontro nos colocarmos na posição do outro, de buscar na relação EU-TU olhar o outro como se fossemos nós mesmos, e desse modo ir mais além de si mesmo.

Ao voltar nosso olhar para um dos depoimentos, observamos referência ao tempo despendido pela enfermeira, junto à mãe, tempo este que parece não existir para os médicos, “eles são muito ocupados”, como refere Artemis. Chama a atenção Métilis. Esta mãe é enfática ao verbalizar que não chegou médico nem ninguém para orientá-la, mas suas dúvidas foram esclarecidas pela enfermeira/pesquisadora.

Na UIN ou no AC a presença da equipe de saúde possibilita ser o neonato cuidado por cada profissional dentro da sua esfera de competência. Assim, o médico neonatologista e a equipe de Enfermagem dão continuidade nestes ambientes aos

cuidados iniciados na sala de parto e que são necessários para a estabilização do RN e manutenção da vida do pequeno paciente nas melhores condições possíveis.

Quanto ao tratamento fototerápico, esta é uma conduta médica, porém o enfermeiro, como gerente da equipe de Enfermagem, tem papel fundamental, tanto na detecção precoce da icterícia quanto na realização dos cuidados com o neonato sob fototerapia. A finalidade da atuação deste profissional é garantir os níveis de eficácia e segurança desejados no tratamento bem como a adequada orientação dos pais desses neonatos.

O médico prescreve o tratamento fototerápico, a realização de exames laboratoriais e adota as condutas pertinentes a cada caso. Cabe ao enfermeiro o gerenciamento dos cuidados de Enfermagem com o neonato sob fototerapia. Contudo, alguns profissionais ainda centram seu cuidado apenas no biológico, não valorizam a comunicação efetiva com os pais, no sentido de informá-los de forma clara e objetiva acerca da patologia e tratamento, ou, quem sabe, já incorporaram a fototerapia como mais uma das rotinas médicas no seu cotidiano da UTIN.

A nosso ver, apesar da dinâmica da UTIN, todos os profissionais da equipe de saúde devem interagir com o ser-cuidado e dedicar mais do “seu tempo” para propiciar aos pais vivenciar com mais tranquilidade este período de hospitalização do RN.

Na opinião de Sousa, Silva e Saleh (2005), as relações humanas são os alicerces do trabalho do profissional de saúde. Portanto não podem estar dissociadas da interação com o cliente. Esta afirmação pressupõe estarmos abertos ao diálogo com o cliente, considerando cada um em sua individualidade, respeitando integralmente suas crenças e valores.

Nos encontros individuais com as deusas mostramo-nos disponíveis e abertas para compartilhar os momentos vivenciados. Exercitamos a escuta atenta, o respeito

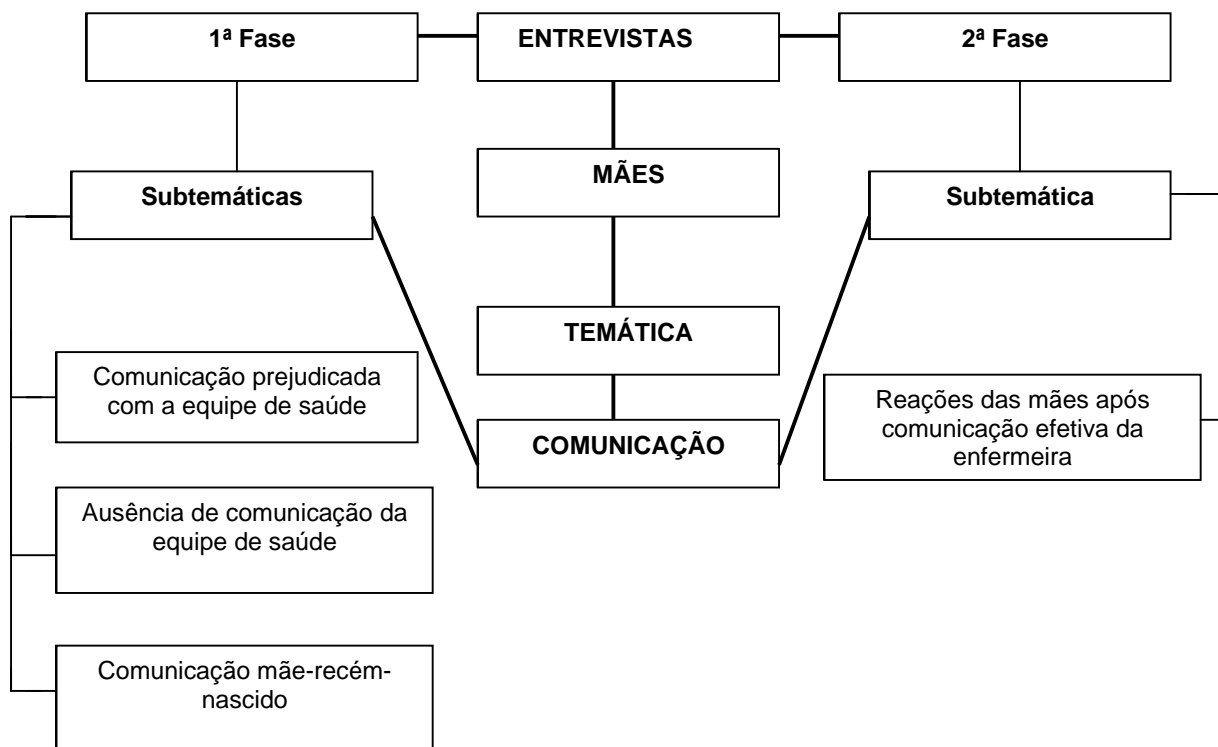
ao outro, a presença autêntica. “Tomando os olhos das nossas deusas” vivenciamos o diálogo vivo buscando atender aos chamados e às repostas. Isto, no nosso entendimento, foi um diferencial em relação à conduta médica, geralmente centrada apenas no biológico. Desse modo, é fundamental que a enfermeira das UINs estejam conscientes do seu papel e atentas a estas situações para poderem efetivamente intervir junto às mães e/ou a família do RN. Como afirmam Paterson e Zderad (1979), a Enfermagem é um chamado e resposta que tem um propósito determinado, ou seja, se relaciona com algum tipo particular de ajuda no domínio da saúde e da enfermidade.

Na Enfermagem humanística a preocupação é com o relacionamento. Segundo refere Praeger (2000), a utilização do toque, a dedicação de tempo ao cliente evidenciam que a interação da enfermeira com o cliente pode ser o estímulo para o cliente vir-a-ser.

Outro fato relevante no tratamento é a colaboração da mãe. Ao respeitar o tempo do bebê na fototerapia, a partir do conhecimento adquirido e da liberdade de escolha, essa mãe estará contribuindo para seu filho poder entregar-se ao aconchego dos seus braços o mais brevemente possível.

Na Teoria Humanística de Enfermagem os seres humanos são vistos como seres individuais com a capacidade de tornarem-se mais mediante escolhas. Segundo Paterson e Zderad (1979,1988), por ser a Enfermagem uma transação intersubjetiva, constitui uma ocasião para ambos, enfermeira e paciente, experimentarem responsabilmente o processo de tomada de decisões.

Diagrama 3 – Síntese dos Resultados – Temática: Comunicação



Este diagrama representa a primeira temática, **comunicação**, da qual foram extraídas na primeira fase as subtemáticas comunicação prejudicada com a equipe de saúde; ausência de comunicação da equipe de saúde e comunicação mãe-recém-nascido; e na segunda fase, reações da mãe após comunicação efetiva da enfermeira.

Temática: Conhecimento

- **Primeira fase**

Conhecer, etimologicamente, provém do latim, *cognoscere*. De acordo com Larousse (2001), conhecer é ser capaz de formar uma idéia, um conceito sobre; saber. Já segundo Ferreira (2001), conhecer é travar conhecimento com. Na Teoria de Paterson e Zderad (1979,1988), a palavra conhecer é amplamente referenciada como a base para que o enfermeiro realmente entre em uma situação de Enfermagem com o cliente: o autoconhecimento; o conhecimento intuitivo e o conhecimento científico, para que por meio da fusão intuitivo-científica seja possível chegar a um único paradoxal. As teóricas instigam a exercitar primordialmente o autoconhecimento.

Depreendemos assim a importância do conhecimento em todas as esferas das atividades humanas, por ser o primeiro passo para o ser humano realizar escolhas. Para Morin (2000, p.86), “o conhecimento é a navegação em um oceano de incertezas, entre arquipélagos de certezas”.

Particularmente no caso das mães dos neonatos sob fototerapia, conhecer é condição *sine qua non* para poderem vivenciar com tranquilidade o filho sob fototerapia.

Nos encontros individuais com as participantes durante as entrevistas ou mesmo nos momentos vivenciados junto ao binômio mãe-filho na UIN ou no AC, as mães expressaram o seu déficit de conhecimento acerca da fototerapia e também da patologia, um misto de incompreensão e não aceitação do tratamento. Algumas referiram conhecimento prévio da terapêutica, por elas denominada de banho-de-luz. Se o desconhecimento é uma realidade, existe por parte das mães a intenção e a curiosidade em conhecer mais acerca da fototerapia.

Na segunda fase da entrevista, as mães revelaram a relevância do

conhecimento adquirido, as dúvidas minimizadas, a compreensão e a aceitação do tratamento. As falas apresentadas e analisadas a seguir manifestam a dimensão da segunda temática, **conhecimento**, e as subtemáticas a ela relacionadas.

Subtemática: Desconhecimento da fototerapia

[...] não conheço, não sei de nada, sabia que ele estava no berçário, mas não que precisava ficar na luz [...] Não sabia que a criança nascendo prematura precisava da luz como ele está.

Afrodite

[...] ela está na luz, não posso tocar nela [...] penso que está atingindo ela, furem o pezinho dela para saber como ele está por causa do banho de luz, porque enquanto a glicose estiver baixa ela vai ficar tomando banho de luz.

Atalanta

[...] eu não conheço esse tratamento [...] e se ele com um ou dois anos de idade não for uma criança perfeita, normal ou ficar com algum defeito?

Ceres

[...] tenho mais três filhos, mas nenhum dos meus filhos passou por esse tratamento, eu não conheço esse tratamento, não entendo nada disso.

Demeter

[...] eu não conhecia [...] eu tenho três naquela luz.

Hera

[...] porque ela está ali (biliberço) eu sei que ela está tomando uma luz, mas eu não sei para que é que serve.

Métis

[...] eu não conhecia esse tratamento, mas já tinha visto um bebê aqui no quarto.

Pomona

[...] eu não sei por que ele está tomando aquela luz, qual o motivo [...], nem o que significa.

Perséfone, Prosérpina, Juno, Selene, Teia, Tétis

[...] minha principal dúvida é saber para que é, porque não conheço esse tratamento.

Artemis, Atena, Calíope, Cibele, Geia, Héstia

[...] tudo o que você não conhece é preocupante [...] já tinha ouvido falar. Eu via os outros bebês, mas a gente não tem o conhecimento do porquê.

Têmis

Nesta subtemática analisamos os depoimentos onde as mães expressam o desconhecimento a respeito da fototerapia. No entanto, manifestaram o desejo de conhecer mais detalhadamente o tratamento ao qual seus filhos estavam sendo submetidos.

Conforme podemos perceber, as mães desconheciam o tratamento fototerápico, embora algumas façam referência a ter observado outras crianças sob fototerapia, como relatam Pomona e Têmis, ou por outras mães, que nunca tinham sequer observado outros bebês sob fototerapia. As mães falam de preocupação, de primeiras experiências, como evidenciado na fala de Demeter, que apesar de não ser primípara, experiencia pela primeira vez um filho sob fototerapia. Esta é, pois, uma situação nova e inesperada para ela.

As mães ainda referem surpresa por não terem sido informadas de que as crianças prematuras necessitam ficar na luz, como relata Afrodite. Ainda conforme percebemos, devido ao desconhecimento há o julgamento prévio, com uma impressão desvirtuada sobre o tratamento, como constatamos nas falas de Atalanta e Ceres. A primeira sente-se temerosa em tocar o bebê, receia prejudicá-lo, e acredita que a realização da glicemia está diretamente relacionada ao uso da fototerapia. A segunda associa o uso de fototerapia com má-formação, ou “algum defeito” quando a criança estiver com um ou dois anos de idade.

Como qualquer outro tratamento, a fototerapia tem riscos e benefícios, bem como efeitos deletérios. Associá-la, porém, a problemas futuros, como má-formação, demonstra o quanto estas mães devem sofrer por ter um filho submetido a este tratamento sem a mínima orientação a respeito. Não perguntam por que se sentem

tímidas e/ou temerosas, elas não sabem a quem se dirigir e este estado de coisas faz com que a mãe, no seu imaginário, atribua ao tratamento improváveis riscos futuros.

De acordo com pesquisa realizada com mães de neonatos internados em UTI Neonatal, segundo relatam Rocha et al. (2004), as mães sentem a perda imaginária dos filhos, e criam fatos irreais por não serem informadas sobre os seus bebês. Isto colaborava para que “pensassem no pior”.

Nesse contexto entendemos ser de extrema importância a orientação sobre todos os procedimentos realizados com o pequeno paciente, bem como sobre o aparato tecnológico ao redor dele. Para isso busca-se estar - com a mãe e o RN (CAMPOS; CARDOSO, 2004)

Na análise dos depoimentos chama a atenção o relatado por Hera. Para esta mãe, desconhecer o tratamento deve ter sido extremamente inquietador, porquanto seus três filhos estão sob fototerapia.

Para a mãe que não espera ver um filho internado em uma UTIN e ainda desconhece os riscos e os benefícios do tratamento, presenciar um filho sob fototerapia pela primeira vez é preocupante, como refere Têmis. Com muita propriedade Morin (2000, p. 30) adverte: “O inesperado surpreende-nos. É que nos instalamos de maneira segura em nossas teorias e idéias, e estas não têm estrutura para acolher o novo”.

Somos, portanto, enfáticas em afirmar que os pais têm o direito de serem informados sobre o diagnóstico e tratamento dos seus filhos e, na nossa opinião, a equipe de saúde deve promover maior aproximação com essas mães a fim de amenizar esta primeira impressão e também incentivar o vínculo mãe – RN.

Insistimos nesse assunto com base em depoimentos como o de Atalanta, pois existe a necessidade de orientar a mãe a tocar seu filho. Este ato é benéfico para ambos, e a Enfermagem está em uma condição favorável, por permanecer vinte e

quatro horas nas UIN, tanto de alto, médio risco e/ou AC, junto ao binômio mãe-filho. Portanto, todas as oportunidades devem ser valorizadas. De acordo com o pensamento de Montagu (1988, p.141) em relação ao contato precoce mãe-filho:

Quanto mais precoce for o início da interação, melhor para mãe e bebê. Qualquer interrupção no contato físico entre ambos no período neonatal afeta prejudicialmente a ambos. Fisiologicamente, a interação física entre mãe e filho ativa e estimula as alterações hormonais (e outras) essenciais que, em cada um, contribuem para seu funcionamento ótimo.

Subtemática: Mães em busca do conhecimento

[...] a dúvida maior é saber quais as conseqüências que a icterícia pode causar no bebê [...] não entendo por que ela teve esse problema [...] e se a luz não resolver existe um outro tratamento alternativo para que não precise trocar o sangue dela?

Artemis

[...] minha dúvida principal é saber para que é esse tratamento porque eu não conheço.

Tétis, Juno

[...] eu não conheço, mais fui pedindo explicação [...] perguntei à enfermeira. Ela apenas explicou que devido à luz, que fica clareando muito, fica incomodando a vista dele, aí ela cobre (os olhos).

Héstia

[...] quando eu cheguei e vi uma coisa nova, a luz, eu perguntei logo.

Ilítia

[...] Por que é que fica assim amarelinha? Queria saber mais sobre esse tratamento [...] se perde peso e se queima, por que fica amarela e por que ela está embaixo da luzinha.

Calíope, Cibele

[...] disseram que quanto mais tempo ela ficar lá (biliberço) é melhor, mas em que sentido é melhor? Como é que eu posso ajudar fora isso, de quanto em quanto tempo eu posso tirar para amamentar?

Métis

[...] sempre eu tive a curiosidade de saber: Por que isso? Por que uns estão nesse tratamento e outros não? [...] e a perda de peso, porque dizem que ele vai recuperar, mas será que recupera? Fica um ponto de interrogação na cabeça da gente

Têmis

Os relatos revelam um estado de certa apreensão das mães em conhecer o tratamento dispensado a seus filhos. Uma gama de indagações, de porquês não respondidos, de efeitos da terapêutica, ou outras alternativas terapêuticas caso a

fototerapia não solucione o problema do bebê, a emergência do novo que sempre preocupa, são pontos de interrogação, como podemos observar nas diversas falas que têm em comum a curiosidade de conhecer e a busca do conhecimento.

Algumas mães fizeram referência às conseqüências da icterícia, e buscam esse conhecimento, porque acreditam que a patologia pode trazer conseqüências para o seu bebê. Podemos entender essa preocupação com problemas futuros aos seus rebentos, relacionados com a icterícia. Durante o ciclo gravídico, existe toda uma expectativa pela chegada do novo ser. As mães idealizam um bebê sadio, nascido a termo, rosado, que possa ser levado para casa logo após o nascimento. Quando este bebê apresenta qualquer problema de saúde, a exemplo da hiperbilirrubinemia, e necessita ser internamento em uma UIN, o desconhecimento da patologia e tratamento, aliado à falta de orientações satisfatórias da equipe de saúde, concorre para que as mães imaginarem que o novo ou o não explicado possa trazer algo de ruim para a saúde do bebê. Como enfatizam Klaus e Kennel (1993, p.214): “A cada visita da mãe no berçário, um novo problema pode ser descoberto e anunciado e a cada problema a mãe sente uma dor visceral aguda”.

Consoante observamos pelos depoimentos, algumas mães buscaram esse conhecimento junto à enfermeira, a exemplo de Héstia. Contudo a explicação transmitida não corresponde à razão da proteção ocular para o bebê. Embora o excesso de luminosidade e a incidência das luzes sobre os olhos possam realmente causar incômodo, a proteção dos globos oculares do neonato sob fototerapia, não decorre da claridade da luz, mas da necessidade de proteger os globos oculares do neonato e prevenir agravos à retina.

Guardadas as devidas proporções, entendemos que o período de hospitalização gera ansiedade nas mães e, desse modo, contribui para a não efetivação

da comunicação entre a mãe e os membros da equipe de saúde. Para Oliveira, Costa e Nóbrega (2004), este estado de perda de espontaneidade e flexibilidade nas relações interpessoais pode favorecer a interpretação errônea dos acontecimentos e das comunicações verbais entre as pessoas.

Na tentativa de aprofundar a compreensão do depoimento de Héstia, questionamos se a informação foi dada pela enfermeira, isto porque, em outros trabalhos realizados, inclusive na dissertação de Campos (2003), constatamos no discurso de algumas mães a seguinte indagação [...]: *Como vou identificar a enfermeira se todas vestem branco?* Essa resposta, motivo de preocupação na época, fortalece agora nossa dúvida a respeito do profissional que teria prestado a informação. Em ambos os casos poderia ter sido qualquer profissional da equipe de saúde, não obrigatoriamente a enfermeira. Ainda assim, não exime a responsabilidade da enfermeira pela equipe por ela gerenciada.

Enfatizamos a necessidade da enfermeira se dar a conhecer, e se distinguir na equipe sob sua responsabilidade pela presença efetiva, na UIN, não abdicando do seu papel, que é essencialmente o cuidado de Enfermagem ao RN e à família, com competência, ética e sensibilidade (CAMPOS, 2003).

Para fundamentar esta reflexão, valemo-nos da afirmação de Peduzzi e Ciampone (2005, p. 110):

O cuidado de Enfermagem caracteriza-se pelo acompanhamento contínuo e constante, de modo que foi se constituindo como prática exercida por um conjunto de agentes, o que, por um lado, demanda ações de coordenação e supervisão, ou seja, de gerência.

Pelos depoimentos, como podemos constatar, entre os vários questionamentos referidos pelas mães no internamento dos bebês sob fototerapia, um se destaca, a fala de Méti. Esta mãe, ao revelar a busca do conhecimento, indaga: *Como é que eu posso ajudar*. Sentimo-nos de certo modo constrangida, como ser - humano e como ser-enfermeiro, pois tanto pela relação dialógica com as mães, quanto pelos depoimentos, percebemos a carência de informações quanto à patologia e ao tratamento. Conforme evidenciado, a comunicação da equipe de saúde com as mães deixa muito a desejar. Nesse sentido, sobressai a necessidade de essas mães receberem orientações de acordo com o seu grau de entendimento, preservando aspectos e danos psicológicos.

Precisamos olhar para a mãe como um ser-cuidado e não como mera expectadora, isto porque, por ser a pessoa mais próxima do bebê, exercita o papel de cuidadora, e possui a percepção mais acurada do que significa ter um filho em uso de fototerapia.

Em pesquisa realizada por Cardoso (2001, p. 77), onde avaliou a interação de uma mãe de gemelares no Método Mãe-Canguru, segundo relata, a percepção desta é “minuciosa e verdadeira aproveitando todos os momentos para interagir com suas filhas, percebendo sutilezas no seu sono, no seu bocejo, no seu movimento e até no seu jeito de sugar”.

No entanto, conforme percebemos, esta presença materna não está sendo valorizada, pois os depoimentos não deixam dúvidas de que a equipe de saúde não se encontra sensibilizada para manter o diálogo autêntico com a mãe.

Como já referimos em outros pontos deste estudo, a Enfermagem tem a possibilidade de estar junto ao binômio mãe-filho e desse modo exercitar o cuidado humanístico com base no encontro, no diálogo e na presença genuína. Para Paterson e

Zderad (1979), no diálogo genuíno, a enfermeira humanística entra em harmonia com o ritmo do diálogo. Ao distinguir a oportunidade do desenvolvimento deste diálogo, adequa o ritmo do chamado e da resposta à capacidade do ser-cuidado para chamar e responder naquele momento. Este sincronismo evidencia-se no estar - com e no fazer - com da enfermeira com as mães dos neonatos sob fototerapia, e possibilita-lhes compreender a patologia e o tratamento.

- **Segunda fase**

Subtemática: Conhecimentos adquiridos acerca da fototerapia

[...] saber foi muito bom [...] ajudou muito a conhecer o que é fototerapia, que eu chamo banho-de-luz [...] é para melhorar a corzinha da pele [...]

Atalanta, Héstia, Juno, Pomona, Teia

[...] antes eu não sabia o que era esse tratamento, o que ela estava fazendo aí dentro, foi surpresa para mim.

Atena

[...] agora estou mais tranqüila [...] sei que com esse tratamento ela não vai ficar mais amarelinha e não vai correr mais o risco de desenvolver uma doença mais séria [...] sei o porquê daqueles óculos.

Afrodite, Artemis, Calíope,
Perséfone

[...] não conhecia, não sabia, nunca tinha visto. Foi bom saber porque se eu tivesse ido para casa podia agravar mais a situação dele. E mesmo eu ia chegar em casa e não saberia nem o que dizer para minha mãe, agora eu sei.

Hécate

[...] o que era desconhecido já não é mais, agora é conhecido.

Têmis

A partir dos depoimentos das mães é possível constatar a repercussão das ações da enfermeira/pesquisadora durante os encontros individuais, quando abordamos aspectos relacionados a conceituação, indicação, riscos e benefícios da fototerapia.

De modo geral as mães expressam tranquilidade pelos conhecimentos adquiridos. Algumas denominavam o tratamento de banho-de-luz, porém não tinham a exata compreensão do porquê do tratamento, o que causava preocupação e certa surpresa.

No entanto, como podemos perceber, existe certa “dose de otimismo”, pois as falas vêm carregadas de palavras positivas, esperança de alta hospitalar, certeza de que a fototerapia pode impedir o agravamento do quadro clínico do bebê e já manifestam a compreensão sobre a não interrupção do tratamento até quando Hécate admite que se fosse para casa com o bebê poderia agravar mais a saúde dele; além disso, segundo a participante, ela poderá dizer à família o porquê do seu bebê ter sido submetido a fototerapia.

Estes depoimentos nos fazem acreditar que de certo modo a intervenção junto às mães foi bem-sucedida, principalmente por associarmos o diálogo ao material didático. A presença autêntica, a escuta atenta, o estar - com a mãe nos encontros individuais e nas unidades de internação foram pontos importantes e decisivos na relação interpessoal da tríade enfermeira-mãe-RN. Estes pontos possibilitaram um estado de tranquilidade à mãe, evidenciado a partir das respostas aos seus questionamentos e do conhecimento do até então desconhecido, como refere Têmis.

No Processo da Enfermagem fenomenológica a preocupação vai além do biológico; o importante é o estar - com o cliente, e esse processo se dá por meio do diálogo, no relacionamento com o cliente que necessita de ajuda para poder estar - melhor.

A presença ativa da enfermeira, o estar - com, no seu sentido mais amplo, requer fixar a atenção no cliente, estar atenta a uma abertura aqui e agora em uma situação compartilhada, e comunicar sua disponibilidade (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Subtemática: Compreensão do tratamento fototerápico: um novo olhar das mães

[...] agora eu sei que é mais uma ajuda para ela superar a corzinha, e não por ser pequenininha [...] eu achava que ela precisava da luz porque era muito pequenininha e não por causa da cor amarela.

Atalanta

[...] agora tudo melhorou, porque eu entendo o que é esse tratamento.

Atena Ilítia, Proséripina

[...] me ajudou muito, eu estava muito em dúvida [...] eu achava que era uma coisa assim que a gente deve ter muito cuidado, mas também não é essa coisa demais.

Ceres

[...] agora eu até acho que é ótimo para a saúde dela [...] eu botava (no bilíberço) mas tirava, ficava um pedaço com ela, depois colocava de novo [...] porque eu não entendia, não sabia o que significava o tratamento.

Cibele

[...] Eu não entendia quase nada, sabia que era um tratamento para ele, mas não estava entendendo por que ele estava ali.

Héstia, Artemis

[...] depois do esclarecimento que eu tive da enfermeira (pesquisadora), tudo que eu vejo ali é a recuperação dela [...] ajudando ela melhorar.

Reia

[...] agora eu entendo que ele está se tratando, é o melhor para ele e o banho-de-luz vai ajudar a ele se recuperar mais rápido.

Selene,

Calíope

[...] a partir de agora eu sei que é para o bem-estar dele e realmente e de fato é uma pesquisa que vem dando certo, é um tratamento.

Têmis, Hécate, Teia

Nesta subtemática analisamos a compreensão das mães acerca do tratamento fototerápico. Pelos depoimentos podemos aquilatar o nível de compreensão das mães antes de conhecer mais detalhes acerca do tratamento, o porquê da sua indicação, seus riscos e benefícios. Observamos ainda como o vivenciam, após a busca desse

conhecimento e entendimento junto à enfermeira/pesquisadora, no compartilhamento e elucidação das suas dúvidas.

Como percebemos, em alguns casos a luz já não preocupa tanto as mães nem causa mais tanto incômodo, como outrora. Agora elas têm um novo olhar acerca da terapêutica. Podemos comprovar esta nossa afirmação pelas expressões das mães quando salientam que a luz que antes induzia ao medo e à intranqüilidade hoje se apresenta como algo que embora tenha riscos pode contribuir, de modo significativo, não só para a recuperação do neonato, mas para prevenir complicações futuras.

Os depoimentos apresentados denotam a importância da interação estabelecida durante os momentos vivenciados. Podemos constatar o *feedback* da comunicação efetiva e das intervenções da enfermeira/pesquisadora.

No cuidado de Enfermagem a comunicação efetiva é um instrumento básico, é o processo que possibilita e viabiliza o relacionamento enfermeiro-paciente (SOUZA; SILVA; SALEH, 2004).

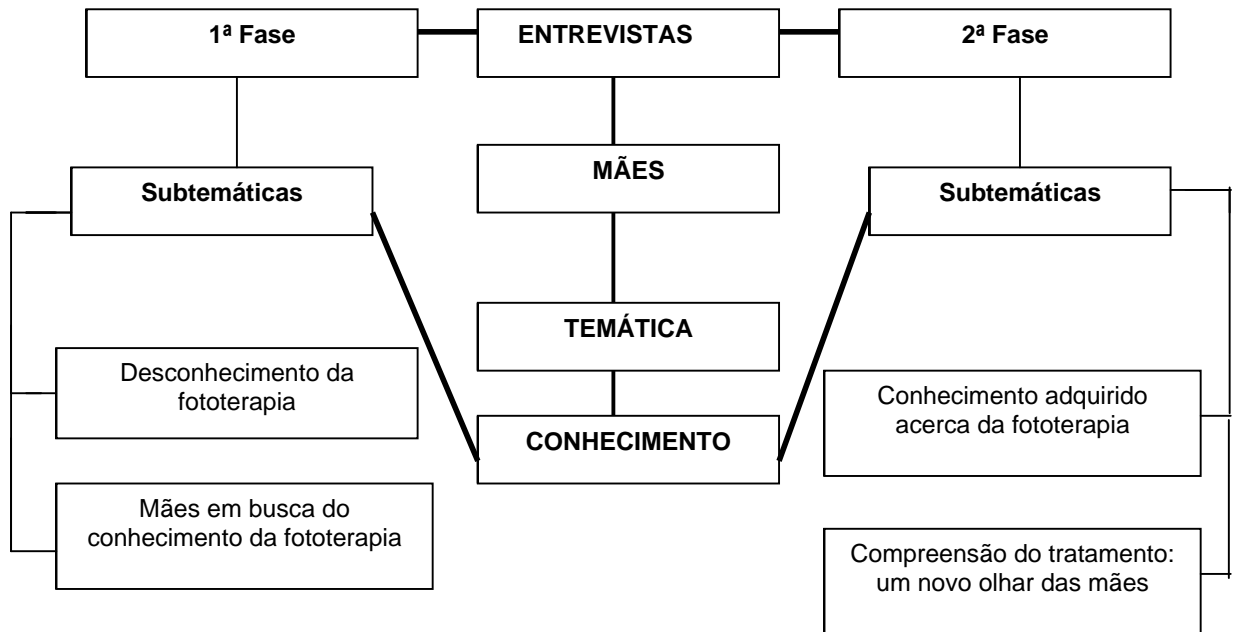
Para Centa, Moreira e Pinto (2004), a preocupação dos enfermeiros não deve centrar-se apenas no estado de saúde do neonato, mas também na família, como atores importantes no processo de cura. Para tal, é necessário abrir canais de comunicação mais efetivos com os familiares, informá-los acerca de protocolos de tratamento, bem como dos resultados esperados.

Na nossa opinião cumprimos nossa meta de buscar tranqüilizar as mães no encontro e na comunicação efetiva com elas para que possam vivenciar estes momentos de forma positiva.

Segundo afirmam Paterson e Zderad (1979), a Enfermagem humanística é “uma meta pela qual se deve lutar ou como uma atitude que fortalece a perseverança

individual e necessária para alcançar [...] um valor importante que enriquece a prática da Enfermagem”.

Diagrama 4 – Síntese dos Resultados – Temática: Conhecimento



Este diagrama representa a segunda temática, **conhecimento**, da qual foram extraídas na primeira fase as subtemáticas desconhecimento da fototerapia e mães em busca do conhecimento da fototerapia; e na segunda fase, conhecimento adquirido acerca da fototerapia e compreensão do tratamento: um novo olhar das mães.

Temática: Cuidado

- **Primeira fase**

Cuidar, do latim *cogitare*, é, segundo Larousse (2001), tratar de assistir e ter cuidado. Para Ferreira (2001), cuidado é desvelo e zelo. Existem múltiplas definições para a palavra cuidado. Consoante Pinheiro (1999), o cuidado constitui a meta fundamental da assistência de Enfermagem. Particularmente na Enfermagem existem muitas ações e ou/attitudes para fomentar a humanização do cuidado.

Espelhadas em Paterson e Zderad (1988) entendemos que atitudes solícitas como a escuta atenta, a entonação suave da voz, o simples toque, ou seja, a presença genuína da enfermeira junto ao ser necessitado de ajuda, atenção, carinho, compreensão, são formas de cuidado.

Conforme Boff (2003), a temática cuidado recolhe todo esse modo de ser, mostra como funcionamos como seres humanos.

Como afirma Leloup (2002, p.32), “os cuidados do corpo não excluem os cuidados da alma (*psyche*), não dispensam que se leve em consideração a dimensão ontológica e espiritual do homem, assim, não existe saúde que ao mesmo tempo não seja salvação”.

Para Carvalho (2001), o cuidado refere-se às atividades de assistência direta ou indireta dirigidas ao ser humano individualmente, à família, ao grupo ou à comunidade em situações de saúde-doença.

Em corroboração aos autores supracitados e de acordo com nossas próprias convicções, expomos o pensamento do filósofo alemão Martin Heidegger sobre o cuidado:

Em sua essência ser-no-mundo é cuidado, do ponto de vista existencial o cuidado é encontrado a priori antes de toda atitude e situação do ser humano o que significa dizer que ele se acha em toda atitude e em todas as situações de fato (HEIDEGGER, 2000, p.41).

Nesta temática apresentamos e analisamos os depoimentos das mães que expressam sua preocupação com alguns aspectos observados durante a realização do tratamento, em especial, com a proteção ocular quando mal ajustada. Situações nas quais a mãe intui a necessidade de ajuda para a saúde do seu filho não vir a sofrer mais agravos é quando comunica à equipe de Enfermagem que os olhos do seu bebê estão desprotegidos.

Na segunda fase os depoimentos fluem com mais leveza e convicção. As mães, após o conhecimento adquirido, sabedoras dos cuidados de Enfermagem ao RN em fototerapia já apresentados no álbum ilustrado, ao mesmo tempo em que eram esclarecidas pormenorizadamente, agora assumem conscientes a posição de cuidadoras em potencial do bebê. Referem ser mais presentes na UIN, colaboram com o tratamento no AC, retirando o bebê do bilibêrço apenas o tempo devido para a higienização e amamentação, não por imposição da equipe, mas porque já sabem que quanto mais tempo o RN permanecer na fototerapia, mais cedo poderá sair da “luz” e seguir nos braços maternos para o aconchego familiar, se essa for a única terapêutica em curso.

Nesse ponto de nossas considerações preliminares acerca dessa temática citamos Freitas (2001, p.157), quando afirma: “O cuidado está tão imbricado em nosso ser que se torna difícil compreender ações e pensamentos que não impliquem num envolvimento cuidadoso, atento e amoroso”.

Consoante refere Polak (1997), cuidar é reciprocidade e complementaridade e exige percepção e comunicação, desprendimento e abertura, exige encontro.

As falas apresentadas e analisadas a seguir manifestam as atitudes de cuidado

das deusas na nossa terceira temática, **cuidado**, e nas subtemáticas a ela relacionadas.

Subtemática:O neonato sob fototerapia:mães em busca do cuidado de Enfermagem

[...] saiu um pouco daquela cobertura dos olhos dele, deu para eu ver os olhos dele [...] fiquei feliz, mas na mesma hora eu pedi as meninas (auxiliares de Enfermagem) para tamparem para a luz não ofender os olhos dele.

Afrodite

[...] eu vi que os óculos estavam saindo e ele não estava abrindo os olhos, fui lá (posto de Enfermagem) para a moça (auxiliar de Enfermagem) ajeitar e perguntei o que estava acontecendo com o meu filho que ele não estava abrindo os olhos [...] ela disse que é por causa dos óculos que aperta demais, aí ele não consegue abrir ainda.

Hécate

[...] quando chego lá (UTIN) e vejo ela com aquela máscara nos olhos, que elas dizem que é para proteger, mas que eu vejo que os olhinhos da neném estão tão descobertinhos[...] eu falei, elas(auxiliares de Enfermagem) ajeitaram.

Calíope

[...] disseram que cega se ele tirar os óculos e ele está tirando [...] eu tenho medo, falo para elas (auxiliares de Enfermagem) ajeitarem.

Pomona

As mães relatam a felicidade em contemplar os olhos do bebê, e logo depois a preocupação pela máscara de proteção ocular, pois esta as impossibilita de fitar os olhos dos seus filhos, embora acreditem ser necessária para prevenir problemas à visão deles. São conscientes de que a luz, ao incidir nos olhos do bebê, poderia mesmo afetar, tanto que revelam a preocupação e buscam o cuidado de Enfermagem.

O que chama a atenção e causa preocupação são depoimentos como os de Hécate, Afrodite, Calíope e Pomona. O ponto em comum nestes depoimentos é a proteção ocular mal ajustada ou excessivamente apertada pois, conforme as mães referem, a máscara, que seria para proteger, na verdade não protege porque elas conseguem ver os olhos dos bebês e/ou, como no depoimento de Hécate, a auxiliar de Enfermagem informa que o bebê não consegue abrir os olhos porque os *óculos apertam demais*. Pomona ainda afirma que o bebê está retirando a proteção ocular.

Com base na vivência junto a estas mães, existe certo temor por parte de algumas delas em relação aos cuidados aos bebês. Pomona, como exemplo, confidenciou ter tido dificuldades de comunicação com a equipe de auxiliares de Enfermagem na unidade onde seu bebê se encontrava, e a retirada da proteção ocular pelo bebê foi apenas um destes problemas. Esta mãe, internada no AC do segundo andar, com os olhos marejados, dizia-se extremamente preocupada com seu bebê e receosa em relatar outros detalhes, temendo por seu filho, especialmente em relação à visão dele na fototerapia.

Entre os cuidados com o neonato sob fototerapia, ressaltamos a necessidade da proteção ocular bem ajustada. Contudo, como alerta Kenner (2001), sem pressionar os globos oculares para não impedir a circulação pelo risco de causar bradicardia reflexa.

Esta proteção aos globos oculares do neonato sob fototerapia é indispensável. Embora não existam relatos em seres humanos, foi constatado em experiência realizada com macacos o envelhecimento precoce da retina com perda de cones e bastonetes (ALMEIDA; DRAQUE, 2004).

A equipe de Enfermagem, sob a gerência da enfermeira, é responsável pelos cuidados ao neonato sob fototerapia. Cuidados estes que estão relacionados com o bem-estar do RN, a eficácia da irradiância ofertada e a segurança dos equipamentos. Isto implica observação direta e rigorosa durante vinte e quatro horas para que o neonato receba o tratamento com níveis de segurança e conforto.

Entretanto nem sempre é esta a realidade, pois inúmeras vezes também presenciamos fatos como os relatados pelas mães e na oportunidade, como enfermeira e docente, adotamos as providências cabíveis. Somos cientes de que a movimentação nas unidades é intensa, a superlotação é quase sempre referida como fator de estresse

aliado às muitas atribuições da enfermeira. Contudo, e apesar de todas estas justificativas, o cuidado de Enfermagem não pode nem deve ser negligenciado. Precisamos reconhecer a importância da equipe de Enfermagem, em especial na UTIN. A equipe de Enfermagem em Neonatologia, diz Costenaro (2001), exerce importante papel de suporte à mãe e ao recém-nascido.

Todavia, consoante observamos em muitas ocasiões, a enfermeira não atenta para a necessidade do diálogo e nesse contexto o encontro não tem o mesmo significado evidenciado pela Teoria Humanística. Se valorizássemos pequenas ações e/ou atitudes de cuidado, como estar - com a mãe e com o neonato que padece de tantos agravos, mas não pode expressar verbalmente este desconforto, evitaríamos o desencadeamento de temores exacerbados por elas ao presenciar o RN em fototerapia, bem como possibilitaríamos mais zelo pela saúde ocular do pequeno paciente.

Embora não saiba julgar, não tenha ego e não controle o outro, a criança requer segurança, carinho, e espera ser recebida no mundo da melhor forma (COSTENARO, 2001).

- **Segunda fase**

Subtemática: Cuidado-presença: participação da mãe no cuidado ao neonato sob fototerapia

[...] agora eu pergunto sempre, eu fico lá sempre, observando eles, mas é bom mesmo quando a gente fica bem informada.

Hera

[...] agora eu vou estar mais lá (UTIN) que é para poder ficar junto do meu bebê [...] para ficar tudo bem com ele.

Hígia

[...] a enfermeira (pesquisadora) falou dos cuidados, [...] o que eu peguei de mais importante foi isso, os cuidados para ela na luz ficar sempre com os óculos e que quanto mais amarelinha saíssem a urina e as fezes é porque ela estava ficando boa, então [...] a informação para a mãe desse "probleminha" é

muito importante, porque a mãe às vezes vê a criança fazer a foto e se ela não esta interessada, fica alheia a tudo que está acontecendo com o filho[...] eu acho que isso não é para acontecer, já que é meu filho, eu tenho que estar a par de tudo.

Métis

[...] agora também eu sei que tenho que tirar do bercinho (biliberço) só para dar de mamar e trocar a fralda e depois botar de novo no bercinho [...] eu retiro para dar de mamar, de 3 em 3 horas, e coloco ela de ladinho de novo no bercinho [...] é para ela sair daí. E a gente ir para casa.

Tétis

[...] mas, hoje é tranqüilidade, depois do esclarecimento que ela (pesquisadora) me deu e também sobre os óculos de proteção para que a mãe fique cuidando.

Têmis

Durante a relação dialógica com as mães tivemos a oportunidade de incentivar a presença materna junto ao neonato, bem como orientá-las acerca dos mecanismos de ação da fototerapia, da necessidade da proteção ocular e ainda ressaltar que a não interrupção do tratamento abreviaria o tempo de hospitalização.

Para atingir este objetivo, além da linguagem clara e respeito segundo o grau de compreensão de cada mãe, dispúnhamos do material didático onde eram apresentados os cuidados de Enfermagem ao neonato sob fototerapia. Assim, além das orientações pertinentes à patologia e ao tratamento, procurávamos estar disponíveis para transmitir segurança e apoio. Nestas ocasiões pudemos perceber o grande interesse da mãe em conhecer estes cuidados e manifestar a intenção de participar e colaborar com a equipe de Enfermagem para que o bebê pudesse passar este período em segurança.

Nas palavras de Bousse e Ângelo (2001), a família é essencial para o cuidado de Enfermagem e devido ao envolvimento freqüente da enfermeira com as famílias nos momentos de sofrimento, existe a oportunidade singular de fazer a diferença no sofrimento experienciado.

Desse modo podemos perceber nas falas das deusas, na segunda fase da entrevista, o alcance das ações junto a elas na primeira fase do estudo. As mães,

agora, se fazem mais presentes junto ao bebê na UIN. Ao dialogar com a equipe de saúde verbalizam suas dúvidas. Estão atentas às características das eliminações fisiológicas do RN, observam se os olhos deste estão bem protegidos. Sabem que tanto na UTIN como no AC podem e devem acariciar seus rebentos. Estas atitudes de cuidado da mãe junto ao bebê são denominadas, cuidado-presença, que traduz a presença autêntica e genuína da mãe junto ao bebê mediante participação de forma ativa nesse processo para poder o seu filho estar - melhor.

A Enfermagem é mediadora no processo de cuidado-presença para estabelecer relacionamentos afetivos prioritariamente entre mães/pais e filhos, incentivando-os a tocar, olhar, confortar, conversar e aconchegar o bebê, estimulando a mãe, sempre que possível, a amamentar seu filho (CARVALHO, 2001).

Ao esquadrihar os depoimentos, conforme notamos, as mães falam de tranquilidade, de informações recebidas, da conscientização acerca do tratamento, da retirada do bebê da fototerapia apenas para higienizar, amamentar e em seguida o colocam novamente do bercinho. Sabem que quanto menos interrupções houver na fototerapia, mais rapidamente ambos voltarão para casa. Na nossa opinião, informá-las acerca dessas peculiaridades é também uma forma de motivação, sem imposição para a mãe.

Outro ponto positivo é a disposição da mãe em indagar sobre a saúde do seu filho, de estar sempre presente na UTIN junto ao bebê, de observar as fezes e a urina dele e realisticamente constatar que a bilirrubina está sendo eliminada, como refere Métis, *ela está ficando boa*. Esta deusa ainda afirma que a mãe não deve se manter alheia ao que acontece com seu filho, ou seja, deve participar.

Segundo podemos perceber, a proteção ocular também é observada com mais rigor pelas mães, e elas foram orientadas por nós a verificar se os olhos do bebê

estavam bem protegidos. Caso contrário, deveriam imediatamente comunicar à equipe de Enfermagem para serem adotadas as providências cabíveis. As mães agora conhecem a situação e por isso estão mais conscientes do seu papel como cuidadoras em potencial do RN.

Para Paterson e Zderad (1988), a presença genuína dá o significado às ações de Enfermagem. Porém não significa dizer que a enfermeira deva estar sempre presente fisicamente. Isto seria humanamente impossível. Contudo ela deve estar voltada para o cuidado com a mãe e o neonato sob fototerapia, mostrar-se solícita e disponível sempre que necessário.

Subtemática: Recurso didático no processo de comunicação: subsídio para o cuidado de Enfermagem com mães de neonatos sob fototerapia

[...] o álbum que a enfermeira (pesquisadora) me mostrou foi ótimo mesmo. Ajudou-me muito, ajuda muito as mães porque tira as dúvidas de muitas coisas que a gente não sabe.

Demeter

[...] o álbum melhorou bastante. Melhorou porque agora coisas que eu não conhecia eu fiquei sabendo.

Reia

[...] seria bom se pudesse dar esse material (álbum) para a gente levar para casa.

Hécate

[...] mostrando tudo no álbum, tudo direito desse tratamento [...] estou bem mais sossegada.

Cibebe

[...] eu queria mesmo era conseguir uma cartilha (desse material) para levar.

Hera

[...] a enfermeira (pesquisadora) me mostrou o álbum, muito legal, porque tem passo a passo explicando por que, o que acontece, o que não acontece, por que que é bom, por que não é, por que que é isso, por que que é aquilo, então, para mim foi muito bom.

Métis

Nesta subtemática descrevemos e analisamos o expressado pelas mães após o encontro no qual utilizamos como recurso didático o álbum ilustrado como fio condutor

das orientações sobre a patologia e o tratamento.

Conforme afirmam as mães, agora elas se sentem mais aliviadas, sossegadas, já não se preocupam tanto caso o bebê necessite retornar para a fototerapia porque após o diálogo com a enfermeira/pesquisadora conhecem a razão do tratamento.

Algumas verbalizaram a ajuda que representou o processo de comunicação da enfermeira/pesquisadora conjugado com a apresentação do álbum. Outras, como Hera e Hécate, manifestaram o desejo de levar para casa o material apresentado.

Consideramos importante destacar o depoimento de Métis, que enfatiza o conteúdo do álbum ilustrado. Este, segundo suas palavras, *tem passo a passo explicando por que, o que acontece, o que não acontece.*

Pelos depoimentos apresentados podemos afirmar que o álbum ilustrado como recurso didático utilizado, aliado ao diálogo com a enfermeira/pesquisadora, subsidiou o cuidado humanizado de Enfermagem ao ser-mãe do neonato sob fototerapia e contribuiu de modo significativo para que a partir de uma melhor compreensão das mães acerca da fototerapia, estas pudessem estar – melhor. Ao observar as colocações feitas pelas mães nos vem à memória a afirmação de Carraro (2000) quando enfatiza que a tecnologia não pode ser aplicada na Enfermagem sem a humanização, pois humanizar também retrata um conjunto de conhecimentos aplicados junto ao ser humano.

O enfermeiro no seu cotidiano vivencia situações nas quais a ação de Enfermagem precisa estar direcionada para a educação no âmbito da saúde. Como um educador por excelência, pode este profissional buscar alternativas que lhe ofereçam suporte para intervir com vistas a favorecer o ser cuidado.

No entanto a educação na área da saúde com o sustentáculo de tecnologias educativas vai além da simples transmissão de conhecimento, onde o enfermeiro é o

detentor do conhecimento e o cliente apenas um receptáculo de informações.

Para Freire (1994, p.28) “o homem deve ser o sujeito de sua própria educação, não objeto dela”. Portanto, ambos, ser-enfermeiro e ser-cuidado, devem estar envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem onde o conhecimento de ambos é valorizado, propiciando uma oportunidade para trocas, ambos nutridos e fortalecidos.

Nas entrevistas com as mães participantes, ao apresentarmos o álbum ilustrado, adotado como uma ferramenta para subsidiar as orientações acerca da fototerapia, da icterícia e dos cuidados de Enfermagem ao ser - recém-nascido, priorizávamos, além do nível cultural da mãe, procurando falar de forma clara e compreensível, o face-a-face, o olhar atento às expressões não-verbais, a escuta atenta dos questionamentos e dos silêncios, ou seja, o estabelecimento da relação EU-TU, de Buber (1974), a presença genuína descrita por Paterson e Zderad (1988).

Procurávamos estar sempre atentas à compreensão da mãe acerca das orientações fornecidas concomitante à apresentação do álbum. O conteúdo do álbum era o mesmo para todas as mães, mas nossa forma de apresentar se modificava na tentativa de falar a mesma linguagem da mãe. Às vezes exemplificávamos com elementos que faziam parte da sua realidade.

Desse modo, quando referíamos que os bebês nascidos prematuramente eram mais susceptíveis à hiperbilirrubinemia devido à imaturidade hepática, tentávamos esclarecer para a mãe o significado. Para tal, dávamos como exemplo o copo descartável no qual ela ordenhava o leite para ofertar ao bebê (copo descartável para café) e o copo no qual era ofertado o suco ou leite no AC (copo descartável para água). Fazíamos a seguinte indagação à mãe: “Se você quiser colocar o suco de frutas que é

servido no lanche no copo que utiliza para colocar o leite materno que você leva para o seu filho no berçário, o que você acha que pode acontecer?” Algumas mães respondiam de imediato, outras após pensar chegavam à seguinte conclusão: *Vai encher o copo e depois começar a derramar*. Nesse momento, entendíamos que a mãe havia apreendido nossa informação. Era isto que acontecia com o fígado do bebê, não conseguia “dar conta” do excesso de bilirrubina e esta começava a extravasar, a se espalhar pelo rosto, pelos braços, por todo o corpo do bebê.

Este era o momento da descoberta. Os olhos das mães brilhavam, e elas verbalizavam agora ter compreendido por que os bebês nascidos “antes do tempo, dos nove meses” ficavam icterícos, ou com o amarelão, como algumas se referiam à icterícia.

De modo geral agíamos dessa forma sempre ao percebermos que a mãe necessitava de exemplos muito próximos da sua realidade para melhor compreender a patologia ou do tratamento, isto porque concordamos com Freire (1994, p, 61) quando afirma que:

Nenhuma ação educativa pode prescindir de uma reflexão sobre o homem e de uma análise sobre suas condições culturais. Não há educação fora das sociedades humanas e não há homens isolados. O homem é um ser de raízes espaço-temporais.

Assim, diante do contexto vivido e do expressado pelas mães, asseveramos que o diálogo da enfermeira com as mães dos neonatos sob fototerapia, com o suporte de tecnologia educativa para estabelecer a comunicação, são, em outras palavras, formas disponíveis à Enfermagem para implementar a humanização do cuidado.

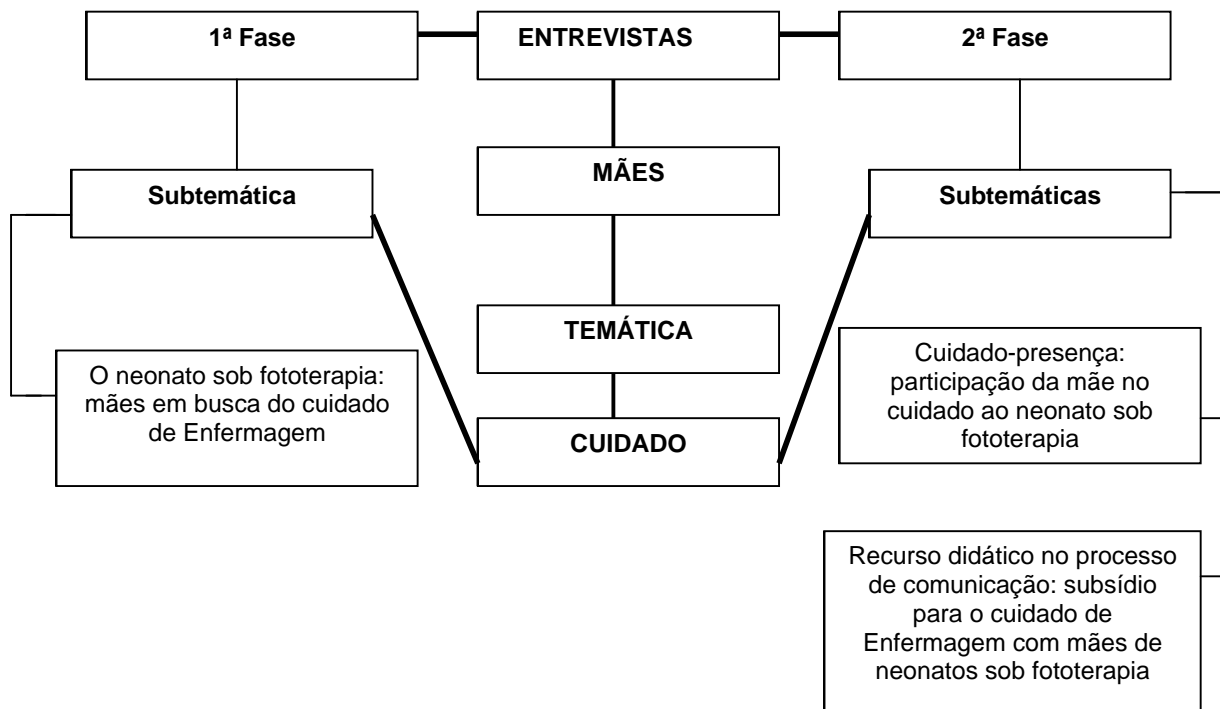
Nesta mesma linha de pensamento, Figueiroa (2000) considera as tecnologias como um conjunto de novas ferramentas, suportes e canais para o tratamento e acesso

às informações, correspondendo a modos de expressão e incorporação de modelos de participação e recreação cultural, introduzindo um novo conceito de educação.

Diante disto, reputamos pertinente concluir a análise dessa subtemática com a citação de Nietzsche (2000, p.24) quando defende a tese de que:

Há uma possibilidade de encontrar, no saber envolvido nas práticas de Enfermagem, formas de tecnologia para o processo de emancipação dos sujeitos participantes na relação terapêutica específica, ou seja, no cuidado.

Diagrama 5 - Síntese dos Resultados – Temática: Cuidado



Este diagrama representa a terceira temática, **cuidado**, da qual foram extraídas na primeira fase a subtemática o neonato sob fototerapia: mães em busca do cuidado de Enfermagem; e na segunda fase, cuidado-presença: participação da mãe no cuidado ao neonato sob fototerapia e recurso didático no processo de comunicação: subsídio para o cuidado de Enfermagem com mães de neonatos sob fototerapia.

Temática: Percepção

- **Primeira fase**

Percepção, do latim, *perceptio*, é o ato ou efeito de perceber pelos órgãos dos sentidos (FERREIRA, 2001). Para a psicologia, segundo Larousse (2001), percepção é o processo cognitivo no qual um estímulo ou um objeto é representado por um sujeito ou por meio de sua atividade psicológica.

Nesta temática, as mães relataram como percebiam o tratamento fototerápico, expressaram o significado deste evento em suas vidas. Verbalizaram acerca da sua percepção sobre a saúde do neonato, em especial a preocupação com os efeitos da fototerapia e a visão do bebê. Referiram ainda o significado da separação do binômio mãe-filho aliado ao ambiente estranho para elas e para o neonato.

Contudo, segundo percebemos na segunda fase, os depoimentos são permeados pelo otimismo, esperança na recuperação do bebê e tranquilidade acerca da visão dele e da proteção ocular.

Os depoimentos apresentados a seguir ilustram esta quarta temática, **percepção**, e o leque de subtemáticas que se abre a partir das revelações das mães.

Subtemática: Saúde do neonato em fototerapia: o olhar da mãe

[...] na luz fica com a vistinha tampada [...] como no meu útero ela estava no escuro, acho que é por isso que ela está calminha.

Artemis

[...] fico olhando a pele dela cada dia mais ressecada, é muito difícil, mesmo (lágrimas) eu choro a cada dia, olhando para ela daquele jeito, [...] eu penso que se ela passar muito tempo ali (fototerapia) pode melhorar, mas, não, a cada dia não está melhorando. Está do mesmo jeitinho [...] fico com medo dela não reagir.

Atalanta

[...] penso que é uma doença mais grave, mas não sei nem o que dizer mesmo.

Atena

[...] eu cheguei lá (UTIN) e vi que ela estava nessa luz, pensei que deu alguma coisa nos exames dela, para ter [...] que colocar essa luzinha em cima dela.

Calíope

[...] eu acho assim, se ele está lá naquela luz é porque ele não está bem, alguma coisa não está bem.

Ceres

[...] mesmo que digam que ela está bem, eu não consigo sentir que ela esteja bem [...] tem sempre aquela preocupação, é isso que eu sinto.

Reia

[...] aí ela fez a transfusão, continua na luz e hoje ela está só com um foquinho de luz para fazer outra transfusão de sangue [...] depende do resultado do exame, se Deus quiser não vai fazer.

Teia

[...] quando cheguei, vi que ele estava na luz, me preocupei, pensei o que será que aconteceu? [...] será que meu filho teve uma piora? Será que o quadro dele vai estar cada vez mais grave? Então você fica [...] sem saber realmente o porquê, o que está acontecendo [...] Será que corre risco de vida? Isso é muito forte, e a gente perde o rumo, não é isso?

Têmis

[...] acho que tudo que está sendo feito é para ele melhorar, para poder sobreviver, para estar comigo [...] já que eles botaram na luz é para a saúde dele, para sair bem daqui [...]

Hígia, Hera, Cibele

As falas agrupadas evidenciam as preocupações vivenciadas pelas mães em relação ao estado de saúde do bebê sob fototerapia. Existe uma co-relação entre o uso da fototerapia e a forte impressão de que algo não está bem. Se o bebê está sob luzes intensas, significa um agravamento do quadro clínico, que poderia ser confirmado pelos exames laboratoriais, e pelo ressecamento da pele do bebê, como podemos observar nos depoimentos de Atalanta, Atena, Calíope, Ceres e Têmis. Esta última diz enfaticamente: *sem saber realmente o porquê, o que está acontecendo, a gente perde o*

rumo.

Os relatos de modo geral e em especial a fala de Têmis reforçam a preocupação das deusas com a saúde dos seus rebentos, em face do desconhecimento acerca do tratamento e da carência de informações para a mãe que levam a essa “perda de rumo”.

Atalanta, apesar de não ter o suficiente conhecimento sobre o tratamento, ao observar atentamente, constata que a cada dia a pele do seu filho está mais ressecada. A exposição do RN à fototerapia pode provocar erupções cutâneas e o ressecamento da pele, entre outros efeitos deletérios da terapêutica luminosa, devido à desidratação. Segundo Tamez e Silva (2002), em virtude da perda insensível de água, em torno de 40%, é fundamental monitorizar a diurese e a hidratação do RN, em outras palavras, a realização de balanço hídrico rigoroso. Todavia, esta não é o uma realidade em nosso serviço, embora consideremos a realização de balanço hídrico rigoroso como um cuidado de Enfermagem essencial para o neonato em fototerapia.

Quando uma criança ao nascer apresenta algum problema de saúde e necessita ser internada em uma UIN, é motivo de profunda preocupação para a família um modo geral. Os pais em especial enfrentam uma série de situações passíveis de causar ansiedade, insegurança, medo da doença, do desconhecido, do aparato tecnológico e da morte (CAMPOS, 2003).

Evidencia-se nos depoimentos de algumas das mães a grande inquietação e o temor da morte dos neonatos sob fototerapia. Elas acreditam que algo de muito grave está acontecendo, particularmente quando um fato novo acontece, como refere Têmis, que ao observar o filho sob a fototerapia preocupa-se pela sobrevivência dele. Assim, de acordo com a visão das mães, a fototerapia estaria diretamente relacionada com o agravamento da saúde do bebê. Para Brazelton (1991, p.153):

Durante os primeiros dias após a constatação da existência de uma doença séria na criança é bastante comum a negação das implicações de vida ou morte do diagnóstico e da impossibilidade de que o tratamento possa malograr.

Outro aspecto do desconhecimento da terapêutica está presente na fala de Artemis. O neonato com hiperbilirrubinemia pode apresentar hipoatividade, mas a mãe, ao comparar com a ausência de luz do ambiente intra-uterino, onde o neonato se encontrava, associa a “calma do bebê” ao uso da máscara ocular, que protege os globos oculares da incidência dos raios luminosos. As demais, como referem não conhecer nada acerca do tratamento, apesar das preocupações, acreditam, como referem Hígia e Cibele, que a fototerapia deve ser para recuperação da saúde do bebê.

Ante o neonato sob fototerapia, já submetido à EXST, podemos observar a fé em um ser maior, Deus, mencionada por Teia. Para esta mãe, a despeito das evidências, um sentimento maior a impulsionava a crer, sua filha não teria de se submeter a outra troca de sangue total. Esta “certeza” advinha da sua fé em Deus.

Consoante Oliveira, Costa e Nóbrega (2004), quando as mães ao vivenciar filhos em situação de doença, na busca de explicações sobre algo que escape à sua compreensão, sempre mencionam a fé em Deus, submetem-se ao acontecido, procurando consolar-se a si própria.

Na concepção de Huf (2002, p.61), “a espiritualidade é algo concreto, ativo, pois denota ação e atitudes, não meramente uma possibilidade comunicada por palavras superando os impulsos, instintos e condicionamentos”.

Em continuidade à análise dos depoimentos, podemos ainda perceber a incredulidade revelada por Reia. Esta mãe refere preocupação com o estado de saúde do bebê, a despeito das informações da equipe de saúde.

No nosso entendimento todas estas manifestações são oriundas do desconhecimento da terapêutica e da falta de comunicação efetiva com as mães dos

neonatos em fototerapia.

Consideramos essencial a comunicação da equipe de saúde com as mães dos neonatos sob fototerapia, para poderem estas, a partir de orientações fidedignas em linguagem acessível e clara, vivenciar este evento com mais tranquilidade, fazendo-se presentes na UIN ao lado do neonato que necessita de carinho, atenção e aconchego.

Na nossa compreensão, a enfermeira, como membro da equipe de saúde, da UIN tem conhecimento e habilidades para o cuidado integral ao binômio mãe-filho, e pode possibilitar o enfretamento de situações de saúde-doença, incentivando a participação e a presença da mãe junto ao pequeno ser.

Segundo Paterson e Zderad (1979), a Enfermagem é vista como um corpo profissional, dotado de conhecimentos e habilidades específicos no desenvolvimento de ações interativas no processo de cuidar de seres humanos. Nas falas a seguir, as participantes falam das suas impressões.

[...] ela está sedada porque ela não pode nem se mexer para a luz pegar bem nos pulmões dela, pegar no corpo dela mesmo.

Atalanta

[...] quando vejo ela na luz, para mim está muito quentinho [...] não sei se aí dentro é confortável [...] disseram que perde muito peso com aquela luzinha.

Artemis, Calíope, Pomona

[...] para mim é uma coisa grave porque quando eu cheguei (UTIN) vi ele naquela luz.

Héstia

[...] é preocupante porque quando eu vi ela estava só com uma luz e depois aumentou, ela chegou a ficar com as três luzes e ainda naquele bercinho (bilispot triplo + biliberço).

Teia

As mães relatam suas impressões ao observarem seus filhos submetidos a fototerapia. Apreendemos nas falas a preocupação pelo desconforto advindo da fototerapia para o bebê, a dúvida quanto à perda de peso, a temperatura das lâmpadas, que na imaginação das mães poderia superaquecer seus filhos. Todos estes fatores

somados ao desconhecimento do mecanismo de ação da fototerapia e à inquietação quanto à quantidade e associação de equipamentos para o neonato sob fototerapia.

Atentamos para o depoimento de Teia quando se refere ao fato de o bebê estar utilizando três bilispots (fototerapia halógena) associados ao biliberço (fototerapia refletiva ou de alta intensidade). No caso da filha de Teia, o quadro clínico inspirava maiores cuidados devido à elevação abrupta da bilirrubina. Como já relatado na subtemática anterior, sua filha havia sido submetida a uma exsangüineotransusão e estava na iminência de realizar uma segunda, o que não aconteceu. Daí a necessidade tanto do número de aparelhos quanto da associação de equipamentos, na tentativa de evitar que a pequena fosse submetida novamente a esse procedimento considerado de risco.

Procuramos intervir junto à Teia, e a orientamos acerca da associação dos equipamentos, na tentativa de tranquilizá-la, pois ela já se mostrava contristada e por justos motivos bastante preocupada com a situação. Ao ser informada de que a fototerapia tem colaborado para diminuir o número de exsangüineotransfusões, Teia mostrou-se mais tranqüila, e até esboçou um leve sorriso. A nosso ver, pudemos contribuir naquele momento, a partir das orientações ministradas, para que, apesar das circunstâncias, a mãe pudesse estar - melhor.

Ante as inúmeras preocupações das mães sobre os mecanismos de ação da fototerapia e dos seus efeitos indesejáveis ou colaterais, durante a apresentação do álbum ilustrado procuramos esclarecê-las de forma simples, porém respeitando a veracidade das informações e o nível cultural de cada participante.

À medida que íamos mostrando no álbum a ilustração dos cuidados de Enfermagem com o bebê, falávamos de cada ação de Enfermagem pormenorizadamente, e explicávamos o porquê e o para que da sua realização.

Em face da preocupação, com a temperatura das lâmpadas e/ou superaquecimento do bebê, informávamos às mães se tratar de luz fria e ainda que entre os cuidados de Enfermagem com o neonato sob fototerapia, a verificação da temperatura axilar era realizada em intervalos regulares. Conforme recomendam Tamez e Silva (2002), a temperatura axilar deve ser mensurada a cada duas horas em virtude da possibilidade de hipertermia.

No serviço onde atuamos essa verificação ocorre a cada três horas como uma forma de agrupar cuidados e, ao mesmo tempo, evitar o manuseio excessivo do bebê. Nessa ocasião, aproveitamos para alimentar, higienizar, realizar a mudança de decúbito e também oferecer amor, carinho, aconchego, junto com o cuidado técnico (CAMPOS, 2003).

Como já enfatizamos, fornecer orientações é importante, contudo é preciso confirmar se estas estão sendo absorvidas pelo receptor, no caso, a mãe ou a família. Em outras palavras, é preciso atentar para as verbalizações das mães ou da família, gestos, silêncios, visto que a comunicação não-verbal pode revelar sentimentos, problemas ou questões significativas não verbalizados. Para Chalita (2003, p.29), “nosso corpo, nossa postura, nosso estilo, nosso modo de ver o mundo e de viver são como palavras, frases e parágrafos que dão ao texto a coesão e a coerência necessárias para que possamos compreendê-lo na íntegra”.

Daí ser fundamental, segundo Sawada et al. (2000), que o enfermeiro compreenda os sinais não-verbais, no intuito de diminuir a ansiedade do paciente transmitindo-lhe confiança.

Mais uma vez valemo-nos das falas das participantes para expor suas preocupações:

[...] fiquei preocupada de ver ela com o olho tampado e com aquela luz em cima, fiquei muito nervosa, a minha pressão subiu muito, chorei muito.

Perséfone

[...] quando eu vejo ele ali no berçário fico muito incomodada porque com esse bichinho (proteção ocular) no olho dele também [...] a gente não pode ver os olhinhos dele, é como se ele tivesse todo o tempo dormindo [...] para mim tem alguma coisa na vista do bebê, porque com estes óculos.

Ceres, Cibele, Hera, Ilítia

[...] eu disse no telefone pro meu marido: “Colocaram o bebê num bercinho com aqueles óculos no olho dele”; ele disse: “Meu filho tá cego, também?” Eu disse: Não sei.

Hécate

[...] ontem quando o pai dele chegou para visitar, ele estava preocupado com a vista dele [...] porque não tinham tirado ainda os óculos ele perguntou: “Tu não procurou saber se tem algum problema grave na vista dele?”

Héstia

[...] será que quando ele sair dali vai apresentar algum problema na vista? queria saber se não tem perigo de atingir os olhos dele [...] Eu penso que pode causar alguma seqüela [...]

Atalanta, Minerva

[...] também tenho medo porque uma paciente aqui comentou que o primeiro filho dela fez esse mesmo banho-de-luz e ficou com um desvio no olho depois desse tratamento [...] então a minha dúvida maior é a respeito da visão.

Pomona

Como podemos constatar nestes depoimentos, a preocupação das mães centra-se na visão no neonato. As falas revelaram o temor e a inquietação relacionada à proteção ocular, à possibilidade de cegueira em seus rebentos ou de algum problema futuro em relação à saúde ocular deles.

Notamos ainda que estas inquietações não são exclusivas das mães. Em alguns casos também do pai, que desconhece o tratamento, não sabe a razão da oclusão ocular e por isso solicita da mãe um esclarecimento sobre este assunto.

Algumas mães sentem a necessidade de olhar nos olhos dos bebês, como para se certificarem de que está tudo bem, ou ainda pelo desejo de interagir com o neonato. Segundo Ceres refere, ao presenciar o filho sob fototerapia com os globos oculares protegidos pela máscara, tem a impressão de que o bebê dorme e isto causa grande incômodo.

Ainda sobre a proteção ocular, conforme Hécate relata, o pai do bebê julgou que estivesse cego por estar com os olhos vendados. Já Pomona preocupa-se em decorrência da informação de outra mãe cujo filho após a fototerapia teria apresentado problemas oculares.

Consoante relata Cardoso (2001, p.80), “existem culturas onde há crença que as crianças nascem cegas”. Por todos estes depoimentos, podemos afirmar que não fitar os olhos do filho recém-nascido é para a mãe, certamente, motivo de freqüentes inquietações.

Desse modo, na nossa opinião, para minimizar estas preocupações parentais, o contato olho-a-olho é essencial. Daí a importância da enfermeira na UTIN estabelecer a relação dialógica com os pais e, na medida do possível, ou seja, quando o bebê estiver em condições de ser retirado da fototerapia, propiciar este contato olho-a-olho.

Segundo constataram Campos e Cardoso (2004) em estudo realizado com mães de neonatos sob fototerapia, a oclusão ocular realmente impressiona as mães.

Conforme as autoras, o olhar nos olhos do filho é importante. É uma forma de comunicação entre mães e bebês.

Observando um pouco mais atentamente as falas das deusas atentamos para o revelado por Perséfone. Esta, ao presenciar sua filha sob fototerapia, apresentou problemas de saúde, iniciados com o nervosismo referido, o choro e finalmente a elevação da pressão arterial. Esta mãe, com história obstétrica de doença hipertensiva específica da gravidez, após visitar o bebê na unidade de médio risco onde se encontrava, impressionada com o tratamento, voltou a ter picos hipertensivos.

A partir do referido por estas mães, nos questionamos: Como estamos nos comunicando com as mães dos neonatos internados na UTIN ou nas unidades de médio risco e AC? Que atitudes de cuidado temos desenvolvido para minimizar estes agravos à saúde da mãe que não conhece, não compreende o tratamento e é surpreendida ao presenciar o filho recém-nascido com os olhos oclusos sob luzes intensas? A nosso ver, no cerne dos discursos e nas expressões não-verbais existe um clamor por parte destas mães e uma urgência em repensarmos nosso papel como enfermeiras comprometidas com o cuidado humanizado ao binômio mãe-filho.

Compreender a necessidade de estabelecer o diálogo, a relação empática, exercitar o face-a-face, o ouvir o outro, já seria um começo para estabelecer a comunicação efetiva com as mães e a família, como propõe Boff (2003, p.93):

O ser humano é um ser de relação e de comunicação, portanto um ser dialógico [...] na relação e no diálogo, o ser humano estabelece princípios que se dão no próprio ato de comunicação: a reciprocidade [...] o mútuo reconhecimento dos sujeitos autônomos que se acolhem como interlocutores válidos e responsáveis pelas ações comunicativas.

As mães necessitam de orientação, de atenção, de cuidado, pois desconhecem o tratamento, tão comum para nós profissionais da equipe de saúde. Se este conhecimento fosse socializado de forma clara e objetiva com as mães, elas não se mostrariam tão surpreendidas e assustadas ao presenciar o filho sob fototerapia.

Subtemática: Separação do binômio mãe-filho

[...] quando chego na UTI eu sinto uma situação de vazio[...] ela não estando perto de mim.

Atalanta

[...] por que para mim ele estando lá naquela luz, eu só vendo sem poder pegar, é como se eu tivesse em casa e ele tivesse aqui.

Demeter

*[...] é muito ruim, sem a gente botar ele no colo e passear com ele é muito ruim
[...] tudo isso é muito ruim, está tão pertinho da gente e tão longe.*

Hécate

[...] eu até já sonhei que estava com eles nos braços, é triste e ontem eu estava muito triste, aí a senhora conversou comigo e hoje até que eu estou melhor.

Hera

[...] ontem eu chorei tanto que o meu leite passou a noite toda vazando, sabe, de emoção, sentindo a falta dele, com aquela vontade de ter ele, de tirar ele dali de dentro, ter o meu filho junto comigo, a coisa mais triste ali no quarto é, além dele estar aqui (no berçário), quando eu vejo as outras mães com os filhos no colo e o meu bebê longe.

Héstia

[...] já perdi um, então eu fico sensível e rezo todo dia para ele poder ficar bem, para eu poder levar ele [...] se ele tivesse nascido bem não estaria separado de mim, eu queria que estivesse comigo.

Hígia

[...] o ruim é porque eu não posso ficar com ele muito tempo, só posso amamentar e depois tenho que colocar lá de novo porque ele não pode passar muito tempo fora da luz.

Pomona

[...] eu não posso estar com ela no meu colo, porque não posso tirar ela da luzinha [...] queria que não estivesse na luz [...] eu queria ele junto comigo.

Reia, Ilítia

[...] especialmente o que mais me preocupa e chama a atenção é o fato de eu não poder pegar ele no colo, estar com ele pertinho, ele sentir o calor do colo da gente.

Têmis

A verbalização das mães durante as entrevistas, acerca da separação do neonato, possibilita a compreensão do que representa para elas mães estarem separadas do seu filho e do ambiente familiar.

Em seus depoimentos, as mães expressam o significado da separação do binômio mãe-filho, estar longe do filho, entrar na UTIN sem poder retirá-lo da incubadora para aconchegá-lo em seus braços. No AC ter o filho tão perto e ao mesmo tempo tão longe, ter de amamentá-lo e em seguida colocá-lo sob a fototerapia novamente, transmite para a mãe uma sensação de “vazio”, como refere Atalanta.

Klaus e Kennel (1993) discorrem sobre problemas da separação do binômio mãe-filho, e fazem referência às reações das mães a esta separação quando estas manifestam intenso desejo de tocar e amamentar os seus bebês, e experimentam uma sensação de vazio, como se tivessem sofrido a amputação de algum órgão.

A fototerapia pode ser considerada como o fator responsável pela separação do binômio, e, momentaneamente, frustra a mãe que deseja aconchegar seu filho (CAMPOS, 2003).

Para a mãe, a fototerapia significa a separação do filho que abrigava em seu útero. Como refere Héstia, havia chorado na noite anterior porque estava longe do seu filho, ao mesmo tempo em que presenciava no AC outras mães com seus bebês aconchegados ao colo. Ao fazer esta revelação, lágrimas rolaram por suas faces.

Nesse sentido, Rocha et al. (2004) salientam que quando o neonato é encaminhado para a UTI Neonatal, as mães que permanecem no Alojamento Conjunto

observam outras mães aconchegando seus filhos ao colo, amamentando, e oferecendo carinho. Diante disto se ressentem da ausência do filho.

Para a mãe, a separação do filho é motivo de desassossego e inquietação (CAMPOS; CARDOSO, 2004). Em anuência a esta afirmação, chama a atenção nos depoimentos o fato das mães expressarem a necessidade de ter um contato mais próximo, mais íntimo com os filhos recém-nascidos, levá-los ao colo, acariciá-los e transmitir amor, carinho e calor, como refere Têmis.

O depoimento de Hera permite avaliar o que significa para a mãe estar separada do seu filho. Revela que em sonhos esteve com seu filho nos braços. Esta mãe vivenciava três filhos em fototerapia, e antes da entrevista fizemos um contato preliminar quando a encontramos na UTIN ao lado da incubadora de um dos bebês, cabisbaixa, olhos marejados. Durante o diálogo intuitivo estabelecido, estar - com a mãe, procuramos oferecer ajuda no sentido de tranquilizá-la. Por este motivo, Hera agora revela que “após a nossa conversa” estava melhor, antes a tristeza a dominava.

Esta situação de Enfermagem é concebida por Paterson e Zderad (1979) como a fusão do *self* com o espírito rítmico do outro, ou seja, quando nos colocamos no lugar do outro, obtemos um conhecimento especial, intuitivo e inexpressável.

No intuito de compreender melhor o significado da separação mãe-filho, temos os depoimentos de Atalanta e Demeter. A primeira ao referir a sensação de “vazio” ao entrar na UTIN. A criança recém-nascida, até há pouco abrigada em seu útero, se encontrava na incubadora, que apenas mantém a temperatura corporal, mão não acolhe. É tocada por outras mãos que “cuidam”, mas não afagam como as mãos daquela que, recentemente, tocava e acariciava o ventre com carinho.

Segundo afirmado por Demeter, a sensação de ver o bebê na luz sem poder aconchegá-lo dava a impressão de que estivesse em casa e o bebê na UTIN, ou seja, um distanciamento ainda maior. Na opinião de Klaus e Kennel (1993, p. 23), “o laço original entre pais e bebê é a principal fonte para todas as ligações subseqüentes do bebê e é o relacionamento formativo, no qual a criança desenvolve um sentido de si mesma”. A nosso ver, certamente essa ruptura, mesmo momentânea, pode causar interferência no vínculo afetivo mãe-bebê.

De acordo com Boff (2003, p.120), “o afeto não existe sem a carícia, a ternura e o cuidado, assim como a estrela precisa de aura para brilhar, assim afeto precisa da carícia para sobreviver”.

Finalmente, atentamos para o depoimento de Hígia. Esta, grávida de gêmeos, sofreu o impacto de perder um dos bebês, natimorto. Expressa a angústia, o medo e agora a separação do segundo gemelar internado na UTIN submetido a fototerapia. Na concepção de Loureiro (1998, p. 24) “a perda de um filho, por morte, é a destituição de algo muito precioso, levando ao mais algoz dos sofrimentos, capaz de deixar marca indelével no coração de uma mãe”.

“O desconhecido gera um discurso angustiado” (ABREU; SOUSA, 1999, p.86). Daí não se saber o que fazer, pois o medo de perder também o outro bebê é manifesto como um mecanismo de defesa em relação ao que é desconhecido para a mãe.

Na nossa percepção, os sentimentos expressos nos depoimentos dessas mães podem decorrer, também, da falta de informação acerca das causas que levaram o RN ao tratamento fototerápico, e, portanto ao medo de perder o filho (CAMPOS; LEITÃO, 2005).

Subtemática: A mãe do neonato sob fototerapia e o ambiente hospitalar

[...] eu quero ir embora, aqui é ruim, eu quero ir embora [...] sou do interior.

Geia

[...] eu já estava de alta, se não fosse por causa disso (fototerapia) eu já estaria em casa.

Hécate

[...] na UTI ele é muito triste [...] é muito estressante, é muito ruim, principalmente por que a gente não conhece [...] vendo o bebê da gente ali na luz [...] os aparelhos começam a alarmar e você fica doidinha, acaba muito com a gente, é horrroso a gente estar ali.

Hígia

[...] de repente você vê sair daqui (coloca a mão sobre o ventre) de um lugar que ele está protegido e já está num local estranho (UTIN), onde você não conhece, [...] não é a minha área, eu sou professora, ali é medicina, então você não conhece, é de área estranha [...] quando ele estava aqui (coloca novamente a mão sobre o ventre) estava seguro, já ali (UTIN) tudo é estranho, é um ponto de interrogação.

Têmis

Na apresentação desta subtemática, destacamos depoimentos acerca da opinião das mães sobre o que representa o ambiente hospitalar. Ambiente, do latim, *ambiens*, segundo Larousse (2002, p.40), é “o que está em volta de (pessoa ou coisa); o meio em que se vive; o ar que se respira; recinto, lugar espaço”.

Torna-se evidente como as mães solitárias, longe do domicílio, privadas do contato com a família, experenciam este momento de suas vidas em um ambiente estranho, temeroso e hostil para elas e para o bebê. Em relação ao ambiente, Paterson e Zderad (1979, p.63) assim se pronunciam:

Ao ingressar em uma instituição de saúde, o paciente se percebe a si mesmo como um ser em um mundo estranho de objetos novos. Em lugar do seu ambiente familiar, vê-se cercado pela equipe de saúde, diante de equipamentos e materiais hospitalares que podem causar certa confusão, medo, terror e dor.

Geia e Hécate são enfáticas ao declarar que estar no hospital é “muito ruim”. Conforme percebemos, as mães lançam suas queixas sobre o tratamento fototerápico como a principal causa da permanência na maternidade.

Na fala de Hígia, observamos o impacto causado pelo ambiente da UTIN. Um local de alta tecnologia, aparelhagem sofisticada, luzes piscando, alarmes sonoros e em meio a tudo isso o frágil ser - recém-nascido envolto em fios, luzes e máquinas usados para a sua sobrevivência.

Para minimizar esta visão “horrorosa” referida por Hígia, é essencial serem os pais orientados acerca de todo este aparato tecnológico ao redor do neonato, para tranquilizá-los, para incentivar a sua presença na UTIN, junto ao filho, tão indispensável quanto os aparelhos, as condutas adotadas e os medicamentos utilizados.

Razão tem Laperuta (2002, p.13) ao afirmar: “O amor e o carinho dos pais são elementos fundamentais na assistência e são tão importantes para a criança quanto os aparelhos e os medicamentos utilizados”.

Não apenas o ambiente da UTIN é referido, mas também o ambiente no qual o bebê se encontrava antes de adentrar a UTIN, ou seja, o ambiente intra-uterino. Para Paterson e Zderad (1979), o ser humano vive em dois ambientes: o interno, que é subjetivo, e o externo, de objetos, pessoas e coisas. Contudo, segundo as teóricas, é no ambiente interno que as crenças, valores e sentimentos emergem e a reflexão possibilita a percepção desses sentimentos.

Têmis revela o que significa para ela e para o bebê estar em um ambiente estranho em termos de espaço físico e acadêmico, porque, como ela mesma refere, “ali é medicina, é área estranha”, tudo é muito estranho.

O próprio parto causa o impacto da separação e o bebê deixa o ambiente uterino para se adaptar ao ambiente extra-uterino, iniciando, assim, uma vida como um ser isolado. Essa condição, para a maioria das mulheres, pode ser compensada pelo convívio diário com o bebê. Mas quando o neonato requer cuidados de uma UIN, onde este se encontra, seja na UTIN ou nas unidades de médio risco, pode causar um grande impacto para a mãe (CARVALHO, 2001).

O ambiente da UTIN, tão familiar para a equipe de saúde, desvela-se para a mãe como um lugar inseguro, estranho, um ponto de interrogação, se comparado ao ambiente uterino, onde seu bebê estava protegido. No entanto, agora, para ela seu filho está em insegurança.

Já no ambiente uterino, o feto flutua na bolsa amniótica com muita liberdade de movimentos, mantendo a flexibilidade das articulações. O meio ambiente do útero é uma sinfonia de sons e vibrações (KLAUS; KLAUS, 2001).

Em virtude do impacto do ambiente e da situação de confinamento em um ambiente estranho, as reações das mães ante o neonato enfermo são imprevisíveis. Portanto, é preciso estarmos atentas às reais necessidades das mães dos neonatos sob fototerapia, verbalizadas ou não, no âmbito da UTIN, unidades de médio risco ou no AC, razão pela qual concordamos com Rolim (2003, p.67):

Uma enfermeira atenta às necessidades dos pais percebe, através de observações verbais ou não, os sentimentos e atitudes por eles tomadas, procurando compreendê-los, não assumindo uma postura crítica, mas de agente transformador, transmitindo a eles uma visão realista, favorecendo sua participação na recuperação da saúde do seu filho.

No nosso entendimento, nesse momento em que a mãe se sente solitária em um ambiente estranho para ela, sem ter junto a si pessoas significativas para apoiá-la, confortá-la e ajudá-la, a Enfermagem pode intervir no sentido de amenizar e ajudá-la a suportar essa situação, pela presença autêntica. De acordo com Silva (2000), o alívio e o conforto mais intensos procedem da presença amorosa de outro ser humano.

- **Segunda fase**

Subtemática: Saúde do neonato sob fototerapia: o que mudou?

[...] para mim hoje é bom, porque ela passou a noite na luz e sei que já vai sair.
Artemis

*[...] vejo que a corzinha dela está melhorando, hoje já melhorou, já não está muito amarela, está mais no pescoço, as costinhas já melhoraram, está ficando mais
vermelhinha.*

Atalanta

[...] agora eu até acho que é bom para a saúde dela.

Cibebe

[...] eu estou bem satisfeita e ele está mais ativo, a cor da pele já melhorou, está mamando [...] estão dando até leite no copinho para ele poder dormir, e eu estou muito bem.

Demeter

[...] agora eu estou bem mais tranqüila a respeito da saúde dele, porque eu sei do que se trata, do porquê do tratamento e da necessidade que ele tem e a questão do peso que ficou esclarecida.

Têmis

[...] agora eu caí na real (risos) então, mas a primeira vez que eu vi eu achei que ele estava cego [...] eu tinha que tirar a vendinha e abrir os olhos dele para ter a certeza de que ele não estava cego, mas lá no fundo, no fundo eu achava que ele estava e alguém estava me escondendo a verdade.

Ceres

[...] agora eu estou mais despreocupada com a vistinha dele.

Minerva

Avaliamos nesta subtemática como as mães presenciam o filho sob fototerapia após nosso encontro. Conforme observamos a preocupação com a saúde do neonato em fototerapia agora tem outra conotação.

Apesar da situação vivenciada podemos perceber que as mães expressam em suas falas palavras de otimismo, de tranqüilidade, de aceitação da terapia, de “cair na real”, como relata Ceres, que antes acreditava que seu filho estivesse cego devido ao uso da máscara de proteção ocular.

Ao manifestar sua forma de ver o bebê sob fototerapia, a compreensão acerca do seu estado de saúde, as mães revelam o que mudou no seu modo de pensar e enfrentar a situação de vivenciar um filho nesta condição. Segundo estes relatos revelam, depois do encontro, do diálogo com a enfermeira/pesquisadora, as mães lançam um novo olhar sobre a saúde do bebê.

No depoimento de Ceres podemos avaliar o sofrimento da mãe ao imaginar que seu filho estivesse cego. Não acreditava nas informações da equipe de saúde e precisava retirar a venda de proteção ocular para se certificar de não haver nada de errado com a visão do bebê. Contudo, após conhecer o motivo pelo qual seu bebê necessitava estar com os olhos protegidos, está tranqüila e orientada acerca do tratamento.

Nas palavras de Ceres desvela-se a insensibilidade dos profissionais da equipe de saúde em propiciar à mãe momentos de intimidade, interação com seu filho, além de tranqüilizá-la quanto à integridade da visão do neonato.

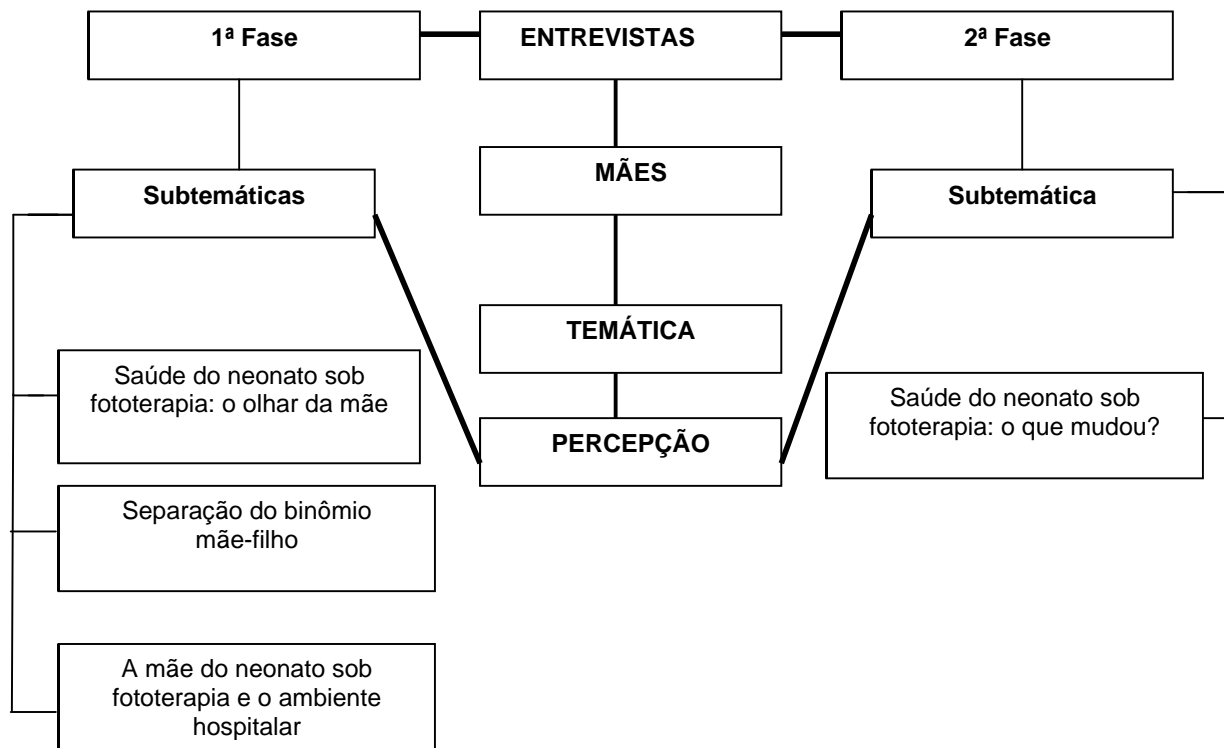
Em relação à retirada da proteção ocular, consoante revelam Campos e Cardoso (2005,) as mães sentem-se muitas vezes intimidadas e temerosas de solicitar ao profissional da equipe de saúde a retirada da máscara de proteção ocular. Estes,

apesar de conscientes dessa necessidade, não facilitam essa interação do binômio mãe-filho.

Diante do verbalizado pelas mães, estamos convictas de que este estado de tranqüilidade decorre dos conhecimentos adquiridos e da comunicação efetiva estabelecida entre nós e as mães, no estar - com as mães efetivamente como uma atitude de cuidado humanístico.

Conforme afirmam Paterson e Zderad (1979), quer seja o ato de cuidar verbal ou manual, ou ambos, um olhar silencioso ou uma presença física envolvem certo grau de intersubjetividade a ser reconhecido. As teóricas apontam ainda para a necessidade de a Enfermagem ser mais consciente e explorar plenamente esse constituinte essencial, centrando-se nos modos de ser dos participantes da situação.

Diagrama 6 - Síntese dos Resultados – Temática: Percepção



Este diagrama representa a quarta temática, **percepção**, da qual foram extraídas na primeira fase as subtemáticas saúde do neonato em fototerapia: o olhar da mãe; separação do binômio mãe-filho; a mãe do neonato sob fototerapia e o ambiente hospitalar; e na segunda fase, saúde do neonato sob fototerapia: o que mudou?

Temática: Sentimentos

- **Primeira Fase**

Sentimento, do latim *sentimentum*, significa, segundo Larousse (2001), estado afetivo complexo e duradouro, ligado a certas emoções ou representações. Todo sentimento, seja ele positivo ou negativo, vem sempre acompanhado de crenças positivas ou negativas (CAMPOS; LEITÃO, 2005).

Ao lançar olhar para os momentos vivenciados junto às mães no intuito de perscrutar os diálogos ocorridos durante a primeira fase das entrevistas, percebemos que fluíram sentimentos relacionados à fragilidade das mães ante o neonato submetido a fototerapia. Nos discursos afloram inquietações geradas pelo desconhecimento da terapêutica, os quais culminam em tristeza ao presenciar o pequeno ser - recém-nascido sob fototerapia.

Já na segunda fase, a mãe observa um final feliz, representado pela suspensão do tratamento. Conforme percebemos, a subtemática integrante desta temática revela a magnitude das ações da enfermeira apoiada nos pressupostos do Processo da Enfermagem fenomenológica. As mães falam de paz e tranqüilidade, de sono repousante, de felicidade, de bem-estar e estar - melhor, a despeito de ainda vivenciarem o neonato sob fototerapia.

A Enfermagem humanística não está centrada unicamente no bem-estar de uma pessoa, mas no seu existir pleno, ajudando-a a ser tudo o que é humanamente possível em um momento particular de sua vida (PATERSON; ZDERAD, 1979).

Os depoimentos apresentados a seguir ilustram esta quinta temática. As mães expõem seus sentimentos em um momento delicado de suas vidas, mas ainda e apesar

de tudo demonstram uma atitude positiva diante da situação vivenciada.

Subtemática: Impotência

[...] quero tirar e não consigo [...] não gosto da luz. Se eu pudesse tirar ele da luz eu tirava porque a gente como mãe não se sente bem em ver o filho[...] lá e não poder fazer nada.

Afrodite

[...] eu vejo ele ali(fototerapia) e não posso fazer nada.

Ceres

[...] eu que tenho os três naquela luz, se eu pudesse tirar ao menos um dali e pegar no colo eu já me conformava, mas eu não posso.

Hera

[...] quero tirar dali para amamentar, mas não posso.

Ilítia

[...] para mim, ver minha filha nesse tratamento é como se fosse uma impotência.

Métis

As mães revelam nos discursos sua fragilidade ao presenciar um filho sob fototerapia. Referem um sentimento de impotência ante o bebê em uso de fototerapia. O desejo de retirar o bebê do bilíberço ou da incubadora é frustrado porque, de acordo com informações repassadas à mãe, o bebê deve permanecer na fototerapia.

Esta exigência, entretanto, é feita sem explicar de forma clara para a mãe o motivo pelo qual o bebê deve permanecer o maior tempo possível sob a fototerapia, isto é, para se restabelecer o mais rapidamente possível.

Todavia, se o bebê estiver no bilíberço, poderá ser retirado para a amamentação, mas depois colocado novamente na fototerapia. Em situações nas quais os níveis de bilirrubina estão muito elevados e a mãe manifesta o desejo de amamentar, podemos colocá-lo no colo materno, mantendo a máscara de proteção ocular e providenciando um bilispot que poderá ser direcionado para o bebê enquanto estiver no seio materno. São formas de evitar prejuízos ao bebê no tratamento e, ao mesmo

tempo, garantir-lhe o aconchego dos braços maternos.

A mãe também deve ser orientada nos casos em que o neonato se encontra na incubadora na UTIN e não pode ser retirado por estar em oxigenoterapia e/ou outros fatores. Mesmo nesta condição ele pode ser tocado, acariciado, aconchegado com palavras amorosas e cantigas de acalanto.

Desse modo, cuidar e estar - com a mãe e com o neonato implica também orientá-la e incentivá-la a estabelecer esse canal de comunicação com o filho, pois isto será benéfico para ambos. Consoante referem Silveira, Campos e Fernandes (2002), o ato de tocar com as mãos transmite ao cliente sensação de bem-estar. Para o bebê, torna-se agradável por ser um ato permeado de amor. Para a mãe, além de ser uma atitude de cuidado e desvelo, pode minimizar este sentimento de impotência diante do neonato sob fototerapia.

Apesar de compreendermos que na UTIN o cuidado está mais voltado para o tecnológico, com ênfase nos aparelhos e equipamentos cada vez mais sofisticados, e, como refere Souza (2003), pela diversidade na percepção dos elementos componentes da equipe de saúde, com diferentes níveis de formação e visão de mundo, na nossa opinião a enfermeira necessita resgatar o cuidado em sua essência, priorizando o ser humano como centro e foco da atenção da Enfermagem.

Neste contexto, concordamos com Boff (2003, p.99) quando tece a seguinte reflexão acerca do resgate do cuidado:

O resgate do cuidado não se faz às custas do trabalho e sim mediante uma forma diferente de entender e realizar o trabalho. Para isso o ser humano precisa voltar-se sobre si mesmo e descobrir-se no seu modo de ser cuidado [...] Há algo nos seres humanos que não se encontra nas máquinas [...] o sentimento, a capacidade de emocionar-se, de envolver-se, de afetar e de sentir-afetado [...] um computador não tem coração.

Subtemática: Tristeza

As mães também padecem de tristeza, expressa de forma explícita. Segundo Larousse (2001, p.994), tristeza significa falta de alegria; melancolia mágoa; pesar; comiseração, pena. Elas verbalizam esse sentimento, e o condicionam à vivência dos filhos submetidos a fototerapia.

[...] vendo ele lá eu me sinto assim triste, sei lá, me dá uma pena, uma dó de ver ele na luz.

Ceres

[...] é uma tristeza muito grande. Ver ele assim na luz eu nem sei [...] a gente fica até pensando o que não é para pensar.

Demeter

[...] ah! Quando eu vejo, eu me sinto muito triste de ver eles naqueles aparelhos [...], e ver os três nesse banho-de-luz, dá assim uma sensação enorme de tristeza.

Hera

[...] quando eu cheguei e vi ele na luz eu senti muita tristeza.

Ilítia, Prosérpina, Reia, Selene,

Tétis

[...] e também ver ela ali (no berçário) sem poder tocar é muito triste.

Perséfone

[...] é muito triste ver meu bebê assim, disseram que ela estava com anemia, aí no outro dia teve que fazer uma transfusão de sangue [...] foi triste demais, eu fiquei olhando pela vidraça.

Teia

Como revela o depoimento de Demeter, a tristeza ao ver o filho sob fototerapia é tão forte que a leva a *pensar o que não é para pensar*. A mãe que se encontra no ambiente hospitalar, sem o apoio da família, vivenciando o internamento de um filho sob fototerapia, tratamento que ela não conhece, pode apresentar as mais diversas reações.

O fato de observar o neonato com os olhos vendados, exposto às luzes artificiais intensas e cercado de todo aparato tecnológico da UTIN pode causar impacto, em especial, para a mãe que vivencia pela primeira vez um filho sob fototerapia. Nestas circunstâncias as mães podem aventar as mais diversas suposições acerca do estado de saúde do bebê e do tratamento fototerápico.

Podemos inferir que o medo do desconhecido, acrescido do sentimento de tristeza e até mesmo do sentimento de culpa, manifestado por algumas mães durante nosso diálogo, as predispõe a encarar esse evento pelo lado negativo, e a esperar de tudo o pior.

Nesse período, as mães e a família dos neonatos hospitalizados necessitam receber cuidados, e a equipe de Enfermagem deve proporcionar a livre expressão dos seus sentimentos (FRAGA; PEDRO, 2004).

Teia revela imensa tristeza e isto dá a dimensão exata dos sentimentos dominantes da mãe, já tão sofrida, ao presenciar o filho em uso de fototerapia. Ainda observa pela vidraça procedimentos invasivos, como a exsangüineotransfusão, os quais podem causar apreensão e forte impressão à mãe e a levam às lágrimas quando relata este episódio.

Na verdade, esse sentimento parece perdurar por todo o período de internação, pois somente com a alta hospitalar do bebê a mãe acreditará que este recuperou a saúde, e então a tristeza cessará e dará lugar à alegria tão almejada por todos (CAMPOS, 2003).

- **Segunda fase**

Subtemática: Mães ante o neonato sob fototerapia: bem-estar e estar-melhor

Nesta subtemática avaliamos o estado de ser das mães ao presenciar o filho sob fototerapia. Em suas falas elas expressam para a enfermeira/pesquisadora sentimentos transmutados após o encontro, o diálogo e o compartilhamento dos seus temores, expectativas, dúvidas e ansiedades em relação ao neonato e à fototerapia.

Consoante podemos constatar ao observar os depoimentos, as mães parecem superar tudo o que para elas representa sofrimento e dor ao experienciar o internamento do neonato submetido a fototerapia. Revela-se aqui o potencial do ser-humano como referem Paterson e Zderad (1979), um ser único, com a capacidade de conhecer a si e a seu mundo interior, refletir, valorizar e experienciar para vir-a-ser mais. Desse modo, as mães, ao vivenciar os neonatos sob fototerapia, após a comunicação efetiva com a enfermeira, denotam todo seu potencial humano para vir-a-ser mais.

A meta da Enfermagem humanística alicerça seu fazer na relação inter-humana direcionada para o bem-estar e o estar - melhor do ser-cuidado. Com base nos pressupostos da Teoria Humanística de Enfermagem, tentamos por meio do diálogo, da presença autêntica, da comunhão e da comunicação efetiva fazer com que as mães, apesar da situação vivenciada, pudessem estar-melhor.

Os relatos ora apresentados revelam por si só o reconhecimento das deusas pelo que representou estar - com a enfermeira/pesquisadora e conhecer, mais sobre o tratamento a que seus filhos estavam submetidos.

[...] me deu mais paz e eu dormi mais tranqüila [...] hoje eu estou bem, não fiquei mais preocupada porque sei que ele está sendo bem cuidado, aí eu estou feliz.

Afrodite, Artemis

[...] ontem à noite fui vê-la, já me senti bem mais aliviada [...] já consegui dormir bem ontem à noite.

Atalanta

[...] eu fico mais despreocupada, feliz porque já sei, estou mais aliviada, o meu coração está mais aliviado [...] está ótimo, ele só está esperando os exames e conforme sejam os exames, ele pode sair da luz. Eu estou bem satisfeita.

Demeter

[...] hoje eu estou mais calma porque ele está aí (na fototerapia), mas não vai trocar de sangue, eu estou mais calma.

Teia

[...] agora está tudo bem melhor [...] isso ajuda e muito as mães que têm os bebês nessa luz.

Minerva

[...] melhorou muito, me ajudou muito [...] agora mudou porque eu já sei e me tranqüilizou.

Perséfone, Prosérpina

[...] não vai mais ser preciso eu entrar lá, ver ela ali e sentir tristeza do jeito que eu sentia [...] ajuda muito a gente conhecer sobre esse tratamento. Essa luz é muito importante.

Reia

[...] agora eu estou feliz [...] para mim ajudou muito, foi muito importante.

Selene

[...] estou muito feliz por ela ter me explicado todas essas coisas (risos). Para mim melhorou muito, ajudou muito [...] hoje estou mais aliviada, depois que a enfermeira (pesquisadora) conversou comigo [...] e agora tudo está bem melhor.

Hera, Ceres

[...] para mim depois da explicação que tive da enfermeira, me sinto ótima, foi ótimo, foi ótimo [...] a gente se sente bem em saber que só está fazendo o bem [...] sabe da importância do tratamento, de tudo.

Calíope, Hígia

[...] está tudo bem, estou muito bem, e a neném, graças a Deus, saiu da luz, mas só vai sair de alta amanhã, eu estou esperando só virem buscar a gente amanhã, para ir para casa, foi ótimo, está tudo bem.

Geia

[...] agora a coisa está mais fácil [...] eu adorei saber tudo isso, e agora ela já fica tranqüilinha, ela mama, coloco no berço (biliberço) sei que não está fazendo mal a ela, somente bem [...] para mim de 5ª feira para cá (dia do encontro com a enfermeira/pesquisadora) está ótimo. Foi o preenchimento de uma coisa que eu estava precisando saber, foi ótimo, agora é só esperar a minha pequena ficar boa e ir para casa (risos).

Métis

Como podemos observar, o discurso das mães mudou. Pode até parecer um paradoxo que as mães, apesar de permanecerem confinadas no ambiente hospitalar, vivenciando a realidade do neonato sob fototerapia, falem de paz e tranqüilidade, de conciliação do sono, de alívio e de felicidade.

Ainda conforme percebemos, associado a este estado de felicidade e bem-estar, as mães também referem que as orientações da enfermeira/pesquisadora as ajudaram a estar-melhor, porque, como mencionam Hígia e Calíope, agora reconhecem a importância e a finalidade do tratamento, reforçado pela tranqüilidade de Geia, que vê o tratamento de sua filha chegar a um final feliz, com a suspensão da fototerapia e o retorno ao lar.

Ao analisar os depoimentos, rememoramos o pensamento de Brazelton (1991, p.7), “[...] a oportunidade que temos de nos identificar com as mães, de verdade e a superação de suas dificuldades, é a dádiva que delas recebemos”.

Entre todos os depoimentos, o mais enternecedor e curioso é o de Métis quando expressa o significado do encontro e da presença da enfermeira/pesquisadora junto a ela e ao seu bebê no AC. Fala de um estado de bem-estar, de ambas, dela e da filha, que agora mama e fica tranqüila. Antes chorava e se angustiava porque nada conhecia sobre a icterícia neonatal, tampouco sobre a fototerapia.

A ausência de comunicação da equipe de saúde, a falta de informação acerca da patologia e do tratamento, acabava por abalar a saúde do binômio mãe-filho. Isto porque, apesar da mãe estar bem fisicamente, o confronto com a realidade, ao presenciar a filha sob fototerapia, culminava por afetar seu estado emocional, espiritual e cognitivo. Este estado de coisas compromete a saúde da mãe. Sob este ponto de

vista, Paterson e Zderad (1979) entendem a saúde como mais do que a ausência de doença, mas como um potencial para o bem-estar e o estar - melhor.

Ao examinar minuciosamente, contemplamos no discurso desta mãe a confirmação da tese defendida neste estudo, quando emerge a seguinte afirmação: *Foi o preenchimento de uma coisa que eu estava precisando saber, foi ótimo.*

Vislumbramos aqui o significado dessa experiência para a mãe, que expressa seu sentimento ante o neonato sob fototerapia. Na nossa opinião, o estado de bem-estar e estar-melhor decorre da comunicação efetiva da enfermeira/pesquisadora com a mãe, permeada pela presença genuína, pelo diálogo franco, acrescido do recurso didático. A partir do estabelecimento da relação EU-TU, do face-a-face, dos chamados e repostas, de nutrir e sermos nutridas, as mães, de um modo geral, puderam encontrar de forma mais eficaz um sentido em suas vidas e utilizaram todo o seu potencial para vir-a-ser.

Segundo Leopardi (1999), como um evento humano a Enfermagem está relacionada com uma situação de trocas entre o enfermeiro e o cliente, de modo que a característica essencial do processo é a nutrição. Nessas circunstâncias, fazem parte do cenário a mãe do neonato carente de informações, que clama por ajuda, mediante gestos, questionamentos ou silêncio, e a enfermeira, que alia o conhecimento científico e a humanização do cuidado, e estabelece esta relação de troca, entre o ser-cuidador, a enfermeira, e o ser-cuidado, no caso, a mãe do neonato sob fototerapia.

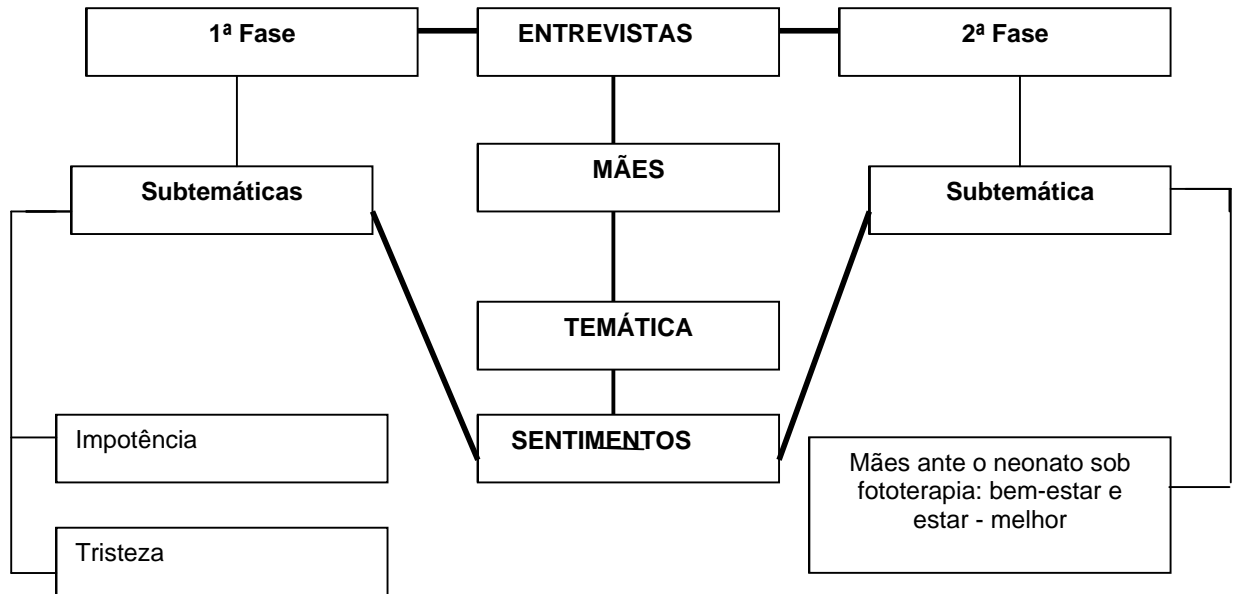
A humanização, afirma Brüggeman (2003), só se concretiza por meio do diálogo, da relação intersubjetiva entre os seres humanos na relação sujeito-sujeito, levando ao bem-estar e ao estar-melhor.

Nosso propósito foi proporcionar conforto, ser presença genuína junto a estas mães que vivenciam um filho sob fototerapia. Colocamo-nos disponíveis no intuito de poderem vir-a-ser, segundo o seu potencial, a partir dos conhecimentos adquiridos, da compreensão e solicitude da enfermeira para ajudá-las a tornar mais leve e menos penosa essa situação peculiar em suas vidas. Para Paterson e Zderad (1979, p.177):

[...] uma enfermeira humanista cura através do processo clínico da relação EU-TU, EU-SSO direcionado ao mesmo tempo para o conforto que se evidencia quando uma pessoa é livre para ser e vir a ser, controlar e planejar o seu próprio destino em uma situação particular.

Direcionado o nosso olhar para a mãe do neonato sob fototerapia, a nosso ver, como ser-enfermeiro, pudemos exercitar o processo clínico por meio da relação EU-TU, EU-SSO, ocorrida dinâmica e simultaneamente durante todo o desenrolar do Processo da Enfermagem fenomenológica, onde o fazer é o relacionamento.

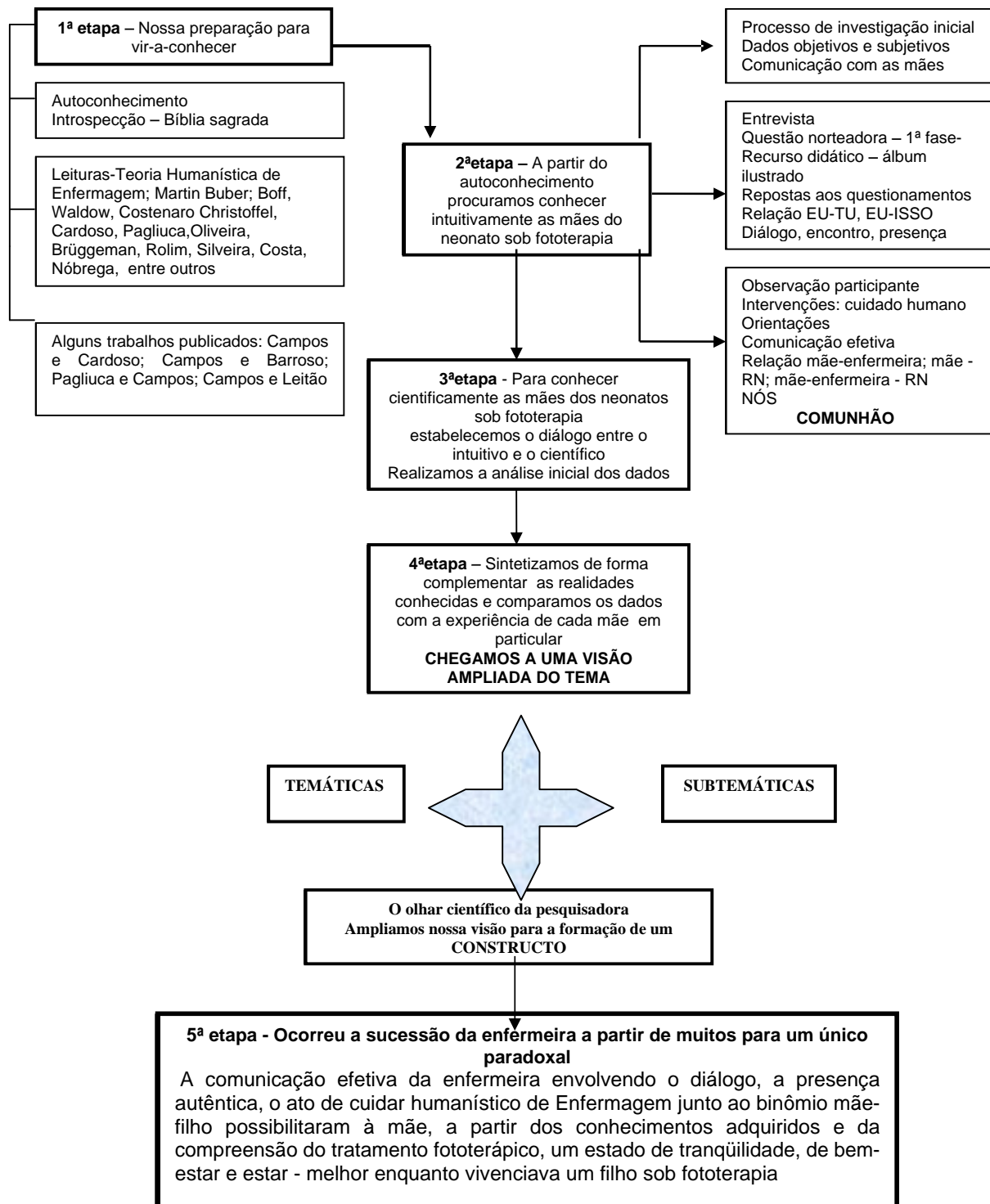
Diagrama 7 - Síntese dos Resultados – Temática: Sentimentos



Este diagrama representa a quinta temática, **sentimentos**, da qual foram extraídas na primeira fase as subtemáticas impotência e tristeza e na segunda fase, mães ante o neonato sob fototerapia: bem-estar e estar-melhor

Diagrama 8 - Síntese dos Resultados

Aplicação do Processo da Enfermagem Fenomenológica



Humanizar caracteriza-se por colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvida, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios.

Oliveira (2001)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7.1 Refletindo sobre a trajetória junto às deusas e seus rebentos

A realização desse estudo resulta da nossa inquietação acerca de como se dá o processo de comunicação da equipe de saúde da Unidade de Internação Neonatal com as mães dos neonatos sob fototerapia. Com base na nossa vivência, como docente e enfermeira assistencial em uma UIN, nos propusemos a desenvolver uma abordagem diferenciada conjugando o cuidado humanizado de Enfermagem e a comunicação efetiva com apoio de tecnologia educativa para com estas mães.

Ao concluir esta trajetória, somos impulsionadas a refletir sobre aspectos desse processo de comunicação, e tecemos, então, algumas considerações acerca dos momentos vivenciados junto a estas mães e seus rebentos.

Para compreender o que representa para a mãe presenciar um filho sob fototerapia, chegar à fusão do conhecimento intuitivo – científico necessário à compreensão do momento em que ocorre o encontro entre o intuitivo e o científico, estabelecendo-se a comunicação entre ambos, tivemos primeiramente de nos dedicar com afinco ao processo do autoconhecimento.

Todavia, para vir-a-conhecer, mencionamos como condição essencial buscar na própria vivência, na introspecção, na literatura e nas artes, na sensibilidade e reciprocidade, elementos para apoiar e fundamentar na vivência dialógica a compreensão da realidade experienciada pelas mães dos neonatos sob fototerapia.

Nosso desafio foi impedir que essa posição prévia viesse a interferir na interpretação do fenômeno, pois a Enfermagem humanística, caracterizada pela

transação intersubjetiva, conduz seus atos na busca do bem-estar e do estar - melhor do ser humano, unindo conhecimento técnico - científico ao ato de cuidar humanístico.

Nesta caminhada, tivemos como bússola a Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderad (1976), com ênfase no Processo da Enfermagem fenomenológica. Para compor este estudo utilizamo-nos da entrevista, realizada em duas fases: (na primeira fase pela enfermeira/pesquisadora, com apoio de material didático; e na segunda fase por enfermeiras assistenciais, como forma de comprovar ou refutar nossa tese), além da observação participante, com recurso do diário de campo. No nosso entendimento, ambas as abordagens mostraram-se pertinentes para o alcance do objetivo proposto.

Para chegar às entrevistas, ou encontros individuais, buscamos a comunicação com as mães por meio do diálogo, da relação EU-TU. Como refere Oliveira (2003), o encontro não pode ser conduzido ou forçado; deve acontecer naturalmente. E para este encontro, tanto o EU quanto o TU devem estar disponíveis.

Reportando-nos às entrevistas, foram momentos de íntima convivência, de empatia, escuta atenta e objetiva, de valorização do ser-mãe como pessoa. Na oportunidade buscamos pelo conhecimento intuitivo desvelar o que representa para a mãe presenciar o filho sob fototerapia, como vivenciam este momento.

Pelos discursos proferidos livremente, na primeira fase da entrevista, ouvimos as mães verbalizarem seus sentimentos e inquietações com a saúde do neonato em decorrência do desconhecimento da patologia e do tratamento, pela carência de informações e ausência de comunicação da equipe de saúde, além da tristeza e sensação de “vazio” pelo distanciamento do bebê.

Durante a apresentação do álbum seriado ilustrado **Fototerapia**: o banho – de

- luz do neonato, observamos pela expressão verbal e/ou não-verbal das mães o interesse demonstrado por elas, traduzido pelos questionamentos, sentimentos e inquietações relatados, pelo sorriso esboçado, um olhar mais atento, uma lágrima, ou a necessidade de tocar e acariciar as imagens estampadas no álbum ilustrado.

Por meio da observação participante, vivenciamos as mais diversas situações intersubjetivas envolvendo mãe/recém-nascido/enfermeira. Foram momentos nos quais tivemos oportunidade de exercitar o ato de cuidar de forma humanística, somado à competência técnica e à tecnologia, valorizando o ser humano. Ao ouvir as mães relatarem suas experiências, dificuldades, dúvidas, incompreensões, olhando-as face-a-face, como seres humanos carentes de ajuda, ao compartilhar experiências, e nos mostrar disponível, aberta aos questionamentos, atendendo aos chamados, fazendo-nos autenticamente presente, em um processo de comunicação e troca, nutrimos e fomos nutrida.

O diário de campo revelou-se fundamental para o registro desses momentos, relacionados não apenas à vivência, mas também às condições da dinâmica das unidades de alto, médio risco e Alojamento Conjunto. No AC, conforme percebemos, as mães sentem-se solitárias em um ambiente estranho, em uma situação de quase abandono, sem a presença de uma pessoa significativa, sem muita ou nenhuma informação sobre a saúde do bebê e o tratamento fototerápico, iniciado sem que a mãe saiba o porquê.

Nas unidades de alto e médio risco, o excesso de ruído, no ambiente, alarmes sonoros, telefones da unidade e/ ou celulares que tocam, o som das caixas de fonia, o tom elevado das vozes dos profissionais da equipe de saúde, entre tantos outros, inviabilizam o ambiente terapêutico no âmbito da UIN, tão apregoado e ainda tão

distante da nossa sonhada realidade. O discurso diverge da prática.

Em meio a este ambiente, em algumas ocasiões, a equipe de saúde não percebe ou não valoriza a presença da mãe, tão carente de informações, de apoio, de um olhar, de uma palavra de carinho e de atenção, de ser olhada na sua integralidade. Segundo Sá (2001, p.12), “[...] olhar o indivíduo como um todo inclui, certamente, olhar também para suas necessidades não ditas e muitas vezes expressadas por gestos, pequenas palavras e olhares”.

Assim, mediante o observado, ficou claro que o diálogo, o encontro, o envolvimento efetivo dos profissionais de saúde com estas mães não acontece plenamente. Conforme constatamos, a mãe adentra a UIN com muitas dúvidas e inquietações acerca do estado de saúde do bebê e da fototerapia, e não raramente sai sem resposta em virtude do déficit ou ausência de comunicação.

Contudo, na visita à UIN, ou ao AC, após a entrevista, observamos e registramos também momentos de encantamento e extrema beleza. Momentos de interação mãe-recém-nascido, de comunicação verbal e não-verbal. O contato visual, a sutileza do toque, palavras carinhosas, cantigas de acalanto, lágrimas mescladas com sorrisos. Estivemos presente autenticamente nestas situações singulares de Enfermagem. Segundo Carvalho (2001), a verdadeira presença contribui para afirmar a pessoa, e desse modo o paciente percebe a diferença quando é valorizado, respeitado como pessoa e não como objeto.

Desse modo, na UIN ou no AC, estivemos disponível e aberta a todos os questionamentos, conjugando os pressupostos da Teoria Humanística com a prática de Enfermagem, para poder o binômio mãe-filho estar - melhor. Em comunhão, pudemos vivenciar as relações EU - TU e EU-ISSO e NÓS. Conforme mencionado, para Paterson

e Zderad (1988) o homem se relaciona com os outros homens como “NÓS”. Isto possibilita o fenômeno da comunhão.

Na análise e busca em compreender o que significa para a mãe presenciar um filho sob fototerapia com enfoque na comunicação, estabelecemos um diálogo entre o intuitivo e o científico, esmiuçando a compreensão da experiência vivenciada por nós e as mães dos neonatos sob fototerapia.

Pudemos então, constatar que as mães participantes deste estudo se ressentem da carência de informações, de atenção, acolhimento, da presença autêntica e da comunicação efetiva por parte dos profissionais da equipe de saúde, seja nas unidades de alto e médio risco ou no Alojamento Conjunto. Elas apontam para a necessidade de orientações claras em linguagem acessível sobre a icterícia neonatal e a fototerapia, para poderem vivenciar pelo menos certa tranquilidade, menos temor e ansiedade neste momento de suas vidas.

O Processo da Enfermagem fenomenológica como um todo conduziu a reflexões motivadoras de melhor compreensão do vivenciado pelas mães dos neonatos sob fototerapia internados na UIN ou no AC, onde, como refere Campos (2003), precisamos aguçar nossos sentidos para perceber, não apenas nas palavras, mas nos gestos e, sobretudo, nos silêncios o que significa ser mãe de recém-nascido sob fototerapia.

Na nossa opinião, os sentimentos manifestos, as inquietações da mãe são oriundas do desconhecimento do tratamento, seus riscos e benefícios, e da patologia em si, a qual, por sua vez, se dimensiona em consequência da falha e/ou ausência na comunicação dos profissionais da equipe de saúde com as mães dos RN sob fototerapia.

Portanto, com base no desvelado neste estudo em face da realidade presenciada, ampliamos nossa visão de mundo para um único paradoxal e concluímos que a comunicação efetiva da enfermeira com as mães dos neonatos sob fototerapia, envolvendo o diálogo, a presença autêntica, o ato de cuidar humanístico de Enfermagem, junto ao binômio mãe-filho, contribuiu decisivamente para que estas, a partir dos conhecimentos adquiridos e da compreensão do tratamento fototerápico, pudessem se tranquilizar e estar - melhor enquanto vivenciavam um filho sob fototerapia. Pudemos assim comprovar a tese defendida neste estudo.

Sem a pretensão de fazer juízo de valor, a nosso ver, esta lacuna na comunicação existe porque, como já referimos em diversos pontos deste estudo, para nós profissionais de saúde a fototerapia é um tratamento extremamente comum, como parte da rotina do nosso trabalho, enquanto para as mães ela representa o desconhecido, capaz de gerar insegurança, temor.

Nesse contexto, é possível que estes profissionais não considerem a dimensão exata do seu significado para as mães, que ao contrário do que pensamos, ao ver o filho sob fototerapia com os olhos vendados, associam o tratamento ao agravamento do quadro clínico, à possibilidade de danos e/ou à perda da visão, ou até manifestam seu temor pela não sobrevivência do bebê.

Ao refletir sobre nossa vivência junto a estas mães vislumbramos uma longa e árdua jornada a percorrer até conseguirmos sensibilizar a equipe de saúde, em especial a Enfermagem, para o cuidado humanizado que inclua a mãe, o neonato e a família. Esperamos, porém, que o fenômeno desvelado possa apontar para um repensar do cuidado de Enfermagem humanizado, envolvendo o encontro, o diálogo e a presença.

Nesta pesquisa utilizamos o processo de comunicação apenas com as mães dos RN sob fototerapia, em um hospital-escola, por ser o nosso objeto de estudo. Contudo, na nossa opinião, os resultados encontrados podem retratar os sentimentos da mãe que vivencia a separação do filho recém-nascido internado em uma UIN, independente da causa ou condição desse internamento.

Para nós, realizar este estudo com base no Processo da Enfermagem fenomenológica se constituiu em um desafio pessoal e profissional, ao qual dispensamos esforço e empenho, alicerçado em muitas horas de leitura, pesquisa, reflexões, dedicação e, sobretudo, isenção como pesquisadora por desenvolver a pesquisa no local onde atuamos como enfermeira assistencial. Todavia foi extremamente enriquecedor lançar um outro olhar, mais crítico e reflexivo, em nosso campo de trabalho. Isto nos fez crescer como pessoa e como profissional.

Tivemos a oportunidade de repensar nossa prática, como enfermeira e como docente, e, ao mesmo tempo, ampliar nossa visão nos domínios do aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a ser e aprender a viver juntos. Para nós esta experiência é a possibilidade de uma nova forma de exercitar o cuidado humanizado de Enfermagem à mãe e ao neonato sob fototerapia, seja na assistência, na docência ou na pesquisa. Acreditamos que esta pesquisa possa representar um espaço de abertura para uma nova forma de cuidar em Enfermagem, com base na Teoria Humanística de Enfermagem, e, desse modo, poderá contribuir para enriquecer o conhecimento científico da Enfermagem em Neonatologia, particularmente no relacionado ao cuidado humanizado ao binômio mãe-filho.

Portanto, são expectativas a serem concretizadas sob o aspecto prático-científico e teórico da Enfermagem. É nosso dever empenharmo-nos pela essência do cuidado de Enfermagem e a Teoria de Enfermagem Humanística, cuja ênfase é a inter-

relação pessoal. Esta, como uma teoria de comunicação, aponta um caminho factível para o cuidado humanizado no âmbito da Unidade de Internação Neonatal. Para tanto o enfermeiro deve tentar, a partir do autoconhecimento, utilizar todo o seu potencial para que o ser humano necessitado de ajuda possa estar tão melhor quanto humanamente possível. Que nessa relação predominantemente de troca, enfermeiro e paciente possam nutrir e serem nutridos.

7.2 Sugerindo novas formas de comunicação fundamentada no cuidado humanizado de Enfermagem na UIN

No nosso entendimento, para ser presença autêntica junto a estas mães, para acontecer esta relação intersubjetiva, ela deve ser precedida de preparo do profissional da equipe de Enfermagem, com base no autoconhecimento para vir-a - conhecer o ser que demanda o cuidado, no caso, a mãe e o neonato sob fototerapia.

A partir dessa compreensão, propomos estratégias capazes de possibilitar um envolvimento da equipe de Enfermagem da UIN e do AC com o ser-mãe do RN, e propiciar um estado de bem-estar e estar - melhor, contemplando o ser-cuidador, e o ser-cuidado. Para Nascimento e Trentini (2004, p.256), a Enfermagem é uma resposta a um chamado de ajuda, pois “[...] durante o encontro, a relação inter-humana estará intencionalmente voltada para o bem-estar e o estar – melhor”.

7.2.1 Um olhar compreensivo sobre a equipe de Enfermagem no âmbito da UIN

Como sugestão para melhor atuação da equipe de Enfermagem, propomos o

seguinte:

- Realizar oficinas de sensibilização programadas, com objetivos definidos, com a equipe de Enfermagem, para o cuidado humanizado ao neonato sob fototerapia, contemplando a mãe e a família, incluindo Alojamento Conjunto, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Unidades de Médio Risco. A sensibilização da equipe é fundamental, pois colocar-se no lugar do outro, seja a mãe ou o neonato, pode resultar em um novo modo de ser e sentir.
- Promover a integração da equipe de Enfermagem da UTIN, mesmo por um curto espaço de tempo, diariamente, por meio do diálogo, do toque, dinâmicas com vistas ao relaxamento. O relacionamento interpessoal é primordial para poder a equipe trabalhar em harmonia. Outro aspecto importante refere-se à satisfação profissional e pessoal do ser humano, na medida em que se percebe valorizado como um ser que também necessita de cuidado.
- Possibilitar à equipe de Enfermagem momentos de educação permanente, com base na teoria e prática, em relação aos cuidados com o neonato sob fototerapia em todos os aspectos, desde a colocação da máscara de proteção ocular à mensuração da radiância de forma correta. No mercado existem novos equipamentos para fototerapia, e a equipe precisa conhecer todas as peculiaridades para poder trabalhar com segurança. Como parte do cuidado de Enfermagem ao neonato, a fototerapia deve ser aplicada com eficácia e segurança. Se não treinamos o profissional de saúde não podemos exigir que desempenhe suas atividades com a qualidade preconizada pela assistência. Tampouco poderá saber como fornecer orientações fidedignas aos pais dos RN sob fototerapia.

- Reduzir os ruídos ambientais. Diminuição do volume da fonia, dos celulares, cuidado no manuseio das incubadoras, controle do volume das vozes dos profissionais de saúde. Substituir o ruído por musicoterapia, em volume adequado ao ambiente, em horários preestabelecidos. Estas providências beneficiarão os neonatos e os profissionais de equipe de saúde.
- Conscientizar as enfermeiras da UIN para a necessidade de implantação da Metodologia da Assistência de Enfermagem, a princípio, para os neonatos da UTIN. A prescrição dos cuidados de Enfermagem contemplando o binômio mãe-filho é também uma forma de humanização da assistência. A nosso ver, todos os neonatos presentes na UTIN merecem este cuidado sistematizado de Enfermagem, em especial, os que se encontram sob fototerapia. Quanto ao balanço hídrico, infelizmente não é realizado em nosso serviço. Outra medida por nós advogada é o cumprimento e checagem da prescrição de Enfermagem, como um instrumento legal que demonstra as ações de Enfermagem. Precisamos, pois, nos posicionar pela competência técnica e científica.

7.2.2 Um olhar sensível sobre o neonato sob fototerapia e a família na UIN

- Formar grupos de encontro de saúde, com periodicidade semanal, compostos pela equipe multiprofissional e os pais dos recém-nascidos sob fototerapia internados na UIN e AC, para que estes se sintam apoiados e também possam entender a dinâmica das unidades e do tratamento do seu bebê. Conforme percebemos, o pai também se angustia pelo desconhecimento do tratamento a que seu filho está submetido. Portanto, eles devem ser envolvidos nesse cuidado humanizado de Enfermagem.

- Incentivar a presença dos pais nos encontros, explicitar os objetivos e adequar os encontros de acordo com a disponibilidade deles mesmos. Não descartamos a possibilidade de acontecerem aos sábados, visto que a maioria dos pais exerce atividades laborativas durante a semana.
- Validar e patentear o álbum ilustrado, **Fototerapia** – o banho-de-luz do neonato, desenvolvido para este estudo, e disponibilizar um exemplar para a UIN para ser utilizado em reuniões semanais por nós e/ou pelas enfermeiras interessadas em se engajar nessa proposta como uma nova forma de cuidado aos pais do neonato sob fototerapia.
- Retomar a proposta da elaboração de uma cartilha educativa, lançada no mestrado, a partir do álbum ilustrado, pois algumas mães manifestaram o desejo de obter um exemplar do material por nós apresentado. A utilização de material didático mostrou-se eficiente para o objetivo proposto.
- Acolher devidamente os pais na UIN e incentivar o toque, as palavras carinhosas e a retirada da máscara de proteção ocular durante a amamentação para promover o vínculo afetivo mãe-bebê. Acompanhar a mãe na primeira visita à UIN, apresentar-lhe o seu bebê, fornecendo orientações, colocando-se disponível. O acolhimento é um aspecto importante na humanização do cuidado. Quando os pais não são bem acolhidos ou encorajados a estar junto ao RN, a tendência é se afastarem da UTN e conseqüentemente dos seus filhos.
- Orientar os pais quanto à patologia e tratamento em linguagem clara e acessível ao nível de compreensão deles. É importante esta orientação para diminuir o nível de ansiedade e preocupação dominante na internação do RN.

7.2.3 Uma palavra final...

A nosso ver, embora esta etapa do estudo aparentemente esteja concluída, não implica descontinuidade, pelo contrário, o conhecimento construído nos motiva a continuar em busca de um sonho maior: humanizar o cuidado de Enfermagem na Unidade de Internação Neonatal, com ênfase na comunicação com as mães dos neonatos sob fototerapia.

Lançada a semente, esperamos ter ela caído em solo fértil. Desse modo, poderá ser regada com amor e carinho e assim germinar, se robustecer, crescer e se multiplicar entre o corpo científico da Enfermagem para que, a partir das situações no cotidiano na UIN, ousem transcender a tecnologia, e centrem o cuidado de Enfermagem no binômio mãe-filho.

Para caminhar precisamos aprender os passos, para viver o caminho precisamos iluminá-lo.

Oliveira (1998)

8 REFERÊNCIAS

ABORDAGEM ultra-sonografia da icterícia neonatal. **Bol. Méd. Mensal**, ano 7, 2000. Disponível em: <<http://www.alphasonic.com.br/alp70600.htm>>. Acesso em: 14 dez. 2001.

ABREU, A. S. G. T.; SOUZA, I. E. O. de. O pai a espera do parto: uma visão compreensiva do fenômeno. Rio de Janeiro: Ed. do Autor, 1999. p. 46-86.

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: promoção do cuidado colaborativo. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 283 p.

ALMEIDA, M. F. B.; DRAQUE, C. M. Diagnóstico diferencial da hiperbilirrubinemia indireta. In: KOPELMAN, B. I.; SANTOS, A. M. N.; GOULART, A. L.; ALMEIDA, M. F. B.; MIYOSHI, M. H.; GUINSBURG, R. (Org.). **Diagnóstico e tratamento em neonatologia**. São Paulo: Atheneu, 2004. cap. 36, seção 5, p. 329-336.

ALMEIDA, M. F. B.; DRAQUE, C. M. Fototerapia. In: KOPELMAN, B. I.; SANTOS, A. M. N.; GOULART, A. L.; ALMEIDA, M. F. B.; MIYOSHI, M. H.; GUINSBURG, R. (Org.). **Diagnóstico e tratamento em neonatologia**. São Paulo: Atheneu, 2004. cap. 38, seção 5, p. 343-347.

ALMEIDA, M. F. B.; LYRA FILHO, F. J. C. Tratamento da icterícia neonatal. In: RUGOLLO, L. M. S. S. **Manual de neonatologia**. 2. ed. São Paulo: Ressentir, 2000. cap.11, seção 3, p. 192-196.

ARAUJO, M. A. L.; PAGLIUCA, L. M. F. Análisis de contexto del concepto de ambiente. **Index Enferm. (Gran)**, ano 16, n. 48-49, p. 42-46, primavera/verão 2005.

BALASKAS, J. **Parto ativo**: guia prático para o parto normal. Tradução de Adailton Salvatore Meira. 2. ed. São Paulo: Ground, 1993. 317 p.

BARBOSA, A. D. M. Fototerapia: aspectos atuais. **Arq. Bras. Med.**, v. 62, n. 2, p. 127-128, 1998.

BARBOSA, E. C. V.; RODRIGUES, B. M. R. D. Humanização das relações com a

família: um desafio para a enfermagem em UTI Pediátrica. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 205-212, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004. 223 p.

BENJAMIN, A. **A entrevista de ajuda**. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004. 207p.

BESSA, G. **Martin Buber e a psicoterapia existencial**. Disponível em: <<http://www.Existencialismo.Org.br/jornalexistencial/gabybuber.htm>>. Acesso em: 25 dez. 2001.

BITTES JUNIOR, A.; MATHEUS, M. C. C. Comunicação. In: CIANCIARULLO, T. I. (Org.). **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência**. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 6, p. 61-73.

BLANKETLUX. **Manta para fototerapia neonatal**. Disponível em: <http://www.komlux.com.br/area_med_manta.htm>. Acesso em: 4 set. 2005.

BOFF, L. **A oração de São Francisco - Uma mensagem de paz para o mundo atual**. 9. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 1999. 134 p.

_____. **Princípio de compaixão e cuidado**. Petrópolis: Vozes, 2001. 199 p.

_____. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 199 p.

_____. **Ethos mundial: um consenso mínimo entre os humanos**. Rio de Janeiro: Sextante, 2003. 131 p.

BORROZZINO, R.; ALMEIDA, M. F. B. Conjuntivite. In: KOPELMAN, B.I. SANTOS, A. M. N.; GOULART, A. L.; ALMEIDA, M. F. B.; MIYOSHI, M. H.; GUINSBURG, R. (Org.). **Diagnóstico e tratamento em neonatologia**. São Paulo: Atheneu, 2004. cap. 61, seção 9, p. 507-511.

BOUSSE, R. S.; ÂNGELO, M. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p.172-179, jun. 2001.

BRANDEN, P. S. **Enfermagem materno-infantil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000. 524 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. Brasília, 2001. 281 p.

_____. Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998. Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país. Disponível em:< <http://www.ccih.med.br/portaria2616.html>>. Acesso em: 3 abr. 2005. 20:42:32.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP. Resolução nº 196/96. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

BRAZELTON, T. B. **Cuidando da família em crise**. São Paulo: Martins Fontes, 1991. 267 p.

BRÜGGEMANN, O. M. A enfermagem como um diálogo vivo: uma proposta de cuidado humanizado durante o nascimento. In: OLIVEIRA, M. E.de; BRÜGGEMANN, O. M. (Org.). **Cuidado humanizado: possibilidades e desafios para a prática da enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2003. p. 37-80.

BUBER, M. **Eu e tu**. Tradução de Newton Aquiles Von Zuben. 2. ed. São Paulo: Moraes, 1974. 170 p.

CALLIL, V. M. L. T. Caracterização do recém-nascido pré-termo. In: LEONE, C. T.; TRONCHIN, D. M. R. **Assistência integrada ao recém-nascido**. São Paulo: Atheneu, 2001. cap. 7, p 79-95.

CAMPOS, A. C. S. Cuidados com recém-nascido em fototerapia. In: CARNEIRO, M.G. **Manual de normas e rotinas do serviço de neonatologia do Hospital Geral de Fortaleza**: a equipe de saúde a caminho da transdisciplinaridade. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Ceará, 2000. Módulo 3: Enfermagem.

_____. **O significado de ser mãe de um recém-nascido sob fototerapia**: uma abordagem humanística. 2003. 154 f. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

CAMPOS, A. C. S.; BARROSO, M. G. T. A enfermagem e a fototerapia: a luz que cuida e a luz que trata. **Nursing**: Revista Técnica de Enfermagem, Barueri, n. 59, p. 34-37, 2003.

CAMPOS, A. C. S.; CARDOSO, M. V. L. L. A vivência da enfermeira junto a um grupo de mães com recém-nascidos internados. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 3, n. 2, p. 14-21, jul./dez. 2002.

_____. O recém-nascido sob fototerapia: a percepção da mãe. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 606-613, jul./ago. 2004.

_____. Aplicação da teoria de Paterson e Zderad com mães de recém-nascidos sob fototerapia. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 435-443, jul./set. 2004.

_____. Cuidado de enfermagem ao neonato sob fototerapia: a visão dos discentes no primeiro estágio hospitalar. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 6, n. 1, p. 86-94, jan./jun. 2005.

CAMPOS, A. C. S.; LEITÃO, G. C. M. Crenças e sentimentos vivenciados pelas mães de recém-nascidos sob fototerapia. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 26, n.1, p. 50-56, abr. 2005.

CAMPOS, A. C. S.; SILVEIRA, I. P.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Transpondo a vidraça: a visão do pai na unidade de internação neonatal. **Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, ano 4, n. 19, p. 19-23, 2004.

CARDOSO, M. V. L. L.; PAGLIUCA, L. M. F. **Caminho da luz**: a deficiência visual e a família. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999. 95 p.

CARDOSO, M. V. L. L.; ARAÚJO, M. F. M.; MOREIRA, R. V. O. Dilthey e a filosofia da ciência da enfermagem. In: BARRETO, J. A. E.; MOREIRA, R. V. O. (Org.). **A decisão de saturno: filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano**. Fortaleza: Pós-Graduação /DENF/UFC, 2000. cap. 4, p. 80-81.

CARDOSO, M. V. L. L. **O conviver dos familiares de crianças com deficiência visual**. 1997. 78 p. Dissertação (Mestrado)-Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1997.

_____. **O cuidado humanístico de enfermagem à mãe da criança com risco para alterações visuais: do neonato ao todler**. 2001. 163 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

CARRARO, T. E. Tecnologia x humanização: da sua união às possibilidades de prevenção de infecções. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 42-62, jan./abr. 2000.

CARVALHO, E. C.; BACHION, M. M. Abordagens teóricas da comunicação humana e sua aplicação na enfermagem. In: STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. (Org.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2005. cap. 2, p. 9-27.

CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Modelos, estruturas e teorias de enfermagem: aplicação através do processo de enfermagem. In: GARCIA, T. R.; PAGLIUCA, L. M. F. (Org.). **A construção do conhecimento em enfermagem: coletânea de trabalhos**. Fortaleza: RENE, 1998. cap. 4, p. 65-85.

CARVALHO, M. D. B.; VALLE, E. R. M. A pesquisa fenomenológica e a enfermagem. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 24, n. 3, p. 843-847, 2002.

CARVALHO, R. M. A. **Cuidado-presença: importância na atenção ao recém-nascido de alto risco**. Passo Fundo: UPF, 2001. 120 p.

CENTA, M. L.; MOREIRA, E. C.; PINTO, M. N. G. R. A experiência vivida pelas famílias de crianças hospitalizadas em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 444-451, jul./set. 2004.

CHALITA, G. **Pedagogia do amor: a contribuição das histórias universais para a**

formação de valores das novas gerações. 2. ed. São Paulo: Gente, 2003. 202 p.

CHINN, P. L. Caring: theory e practice. In: GARCIA, T. R.; PAGLIUCA, L. M. F. (Org.). **A construção do conhecimento em enfermagem**: coletânea de trabalhos. Fortaleza: RENE, 1998. cap. 1, p. 15-29.

CHRISTOFFEL, M. M.; SANTOS, R. S. da. **Navegando no mar da neonatologia**: um mergulho no mundo imaginal do recém-nascido na UTIN. Rio de Janeiro: UFRJ, 2003. 174 p.

COBERTOR de luz do recém-nascido. Disponível em: <http://www.fapesp.br/cap.a_44a.htm>. Acesso em: 26 ago. 2001.

COLIÈRE, M. F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. 2. ed. Lisboa: LIDEL, 1999. cap.6, p.123-147.

COSTENARO, R. G. S. **Ambiente terapêutico de cuidado ao recém-nascido internado em UTI Neonatal**. Santa Maria: UNIFRA, 2001. 128 p.

CUNHA, M. L. C. Recém-nascidos hospitalizados: a vivência de pais e mães. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 21, p. 70-83, 2000. n. esp.

DAMASCENO, M. M. C. **O existir do diabético**: da fenomenologia à enfermagem. Fortaleza: Pós-Graduação/DENF/UFC/Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997. 112 p.

DE CARVALHO, M. Otimização do uso da fototerapia no período neonatal. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (Org.). **Programa de atualização em neonatologia (PRORN)**. Porto Alegre: Artmed, 2003. ciclo 1, módulo 1, p. 11-28.

DE CARVALHO, M.; LOPES, J. M. A. BARRETO NETO, D. Fototerapia de alta intensidade para o tratamento da icterícia do recém-nascido. **Rev. Bras. Eng. Biom.**, Rio de Janeiro, n. 15, p. 109-113, 1999.

DE CARVALHO, M.; LOPES, J. M. A. de. Indicações de fototerapia em recém-nascidos

a termo com icterícia não hemolítica: uma análise crítica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 4, p. 189-194, 1997.

DESLANDES, S. F. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. cap.3. p.31-50.

DEUSAS gregas. Disponível em:<www.ligare.psc.br>. Acesso em: 26 maio 2005.

DEUTSCH, A. D. Icterícia neonatal. In: LEONE, C. R.; TRONCHIN, D. M. R. **Assistência integrada ao recém-nascido**. São Paulo: Atheneu, 2001. cap. 13, p.171-179.

EXISTENCIALISMO. Disponível em:<<http://www.Fortunecity.com/campus/lawnscampus/lawns380/existencialis.thm>>. Acesso em: 30 jul. 2004.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA (FANEMA). **HC recebe equipamentos modernos**. Disponível em :< [http://: www.fanema.br](http://www.fanema.br)>. Acesso em: 30 ago. 2005.

FANEM. **Fototerapia com eficácia**. Disponível em:<[http://:www.fanem.com.br](http://www.fanem.com.br)>. Acesso em: 3 set. 2005.

FAWCETT, J. **Analysis and evaluation of conceptual models of nursing**. Philadelphia: F. A. Davis, 1983.

FERREIRA, A. B. H. **MiniAurélio século XXI: minidicionário da língua portuguesa**. 7. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002. 799 p.

FIGUEIROA, A. A. Tecnología y bioética en enfermería: un desafío permanente. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 9-24, jan./abr. 2000.

FRAGA, I. T. G.; PEDRO, E. N. R. Sentimentos das mães de recém-nascidos prematuros: implicações para a enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 89-97, abr. 2004.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 20.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994, 79p.

_____. **Extensão ou comunicação?** 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002. 93 p.

FREITAS, K. S. S. dos. **O vôo da arte e educação no cuidado do ser.** Erechim: EdIFAPES, 2001. 208 p.

GOMELA, T. L. **Neonatologia:** manejo básico, procedimentos, plantão, doenças e drogas. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. cap. 60, p. 353-369.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo.** Tradução de Márcia de Sá Cavalcante. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 1.

HICKMAN, J. S. Introdução à teoria da enfermagem. In: GEORGE, J. B. (Org.). **Teorias de enfermagem:** os fundamentos para a prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. cap. 1, p. 11-20.

HIGARASHI, J. H.; PELLOSSO, S. M.; CARVALHO, M. D. Ser mãe de uma criança com síndrome de Down: uma visão compreensiva. **Nursing**, ano 1, n. 6, p. 21-25, 1998.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979. 99 p.

HOSPITALAR. **Equipamento da Fanem recebe parca CE.** Disponível em: <<http://www.hospitalar>>. Acesso em: 22 ago. 2005.

HUF, D. D. **A face oculta do cuidar:** reflexões sobre a assistência espiritual. Rio de Janeiro: Mondrian, 2002. 206 p.

IKEZAWA, M. K.; KAKEHASHI, T. Y. Humanização da assistência na UTI Neonatal. In: NAGANUMA, M.; KAKEHASHI, T. Y.; BARBOSA, V. L.; FOGLIANO, R. R. F.; IKEZAWA, M. K.; REICHERT, M. C. F. **Procedimentos técnicos de enfermagem em UTI Neonatal.** São Paulo: Atheneu, 1995. cap. 29, p. 163-164.

IMBELLONT, L. E. Anestesia subaracnóidea. In: MANICA, T. (Org.). **Anestesiologia:** princípios e técnicas. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. cap. 23, p. 341-355.

JARVIS, C. **Exame físico e avaliação em saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. cap. 1, p. 3-11.

JESUS, M. C. P.; CUNHA, M. H. F. Utilização dos conhecimentos sobre comunicação por alunos da graduação em enfermagem. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 15-25, jan. 1998.

JORGE, W. Saúde na manta azul. **Rev. Pesq. FAPESP**, v. 71, 2002. Disponível em: <<http://revistapesquisa.fapesp.br>>. Acesso em: 13 fev. 2002.

KENNER, C. **Enfermagem neonatal**. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichemann e Affonso Editores, 2001. 375 p.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. **Pais e bebês: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 360 p.

KLAUS, M. H.; KLAUS, P. H. **Seu surpreendente recém-nascido**. Porto Alegre: Art Med, 2001. 111 p.

KLEIMAN, S. Josephine Paterson and Loretta Zderad: humanistic nursing theory with clinical applications. In: PARKER, M.E. **Nursing theories and nursing practice**. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2005.

LAMY, Z. C.; GOMES, R.; CARVALHO, M. A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **J. Pediatr.** v. 73, n. 5, p. 293-298, 1997.

LAPERUTA, V. Assistência de enfermagem centrada na família: uma experiência internacional em pauta: **Nursing**: Revista Técnica de Enfermagem, Barueri, n. 52, p.12-16, set. 2002.

LAROUSSE. **Dicionário da língua portuguesa**. Paris: Larousse; São Paulo: Ática, 2001. 1047 p.

LEAL, M. V. P. **Humanização do parto**: significado para os profissionais envolvidos com a assistência à gestante do município de Jucás, Ceará. 2005. 64 p. Monografia (Especialização)-Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2005.

LEÃO, S. C. A importância do vínculo afetivo mãe-filho. **J. Pediatr.** v. 57, n. 4, p. 381-382, 1994.

LELUP, J. Y. **Cuidar do ser**: Filon e os terapeutas de Alexandria. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 150 p.

LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem**: instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

_____. **Metodologia da pesquisa qualitativa**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LIMA, R. A. G.; ROCHA, S. M. M.; SCOCHI, C. G. S. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 33-39, jan./fev. 1999.

LOPES, C. L. R.; BARBOSA, M. A.; TEIXEIRA, M. E. M.; COELHO, R. B. A comunicação profissional de saúde x cliente diante das novas tecnologias. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 51, n. 1, p. 53-62, 1998.

LOUREIRO, M. F. F. **O sentido do comportamento materno diante da morte do filho**. Fortaleza: Pós-Graduação/DENF/UFC/Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1998. 96 p.

MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, N. F. C. Participação na perspectiva de mães de crianças desnutridas. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 12, n.1, p. 76-82, jan./fev. 2004.

MALDONADO, M. T. **Como cuidar de bebês e crianças pequenas**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 1996. cap. 3, p. 23-27.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da metodologia científica**. 5. ed.

São Paulo: Atlas, 2003.

MATOS, G. C. de. **Comunicação sem complicação**. São Paulo: Elsevier, 2004. 292 p.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing, development and progress**. New York: Lippincott, 1997. 665 p.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 9-29.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 270 p.

MORENO, J. L. **Fundamentos do psicodrama**. Tradução de Maria Silvia Mourão Neto. 2. ed. São Paulo: Summus, 1984. 254 p.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2004. 118 p.

MONTAGU, A. **Tocar**: o significado humano da pele. 8. ed. São Paulo: Summus, 1988. 427 p.

MOTA, M. G. C. **O ser doente no tríplice mundo da criança, família e hospital**: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais. Florianópolis: UFPEL, 1998.

MURRAY, I.; ANDREWS, L. **A linguagem do bebê**: um guia para você entender como os recém-nascidos se comunicam. Tradução de Anna Quirino. São Paulo: Publifolha, 2004. 176 p.

NASCIMENTO, S. D. Exsangüíneotransfusão. In: KOPELMAN, B. I.; SANTOS, A. M. N.; GOULART, A. L.; ALMEIDA, M. F. B.; MIYOSHI, M. H.; GUINSBURG, R. (Org.). **Diagnóstico e tratamento em neonatologia**. São Paulo: Atheneu, 2004. cap. 39, seção 5, p. 349-361.

NASCIMENTO, E. R. P.do.; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva(UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev. Latino-am.**

Enferm.,Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 250-257, mar./abr. 2004.

NIETSCHE, E. A. **Tecnologia emancipatória**: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de enfermagem. Ijuí: Editora UNIJUÍ, 2000. 358 p.

OLEA, J. L. B. **Ictericia en el recién-nacido**. Disponível em: <<http://copeson.org.mx/emc/ictericiaRN.htm>>. Acesso em: 15 dez. 2001.

OLIVEIRA, L. F. de. Anestesia peridural. In: MANICA,T. (Org.). **Anestesiologia**: princípios e técnicas. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. cap. 24, p. 356-362.

OLIVEIRA, M. E.de **Cuidando-aprendendo enfermagem com amor**: uma experiência dialógica com mães de recém-nascidos pré-termo. 1998.117 p. Dissertação (Mestrado): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, 1998.

_____.Mais uma nota para a melodia da humanização. In: OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. F. M.; BRÜGGEMANN, O. M. **A melodia da humanização**: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. cap. 9, p. 121-125

_____. Assistência de enfermagem ao recém-nascido com icterícia fisiológica. In: OLIVEIRA, M. E.de; MONTICELLI, M.; BRÜGGEMANN, O. M. (Org.). **Enfermagem obstétrica e neonatológica**: textos fundamentais. 2. ed. Florianópolis: Cidade Futura, 2002. p. 298-304.

OLIVEIRA, M. E.de; BRÜGGEMAN, O. M.; FENILLI, R. M. A teoria humanística de Paterson e Zderad. In: OLIVEIRA, M. E.; BRÜGGEMANN, O. M. (Org.). **Cuidado humanizado**: possibilidades e desafios para a prática da enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2003. p. 11-33.

OLIVEIRA, N. F. S. de.; COSTA, S. F. G. da; NÓBREGA, M. M. L. da. **Enfermagem humanística**: diálogo vivido com mães de crianças com câncer. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2004. 114 p.

OSHO. **Vida, amor e riso**. Tradução de S. W. Prem Abodha e Luiz Eduardo Mendes Brasil. 4. ed. São Paulo: Gente, 2001. 275 p.

PAGLIUCA, L. M. F.; CAMPOS, A. C. S. Teoria humanística: análise semântica do conceito de community. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 56, n. 6, p. 655-660, 2003.

PAUL, C.; REEVES, J. S. Visão geral do processo de enfermagem. In: GEORGE, J. B. (Org.). **Teorias de enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. cap. 2, p. 21-32.

PATERSON, J. G.; ZDERAD, L. T. **Enfermería humanística**. México: Editorial Limusa, 1979. 201 p.

_____. **Humanistic nursing**. New York: National League for Nursing, 1988. 129 p.

PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em equipe e processo grupal. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. cap. 9, p. 108-124.

PINÃ, N. C. **Cómo hacer una tesis**. Buenos Aires: Ediciones del Pilar, 2001. 255 p.

PINHEIRO, M. D. C. **O diagnóstico de enfermagem**: uma hermenêutica do conceito à luz de Martin Heidegger. 1999. 139 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

PINHO, L. M. B.; KANTORSKI, L. P. Refletindo sobre o contexto psicossocial de famílias de pacientes internados na unidade de emergência. **Ciência y Enfermería**, v. 10, n. 1, p. 67-77, 2004.

PIZZATO, M. G.; DA POIAN, V. R. **Enfermagem neonatológica**. Porto Alegre: Editora da Universidade, 1988. 162 p.

POLAK, Y. O corpo como mediador na relação homem/mundo. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 29-43, jul./set. 1997.

POLAND, R. L.; OSTREA Jr., E. M. Hiperbilirrubinemia neonatal. In: KLAUS, M. H.; FANAROFF, A. A. **Alto risco em neonatologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1982. cap. 11, p. 234-256.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PRAEGER, S. G. Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad. In: GEORGE, J. B. (Org.).

Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. cap. 17, p. 241-251.

REICHERT, M. C.; FOGLIANO, R. R. F. Assistência de enfermagem ao recém-nascido na exsangüineotransfusão. In: NAGANUMA, M.; KAKEHASHI, T.Y.; BARBOSA, V.L.; FOGLIANO, R.R.F.; IKEZAWA, M;K.; REICHERT, M.C.F **Procedimentos técnicos de enfermagem em UTI Neonatal.** São Paulo: Atheneu, 1995. cap. 21, p. 109-111.

ROCHA, R. G.; SILVA, R. O. L.; HANDEM, P. C.; FIGUEIREDO, N. M. A. Imaginário das mães de filhos internados em UTI-Neonatal no pós-parto: contribuições para a enfermagem. **Escola Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 211-216, ago. 2004.

ROLIM, K. M. C. **A enfermagem e o recém-nascido de risco:** refletindo sobre a atenção humanizada. 2003. 128 f. Dissertação (Mestrado)–Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

ROSSATO-ABEDÊ, L. M.; ÂNGELO, M. Crenças determinantes da intenção da enfermeira acerca da presença dos pais em unidades neonatais de alto-risco. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 48-54, jan./fev. 2002.

SÁ, A. C. **O cuidado do emocional em enfermagem.** São Paulo: Robel, 2001. 114 p.

SANDOVAL, M. A.; SIERRA, M. T. M.; GUILLEN, M. V. Icterícia neonatal. Tratamiento de la hiperbilirrubinemia no conjugada. Consideraciones fetales y neonatales. **Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.**, v. 57, n. 3, p. 167-175, 2000.

SANTOS, R. V. H.; SILVA, G. A. P. **Estudo descritivo de pacientes menores de 2 anos internados no hospital geral de pediatria.** Disponível em: <<http://propesq.ufpe.br/anais/ccs/ccs28.htm>>. Acesso em: 4 nov. 2001.

SAWADA, N. O.; ZAGO, M. M. F.; GALVÃO, C. M.; FERREIRA, E.; BARICHELLO, E. Análise dos fatores proxêmicos na comunicação com o paciente laringectomizado. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 73-80, ago. 2000.

SCHMIDT, J. **Dicionário de mitologia grega e romana.** Tradução de João Domingos. Lisboa: Edições 70, 1997. 277 p.

STEFANELLI, M. C. Comunicação não-terapêutica e barreiras à comunicação terapêutica. In: STEFANELLI, M. C.; CARVALHO, E. C. (Org.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2005. cap.7, p.105-117.

SILVA, A. L. O processo de cuidar em enfermagem. In: WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E (Org.). **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: ARTES Médicas, 1995. cap. 2, p. 31-40.

SILVA, A. S. **Manual de neonatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 9, p. 109-174.

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

SILVA, M.S.A.de.;RUGGERI, W. **De lagarta a borboleta: um caminho para a transformação interior**.Verus Editora, 2004.75 p.

SILVA, M. J. P. da. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo: Gente, 1996. 133 p.

_____. **O amor é o caminho: maneiras de cuidar**. São Paulo: Gente, 2000. 155 p.

_____. Percebendo o ser humano: além da doença - o não-verbal detectado pelo enfermeiro. **Nursing**, ano 4, n. 41, p. 14-20, 2001.

SILVA, W. V. **A comunicação interpessoal entre os profissionais de saúde e gestantes na assistência pré-natal: repercussões da gravidez no contexto cultural e emocional**. Barueri: Manole, 2002. 156 p.

SILVEIRA I. P. da. **Partejar: a enfermeira e a humanização do cuidado de enfermagem**. 2003. 81 f. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

SILVEIRA I. P.; CAMPOS, A. C. S.; FERNANDES, A. F. C. O contato terapêutico durante o trabalho de parto: fonte de bem-estar e relaxamento... **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 3, n. 1, p. 67-72, jan./jun. 2002.

SOUSA, A. L. T. M. de. Equipamentos e procedimentos: fototerapia. In: SOUSA, A. L. T. M. de.; KAWAMOTO, E. E. (Org.). **O neonato, a criança e o adolescente**. São Paulo: EPU, 2001. cap.1, p.13-27.

SOUSA, L. N. A. de. A interface da comunicação entre a enfermagem e os clientes de uma unidade de terapia intensiva. In: OLIVEIRA, M. E.; BRÜGGEMANN, O. M. (Org.). **Cuidado humanizado: possibilidades e desafios para a prática da enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2003. cap.5, p. 173-210.

SOUZA, R. B.; SILVA, M. J. P.; SALEH, C. M. R. Comunicação entre profissionais de enfermagem e pacientes da unidade de pronto-socorro. **Nursing: Revista Técnica de Enfermagem**, Barueri, v. 5 n. 8, p. 272-276, 2005.

TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto-risco**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 205 p.

TENTRINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1999.162 p.

TORRES, G. A. Posição dos conceitos e teorias de enfermagem. In: GEORGE, J. B. (Org.). **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. cap. 1, p. 13-23.

TREIGER, N. Analgesia e anestesia. In: REZENDE, J. (Org.). **Obstetrícia**. 9. ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2002. cap.16, p.353-368.

TURATO, E. R. Viabilizando a etapa do trabalho de campo. In: _____. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**.Petrópolis: Editora Vozes, 2003. cap.7, p. 305-349.

TURRINI, R. N. T. Assistência de enfermagem ao recém-nascido em uso de fototerapia. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 22, n. 3, p. 309-321, dez. 1988.

VAZ, F. A. C.; GUALDA, D. M. R. Alojamento conjunto. In: LEONE, C.T.; TRONCHIN, D. M. R. **Assistência integrada ao recém-nascido**. São Paulo: Atheneu, 2001. cap.4, p. 43-49.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136 p.

VIETTA, E. P. Importância do marco referencial e conceitual dentro de um modelo de formação e prática profissional. In: SEMINÁRIO NACIONAL, 1., 1987, Brasília. **Anais...** Brasília: [s.n.], 1987. P. 183-195.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999. cap. 6, p. 161-202.

_____. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004. 237 p.

A relação com o Tu é imediata. Entre o Eu e o Tu não se interpõe nenhum jogo de conceitos, nenhum esquema, nenhuma fantasia.

ANEXO A

Título do Projeto de Pesquisa				
PROCESSO DE ENFERMAGEM FENOMENOLÓGICA: ÊNFASE NA COMUNICAÇÃO COM AS MÃES DE NEONATOS SOB FOTOTERAPIA				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	30/11/2004 15:12:55	22/12/2004 16:26:26		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	12/11/2004 23:54:35	Folha de Rosto	FR-54449	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	30/11/2004 15:12:55	Lista de Checagem	0002.0.040.000-04	CEP
3 - Protocolo Aprovado no CEP	22/12/2004 16:26:26	Processo SISNEP	315/04	CEP

APÊNDICE A

Fortaleza, 23 de novembro de 2004

À

Direção da Maternidade Escola Assis Chateaubriand

Prezados senhores

Vimos através deste solicitar a permissão de V.S^a. para referir o nome da Maternidade Escola Assis Chateaubriand-MEAC em nossa Tese de Doutorado em Enfermagem que tem como título **Processo de Enfermagem fenomenológica**: ênfase na comunicação com as mães dos neonatos sob fototerapia, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso.

A opção pela realização da pesquisa nesta instituição justifica-se por ser o local onde desempenhamos nossas atividades como docente e enfermeira da UTI - Neonatal e também para dar continuidade ao estudo iniciado no mestrado.

A presente pesquisa será submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará-COMEPE/UFC. Comprometemo-nos a conduzi-la sob a égide dos aspectos éticos em observância à Resolução de nº. 196/96, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, sendo respeitados os aspectos éticos - legais, onde foram incorporados os três principais princípios bioéticos: a beneficência; o respeito à dignidade humana (autonomia) e a justiça e equidade.

Outrossim é nossa intenção a partir deste estudo retornar à Maternidade Escola Assis Chateaubriand-MEAC os resultados da referida pesquisa como forma de contribuição ao cuidado de enfermagem humanizado às mães de neonatos internados na Unidade de Internação Neonatal em uso de fototerapia.

Atenciosamente,

Antonia do Carmo Soares Campos

APÊNDICE B

Fortaleza, 23 de novembro de 2004

À

Sra. Coordenadora do Núcleo de Saúde Reprodutiva-NESAR da Maternidade Escola Assis Chateaubriand-MEAC/UFC
Drª Sílvia Bomfim Hyppólito

Senhora Coordenadora

Antonia do Carmo Soares Campos, enfermeira da UTI Neonatal da MEAC/UFC, mestre em Enfermagem e docente da Universidade de Fortaleza-UNIFOR, vem através deste submeter à apreciação de V.Sª. e solicitar permissão para desenvolver nesta instituição o Projeto de Tese de doutorado em Enfermagem intitulado **Processo de Enfermagem fenomenológica**: ênfase na comunicação com as mães dos neonatos sob fototerapia.

Outrossim, informamos que o referido projeto estará sob a orientação da Profª. Drª. Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso do Departamento de Enfermagem-DENF/FFOE/UFC.

Atenciosamente,

Antonia do Carmo Soares Campos

APÊNDICE C



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Meu nome é Antonia do Carmo Soares Campos, sou enfermeira e aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, estou realizando uma pesquisa sobre a melhor forma de orientar as mães de recém-nascidos em uso de fototerapia, banho-de-luz.

Gostaria de convidá-la, caso assim o deseje, a participar de uma entrevista (encontro) para que possamos conversar a respeito de possíveis dúvidas que possam existir em relação ao tratamento a que seu(sua) filho (a) está sendo submetido.

As entrevistas serão realizadas em sala localizada no espaço do Alojamento Conjunto no período da tarde, de acordo com sua disponibilidade e da pesquisadora. Serão agendadas previamente e caso concorde utilizarei um gravador e uma máquina fotográfica para registrar nossa conversa e o ambiente.

Após a entrevista pretendo convidá-la para visitar seu bebê na unidade em que estiver internado, colocando-me a sua disposição para quaisquer dúvidas ou esclarecimentos.

A senhora terá garantido o acesso a qualquer tempo às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer suas eventuais dúvidas; liberdade para retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo a sua permanência ou do seu bebê na instituição; serão garantidos ainda o anonimato, o sigilo e a privacidade.

Espero contar com sua presença, pois ela é valiosa e importante para que seja possível esclarecer suas possíveis dúvidas e amenizar suas preocupações nesses momentos em que vivencia o internamento do seu filho na Unidade de Internação Neonatal (berçário) desta Maternidade.

Agradeço antecipadamente por sua colaboração e coloco-me à disposição para esclarecimentos. Para tal forneço meu endereço para que a senhora possa entrar em contato:

Pesquisadora: Antonia do Carmo Soares Campos
RG 4470393-SSP-SP – CPF 112574313-15
Alameda Maria da Glória, nº. 142 – quadra 06.
Bairro: Cidade 2000 – CEP 60190.190
Fortaleza-CE – fone: (0XX85) 3249-0871- Cel. 9909-4754
E-mail: ankardagostinho@terra.com.br

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará-UFC está disponível para mais esclarecimentos através do telefone: (0xx85) 4009- 833

APÊNDICE D



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após convenientemente esclarecida pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado consinto em participar da presente pesquisa. Em caso de menor idade, declaro que o mesmo foi devidamente esclarecido e aceita participar do presente Protocolo de Pesquisa sendo o responsável legal.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Assinatura do sujeito da pesquisa
ou representante
legal

Assinatura do pesquisador
(nome legível ou carimbo)

Assinatura de quem obteve
o termo de consentimento

APÊNDICE E



DADOS DO PRONTUÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

1 Dados de identificação

Data: __/__/__

1.1 Dados da mãe

Nome da mãe: _____ Codinome: _____ Idade: _____
Estado civil: _____ Grau de instrução: _____ Naturalidade: _____
Ocupação principal: _____ Prontuário: _____ Internada: Sim () Não () Unidade de
internação: Alojamento Conjunto 1º andar () Alojamento Conjunto 2º andar ()
Tipo de parto: Normal () Fórceps () Cesariana () Tipo de anestesia: raque () peri-dural ()
G ____ P ____ A ____ Pré-natal: Sim () Não () Nº. de consultas: _____
Antecedentes obstétricos: _____

Observações: _____

1.2 Dados do recém-nascido

Nascimento: __/__/__. Hora _____ Sexo ____ Peso _____ Est ____ PC ____ PT ____
Apgar: __/__ Idade gestacional: Pré-termo () A termo () Pós-termo () Capurro _____ Idade
corrigida _____ Prontuário: _____ Unidade de internação: UTIN U3-A () U-3B ():
UMR-1 () UMR-2 () Alojamento Conjunto: 1º andar () 2º andar ()
Motivo da internação _____ Diagnóstico médico _____
Início da fototerapia _____ Indicação: Icterícia fisiológica () Patológica () Profilática () Outros ()
Modalidade do equipamento: Octofoto () Fototerapia halógena (Bilispot) () simples () duplo () triplo
Fototerapia refletiva (Biliberço) () Fototerapia associada: Sim () Não ()
Observações: _____

Fortaleza, ____ de _____ de 2005

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE F

Questão norteadora lançada em dois momentos: iniciando a entrevista e no dia seguinte à entrevista como forma de avaliação

O que significa para você, mãe, presenciar seu filho em uso de fototerapia?

Ártemis: responsável pelas mortes repentinas. Bela, casta e virgem, desconfiada e ciumenta dos seus talentos de caçadora.

Alalanta: foi alimentada com o leite de uma urso e recolhida por caçadores que a criaram. Gostava de caça e dos exercícios violentos.

Athena: dotada de nobre razão, tendo adquirido de sua mãe o sentido da ponderação, tornou-se de fato para os deuses uma preciosa conselheira.

Calíope: inspiradora da poesia épica. O seu ar majestoso, a fronte cingida com uma coroa de ouro, indicam, desde logo, sua supremacia sobre as outras.

Ceres: o seu nome, cuja etimologia se liga ao verbo *crescere*, indica claramente, por si só, as funções da deusa. Ela é a seiva da terra, que se eleva e faz crescer os jovens rebentos. Ela amadurece o trigo e aloira as searas.

Cibeles: grande Mãe, Mãe dos deuses. Grande Deusa. A força vegetativa e selvagem da natureza, é contada entre o número das divindades da fertilidade e partilha com Júpiter o poder soberano sobre a reprodução das plantas, dos animais, dos deuses e dos homens.

Deméter: deusa do trigo, ao qual facilita a germinação, e das colheitas, de que assegura o amadurecimento.

Geia: personifica a Terra em formação. Divindade da fertilidade do solo, protetora, por causa dos seus numerosos filhos, da multiplicação dos seres humanos.

Hécate: pertence à primeira geração dos deuses. Considerada em tempos recuados como deusa benfeitora, ela dispensava todas as riquezas materiais e espirituais, às vitórias aos mortais, aos imortais e aos deuses, que a respeitavam e temiam.

Hera: ciumenta, rancorosa, é a única deusa casada, entre todas as divindades femininas do Olimpo. Deusa do casamento legítimo, protetora da fecundidade do casal e das parturientes.

Héstia: encarnação do fogo doméstico, a chama sagrada que arde sem cessar nas asas e nos templos, e que os purifica. É venerada como protetora das famílias, das cidades e das colônias.

Hígia: filha de Asclépio, deus da medicina, esta deusa ajuda o pai a consolar os humanos doentes e a curar os animais. Aconselha aos homens os regimes e os medicamentos apropriados aos seus males.

I lítia: deusa da maternidade leva ajuda às parturientes. Na *Ilíada* existem várias *Ilítias* que personificam as diferentes fases das dores do parto. *Ilitia*, representada com os traços de uma jovem, tem uma das mãos levantada e na outra a tocha acesa, símbolo da vida que vem à luz.

Juno: protetora das mulheres acompanha-as durante a vida, desde o nascimento até a morte. As parturientes imploram a sua ajuda sob a denominação de *Juno Lucina*. As crianças que nascem são postas sob sua proteção.

Métis: esta deusa é a personificação da prudência. Possuidora dos dons da magia.

Minerva: divindade romana muito antiga. Representa o pensamento elevado, as letras, as artes e a música, a sabedoria e a inteligência.

Perséfone: enquanto jovem colhia flores no campo juntamente com suas companheiras e as ninfas despreocupadas. Majestosa rainha das sombras, a mãe das Eríneas terríveis.

Pomona: ninfa das flores e dos frutos foi cantada pelos poetas que lhe atribuíram numerosos amores com as divindades agrestes e rústicas.

Prosérpina: divindade romana estendia, originalmente, a sua proteção particularmente sobre a germinação das plantas. Tornou-se esposa de Plutão e rainha dos Infernos.

Reia: Tornou-se mãe de um deus supremo que, ao roubar a soberania ao próprio pai, ia trazer ao mundo a estabilidade da justiça.

Selene: aquela que no céu grego reluz com grande brilho. Tem os traços de uma mulher jovem com o rosto de uma brancura reluzente que faz empalidecer todos os astros, enquanto percorre o céu em um carro de prata.

Teia: uma das primeiras divindades. Unida a Hiperión ela devia dar à luz três filhos ilustres: Hélio, o Sol; Eos, a Aurora; e Selene, a Lua.

Têmis: é a personificação da ordem estabelecida e das leis que regem a justiça. Respeitada por todos os deuses do Olimpo, assiste às deliberações dos deuses e dos homens e preserva, em todas as ocasiões, a equidade das decisões que aí são tomadas. É representada com uma balança e uma espada nas mãos, mas sobretudo, os olhos vendados são símbolo da imparcialidade nas sentenças que profere.

Tétis: ocupa um dos primeiros lugares entre as divindades primordiais da Grécia. Seu nome significa “alimentadora”. Ela é um símbolo da fecundidade das águas. Unida

a Oceano deu uma abundante multidão de nascentes e fontes, assegurando à natureza a umidade benéfica e necessária.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.