

QUALIDADE DE VIDA DO RECÉM-NASCIDO INTERNADO EM U.T.I.: AS RELAÇÕES MÃE-FILHO [Quality of life of the neonate in icu: mother-child relationships]

Regina G. Santini Costenaro*
Darci Aparecida Martins**

RESUMO: A dinâmica do nascimento, na maioria das vezes, ocorre sem anormalidade, mesmo assim, é considerado um momento complexo, delicado e permeado por sofrimento devido as alterações fisiológicas e orgânicas a que o ser humano é submetido. Estes fatos estão atrelados a qualidade de vida (QV), bem estar, mental e social do ser humano, individuais e dependem de cada ser humano, de cada situação vivenciada bem como dos valores individuais. Os profissionais de saúde exercem papel importante no alcance de condições para a melhoria da qualidade de vida, pois são estes que muitas vezes, decidem condutas e cuidados a serem prestados ao ser humano, os quais interferem em seus hábitos, costumes e consequentemente mudam a realidade e as condições de vida. Este estudo, objetiva identificar os indicadores de qualidade de vida do neonato internado em UTI e estabelecer diferenças entre a relação da mãe com o RN em UTI, e a experiência de ter um RN normal anteriormente. Conclui-se que para proporcionar Q.V. ao RN internado em UTI é necessário que este fique junto com a mãe, receba carinho, afeto, colo, seja amamentado, tocado e olhado por ela, e que esta, possa ficar ao lado dele. Abstrai-se ainda que para o neonato ter qualidade de vida necessita ser cuidado tanto pela mãe, quanto pelos profissionais de saúde.

PALAVRAS CHAVE: Qualidade de vida; Recém-nascido; Relações mãe-filho; Unidade de terapia intensiva.

INTRODUÇÃO

A literatura tem apresentado, de uma forma bastante ampla, ideias de vários autores sobre a temática Qualidade de Vida. WILLIAMS (1985) expõe que Qualidade de Vida é a qualidade de anos de vida ajustada, e REVICKI (1989) relaciona as condições de saúde à Qualidade de Vida. No entanto, MEEBERG (1993) oferece uma abrangência maior quando refere que Qualidade de Vida significa o valor ou a excelência da vida, condições de bem-estar, de felicidade,

de moradia, de satisfação e necessidades físicas, psíquicas e social. CAMPBELL et al. (1981) consideram a Qualidade de Vida em termos de vários domínios de satisfação e também coloca que o termo Qualidade de Vida surge na América logo após a Segunda Guerra Mundial, e que para se ter uma vida boa era preciso algo além de segurança financeira. Esta ideia nos reforça a valorização do aspecto espiritual e emocional, as quais devem permear constantemente o nosso viver.

A abrangência e vivência de nossa espiritualidade, contribui para uma vida mais tranquila, mais humana e com certeza mais feliz. A qualidade de vida é multidimensional e abrange a atividade de vida diária; o suporte da família e amigos, bem como a perspectiva de vida. A qualidade de vida relacionada à doença inclui aspectos físicos, sociais e emocionais.

Refletindo sobre estas várias definições, observa-se que a Qualidade de Vida está atrelada às condições de saúde e consequentemente à vida. Portanto, a definição de Qualidade de Vida é ímpar e individual, dependendo de cada ser humano e de cada situação que for vivenciada bem como dos valores individuais de cada um.

Os profissionais de saúde exercem papel importante nestas definições, pois suas ações estão tacitamente ligadas ao conceito, uma vez que estes decidem condutas e tratamentos sobre a população em geral, interferindo em seus hábitos, costumes, e consequentemente modificando a realidade e as condições de vida.

Sabemos que estas condutas são importantes, porém, desconhecemos a opinião da clientela adulta a respeito, a qual possui condições de verbalizar seus pensamentos. Para o RN que não possui essas condições, questionamos em como saber sua opinião com relação ao atendimento que está recebendo; como está sendo sua qualidade de vida na UTI? Como ele deveria ou gostaria de ser tratado?

Embasadas nestes questionamentos, pretendemos através deste estudo, identificar os indicadores (fornecidos pela mãe) de qualidade de vida do neonato internado em UTI, e também estabelecer diferenças entre a relação da mãe com o RN em UTI, e a experiência de ter um RN sadio anteriormente. Este é um estudo descritivo, no qual utilizou-se para coleta dos dados a entrevista com três questões semi-estruturadas. As entrevistas foram realizadas por nós

* Professora do Departamento de Enfermagem - CEUNIFRAN, Santa Maria - RS, Enfermeira Assistencial na UTI-RN - HUSM, Doutoranda em Filosofia da Enfermagem na UFSC.

** Professora do Departamento de Enfermagem - UFPR, Curitiba - Pr. Mestre em Assistência de Enfermagem UFSC/UFPR.

na sala de amamentação da UTI-RN do Hospital Universitário de Santa Maria - RS, no período de janeiro a março de 1999, sendo que os dados levantados foram registrados na presença das mães. Após analisarmos as respostas, selecionamos recortes mais expressivos, que tinham consonância com o objetivo do estudo, usando-se as próprias palavras das mães.

A população foi constituída de 10 mães com idade entre 18 e 33 anos, que estavam com seus filhos internados na UTI-RN; para que as participantes aceitassem participar do estudo e se sentissem seguras, procuramos esclarecer quem éramos, o objetivo do estudo e assegurar-lhes por meio de um compromisso verbal de nossa parte, que seus nomes seriam resguardados, garantindo-lhes sigilo e anonimato, utilizando-se portanto de nomes fictícios. A amostra foi sistemática, pois estabeleceu-se critérios para a seleção das clientes os quais são enumerados abaixo:

- a mãe não podia ser primigesta;
- era essencial que a mãe tivesse passado por uma experiência de ter um filho sadio anteriormente.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Relacionar-se com os pais de RN em UTI é uma tarefa que gera muitas expectativas tanto para os pais como para os profissionais de saúde.

As indagações feitas sobre o estado de saúde da criança aparecem repletas de esperança e muitas vezes são expressadas com afirmações do tipo: *“Ele vai ficar bom né enfermeira?”*. Não podemos negar que esta esperança é imprescindível, mas por outro lado, temos a situação de instabilidade e de vulnerabilidade apresentada pelo RN. A prematuridade do sistema imunológico, o contato com o ambiente doentio do hospital, a necessidade de ser submetido a procedimentos invasivos etc, estão constantemente deixando-o a mercê da sorte. Sabemos que a criança requer a satisfação das necessidades psíquicas, as quais podem ser de natureza afetiva ou sentimental, pois surgem desde o início da vida e se prolongam até a morte do ser humano. Outro agravante para esta situação é o afastamento da mãe; algumas manifestações verbais emitidas pelas mães revelam um sentimento de frustrações e medo por terem sido privadas do contato com seu filho, tais como:

“É muito duro não poder ficar com meu bebê, parece que ele não vai voltar mais para mim...”(C.B.).

“Eu quase enlouqueci quando percebi que meu filho não ia ficar comigo...”(F.H.).

No cotidiano da UTI RN, nota-se que o afastamento da mãe é uma constante uma vez que as mesmas não permanecem com o filho.

Para ALCANTARA (1989) o RN conhece apenas duas sensações fundamentais que são de bem-estar e de mal-estar. Ou seja sentimentos de prazer e desprazer, portanto, ele possui uma necessidade sentimental de tranquilidade espiritual. Um dos fatores que correspondem a estes sentimentos, é o sentir-se amado e desejado principalmente pela mãe.

Desta forma, passamos com consentimento das mães a discutir as respostas apreendidas através da entrevista.

Ao ser solicitado para que relatasse “a experiência que estavam vivenciando de ter um filho internado na UTI-RN”, percebe-se que sentimentos despertados por esta vivência, demonstraram tristeza, angústia e medo de perder o nenê, como evidencia-se na fala de uma mãe:

“Sinto muita angústia, tenho medo de perder o meu nenê...”(M. S.).

Quanto ao relato sobre “a diferença do relacionamento delas com o RN de UTI e do RN sadio que tivera anteriormente”, verbalizaram:

“Até agora não conseguimos acompanhar este, como acompanhamos o outro quando nasceu. O outro eu pude amamentar, dar carinho em seguida que nasceu” (L.G.B.).

“Eu não podia ver ele cheio de aparelhos dentro da incubadora. Ele sente falta da mãe, sempre que eu posso venho ver, converso com ele, faço carinho” (J.PM.).

“O outro ficou perto de mim, eu amamentei. Este não pode ficar comigo” (K.S.T.).

Poder amamentar, dar carinho e ficar próximo ao filho, são ações que fortalecem o relacionamento de afeto mãe e filho, transmitem segurança, estimulam a sensibilidade, como também, mostram a necessidade de convívio mútuo e de cuidar e ser cuidado que possui o ser humano.

Para FRANCO (1988), a necessidade de se manter informado quanto ao diagnóstico e tratamento previsto para o filho e, ao mesmo tempo, oferecer à equipe, informações resultantes de suas observações sobre a situação do cliente, assim como ser seu porta-voz e defender os interesses do mesmo, são também razões alegadas pelos familiares para “estar junto” ao paciente internado. Estes aspectos mostram o interesse dos pais em participar do processo de comunicação que envolve o cliente e equipe de saúde, pois entendem que sua mediação neste processo é relevante para que o cliente seja bem atendido, recebendo carinho e atenção. Estes são indicadores importantes para qualidade de vida do RN.

“Se eu estou junto com o nenê eu vejo o que está acontecendo, ficando longe a gente não vê... ficando

junto com o nenê ele se recupera mais ligeiro, a gente dá carinho e ele se desenvolve melhor. Com o outro foi assim” (D.P.).

Este sentimento de proximidade, revela a necessidade de controlar o que está acontecendo com seu filho. Acompanha o processo de recuperação e desenvolvimento do bebê, visualiza e participa dos cuidados que são prestados proporcionando tranquilidade e segurança para a mãe, sente também, que estes profissionais atendem o seu filho e a ela com carinho.

Vejamos os recortes mais expressivos ao ser questionada sobre “a situação em que seu bebê está, o que você considera mais importante para ele”:

“Ficar junto com a mãe, dar carinho e afeto durante todo dia”(P.S.).

“Estar junto com a mãe, assim a gente cuida, amamenta, faz carinho e dá colo, é importante também que tenha saúde” (B.L.T.).

“O mais importante era que ele estivesse dentro da minha barriga, porque ele veio antes?”(F.M.).

“Se a gente vai para o hospital sabendo que vai ganhar e que está na hora, tudo bem! Mas quando acontece da gente ir para o hospital e sair sem a barriga e sem o nenê é muito difícil... A mãe deveria ficar junto com o nenê... tocar o bebê, eu sinto que ele gosta porque ele até dorme mais tranquilo”(G.R.).

“Estar junto” é um indicador que permeia todas as entrevistas realizadas com as mães. Está implícito neste sentimento, a necessidade de oferecer afeto, carinho, pois é uma situação extremamente importante, por estar doente, ser pequeno, indefeso e frágil. O papel da mãe é proteger, ajudar, acomodar.

NAGANUMA et al. (1995) escreve que “devemos convidar a mãe a entrar no berçário, explicar o que está sendo feito com o seu filho, para assim conhecê-lo melhor, estabelecer e fortalecer o vínculo afetivo”. Portanto, é essencial no cuidado ao recém-nascido internado na UTI considerar a informação dada às mães, para que possam se beneficiar da orientação e além disso, é extremamente importante a interação entre os profissionais da equipe e os pais.

Aufhauser apud FRANCO (1988) refere a necessidade que a criança tem de aconchego, intimidade e relacionamento contínuo com seus pais, sendo assim, é inquestionável a importância de interação precoce e contínua entre as mães e o recém-nascido após seu nascimento.

CONCLUSÃO

A bagagem de experiência de vida das mães de RN internados na UTI, bem como seus valores, não podem

passar despercebidos. O vínculo social e familiar devem ser mantidos, favorecendo assim a manutenção dos indicadores de bem-estar (satisfação e felicidade) individuais e essenciais para a Qualidade de Vida. Estes indicadores transcendem o biológico, nos aproximando de uma visão integral de homem a qual muito tem-se falado na academia, porém na prática, parece ainda dominar o modelo biomédico, desintegrando o homem, o que parece não contribuir para os conceitos de Qualidade de Vida.

Os indicadores de bem estar do RN estão atrelados a sua qualidade de vida que após o estudo realizado, concluiu-se que são os seguintes: ficar junto com a mãe; receber carinho e afeto da mãe; ganhar colo; ser amamentado; ser tocado; ser olhado; ter saúde; permanecer dentro da barriga; ser cuidado.

Tendo em vista os indicadores de bem estar do RN obtidos no estudo, estes nos permite extrair algumas considerações.

Existem evidências relevantes de que no momento do nascimento de um filho muitas são as expectativas sobre as condições de vida deste, cabe salientar que todos os pais esperam filhos perfeitos e saudáveis, jamais concebem a hipótese de intercorrências neste momento mágico e talvez único de suas vidas; o nascimento do filho tão desejado. Por vezes, este filho é separado de sua mãe, levando assim a existência de um período sensível e árduo para ambos, quando, as necessidades maternas de contato mãe-filho excedem as do bebê. A necessidade de um contato íntimo, físico de olhar, pegar no colo, amamentar, ficar junto, acariciar e tocar, este momento de interação entre mãe-filho, não só é importante para ajudar as mães a perceberem a realidade da situação, mas também a importantes funções psicológicas e fisiológicas do recém-nascido dado o poder do contato físico. DAVIS (1991), coloca que com o toque, podemos transmitir mais amor em cinco segundos do que com palavras em cinco minutos.

Considerando o desejo das mães em quererem cuidar de seus filhos, não devemos nos esquecer que os pais devem ser considerados como membros da equipe de cuidado e não como mero visitantes e estorvos; não devemos permitir que a tecnologia que envolve uma UTI prive as mães de ter condições e o direito de cuidarem de seus filhos. A manutenção do vínculo mãe-filho é um dos aspectos do cuidado que devemos considerar prioritários neste ambiente, haja vista ser a família deste RN o que ele tem de mais precioso, bem como ser o elo de ligação entre todos os elementos da equipe de cuidado.

Sendo assim, colegas de enfermagem, vamos pensar e refletir juntas sobre estes indicadores e procurar colocá-los em prática na medida do possível, só assim conseguiremos ser e fazer uma enfermagem melhor, com

vistas a qualidade de vida do recém-nascido; ao planejarmos um cuidado humano que transcenda o tecnicismo, levando em consideração as necessidades e expectativa de seus familiares estaremos então possibilitando às mães destes recém-nascidos o direito de cuidar do próprio filho.

ABSTRACT: Birth dynamics usually occurs uneventfully even though it is considered a delicate, complex moment permeated by suffering due to organic and physiological changes that human beings are submitted. Such facts are related to quality of life, to mental and social welfare of the human being and depend on each subject, on each experienced event as well as individual values. Health professionals play an important role bringing about conditions to foster quality of life as such professionals, most of the time, must make decisions on course of actions as well as caring rendered to the individual which interfere in his routine, habits and consequently change reality and life conditions. This study objectifies the identification of quality of life indicators of the neonate in an ICU and set the differences between mother-child in ICU and her experience of having formerly normal delivered a child. It has been concluded that quality of life for a newborn in ICU means to have its mother beside it, providing tenderness, affection, lap, breastfeed, touch and look. Therefore, she must be allowed to stay with her child. It is also apprehended that quality of life for the neonate means to be taken care by its mother as well as by health professionals.

KEY WORDS: Quality of life; Neonate; Mother-child relationships; INTENSIVE Care Unit.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALCANTARA, Pedro; MARCONDES, Eduardo; MACHADO, D. V. M. Mãe e filho. São Paulo: ALMED, 1989.
2. CAMPBELL A. et al. The sense of the well-being in America. New York: Mc Graw Hill, 1981.
3. FRANCO, M. O Situação do familiar que acompanha um paciente em hospital geral. Florianópolis, 1988. Dissertação (Mestrado) -UFSC, Florianópolis, 1988.
4. DAVIS, Phyllis K. O Poder do Toque. São Paulo: Best Seiler, 1991.
5. MEEBERB, G. A. Quality of life: a concept analysis. J. Adv. Nurs.,v. 18, p.32-38, 1993.
6. NAGANUMA, M. et al. Procedimentos técnicos de enfermagem em UTI neonatal. Rio de Janeiro: Ateneu, 1995.
7. REVICKI, D. A. Health - related quality of life in the evaluation of medical therapy for chronic illness. J. Fam. Pract.,v.29,n.4,p.377-380,1989.
8. WILLIAMS, A. Quality adnsted life years and coronary artery bypass grafting. London: DHSS Publication, 1985.

Endereço do autor:
Rua Nunes Machado, 419/1104 - Centro
80250-000 - Curitiba - PR