



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

VERÔNICA MASCARENHAS OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE AJUDA DA ENFERMEIRA AO FAMILIAR DA
CRIANÇA EM UTI**

SALVADOR

2016

VERÔNICA MASCARENHAS OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE AJUDA DA ENFERMEIRA AO FAMILIAR DA
CRIANÇA EM UTI**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem, Área de concentração “Gênero, Cuidado e Organização dos serviços de Saúde”, na Linha de pesquisa “O cuidado no processo de desenvolvimento humano”.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Darci de Oliveira Santa Rosa

SALVADOR

2016

Ficha catalográfica elaborada por: Rita de Cássia M. da Silva, **CRB-5**: BA-001697/O.

O48a Oliveira, Verônica Mascarenhas

Avaliação do processo de ajuda da enfermeira ao familiar da criança em UTI /
Verônica Mascarenhas Oliveira. Salvador, 2016.

83 f.: il.

Orientadora: Dr^a Darci de Oliveira Santa Rosa

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da
Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, 2016.

Inclui referências.

1. UTI pediátrica. 2. Família. 3. Criança - UTI. I. Escola de Enfermagem. II.
Rosa, Darci de Oliveira Santa. III. Título.

CDD: 610.7361

VERÔNICA MASCARENHAS OLIVEIRA

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE AJUDA DA ENFERMEIRA AO FAMILIAR DA
CRIANÇA EM UTI

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial de aprovação para obtenção do grau de mestra em enfermagem, área de concentração "Gênero, Cuidado e Administração em Saúde", linha de pesquisa "O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano".

Aprovada em 28 de abril de 2016

BANCA EXAMINADORA

Darci de Oliveira Santa Rosa

Profa. Dra. Darci de Oliveira Santa Rosa

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Kátia Santana Freitas

Profa. Dra. Kátia Santana Freitas

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Marcelo

Profa. Dra. Maria Carolina Ortiz Wintaker

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Ridalva Dias Martins Felzemburgh

Profa. Dra. Ridalva Dias Martins Felzemburgh - Suplente

Doutora em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa e Professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, com todo o meu carinho e amor,

*A minha querida mãe, **Helena**, meu bem maior neste mundo,*

Pelo amor, incentivo, apoio, orações,

E disposição em ajudar-me a conquistar mais essa vitória.

AGRADECIMENTOS

A Deus e Nossa Senhora das Graças, que alimentam a minha fé e me concedem a certeza que tudo posso. Naquele que me fortalece! Obrigada Senhor por guiar nos meus passos nos caminhos estreitos e me conceder a sublime missão de cuidar.

Aos meus pais pela torcida, em especial a minha amada e guerreira mãe Helena, pela referência de cuidado ao próximo, por sempre ter me dispensado amor, ajuda, incentivo, compreensão e apoio incondicional. Sem esta grande mulher não chegaria até aqui. Mãe, você é a verdadeira tradução do que é o amor.

Aos meus irmãos Ana Paula e Antônio Neto, os quais amo incondicionalmente, por estarem sempre ao meu lado, pelas palavras de incentivo, pela cumplicidade e por vibrarem com as minhas conquistas.

Aos meus sobrinhos Igor, Letícia e Julia, por ser minha fonte inesgotável de alegrias.

Aos meus cunhados Aline e Josimar e ao meu tio Mário, pelos estímulos a sempre seguir em frente e ter coragem.

A meu namorado Rodrigo por todo amor, incentivo e compreensão. Obrigada por entender minhas dificuldades e me proporcionar força, paz e serenidade.

Aos amigos, em especial a Luciano Marques por me fazer conhecer a grandeza da profissão que escolhi, por ser meu grande incentivador, partilhando da minha caminhada acadêmica e profissional, acreditando sempre que eu poderia ir além. E estou indo...

À minha orientadora, Professora Dra. Darci de Oliveira Santa Rosa, pela acolhida como mestrande, pelo incentivo e compreensão. Obrigada por ser exemplo de humanidade, compromisso, ética, competência e companheirismo. A sua sabedoria e as suas orientações foram imprescindíveis para a construção deste estudo.

À (o)s integrantes do Grupo de Estudos sobre Educação, Ética e Exercício da Enfermagem EXERCE, em especial a Adriana Braitt Lima, pelas trocas de conhecimento, orientações e palavras de incentivo.

Aos membros da banca de qualificação e defesa, Prof.^a Dra Marluce Alves Nunes de Oliveira, Prof.^a Dra Marinalva Dias Quirino, Prof. Dr. Álvaro Pereira, Prof.^a Dra Kátia Santana Freitas, Prof.^a Dra Ridalva Dias Martins Felzemburgh e Prof.^a Dra. Maria Carolina Ortiz Wintaker, pela competência, disponibilidade e contribuições valiosas para o aprimoramento deste trabalho.

À (o)s Professora (e)s do Curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), por contribuir para a construção do meu saber.

As colegas de turma do mestrado pelos momentos de estudos e experiências, em especial à (o)s amigas (os) Feirenses da pós-graduação, pelas contribuições para construção deste trabalho e por compartilhar as dificuldades e alegrias do trajeto até a UFBA.

Aos familiares das crianças internadas na UTI, que mesmo vivenciando a difícil situação de ter o seu filho hospitalizado, tiveram a sensibilidade de perceber a importância deste estudo e de contribuir para a sua realização.

Aos profissionais do Hospital Estadual da Criança pelo acolhimento, disponibilidade e ajuda durante toda coleta de dados.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação e aos seus funcionários pela atenção e solicitude com que me atenderam durante a minha caminhada na pós-graduação.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia por ter colaborado para minha formação de pós-graduação.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização desta pesquisa, mas não foram citados, os meus sinceros agradecimentos!

RESUMO

OLIVEIRA, Verônica Mascarenhas. **Avaliação do processo de ajuda da enfermeira ao familiar da criança em UTI.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

Introdução: O Processo de Ajuda é um instrumento que permite a enfermeira auxiliar o familiar da criança internada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica, possibilitando a motivação destes para o enfrentamento da situação de hospitalização infantil, através do entendimento dos medos e preocupações como desafio do destino. A família é um espaço que proporciona a proteção e o desenvolvimento da criança. Quando esta adocece e é internada na UTI, a família vivencia o sofrimento, a culpa pelo adoecimento, além do medo da possibilidade da finitude da vida infantil, que Viktor Frankl denomina de Tríade Trágica. Constitui-se em objetivo da pesquisa: conhecer como o familiar da criança crítica internada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica vivencia o processo de ajuda da enfermeira diante do sofrimento, da culpa e do medo da morte. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo, guiado pelo referencial teórico da Análise Existencial de Viktor Emil Frankl, realizado na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica em um hospital público, especializado no atendimento infantil, localizado em uma cidade do interior da Bahia. Participaram deste estudo familiares de crianças internadas na UTI pediátrica. A coleta de dados ocorreu no primeiro momento através da leitura do prontuário. Após, foi realizada a primeira entrevista aberta com a seguinte questão norteadora: como você está vivenciando o processo de hospitalização da sua criança na UTIP? Para identificação da necessidade de ajuda da enfermeira. De posse desta informação, convidou-se os familiares para participar do estudo, explicando como seria desenvolvida a ajuda. Após o aceite, o processo de ajuda ao familiar foi e implementado, de acordo com as suas necessidades específicas. O processo de avaliação da ajuda implementado foi realizado após cinco encontros com o familiar, através de uma segunda entrevista, contendo a seguinte questão norteadora: Como você está vivenciando o processo de hospitalização da criança após a ajuda recebida? Os dados foram analisados seguindo os passos da configuração triádica-humanista-existencial-personalista. **Resultados:** O Processo de Ajuda foi implementado e avaliado com cinco familiares de crianças internadas na UTI. Após a análise criteriosa dos dados, emergiram dois artigos científicos: “Avaliação do processo de ajuda da enfermeira ao familiar da criança em UTI” e “Pilares Franklianos na relação de ajuda aos familiares da criança na Unidade de Terapia Intensiva”. **Conclusão:** Os familiares vivenciam a tríade trágica e conseqüente vazio existencial diante do adoecimento e internamento da criança em UTIP. É possível transcender da tríade trágica para o otimismo trágico a partir do Processo de Ajuda do (a) enfermeiro (a), que proporciona sentimentos de paz, força, fé, coragem, conforto e incentivam a ação responsável, alcançados principalmente através da ajuda espiritual.

Palavras-Chave: UTI pediátrica; Família; Criança; Existencialismo.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Veronica Mascarenhas. **Evaluation of Nurse helping process the family of the child in the ICU.** Dissertation (Masters in Nursing) - Nursing School, Federal University of Bahia, Salvador, 2016.

Introduction: Help Process is an instrument that allows the nurse to assist the family of the hospitalized children in Intensive Care Unit (ICU) Pediatric, enabling the motivation of these to face a healthcare situation, through the understanding of the fears and concerns as target challenge. The family is a space that provides the protection and development of children. When this falls ill and is admitted to the ICU, the family experiences the suffering, the blame for the illness, but the fear of the possibility of finitude of child life, Viktor Frankl calls the Tragic Triad. Constitutes a research objective: to know how the family of critical hospitalized children in Intensive Care Unit Pediatric Nurse experiences the aid process before suffering, guilt and fear of death. **Methods:** This is a qualitative study, guided by the theoretical framework of Existential Analysis of Viktor Emil Frankl, held at the Pediatric Intensive Care Unit in a public hospital specializing in child care, located in a city of Bahia. In this family study of children admitted to the pediatric ICU. Data collection occurred in the first time by reading the chart. After the first open interview with the following guiding question was carried out: how you are experiencing the process of hospitalization of your child in the PICU? To identify the need for nurse assistance. Armed with this information, we were invited the family to participate in the study, explaining how the aid would be developed. After the acceptance, the family support process was implemented and, according to their specific needs. The evaluation process implemented aid was made after five meetings with the family through a second interview, containing the following guiding question: How are you experiencing the child's hospitalization process after the help received? Data were analyzed following the steps of triadic-humanistic-existential-personalist configuration. **Results:** The Help Process was implemented and evaluated with five families of children admitted to the ICU. After careful analysis of the data emerged two papers, "the nurse aid process evaluation to the child's family in the ICU" and "Franklianos Pillars in respect of aid to families of children in the Intensive Care Unit." **Conclusion:** The family members experience the tragic triad and existential emptiness consequent on the illness and hospitalization of children in the PICU. It is possible to transcend the tragic triad to the tragic optimism from the Help Process (a) nurse (a), which provides feelings of peace, strength, faith, courage, comfort and encourage responsible action, achieved mainly through spiritual help.

Keywords: PICU; Family; Child; Existentialism.

RESUMEN

OLIVEIRA, Verónica Mascarenhas. **Evaluación del proceso de ayuda de la enfermera de la familia del niño en la UCI.** Disertación (Maestría en Enfermería) - escuela de enfermería de la Universidad Federal de Bahía, Salvador, 2016.

Introducción: Ayuda de proceso es un instrumento que permite a la enfermera para ayudar a la familia de los niños hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) pediátrica, lo que permite la motivación de éstos para hacer frente a una situación de cuidado de la salud, a través de la comprensión de los temores y preocupaciones como desafío de destino. La familia es un espacio que proporciona la protección y desarrollo de los niños. Cuando este cae enfermo y es admitido en la UCI, la familia experimenta el sufrimiento, la culpa de la enfermedad, pero el temor a la posibilidad de la finitud de la vida del niño, Viktor Frankl llama a la Triada Trágica. Constituye un objetivo de investigación: saber cómo la familia de los niños hospitalizados críticos en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica Enfermera experimenta el proceso de ayuda antes de que el sufrimiento, la culpa y el miedo a la muerte.

Métodos: Se trata de un estudio cualitativo, guiado por el marco teórico del Análisis Existencial de Viktor Emil Frankl, celebrada en la Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría en un hospital público especializado en el cuidado de niños, que se encuentra en una ciudad de Bahía. En este estudio familia de los niños ingresados en la UCI pediátrica. La recolección de datos ocurrió en el primer tiempo mediante la lectura de la carta. Después de la primera entrevista abierta con la siguiente pregunta guía se llevó a cabo: la forma en que está experimentando el proceso de la hospitalización de su hijo en la UCIP? Para identificar la necesidad de asistencia de enfermería. Armado con esta información, nos invitaron a la familia a participar en el estudio, explicando cómo se desarrollaría la ayuda. Después de la aceptación, el proceso de apoyo a la familia y se puso en práctica, de acuerdo con sus necesidades específicas. El proceso de evaluación de ayudas aplicado se hizo después de cinco reuniones con la familia a través de una segunda entrevista, que contenga la siguiente pregunta orientadora: ¿Cómo vive proceso de hospitalización del niño después de la ayuda recibida? Los datos fueron analizados siguiendo los pasos de configuración triádica-humanista-existencial-personalista. **Resultados:** El proceso de ayuda se implemento con cinco familias de los niños ingresados en la UCI. Después de un cuidadoso análisis de los datos se diseñó dos trabajos, "la evaluación del proceso de ayuda a la enfermera de la familia del niño en la UCI" y "Pilares Franklianos en relación con las ayudas a las familias de los niños en la Unidad de Cuidados Intensivos." **Conclusión:** Los miembros de la familia experimentan el consiguiente vacío existencial y triada trágica sobre la enfermedad y la hospitalización de niños en la UCIP. Es posible trascender la trágica triada al optimismo trágico del Proceso de Ayuda (a) enfermero (a), que proporciona sensaciones de paz, fuerza, fe, valor, comodidad y fomentar la acción responsable, que se logra principalmente a través de la ayuda espiritual .

Palabras clave: UCIP; la familia; infantil; El existencialismo.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1	Enfrentamento do sofrimento culpa e medo da finitude da vida infantil pela família diante da hospitalização da criança em UTI	16
2.2	O cuidado centrado na criança e na família	20
2.3	Referencial teórico – a análise existencial de Viktor Emil Frankl	25
2.4	O processo de ajuda ao familiar do Paciente crítico	27
3	MÉTODO	29
3.1	Tipo de estudo	29
3.2	Campo empírico do estudo	29
3.3	Aspectos éticos do estudo	29
3.4	Período de coleta de dados	30
3.5	Participantes do estudo	30
3.6	Técnica e instrumentos de coleta de dados	31
3.7	Riscos e benefícios da pesquisa	31
3.8	Análise dos dados	32
4	RESULTADOS	33
4.1	Artigo 1	34
4.2	Artigo 2	50
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
	Referências	60
	APÊNDICE A - Informações aos participantes e termo de consentimento pós esclarecido	64
	APÊNDICE B – Roteiro do Processo de Ajuda	66
	ANEXOS A – Processo de ajuda de enfermagem ao familiar do paciente crítico	69
	ANEXOS B - Carta de aprovação do comitê de ética em pesquisa da UFBA	72
	ANEXOS C - Declaração de autorização de adaptação do processo de ajuda de enfermagem ao familiar do paciente crítico	83

INTRODUÇÃO

O Processo de Ajuda da enfermeira para o familiar da criança internada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica é um plano de ações e estratégias que possibilita a compreensão dos seus medos como um desafio do destino, motivando-o ao enfrentamento da situação, mostrando que é possível vencer mesmo diante do sofrimento (LUKAS, 1990).

A família é um espaço que proporciona sobrevivência, desenvolvimento e proteção a seus membros, dentre eles as crianças, independente da sua estrutura (FREITAS, 2011). Para Ângelo (1997), a família é um grupo de pessoas em interação, chegando às situações com os outros significantes ou grupos de referência, com símbolos, perspectivas, e habilidades. A família vai além da unidade biológica, portanto, cada evento é vivido a partir de significados construídos simbolicamente.

Quando a criança adoece e é internada na Unidade de Terapia Intensiva, a família vivencia o sofrimento, a culpa pela situação, além do medo da possibilidade da finitude da vida infantil, que Viktor Frankl denomina de Tríade Trágica (GOMES, 2014; ALMEIDA; SABATES, 2008; CÔA; PETTENGILL, 2011).

De acordo com CÔa e Pettengill (2011), o adoecimento da criança e a subsequente internação é um fato que expõe a família a uma situação de ameaça constante, pois gera uma condição de estresse inesperado. Seus membros ao receberem a notícia da necessidade de internação da criança em uma UTI são acometidos por um intenso desespero, sensação de medo e permanecem em estado de vigilância contínua, causado por uma preocupação intermitente, sobretudo quando a família nunca tinha vivido essa experiência progressiva.

A hospitalização da criança na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica se constitui em um evento crítico para a família, pois o próprio setor é caracterizado pelos familiares como um local de morte. A família compreende UTI como sendo um lugar para morrer. Essa compreensão coloca a família próxima à questão da morte, do sentido da vida, do sofrimento insuportável e, conseqüentemente, frente a uma possível ruptura definitiva da unidade familiar (ALMEIDA; SABATES, 2008; CÔA; PETTENGILL, 2011).

Para Nieweglowski e Moré (2008), a Unidade de Terapia Intensiva pode ser considerada um subsistema aberto, com características específicas, e que faz parte de um conjunto de outros subsistemas que conformam o sistema maior, denominado de Instituição hospitalar, caracterizado por exigir ajustamentos emocionais e comportamentais de todas as pessoas

envolvidas na sua rotina, como das pessoas que, de forma temporária, precisam desses espaços, seja como pacientes ou acompanhantes.

Moré e Macedo (2006), dizem que a UTI é a ponte entre a vida e a morte, deixando de ser apenas um local, em termos espaciais, para se transformar em um contexto gerador de significados. A internação da criança está fora do tempo cronológico da família. É uma experiência prematura, jamais esperada para uma criança, deixando a família com medo de o filho morrer, especialmente quando a hospitalização ocorre em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. (ANGELO; BOUSSO. 2001).

Quando uma criança adoece e é hospitalizada, a família, em especial os pais, percebe esta situação como uma falha nos seus cuidados, podendo mostrar sinais de ansiedade e sentimentos de culpa (ALMEIDA; SABATÈS, 2008). O familiar se questiona quanto à qualidade do cuidado prestado à criança, acreditando que a patologia e a consequente hospitalização são consequências do seu cuidado ineficaz.

Almeida e Sabatés (2008) dizem que a culpa, o sofrimento e o medo da finitude da vida – Tríade Trágica - vivenciado pela família da criança internada na UTI pediátrica, pode gerar uma ruptura da relação familiar, evidenciados pelas sensações de fracasso e autopunição. Dizem ainda que a família acredita que o seu contato poderá causar danos à criança.

Diante da vivência da Tríade Trágica, o familiar da criança internada na UTI, encontra-se perseguido pelo vazio existencial, com falta de sentido pelo qual vale a pena viver, manifestado também pela indiferença – falta de iniciativa para melhorar ou modificar a situação que o faz sofrer (FRANKL, 2009a; FRANKL, 2009b)

Gomes (1987 p. 21) ao estudar a psicoterapia existencial humanista de Viktor Emil Frankl, expressa que “o ser humano é capaz de suportar os mais intensos sofrimentos, quando tem um sentido para a sua vida, uma tarefa cobrando realização, uma missão intransferível”. Sendo assim, a família da criança internada na UTI pediátrica pode superar o sofrimento, a culpa e o medo se encontrar um sentido que a leve a adquirir esperança, como por exemplo, acreditar em outras possibilidades, entre elas a cura da criança.

De acordo com o mesmo autor, deixando de se preocupar com o sofrimento atual e se projetando para uma missão futura que necessita ser concluída, a família encontra sentido no seu sofrimento, ação que possibilita o enfrentamento da situação. Tal encontro de sentido pode ser facilitado através do cuidado prestado pelo enfermeiro à criança e sua família, já que este profissional tem contato direto com ambos, em tempo integral na UTI, fato que facilita a aquisição de vínculo e confiança. Além disso, proporciona auxílio no enfrentamento da

situação de sofrimento, tornando-se fonte de apoio e suporte. (MOLINA et al., 2009; GOMES, 2014)

Ao conviver com a criança internada na UTI e suas famílias, o (a) enfermeiro (a) têm a oportunidade de mudar a perspectiva centrada na doença para uma abordagem centrada na experiência da criança e da família, tornando-se presentes, interessados e preocupados com elas. (MOLINA; et al. 2009).

O'Malley et al. (1991) dizem que a crise é o um estado de grande ansiedade e desestruturação familiar, gerado através de mudanças inevitáveis na saúde, na independência e no estilo de vida dos seus membros.

Assim, o (a) enfermeiro (a) necessita estar sensibilizado (a) quanto a crise enfrentada pela família durante a hospitalização da criança na UTIP, reconhecendo-a também como objeto de cuidado. O cuidado centrado à criança e a sua família é indispensável para retomada das relações e para o enfrentamento da situação de crise. (ANGELO; VERISSIMO. 1996). Assim, ele (a) ainda pode ajudar às famílias ao diagnosticar necessidades de apoio e de encontro de sentido da vida, nesse contexto a esperança que emerge nessa relação de cuidado o auxilia a enfrentar o sofrimento gerado pela hospitalização infantil.

A motivação por este objeto de estudo surgiu a partir da trajetória acadêmica e profissional da autora, atuando em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, particularmente acerca da experiência sobre a tríade trágica vivenciada pelos familiares no internamento da criança neste setor. Surgiu então o desejo de tentar modificar a forma com que estes enfrentam a situação, minimizando os seus impactos negativos.

Durante esta prática percebeu-se que o processo de hospitalização infantil provocava culpa, medo e sofrimento na família, interferindo dessa forma, na sua adaptação ao processo da doença infantil e ao ambiente da unidade de cuidado anteriormente mencionada. Em virtude desta observação empírica sentiu-se a necessidade de explorar de forma aprofundada o processo de ajuda vivido pelo familiar da criança em estado crítico de saúde.

Com base no exposto, definiu-se como objeto de estudo “O processo de ajuda da enfermeira vivido pelo familiar da criança crítica internada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica diante do sofrimento, da culpa e do medo da morte” e como questão de pesquisa “Como o familiar da criança crítica internada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica vivencia o processo de ajuda da enfermeira diante do sofrimento, da culpa e do medo da morte?”.

Definiu-se, portanto, como objetivo do estudo: Compreender como o familiar da criança crítica internada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica vivencia o processo de ajuda da enfermeira diante do sofrimento, da culpa e do medo da morte.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Enfrentamento da família diante da hospitalização da criança em UTI

A hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica é uma situação de crise para a família, pois remete à possibilidade de perda da criança. Ter um filho criticamente enfermo internado na UTI faz com que a família sofra intensamente. (CÔA; PETTENGILL, 2011). O processo de hospitalização infantil inicia-se antes do próprio ato de internação, pois, a criança não compreende a gravidade da sua patologia e a necessidade de ficar no hospital.

A criança quando hospitalizada traz não só a sua patologia, mas também os seus medos, os seus anseios e os seus costumes. Considera-se que a mudança de hábitos da criança, quando está internada, interfere nas funções biológicas, nos hábitos domésticos e na vida familiar. Isto acontece devido ao distanciamento dos membros da família e mudança da rotina diária, que não foram programados. (ANGELO; BOUSSO, 2001)

As crianças percebem a hospitalização como uma experiência negativa e conceitua o hospital como um local estranho, de torturas, agressões físicas com intenção punitiva, solidão, tristeza e saudades. Para elas, o hospital é um local ruim cuja função é evitar a morte, onde é proibido brincar, e não são ouvidas nem atendidas as suas necessidades. (ALMEIDA; SABATÉS, 2008).

Ângelo e Bousso (2001) dizem que por ter que se distanciar do que até então era sua vida normal, ficar longe da família, dos amigos, da escola, dos brinquedos e da sua rotina, a hospitalização é um momento de crise e de sofrimento para a criança, contribuindo para um tratamento de difícil aceitação.

Os autores afirmam ainda que diante da hospitalização, a criança é capaz de entender o que ocorre a sua volta e de expressar suas opiniões e emoções acerca do que lhe acontece. Assim, a criança pode responder ao momento de crise da hospitalização de diferentes maneiras, como por exemplo, com agressões ou retraimento.

Sigaud e Verissimo (1996) ressaltam que a equipe de enfermagem deve estar atenta a pedidos de ajuda feitos em linguagem não verbal como, por exemplo, a expressão séria, a resposta em voz fraca ou baixa, o silêncio, a inatividade ou o retraimento por parte da criança. Almeida e Sabatés (2008) reforçam dizendo que esta equipe necessita dar atenção às necessidades emocionais da criança hospitalizada para ajudá-la a enfrentar o novo ambiente estranho e ameaçador.

A hospitalização é uma situação estressante para a criança e pode determinar agravos emocionais, caso não haja um manejo adequado por parte da equipe de saúde que a assiste. A assistência de enfermagem a essa criança deve ir além do conhecimento a respeito da patologia e das intervenções terapêuticas (JUNQUEIRA, 2003).

Junqueira diz ainda que o (a) enfermeiro (a) deverá estar atento (a) aos sinais dados pela criança. Uma boa maneira de se reconhecer esses sinais é através do brincar, no qual a criança utiliza o brinquedo para expressar sentimentos de medo, ansiedade, revolta e saudade.

As brincadeiras proporcionam desenvolvimento motor, socialização, expressão, aprendizagem e facilita o acesso à atividade simbólica e a elaboração psíquica de vivências do cotidiano infantil.

O brincar no contexto hospitalar e ambulatorial justifica-se por vários aspectos, não sendo possível a identificação daquele de maior relevância. Para Mitre e Gomes (2004) brincar no hospital traz benefícios tanto para a criança quanto para a família e equipe de saúde. Os autores dizem ainda que a brincadeira oferece prazer à criança, tornando-se um contraponto à rotina hospitalar, configurando-se como um espaço democrático onde há valorização das experiências individuais e a possibilidade de escolha, além de ser um facilitador para a interação entre os profissionais de saúde, crianças e sua família, que se encontra fortemente abalada com a situação.

Quando a hospitalização da criança ocorre na UTI os sentimentos de sofrimento, culpa e medo é agravado nos familiares, pois o setor traz uma proximidade com a finitude da vida. Para Nieweglowski e Moré (2008), a ameaça de perda da criança também ajuda a dificultar à ação das famílias no enfrentamento a situação de crise, pois esta situação infringe o ciclo vital da família, já que é considerada uma perda prematura, fora de hora. Portanto, as famílias que tem um membro internado na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, além de estarem vulneráveis a diversos estressores, são diariamente levadas a refletir sobre a finitude da vida.

Côa e Pettengill (2011), conceituam vulnerabilidade da família como um sentimento de ameaça a sua autonomia, que está sob pressão do processo de doença e hospitalização infantil, da própria família e equipe. No contexto da doença, a vulnerabilidade manifesta-se por elementos relacionados ao sofrimento emocional com a internação em uma UTI. Neste estudo a vulnerabilidade retrata também o medo da finitude da vida infantil, que ameaça a existência da criança.

A experiência de doença e hospitalização de uma criança pode ocasionar o sentimento de vulnerabilidade da família, ao se perceber afastada da criança, não lhe sendo permitido

participar do seu cuidado, somado à insegurança e ansiedade provocadas pela doença do filho e pelo distanciamento dos demais membros da família. (ALMEIDA; SABATÈS, 2008).

No contexto da família, a vulnerabilidade manifesta-se com as repercussões decorrentes do afastamento dos pais ou responsáveis para contemplar o cuidado com a criança internada na UTI pediátrica, acarretando dificuldades para o funcionamento familiar. A família modifica seu funcionamento, dando prioridade à criança hospitalizada em detrimento de seus outros membros. Além disso, a internação faz com que a família se reorganize e, geralmente, ocorre o afastamento dos irmãos sadios que são deixados de lado, sendo cuidados por outros familiares. (COA; PETTENGILL, 2011).

Ângelo e Pettengill (2005) ao estudarem famílias que vivenciavam a hospitalização do filho, identificaram elementos que definem a vulnerabilidade da família frente ao adoecimento da criança. Os elementos desencadeadores são a experiências vividas anteriormente à hospitalização, o acúmulo de demandas e o despreparo para agir.

As autoras dizem ainda que a ocorrência da vulnerabilidade está relacionada ao contexto da doença que gera incerteza, impotência, ameaça real ou imaginária, exposição ao dano, temor do resultado, submissão ao desconhecido e expectativas de retornar à vida anterior; ao contexto da família com desequilíbrio em sua capacidade de funcionamento, tendo desestrutura, distanciamento, alteração na vida familiar e conflitos familiares; ao contexto hospitalar com conflitos com a equipe, marcado pela falta de diálogo, desrespeito e afastamento e afastamento de seu papel. Como consequência, a família alterna momentos em que não consegue fazer nada, com outros em que tenta resgatar sua autonomia.

Os elementos desencadeadores da vulnerabilidade causam sofrimento ao familiar, que é intensificado quando esta busca explicações para a causa da doença do filho. O impacto da internação do filho na UTI pediátrica inicia-se quando a família recebe a notícia. Isso provoca desespero em seus membros que descrevem a circunstância como um momento muito difícil, horrível e aterrorizante, que gera um estado de preocupação intermitente. Alguns de seus membros apresentam repercussões sintomatológicas como manifestações de choros, gritos, crise hipertensiva súbita, insônia, anorexia, como também perda de sentido para viver (COA; PETTENGILL, 2011).

Hilling e Ribeiro (2012) ressaltam que a situação de doença, dor física e emocional, a insegurança e o medo do desconhecido, diagnósticos e terminologias muitas vezes de difícil entendimento geralmente concorrem para o aumento do estresse da criança e seus familiares.

O ambiente diferente, com muitas luzes, sons e pessoas costuma assustar o familiar acompanhante. A família se sente insegura e impotente, já que as intervenções terapêuticas são realizadas pela equipe de saúde sem a participação dos familiares.

A perda do poder fica mais perceptível no contexto hospitalar, com a família sendo colocada à parte, sem direito de participar das tomadas de decisão, do cuidado e do tratamento. (ANGELO, PETTENGILL, 2005).

A família sofre com a hospitalização da criança, durante esse tempo, os pais têm que ausentar-se do seu lar e dos seus outros filhos, deixando-os sem a sua atenção, sob o cuidado de outras pessoas. O familiar acompanhante também é forçado a ausentar-se do seu trabalho, que muitas vezes é fonte de sustento da família, para ficar em tempo integral acompanhando seu filho enfermo no hospital. Durante a experiência da hospitalização, a unidade familiar passa por uma quebra da sua rotina e um afastamento entre os seus membros. (ÂNGELO; WERNET, 2007).

De acordo com Hilling e Ribeiro (2012), a família, ao vivenciar a crise provocada pela doença e hospitalização, sente-se vulnerável porque lhe são retirados o poder e as possibilidades de escolha, tendo de se submeter à situação.

Por outro lado, o sofrimento vivenciado pela família, que pode levar a negatividade de uma crise, também pode tornar-se o ponto de partida, que leva a família a buscar recuperar a sua força e autonomia perdida, frente ao processo de doença da criança.

Ângelo e Bouso (2001) expressam que preocupada com a possibilidade da finitude da vida infantil e a conseqüente ruptura definitiva do núcleo familiar, a família pode buscar estratégias para preservar a sua integridade, reposicionando os papéis, pronta para fazer qualquer coisa que ajude a criança enferma. Ao buscar informações sobre a doença e sobre o tratamento, ajudando a executar ações de cuidado à criança, a família sente-se útil e ativa, iniciando o sentimento de retomada do controle da situação. A família passa a perceber que o afastamento dos outros membros da família é necessário e que no momento, o mais importante é cuidar da criança enferma.

Na tentativa de mobilizar-se em sentido oposto à situação de internamento, a família pode realizar ações de enfrentamento das dificuldades, de acordo com as suas crenças e valores, contando com a rede de apoio, seja de pessoas, instituições ou fé. A família deve começar a participar do tratamento, estabelecer confiança nos membros da equipe, mantendo a esperança. Assim, sentem-se mais seguros, buscando retirar as suas dúvidas e opinar. (COA; PETTENGILL, 2011)

Ser família na UTI é participação, nervosismo, medo, ocupação, estresse. É estar junto para se fazer perceber, aprender a cuidar e para dar força e apoio à criança, quando o desejo maior é estar longe. É conversar, dar carinho e amor, mesmo estando coberto de medos. É observar, ter paciência e muita fé em Deus, quando ainda não lhe é permitido fazer nada. É ter que batalhar, lutar, quando também tem necessidades de cuidado. É assumir a condição de superfamília, quando está carente de energias, em razão da complexa e difícil situação existencial na qual se encontra. (MORENO; JORGE; MOREIRA, 2003).

Para Ângelo e Bousso (2001), nesse processo, buscando preservar a integridade da unidade familiar é também o que impulsiona a família a seguir em frente. A família utiliza a estratégia de se apoiar para não desanimar e para recarregar as suas forças a fim de seguir em frente. Entretanto, nem sempre a família consegue se sustentar somente com as suas próprias forças; às vezes ela desanima. Nessa fase é essencial a ajuda de amigos, outras famílias e em especial do (a) enfermeiro (a).

2.2 O cuidado centrado na criança e na família

A família precisa ser entendida pela equipe de enfermagem como um agrupamento de pessoas que estabelecem entre si laços de afetividade e que na situação de hospitalização infantil estão vivenciando o sofrimento. Apesar disso, o familiar poderá se tornar um membro ativo do cuidado, já que é capaz de proporcionar à criança durante a hospitalização, a confiança, a redução dos medos e da ansiedade, e com isto uma melhora no estado geral infantil (ÂNGELO; WERNET, 2007).

É imprescindível o reconhecimento dos indicadores da situação de sofrimento, do contexto no qual a criança está inserida, dos laços que são estabelecidos entre elas e os demais membros que compõem o seu núcleo familiar, bem como as rotinas e hábitos domésticos, com vistas a prestar cuidados que incluam não só as necessidades da criança, mas também a de seus familiares, embasados em evidências científicas e na qualidade da assistência.

Segundo Hayakawa, et al. (2010), mudar da perspectiva tradicional de cuidado centrado na doença para uma abordagem centrada na criança e na família dentro de uma UTIP não é algo fácil, mas é necessário devido às novas demandas da realidade assistencial. Inserir a família nos cuidados de enfermagem reduz o impacto negativo gerado pela hospitalização.

Bowden e Greenberg (2005) expressam que atualmente, tendo em mente a importância da família no sucesso do tratamento da criança criticamente enferma internada na UTIP, deve ser adotado o cuidado centrado na criança e na família.

O cuidado centrado na criança e na família reconhece a importância das famílias como facilitadoras do desenvolvimento da criança, especialmente aquelas com necessidades especiais de saúde. Os recursos de cada membro da família e o grau de envolvimento que desejam obter são diferentes entre cada família, porém, o objetivo permanece o mesmo: otimizar a capacidade da família de interagir, intervir e nutrir a criança durante o tempo de estresse tanto físico quanto psicológico. (BOWDEN; GREENBERG, 2005).

Ângelo e Wernet (2007) dizem que a assistência de enfermagem adotada nessa perspectiva valoriza a interação profissional e família, e, tem no estabelecimento da confiança, da adequada comunicação e da cooperação, critérios para o alcance de um estado efetivo, ou seja, aquele capaz de curar ou aliviar o sofrimento da unidade familiar.

Para Moreno, Jorge e Moreira (2003) os sentimentos de estar junto e de segurança são os principais construtores dos caminhos de esperança e podem ser fatores de sustentação para o processo de cuidar e, em alguns casos, para o fenômeno da cura.

Ao acompanhar seu filho durante a hospitalização, a família pode dar à criança o carinho e atenção necessários para o seu bem estar psíquico e emocional, além de poder acompanhar de perto o tratamento, ajudando a cuidar da criança e esclarecendo suas dúvidas, reduzindo a culpa e o medo (ALMEIDA; SABATÉS, 2008).

Almeida e Sabatés (2008) expressam ainda que a culpa assumida pelos pais, que costumam responsabilizar-se pela internação dos filhos, associada ao medo de tocar na criança e provocar-lhe algum dano, mediante a tantos aparelhos, acaba promovendo um distanciamento, uma quebra na relação familiar.

A equipe de saúde tem o poder de interferir nessa relação afetada. O (a) enfermeiro (a), por estar de forma integral acompanhando a criança, deve aproximar-se da família, dando-lhe todo o apoio necessário, promovendo a compreensão acerca da necessidade e dos benefícios que a presença da família causa, orientando que o contato com a criança não lhe causará riscos (ÂNGELO; WERNET, 2007).

O carinho e o apoio do profissional, junto ao familiar da criança internada na UTI tem conseguido neutralizar o medo, a culpa, a ansiedade, dentre outros sentimentos, causados pela hospitalização da criança enferma, proporcionando sensações de bem-estar biopsicossocial à família acompanhante, facilitando a sua adaptação a esta nova realidade existencial na UTI. (MORENO; JORGE; MOREIRA, 2003).

Ângelo e Verissimo (1996), dizem que o cuidado centrado na criança e na família vai muito além do que permitir visitas mais frequentes à criança. O (a) enfermeiro (a) deve orientar a família acompanhante sobre as rotinas da unidade, fornecer informações sobre os

aparelhos e dispositivos que a criança está fazendo uso, sobre os direitos da família, horário de visita, cuidados em relação à permanência do acompanhante, fornecer informações sobre a evolução e prognóstico da criança, dentre outros.

Na perspectiva, o papel do (a) enfermeiro (a) não é apenas técnico, mas contempla ações de defesa da criança e família, e de promoção e restauração da saúde da criança, contendo elementos éticos e morais. (ANGELO; VERISSIMO, 1996).

Sabe-se que recuperação da relação familiar pode ser restabelecida com o incentivo da participação da família nos cuidados à criança. Participar junto ao (a) enfermeiro (a) dos cuidados como a alimentação, o banho, a troca de fraldas, a mudança de decúbito e a comunicação com a criança, mesmo sedada, faz com que a família permaneça presente e minimize os efeitos da hospitalização (ANGELO, 1997).

Neste cenário de atuação da enfermagem pediátrica, é de suma importância a incorporação dos princípios da humanização do cuidado, na prática clínica, aliando os conhecimentos oriundos de evidências científicas com as possibilidades de mudanças no processo de trabalho dos profissionais (ANGELO; BOUSSO, 2001).

Humanizar é um processo vivencial que permeia toda a atividade do local e das pessoas que ali trabalham, dando ao paciente o tratamento que merece como pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares que cada um se encontra no momento da sua internação. (BRASIL, 2004).

Segundo Bertachini e Pessini (2004) humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, para que o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer sejam humanizadas, é preciso que as palavras do sujeito sejam reconhecidas. Cintra, Nishide e Nunes (2005) complementam dizendo que humanizar-se também é a capacidade de ser frágil, poder chorar, sentir o outro, ser vulnerável e, ao mesmo tempo, ter vigor, lutar, resistir, poder traçar caminhos.

Diante do exposto, existe a necessidade da comunicação entre a equipe de saúde, em especial o (a) enfermeiro (a), e a família, pois a humanização depende da capacidade de falar e de ouvir.

No Brasil existem programas voltados para a humanização da assistência, como o Programa Nacional de Humanização da Assistência dos Serviços de Saúde, lançado em 24 de Maio de 2000, tem como proposta diminuir as dificuldades encontradas durante o tratamento, proporcionar e recuperar a comunicação entre a equipe e o usuário, incluindo a família, diante da hospitalização (BRASIL, 2004).

O processo de humanização é muito mais do que permitir a permanência dos pais na UTI pediátrica. É importante que o (a) enfermeiro (a) seja um elemento de confiança à família, já que é ela quem deve ajudá-la a passar por essa experiência. Reduzir a ansiedade dos pais é visto como parte importante do tratamento da criança e, para isso, torna-se fundamental conhecer e respeitar a experiência da família. A humanização da assistência, bem como o cuidado centrado na família, é a filosofia ideal para o cuidado da criança e sua família. (PAULI; BOUSSO, 2003)

De acordo com Cintra, Nishide e Nunes (2005) cada ser humano é único, indivisível, que constrói sua identidade, num contexto sociocultural que inclui família, trabalho, educação e lazer e que cada “corpo” pertence a um sujeito. Isso é reforçado por Bestachini e Pessini (2004) quando dizem que os corpos não sofrem, as pessoas sofrem. Portanto, resgatar a humanização no serviço de saúde é cada vez mais refletir sobre o que é ser humano.

Para Collet e Rozendo (2003) atualmente, no processo de produção dos atos em saúde, observa-se a banalização dos sofrimentos, dos sentimentos, das necessidades singulares, tanto dos profissionais quanto dos usuários. Portanto, o cuidado de excelência e qualidade começa quando os profissionais de saúde são capazes de detectar, sentir e interagir com os pacientes e seus familiares, estabelecendo assim uma relação de respeito para com o ser humano, de forma individualizada à criança, respeitando a crise estabelecida frente à hospitalização e o sofrimento devido à separação repentina.

Ao deparar-se com o momento de crise da família, o (a) enfermeiro (a) passa a entender a condição humana. Diante disso, o (a) profissional pode optar entre ignorar o sofrimento da família e prestar cuidados desumanos ou prestar uma assistência pautada no respeito, atenção, carinho, gentileza e solidariedade. A equipe de enfermagem deve ter conhecimento do momento que a criança e a sua família estão vivenciando e para isso é preciso mais do que competência profissional, é necessário ter sensibilidade (ÂNGELO; PETTENGILL, 2005).

É necessário que a equipe de enfermagem conquiste a confiança da criança e sua família para que ambos aceitem e colaborem com o tratamento. Agindo com carinho e respeito, a equipe terá como resposta a tranquilidade e a confiança da família e da criança em relação ao tratamento (COLLET; ROZENDO, 2003).

A equipe de enfermagem deve compreender que a família além de contribuir no cuidado, minimiza esse sofrimento da criança e por isso o profissional deve estimular o toque e a aproximação da família com a criança. A boa relação entre profissionais de enfermagem e a família e a retomada do vínculo familiar, além de diminuir o medo e a ansiedade da família

e da criança, proporcionando prazer e contentamento dos profissionais de saúde, que tem consciência de prestar uma assistência eficaz e humanizada (BORGES; WALDOW, 2008).

Ângelo e Pettengill (2005) reforçam dizendo que a equipe de enfermagem deve estar sensibilizada e habilitada para ajudar e apoiar, e nesse sentido, o cuidar tem seu ponto de máxima importância, pois os esforços para buscar a restauração vão além da ordem física, representando apoio e permitindo que o outro, o ser cuidado, seja ele mesmo, em sua própria especificidade, em sua singularidade. Estar disponível não só para a criança, mas para sua família também é fator valioso. A família esclarecida, bem cuidada e apoiada poderá colaborar muito no cuidado.

A enfermeira age como um elo entre a família e a equipe de saúde. As intervenções de enfermagem, neste aspecto, ajudam a família a sentir-se fortalecida para enfrentar a situação, caminhando junto ao resgate de sua autonomia (COLLET; ROZENDO, 2003).

As principais ações do cuidado da equipe de enfermagem são incluir a família no cuidado, ouvindo-a e oferecendo as informações desejadas; realizar conversas com a família; capacitar a família para lidar com a doença, interagindo com a equipe e fortalecendo sua auto-estima; criar um grupo de apoio entre os pais para que os mesmos compartilhem informações e dúvidas; incentivar o contato entre os demais membros da família, com a finalidade de intensificar o apoio e o afeto entre os familiares e incentivar a busca de recursos na comunidade para garantir a continuidade do tratamento infantil em casa, em casos de alta infantil (BORGES; WALDOW, 2008).

Durante a hospitalização a atuação da família pode ir muito além do que só o acompanhamento. A inserção da família no cuidado à criança é de extrema importância para a obtenção da confiança em relação ao tratamento e para estabelecer a autoconfiança da criança e com isto a melhoria do seu estado geral (ÂNGELO; BOUSSO, 2001).

A participação da família durante os procedimentos realizados na criança como a higiene e a alimentação faz com que a criança sinta menos o impacto da hospitalização. O afeto que a família proporciona durante esses procedimentos também contribui para o restabelecimento da relação familiar, que é abalada durante o processo de hospitalização, da confiança e da esperança da família acompanhante, que durante a hospitalização sofre a culpa pela internação da criança e o medo de vir a perdê-la (ÂNGELO, 1997).

O sofrimento, a culpa e o medo vivenciados pela família durante a hospitalização da criança na UTI passam a ser vencidos quando este cuidado acontece. É nesse momento que a criança estabelece confiança na equipe de enfermagem e apresenta uma atitude positiva frente à sua patologia e hospitalização. Em consequência disso, o (a) enfermeiro (a) adquire

experiência, acrescentando conhecimento ao seu lado profissional e crescimento pessoal. O seu cuidar atinge a excelência e o (a) enfermeiro (a) se preenche de satisfação, realização, auto-estima e certeza de dever cumprido. É dessa maneira que acontece o verdadeiro cuidado, a essência da enfermagem (MORENO; JORGE; MOREIRA, 2003).

Para a equipe de enfermagem, a recompensa se traduz por satisfação, sensação de dever cumprido, realização, melhora de auto-estima, mais segurança e confiança, além de prazer e bem-estar. A experiência adquirida a cada situação vivenciada e a cada novo encontro acrescenta conhecimento a profissional. Toda nova história de vida e as experiências dos pacientes ajudam a conhecer melhor as pessoas assim como a si própria; suas formas de cuidar se enriquecem a partir das vivências com os pacientes, permitindo que evolua de forma pessoal e profissional. (BORGES; WALDOW, 2008).

2.3 Referencial teórico – a Análise Assistencial de Viktor Emil Frankl

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica é um local de internamento de crianças graves, com risco de adquirir sequelas ou da finitude da vida e por este motivo é indispensável uma melhoria no atendimento aos familiares. Sendo assim, é importante que os mesmos sejam compreendidos como pessoas, com as suas particularidades ao expressar a sua vivência diante do internamento infantil, à luz do referencial da *Análise Existencial* de Viktor Emil Frankl, que permite apreender a experiência do que é “ser-como-o-outro” (LIMA, 2005).

A Logoterapia e a Análise Existencial de Viktor Emil Frankl é a terapia do sentido da vida, e tem a proposta o resgate daquilo que é humano na pessoa. Encontrar a liberdade independente da situação, a responsabilidade perante algo ou alguém e a autotranscendência para encontrar um sentido sob qualquer circunstancia (FRANKL, 1989). Gomes (1987) afirma ainda que a logoterapia é um caminho para encontrar o sentido mesmo diante do sofrimento e da existência, muitas vezes sem propósito, ajudando o ser humano a encontrar o “para que” viver.

Frankl (2009a) e (2009b) expressa que tais sentimentos provocam nos familiares o Vazio Existencial, caracterizado como a falta de sentido pelo qual vale a pena viver, um vazio interior, a falta de esperança e de iniciativa para agir e modificar a situação de sofrimento.

O autor complementa dizendo que a busca de um sentido é o que motiva a vida do ser humano. É uma busca pessoal e intransferível. Ao encontrá-lo o ser humano satisfará a sua própria vontade de sentido (FRANKL, 2009a). O sentido da vida é um lugar que se deseja

chegar, de tranquilidade nos momentos difíceis, onde se descansa, onde se encontra a paz. Ele oferece segurança para viver as adversidades (ARAÚJO et al. 2015b)

O sentido pode ser encontrado de três diferentes formas: fazendo ou criando alguma coisa, amando alguém ou na situação de sofrimento onde não há mais esperança e que nada pode fazer para modificá-la. O importante é a forma como o individuo encara a situação (AMARO, 2013).

Otimismo trágico é a capacidade da pessoa conviver com a tríade trágica e mesmo assim, não perder o otimismo com relação à vida. Não é necessário sofrer para encontrar o sentido da vida, mas se este é inevitável, é um dos caminhos para transcender da situação difícil e descobrir o sentido na dor, a fim de transformar a tragédia pessoal em glória e ver nessa situação uma tarefa sua, imorte e intransferível (BASTOS, 2014).

O familiar precisa adquirir a consciência que ele é único, uma peça fundamental dentro deste destino. Ninguém pode assumir o seu papel. Porém, a forma como ele encara e suporta a realidade do sofrimento, pode ser a possibilidade de uma conquista. Na maneira como ele próprio suporta esse sofrimento está também à possibilidade de uma realização única e singular (FRANKL, 2009a). De certo modo, o sofrimento deixa de ser sofrimento quando se há um sentido ao vivenciá-lo (FRANKL, 2009b).

É possível transformar o sofrimento em uma conquista, retirar da culpa a oportunidade de mudar a si próprio para melhor e fazer do medo da finitude da vida um impulso para agir de maneira responsável – otimismo trágico (ARAÚJO, 2015a).

Quando o ser humano encontra o sentido da sua vida consegue transcender para além do presente, focando os seus objetivos e esforços para além das adversidades que esta vivenciando (BASTOS, 2014). Com isso são motivados a ir além da tríade trágica, a agir com responsabilidade, assumindo o seu papel para cuidar da criança e ter esperança na sua recuperação.

Se o ser humano não assume as suas responsabilidades todo o equilíbrio do universo será prejudicado, porque ninguém pode assumir uma missão que pertence à outra pessoa, o “mundo perde em evolução” (GOMES, 1987).

Nenhuma pessoa pode ser substituída e nem representada por outro individuo em suas tarefas. Quando essa consciência é adquirida, toda a sua responsabilidade de vida ganha sentido, as suas ações ganham significado e importância (FRANKL, 2009a). Ao atingir a consciência de sua responsabilidade, o homem reconhece sobre o que ou quem ele é responsável, e que diante das dificuldades ele pode ir além, agir e se posicionar (BASTOS, 2014).

Ao mesmo tempo em que o sofrimento pode gerar no familiar o sentimento de responsabilidade perante a criança, pode significar a necessidade de ajuda. É na tristeza que os familiares julgam-se sem força para lutar e parecem perder a esperança diante da situação, necessitando assim, de ajuda para retomar a sua fé e enfrentar a situação.

A pessoa que sofre na maioria das vezes deixa transparecer no semblante, na maneira de agir e no olhar. A solidão e a tristeza representam a necessidade de ajuda espiritual (ARAÚJO, 2015a). Diante do sofrimento inevitável o familiar não percebe que sentido da sua vida pode ser encontrado mesmo diante de situações trágicas (LUKAS, 1989).

A espiritualidade possibilita o encontro do sentido, é uma “dimensão humana” que favorece a “busca e o sentido transcendente, que é irrepetível”. Deus é sentido, é uma possibilidade de não se entregar ao sofrimento, a culpa, ao medo da finitude da vida, é a possibilidade de escolher lutar pela vida (OLIVEIRA, et.al. 2013).

Oliveira e Frazili (2012) referem que o cuidado espiritual é incentivar que os sentimentos sejam expressos, é favorecer que se encontre sentido diante do sofrimento inevitável, ofertar apoio e orientar o enfrentamento da situação. O enfermeiro cuidaria do familiar, o auxiliando a reencontrar a fé, que talvez tenha ficado abalada diante da situação de adoecimento e internamento na UTI pediátrica (ARAÚJO, 2015a), incentivando a busca do sentido, o otimismo trágico e ação responsável.

Se o (a) enfermeiro (a) assumisse a responsabilidade de ajudar o familiar, estaria auxiliando o encontro de um sentido, além de ter uma ação ética e responsável (SANTA ROSA, 1999). Para efetuar tal ajuda, é necessário que o (a) profissional conheça os valores de suas atitudes positivas. Assim sendo, é necessário embasar-se na *Análise Existencial de Viktor Emil Frankl*, como possibilidade de adquirir a consciência do “seu eu como a pessoa que cuida de outra pessoa”. (LIMA, 2005).

2.4 O Processo de Ajuda

O Processo de Ajuda foi construído a partir de ações que o (a) enfermeiro (a) deve ter a partir da “atitude filosófica” e da “intencionalidade” no seu cuidado, a compreensão do familiar como uma pessoa única, que possui uma maneira singular de se expressar, diante da situação de Tríade Trágica. É através deste processo que se estabelece as ações de ajuda e de motivação do familiar para a busca do sentido de sua vida. (LIMA, 2005).

A autora expressa que o processo de ajuda da enfermeira é um cuidado ao familiar, atendendo-o em sua totalidade, ajudando-o a encontrar um sentido para a vida mesmo diante da situação trágica, além de ser uma “atitude ética, consciente e responsável”. Lukas (1990) diz que o referido processo também possibilita que os familiares entendam seus temores e preocupações como desafio do destino, motivando-o ao enfrentamento e domínio da situação, mostrando que vencer é possível.

Para Lima (2005) ao ajudar o familiar a transcender da Tríade Trágica para o Otimismo Trágico a intencionalidade é revelada. Para tal, é necessário que o (a) enfermeiro (a) compreenda a vivência e a condição existencial do familiar ao adquirir conhecimentos da *Análise Existencial de Viktor Frankl*.

O Processo de Ajuda é constituído das seguintes etapas: Diagnóstico Triádico; Plano de Ajuda; Implantação de Estratégias e Avaliação

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Este estudo é do tipo qualitativo, guiado pela Configuração Triádica Humanista Existencial Personalista.

Segundo Vietta (1995), o referencial teórico explicitado em sua configuração triádica-humanista-existencial-personalista propõe a análise das vivências como alternativa metodológica de revelação do real nas pesquisas de natureza qualitativa. Recusa a busca de generalizações, princípios e leis se atendo no específico, peculiar e singular almejando a compreensão do ser em sua existencialidade.

3.2 Campo empírico do estudo

O local de coleta de dados deste estudo foi um hospital público estadual especializado no atendimento infantil, localizado em uma cidade do interior da Bahia, sendo o campo empírico a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Possui 10 leitos e é caracterizada pelo internamento de lactentes e crianças com idade abaixo de 16 anos de vida, em estado de saúde agudo-grave.

O referido setor possui cadeiras reclináveis, além de salas de apoio, salas para reuniões e atividades recreativas com os familiares acompanhantes, que permanecem em tempo integral no hospital com a criança e são incentivados a participar efetivamente do cuidado à criança. São realizadas, com os familiares, oficinas artesanais pela terapia ocupacional, atividades e consultas individuais e grupais pela psicologia, além de atendimento de apoio pelo serviço social.

3.3 Aspectos éticos do estudo

A pesquisa foi submetida e apreciada pela organização hospitalar e pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, CAAE n. 47521415.2.0000.5531 e Parecer consubstanciado nº 1.310.020 (ANEXO A) e obteve autorização da instituição de coleta de dados.

O estudo respeita os princípios éticos de acordo com a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012). Aos participantes foi assegurado o sigilo da identidade pessoal e a privacidade, sendo as entrevistas realizadas em ambiente privativo. Foram orientados previamente sobre os objetivos da pesquisa, bem como, sobre os riscos e benefícios a que estavam expostos durante a participação em todas as fases do estudo através do Termo de Informações aos Participantes (APÊNDICE A). Após todos os esclarecimentos sobre a pesquisa foi solicitado assinatura do Termo de Consentimento Pós-esclarecido (APÊNDICE A), preservando-se a autonomia do sujeito de decidir sobre sua participação e garantindo-se ao mesmo o direito de abandonar o estudo a qualquer momento.

Por razões igualmente éticas tanto a cidade onde foi realizado o estudo e a unidade hospitalar não foram identificadas, assim como foi assegurado o anonimato dos entrevistados, utilizando-se códigos de identificação de acordo com a ordem da realização de cada entrevista.

3.4 Período de coleta dos dados

Os dados foram coletados junto aos familiares que aceitaram participar da pesquisa, pela própria pesquisadora durante o mês de janeiro de 2016.

3.5 Participantes do estudo

Participaram da pesquisa, familiares que estavam acompanhando as crianças internadas na UTI pediátrica do hospital em estudo, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão/exclusão:

Foram incluídos os familiares acompanhantes de crianças que se encontravam internadas na Unidade de Terapia Intensiva por um tempo inferior a 20 dias, considerado intencionalmente pelas pesquisadoras como o tempo limite para aproximação com o familiar.

Foram excluídos aqueles familiares que apresentaram déficit cognitivo que dificultasse a realização da entrevista e os familiares de crianças com diagnóstico de morte encefálica.

O número de participantes foi definido em cinco, considerando a necessidade de acompanhamento por parte da pesquisadora, no desenvolvimento do processo de ajuda vivido pelo familiar na sala de espera da UTI pediátrica.

3.6 Técnica e instrumento de coleta dos dados

A coleta de dados foi iniciada através da leitura de prontuário para obtenção de dados como tempo de internação da criança na UTI, diagnóstico do paciente, uso de medicações e equipamentos, reações e condições da família, além da coleta de dados com a psicologia para detectar as famílias que mais necessitavam passar pelo processo de ajuda, baseada no estado de abalo emocional vivenciado. As entrevistas e a aplicação do processo foram gravadas com auxílio de um gravador de áudio, de acordo com o termo de consentimento pós-esclarecido.

Foi utilizado um diário de campo para registro da observação do comportamento dos familiares em relação à criança, aos membros da equipe de enfermagem e a pesquisadora.

Foi realizada a entrevista aberta com as famílias selecionadas, utilizando a seguinte questão norteadora: como você está vivenciando o processo de hospitalização da sua criança na UTIP? Para identificação da necessidade de ajuda da enfermeira foram identificados os relatos sobre sofrimento, culpa e medo da morte. De posse desta informação, convidou-se os familiares para participar do estudo, explicando como seria desenvolvida a ajuda. Após o aceite, o processo de ajuda ao familiar foi implementado, de acordo com as suas necessidades específicas, utilizando o roteiro do processo de ajuda (APÊNDICE B), conforme descrito por Lima, (ANEXO B).

O processo de avaliação foi realizado pela pesquisadora, após a implementação da ajuda, variando o número de encontros para cada caso, através de uma segunda entrevista, contendo a seguinte questão norteadora: Como você está vivenciando o processo de hospitalização da criança após a ajuda recebida?

Os materiais resultantes da coleta de dados ficarão arquivados pela pesquisadora por um período de cinco anos, após esse período serão guardados no banco de dados do Grupo de Pesquisa sobre Educação, Ética/Bioética, cuidado e Exercício da Enfermagem.

3.7 Riscos e benefícios da pesquisa

Os riscos mínimos emocionais previstos antes da coleta de dados foram choro e desconforto. Em presença destes, foi realizado apoio ao familiar com palavras de conforto e esperança. Não ocorreram riscos físicos, sociais, morais ou biológicos.

Como benefício para os participantes este estudo contribuiu para a melhoria do cuidado de enfermagem às necessidades da família na unidade de terapia intensiva pediátrica. Serviu como subsídios para os profissionais de saúde, já que apontou como o profissional pode

contribuir para a superação do sofrimento, da culpa e do medo da finitude da vida vivenciados pelos familiares durante a hospitalização da criança na UTI.

Este estudo ainda contribuiu para uma nova prática e um novo saber em enfermagem, dando suporte teórico e metodológico para a equipe no que se refere à fundamentação, à prática e à reflexão sobre o processo de ajuda ao familiar no contexto da hospitalização.

3.8 Análise dos dados

Os dados foram analisados segundo a configuração triádica-humanista-existencial-personalista, que propõe a análise das vivências como alternativa metodológica de revelação do real nas pesquisas de natureza qualitativa. Recusa a busca de generalizações, princípios e leis se atendo no específico, peculiar e singular almejando a compreensão do ser em sua existencialidade. Ao trabalhar com dados subjetivos busca alternativas metodológicas a fim de garantir o rigor científico. Nesta perspectiva oferece e sugere a utilização de um Modelo de Categorização de base qualitativa adaptado do Modelo de GIORGI. (VIETTA, 1995)

De acordo com a proposta de Vietta (1995, p.41), a análise dos dados seguiu os seguintes passos:

1. Leitura atenta do conteúdo total expresso pelo paciente em seu depoimento, de forma a apreender o seu significado dentro da estrutura global.
2. Releitura do texto com vista à identificação de unidades de significado entendidas aqui como locuções de efeito. Estas revelam, no conteúdo verbal expresso pelos sujeitos, aspectos significativos de suas percepções, para compreensão e análise de suas vivências. Estas unidades são apreendidas por meio de um processo mental analítico-associativo, fundamentado num referencial teórico apropriado.
3. Identificação e classificação dos aspectos que apresentam convergências de conteúdo, de vários depoimentos expressos por diferentes sujeitos, procurando aquilo que se mostra constante nas falas de cada um.
4. Agrupamento das locuções ou de seus significados em categorias.
5. Apresentação destes agrupamentos em quadros representativos para melhor visualização dos resultados.
6. Análise compreensiva dos dados significativos destes agrupamentos, tendo como base a interpretação do conteúdo associado ao referencial teórico humanista - existencial-personalista.

4 RESULTADOS

Os resultados deste estudo foram apresentados na forma de dois artigos que contemplaram o objetivo proposto e atenderam as normas dos periódicos escolhidos. O primeiro manuscrito foi intitulado “Avaliação do processo de ajuda da enfermeira ao familiar da criança em UTI”. Esse manuscrito será submetido para publicação à *Enfermería Global*, cujo *Qualis CAPES* é B1 para a área de enfermagem.

O segundo manuscrito foi denominado “Pilares Franklianos na relação de ajuda aos familiares da criança na Unidade de Terapia Intensiva” e será submetido à publicação na revista *Eletrônica de Enfermagem*, *Qualis CAPES* B1 para a área da enfermagem.

4.1 Artigo 1

Avaliação do processo de ajuda da enfermeira ao familiar da criança em UTI*

Evaluación del proceso de ayuda de la enfermera de la familia del niño en la UCI

Evaluation of Nurse helping process to the child's family in ICU

OLIVEIRA, Verônica Mascarenhas** SANTA ROSA, Darci de Oliveira***

*Extraído da dissertação: “Avaliação do processo de ajuda da enfermeira ao familiar da criança em UTI” Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2016.

**Enfermeira. Especialista em enfermagem na UTI neonatal e pediátrica. Professora Auxiliar da Universidade Federal da Bahia (UNEB). Integrante do Grupo de Pesquisa sobre Educação, Ética/Bioética e Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Feira de Santana, BA, Brasil. Tel.: (075) 98228-7308. Email: veronicamascarenhas@ig.com.br

***Enfermeira. Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Líder do Grupo de Estudo sobre Educação, Ética e Exercício da Enfermagem da UFBA. Membro do Sigma Theta Tau Internacional – Capítulo Rhu Upsilon – FIEERP – USP/RP. Salvador, BA, Brasil. Email: darcisantarosa@gmail.com

RESUMO

Este estudo surgiu a partir da vontade de ajudar as famílias a vivenciar e superar o sofrimento, o medo e a culpa diante da difícil situação de ter uma criança internada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica, assim como, contribuir para que a enfermagem realize um cuidado eficaz voltado a esses familiares. Versa sobre o processo de ajuda da enfermeira recebido pelos familiares da criança gravemente doente durante o internamento em UTI. Tem como objetivo: Compreender como o familiar da criança crítica internada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica vivencia o processo de ajuda da enfermeira diante do sofrimento, da culpa e do medo da morte. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, cuja análise foi guiada pela Configuração Triádica Humanista Existencial Personalista. Teve como referencial teórico a Análise Existencial de Viktor Emil Frankl. Como resultado, foram construídas três categorias e cinco subcategorias. Conclui-se que o familiar da criança internada na UTI pediátrica, ao receber ajuda da enfermeira, encontra sentido no sofrimento, na fé em Deus e transforma-o em um agir responsável e grato a Deus e ao cuidado recebido da enfermeira.

Descritores: UTI pediátrica; Família; Criança; Existencialismo.

RESUMEN

Este estudio surgió del deseo de ayudar a las familias viven y superar el sufrimiento, el miedo y la culpa ante la difícil situación de tener un hijo internado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) pediátrica, así como contribuir a la enfermería realizar una atención eficaz de nuevo a estas familias. Se trata de proceso de ayuda de la enfermera recibida por las familias de niños gravemente enfermos durante la hospitalización en la UCI. Objetivos: Para entender cómo la familia de los niños hospitalizados críticos en la Unidad de Cuidados

Intensivos Pediátrica Enfermera experimenta el proceso de ayuda antes de que el sufrimiento, la culpa y el miedo a la muerte. Se trata de un salto cualitativo, exploratorio y descriptivo, cuyo análisis fue guiado por la configuración Triádico Existencial Humanista personalista. Tuvimos como referencia teórico del Análisis Existencial de Viktor Emil Frankl. Como resultado, se construyeron tres categorías y cinco subcategorías. De ello se desprende que la familia de los niños hospitalizados en la UCI pediátrica, que reciben ayuda de la enfermera, encuentra significado en el sufrimiento, la fe en Dios y lo transforma en un acto responsable y agradecido a Dios ya la atención recibida de la enfermera.

Descriptor: UCIP; la familia; infantil; El existencialismo.

ABSTRACT

This study arose from the desire to help families live and overcome suffering, fear and guilt before the difficult situation of having a hospitalized child in the Intensive Care Unit (ICU) Pediatric as well as contribute to nursing perform an effective care back to these families. Is about the nurse's aid process received by the families of seriously ill children during hospitalization in ICU. Aims: To understand how the family of critical hospitalized children in Intensive Care Unit Pediatric Nurse experiences the aid process before suffering, guilt and fear of death. This is a qualitative, exploratory and descriptive, whose analysis was guided by the Triadic Configuration Existential Humanistic Personalist. We had as theoretical reference the Existential Analysis of Viktor Emil Frankl. As a result, three categories and five subcategories were built. It follows that the family of the hospitalized children in the pediatric ICU, receiving help from the nurse, finds meaning in suffering, faith in God and transforms it into an act responsible and grateful to God and to the care received from the nurse.

Keywords: PICU; Family; Child; Existentialism.

INTRODUÇÃO

O Processo de Ajuda da enfermeira para o familiar da criança possibilita que estes entendam seus temores e preocupações como desafio do destino, motivando-o ao enfrentamento e domínio da situação, mostrando que vencer é possível ⁽¹⁾.

A família é um espaço que proporciona sobrevivência, desenvolvimento e proteção a seus membros, dentre eles as crianças, independente da sua estrutura ⁽²⁾. Quando a criança adoece e é internada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a família vivencia o sofrimento, a culpa pelo adoecimento, além do medo da possibilidade da finitude da vida infantil, que Viktor Frankl denomina de Tríade Trágica ^(3, 4,5).

Diante da vivência da Tríade Trágica, o familiar da criança internada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), encontra-se perseguido pelo vazio existencial, com falta de sentido pelo qual vale a pena viver, manifestado também pela indiferença – falta de iniciativa para melhorar ou modificar a situação que o faz sofrer ^(6,7).

Viktor Frankl expressa que é possível encontrar otimismo mesmo diante da tragédia e do sofrimento. Para ele é possível transformar o sofrimento em uma conquista, retirar da culpa a oportunidade de mudar a si próprio para melhor e fazer do medo da finitude da vida um impulso para agir de maneira responsável – otimismo trágico⁽⁶⁾.

O autor traz ainda o conceito de “otimismo trágico” como a capacidade da pessoa conviver com a tríade trágica (sofrimento, culpa e medo da finitude da vida) e mesmo assim, não perder o otimismo com relação à vida. Ele continua dizendo que não é necessário sofrer para encontrar o sentido da vida, mas se este é inevitável, é um dos caminhos para transcender da situação difícil e descobrir o sentido na dor, a fim de transformar a tragédia pessoal em glória⁽⁷⁾.

Diante do exposto considera-se importante a realização deste estudo tendo como referencial a Análise Existencial de Viktor Emil Frankl com vistas à atuação da enfermeira na ajuda ao familiar e como contribuição espera-se tornar o cuidado de enfermagem mais humanizado e despertar a consciência do enfermeiro enquanto ser que cuida. Tem como objetivo: Compreender como o familiar da criança crítica internada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica vivencia o processo de ajuda da enfermeira diante do sofrimento, da culpa e do medo da morte.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa qualitativa, guiada pelo referencial teórico da Análise Existencial de Viktor Emil Frankl. A coleta de dados ocorreu em janeiro de 2016, em um hospital público, especializado no atendimento infantil, localizado em uma cidade do interior da Bahia. Teve como campo empírico uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

A coleta de dados foi iniciada através da leitura de prontuário para obtenção de dados como tempo de internação da criança na UTIP, diagnóstico do paciente, uso de medicações e equipamentos, reações e condições da família, além da coleta de dados com a psicologia sobre as famílias que estavam mais abaladas emocionalmente. As entrevistas e a aplicação do processo foram gravadas com auxílio de um gravador de áudio, de acordo com o termo de consentimento pós-esclarecido.

Foi utilizado um diário de campo para registro da observação do comportamento dos familiares em relação à criança, aos membros da equipe de enfermagem e a pesquisadora.

Foi realizada a entrevista aberta com a seguinte questão norteadora: como você está vivenciando o processo de hospitalização da sua criança na UTIP? Para identificação da necessidade de ajuda da enfermeira foram identificadas falas que referiam sofrimento, medo e culpa. De posse desta informação, convidou-se os familiares para participar do estudo, explicando como seria desenvolvida a ajuda. Após o aceite, o processo de ajuda ao familiar foi implementado através do Roteiro do Processo de Ajuda (APÊNDICE A), de acordo com as suas necessidades específicas, conforme descrito por Lima⁽⁸⁾,

O processo de avaliação foi realizado após a implementação da ajuda, com o número de encontros variando de acordo com a necessidade de cada familiar e com cada tipo de ajuda ofertada, através de uma segunda entrevista, contendo a seguinte questão norteadora: Como você está vivenciando o processo de hospitalização da criança após a ajuda recebida?

Os materiais resultantes da coleta de dados ficarão arquivados pelas pesquisadoras por um período de cinco anos, após esse período serão guardados no banco de dados do Grupo de Pesquisa sobre Educação, Ética/Bioética, cuidado e Exercício da Enfermagem.

O desenvolvimento do estudo buscou respeitar os critérios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁽⁹⁾. Foi submetida e apreciada pela organização hospitalar e pelo Comitê de Ética da

Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, CAAE n. 47521415.2.0000.5531 e Parecer consubstanciado nº 1.310.020.

Os dados foram analisados seguindo os passos da configuração triádica-humanista-existencial-personalista⁽¹⁰⁾ e estão apresentados a seguir em forma de categorias empíricas.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

O Processo de ajuda foi implementado e avaliado com cinco familiares de crianças internadas na UTI, que a fim de garantir o anonimato foram identificados por número de família. Após a análise criteriosa dos dados, emergiram três categorias e cinco subcategorias, conforme quadro a seguir:

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
AJUDA DA ENFERMEIRA AO FAMILIAR DA CRIANÇA EM UTI: DA TRÍADE TRÁGICA AO OTIMISMO TRÁGICO	Vivencia da tríade trágica: o sofrimento, o medo da finitude da vida e a culpa
O CONFORTO ESPIRITUAL OFERTADO TROUXE MAIS CONFIANÇA	Recebendo o conforto espiritual
	Tornando-se mais confiante
TOMANDO CONSCIÊNCIA DA FINITUDE DA VIDA E ASSUMINDO A RESPONSABILIDADE FACE AO SOFRIMENTO	Expressando a consciência da finitude da vida
	Assumindo a responsabilidade

DESCRIÇÃO

CATEGORIA 1 - AJUDA DA ENFERMEIRA AO FAMILIAR DA CRIANÇA EM UTI: DA TRÍADE TRÁGICA AO OTIMISMO TRÁGICO.

Subcategoria 1 - Vivencia da tríade trágica: o sofrimento, o medo da finitude da vida e a culpa

O **sofrimento** relatado pelos familiares das crianças internadas em UTI. Diante da gravidade da doença da conseqüente internação da criança na UTI, os familiares expressam o sofrimento por eles vivenciado. As famílias consideraram a hospitalização como um momento traumático, vivido com sentimentos de perda e tristeza profunda.

“Quando eu cheguei mesmo eu fiquei em pânico, o coração gelava, eu ficava desesperada e não sabia se eu chorava. (...) Ele fez duas cirurgia(s), perdeu os

testículo(s), ele não vai poder nem ter mais filho e também ele quebrou o fêmur”. (F01).

“Então é só sofrimento, só sofrimento, muito sofrimento mesmo”. (F02)

“Então assim essas semanas para mim foram assim semanas de desespero”. (F05)

A hospitalização é um momento que jamais havia sido imaginado, onde os familiares sentem-se impotentes e culpados diante da situação, com medo da criança morrer. Os familiares, em especial os pais, sofrem ainda pelo inevitável distanciamento dos outros filhos, para dedicar-se ao cuidado da criança doente. Surge então, a de falta de fé e de esperança, que colabora para o difícil enfrentamento da situação.

“(…) às vezes perde a fé porque vê o sofrimento ali”. (F02)

“Eu sofro aqui por ela assim, desse jeito e sofro pelos outros que tá em casa”. (F03)

“Para mim é difícil, tenho mais dois filhos, eles sofrem, não podem visitar, eu não posso levar nenhuma imagem para eles (...). Me sinto até inútil, a gente não pode fazer nada, não tem o que fazer”. (F04)

“A gente não esperava, era só para fazer a troca de uma válvula (...) eu nunca imaginava que poderia chegar aonde chegou”. (F05)

O medo da possibilidade de finitude da vida é expresso pelos familiares das crianças internadas em UTI, pois compreendem a UTI como um setor crítico, onde o paciente é internado porque tem poucas possibilidades de cura. É nesse momento, da admissão da criança na UTI, que a família apreende a gravidade da doença e o temor da UTI.

“O problema dela é gravíssimo. (...) Mandou vim direto para a UTI”. (F02)

“É uma dificuldade para a gente. (...) Nós nunca, nem eu nem ela, nunca andei em hospital”. (F03)

“Foi primeira vez que ela ficou na UTI. (...) É muito pior está na UTI porque sei que da enfermaria eu vou para casa e na UTI eu não sei”. (F05)

Quando a criança é encaminhada para a UTI, os familiares desenvolvem o medo de vir a perdê-la e apavoram-se com a necessidade da sua permanência como acompanhante. Diante do sofrimento, o familiar sente o desejo de afastar a criança daquela situação, mesmo que para isso fosse necessário assumir o seu lugar.

“Eu toda hora fico rezando, eu preferia eu tá no lugar dele”. (F01)

“A gente só pensa que vai morrer (choro). Eu acho, mas eu não digo a mãe”. (F03)

“Não desejo para ninguém, Deus me livre! Aquelas máquinas apitando o tempo todo e você tensa. Tudo pode acontecer a qualquer momento”. (F05)

A **Culpa** vivida pelos familiares das crianças internadas em UTI ao vivenciar concretamente a situação da hospitalização na UTI e a possibilidade da finitude da vida infantil, os familiares se questionam sobre a qualidade do seu cuidado e culpam-se pelo adoecimento da criança.

Além do adoecimento da criança, os familiares se culpam por não conseguirem manter as suas rotinas de trabalho, que podem afetar o sustento da família, e por penalizarem os outros filhos, já que entregam a responsabilidade do cuidado a outras pessoas e acabam por proporcionar o distanciamento físico e afetivo dos pais a essas crianças.

“Eu me sinto como a culpada, O coração de mãe sofre. (...) Porque ela chegou a esse ponto? Porque os médicos de Serrinha não descobriu o problema dela”? (F02)

“A gente se sente o culpado porque a gente não pode fazer nada pelo sofrimento daquele filho”. (F03)

“Até hoje esta nesse problema”. (F04)

CATEGORIA 2 - O CONFORTO ESPIRITUAL OFERTADO TROUXE MAIS CONFIANÇA

Subcategoria 1 - Recebendo o conforto espiritual da enfermeira

Buscando a religiosidade e a fé em um Deus para superar o sofrimento na fé em Deus.

Através da oração, eles clamam pela cura da criança e confiantes esperam o agir de Deus.

“Confia primeiramente em Deus, segundo nos médicos (...) a gente tá ali com a fé”. (F02)

“Se eu não confiasse em Deus, não tinha força para chegar aonde eu cheguei”. (F03)

“Se a gente não se apegar a Deus nesse momento, eu nem sei! Oração, fé, e esperar o agir de Deus”. (F05)

A esperança da cura se faz presente, mesmo diante da consciência da possibilidade de morte. Os familiares se apegam ao desejo de que a criança volte com vida ao convívio doméstico para superar difícil situação de ter uma criança internada na UTI.

“Ter fé, confiar em Deus que tudo vai dá certo. (...) Eu espero a melhora dela. Com fé em Jesus Cristo que ela há de voltar”! (F02)

“Confiar em Deus que ele venha a melhorar para a vida voltar ao normal de novo”. (F04)

“Tanto eu como todos os pais que estão ali vivem na fé mesmo, na esperança do agir de Deus”. (F05)

A fé e a religiosidade também se faz presente durante a execução do Processo de Ajuda ao familiar, através do pedido de orações, da confiança que a ajuda ofertada a ele é ação de Deus.

“Deus tá colocando pessoas boas no caminho da gente e a gente vai ficando com mais esperança. Obrigada minha filha, que Jesus pague a você”. (F03)
 “Foi coisa de Deus você vim aqui, você esta cuidando da gente. Eu só peço que você continue rezando por mim para ter força e para que ela saia logo daqui”. (F05)

Subcategoria 2 - Tornando-se mais confiante

A aproximação com o enfermeiro durante o processo de ajuda proporciona o sentimento de confiança ao familiar. Eles expressam que se sentem apoiados e conseqüentemente mais fortes e tranquilos diante da situação de sofrimento.

“Se não fosse você pegar ela, ela não sabia o que ia fazer para chegar aqui. Sabendo que tem você como apoio, a gente fica mais calma e mais confiante”. (F01)
 “A gente fica com mais força, com mais confiança”! (F03)

Os familiares relatam também sobre o conforto espiritual. Tal sentimento foi adquirido através do incentivo à busca da fé e do apoio religioso realizados no processo de ajuda.

“Você trouxe a palavra de Deus”! (F01)
 “As colegas conversam e animam, mas você acalma a gente”. (F02)
 “A gente vai se sentindo mais aliviada. O padre rezou comigo, vai ficar rezando pelo menino. Deu uma paz quando ele falou comigo”. (F03)
 “Estou mais confortada, foi um momento ótimo! Ele (Padre) me deu palavras de conforto, de otimismo, de confiança. (...) Você, que nem conhece a gente, vem conversar, acalmar o coração”. (F04)
 “Estou me sentindo bem melhor, aliviada! (...) Ele rezou comigo, rezou por Maria Clara, foi um momento ótimo, meu coração de mãe estava precisando”. (F05)

Familiares que vivenciavam o desespero, a falta de fé e de esperança, a tristeza profunda e o medo da finitude da vida, relatam à calma, o otimismo e a confiança após passarem pelo Processo de Ajuda. Nota-se a gratidão pelo ser que ajuda e que proporciona o conforto.

CATEGORIA 3 - TOMANDO CONSCIÊNCIA DA FINITUDE DA VIDA E ASSUMINDO A RESPONSABILIDADE FACE AO SOFRIMENTO

Subcategoria 1 - Expressando a consciência da finitude da vida.

“Essa vaga que a gente não tá conseguindo. (...) O problema já tá agravando bastante. O coração domina o corpo da gente, ele não espera”. (...) “Você sabe que a UTI é sempre mais grave”. (F02)

A consciência da finitude da vida é expressa pela notícia de que não há mais o que fazer para alcançar a cura da criança. O familiar da criança internada na UTI revela a consciência sobre o risco da finitude da vida infantil. Tal consciência se faz necessária para que o familiar assuma a sua responsabilidade diante da difícil tarefa de cuidar da criança doente.

“Não sei se vai sobreviver, minha filha piorou! (...) Você tá vendo que seu filho não tá bem. (...) A qualquer hora pode faltar”. (F02)

“Só está faltando Deus aparar ele pra nós poder levar ele para casa. Se for da vontade de Deus”. (...) “Nós fica assim numa tristeza, pensando que o menino vai morrer”. (F03)

“Só em o medico virar para você e falar: não tem o que fazer. (...) Só Deus pode agir! É muita tensão, muita aflição, você se desespera”. (...) “Ninguém vai ocupar um leito de UTI sem ter uma gravidade. (...) Ainda tenho uma estrada muito longa aí”. (choro) (F05)

Subcategoria 2- Assumindo a responsabilidade

Ao encontrar sentido no sofrimento vivenciado diante do internamento, o familiar adquire a consciência da sua responsabilidade em relação à criança doente. Inicia-se então, a mobilização deste para exercer o seu cuidado. O familiar assume a responsabilidade sobre o ser que ele é responsável, vendo esta tarefa como algo intransferível.

“Não aguentei vir, quem veio com ele foi a madrinha dele. Depois de dois dias eu vim”. (Fam.01)

“Quando descobri, trouxe logo para esse hospital. (...) Eu tenho que tá pagando carro para vir. (...) Fiquei resolvendo umas coisas dela na rua, voltei hoje”. (F02)

“Eu não quero botar ela para ficar agitada, depois que operar, saber que correu tudo bem, aí eu vou e ligo para ela”. (F03)

“É complicado, você leva tudo só”. (F05)

DISCUSSÃO

Passos e Nitschke (2015) expressam que o internamento da criança ocasiona desestruturação no núcleo familiar, modificando a sua organização. E para encontrar o

equilíbrio e exercer o cuidado a criança doente, a família busca alternativas de reorganização, o que acaba gerando sofrimento entre os seus membros⁽¹¹⁾.

O *sofrimento* é um dos componentes da tríade trágica vivenciada pelos familiares da criança. Eles acreditam que o internamento é uma tragédia que parece não ter fim, é uma dor insuportável⁽¹²⁾. A vida parece não ter mais sentido, a rotina familiar é modificada e outros membros da família, como as crianças que estão em casa, são sacrificadas ao serem deixadas sob os cuidados de outras pessoas para que a atenção se volte à criança doente^(4,5).

Observou-se dentre os familiares que esta é uma realidade, pois nas falas os pais relatam a tristeza de ter que se ausentar do domicílio e deixar os outros filhos com os parentes. Nota-se também que o adoecimento e o internamento da criança na UTI pediátrica, fazem com que eles vivenciem o sofrimento. É um momento traumático para a família, que também vivenciam a *culpa*, questionando-se quanto à qualidade do seu cuidado.

Almeida e Sabatés concordam ao dizerem que quando uma criança adoece e é hospitalizada, os pais percebem esta situação como uma falha nos seus cuidados, podendo mostrar sinais de ansiedade e sentimentos de culpa⁽⁴⁾.

Além da culpa, a família sente o *medo da possibilidade da finitude da vida* da criança, por acreditar que a UTI é um local crítico e que os pacientes ali internados não tem chances de sobreviver⁽¹³⁾.

Os pais em especial, relataram o medo inerente a esse setor e afirmam a falta de esperança diante da situação. Eles sentem-se desesperançosos, sem força para lutar pela vida da criança e com medo da finitude da vida infantil. Diante da triade trágica vivenciada pelos familiares, percebeu-se a necessidade de aplicar o processo de ajuda.

O processo de ajuda da enfermeira é um cuidado ao familiar, atendendo-o em sua totalidade, ajudando-o a encontrar um sentido para a vida mesmo diante da situação trágica, além de ser uma “atitude ética, consciente e responsável”⁽⁸⁾. É um incentivo para que estes

façam do sofrimento uma conquista, da culpa uma oportunidade de mudança para melhor e do medo da finitude da vida uma chance para agir de maneira responsável diante da situação criança que precisa do cuidado dos seus familiares⁽⁷⁾.

Nas falas após o Processo de Ajuda, os relatos modificam. Nota-se a referência à Deus e a oração como fonte de força e esperança. Passa-se a acreditar na recuperação da criança, apesar da consciência da possibilidade da finitude da vida infantil.

A consciência da possibilidade da finitude infantil impulsiona os familiares a encorajar-se para se posicionar diante do internamento⁽¹⁴⁾. Eles passam a assumir uma atitude responsável de cuidado à criança, percebendo-se como peça fundamental para ajudar no tratamento e para alcançar a desejada recuperação^(2,15,16).

A aplicação do processo de ajuda deve valorizar a atitude positiva frente ao sofrimento, que pode surgir a partir das forças espirituais⁽⁸⁾. A fé é uma esperança no futuro que faz despertar o sentido da vida, a crença que Deus poderá agir diante da doença da criança. Deus surge como um conforto espiritual, uma força, um alento, uma luz, quando tudo parece estar perdido, transcendendo a família da situação de sofrimento, de culpa e de medo, para adquirir a consciência da possibilidade da finitude da vida infantil, assumir a responsabilidade e confiança diante da situação⁽⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao aplicar o processo de ajuda, demonstrando interesse, preocupação, cuidado e apoio, proporcionando-lhes o sentimento de confiança, percebe-se a gratidão dos familiares por ter alguém que se preocupa com eles, que dispensa atenção e tempo para ouvir, aconselhar, acolher, apoiar e orar.

Foi notória a mudança de atitude dos familiares frente à situação do internamento da criança na UTI. Mesmo adquirindo a consciência de que a criança poderia vir a morrer, a fé

em Deus os motivavam a ter esperança. Eles conseguiram encontrar o sentido da vida: o filho doente, e isso os impulsionaram a agir de maneira responsável, cuidando da criança, se fazendo presente e se sentindo útil no processo de tratamento.

Observou-se que a fé em Deus é a fonte de força para os familiares. A busca ao Deus interior reforça a esperança e os motivam a suportar o sofrimento, a sair da tristeza profunda e os lavaram a ação. Eles passam a acreditar na vitória diante da situação e foram levados a transcender da triade trágica ao otimismo trágico.

Nos relatos após a aplicabilidade do processo, observam-se os sentimentos de paz, calma, esperança, bem-estar, confiança, fé em Deus e conforto, que não haviam sido citados pelos familiares antes da ajuda recebida.

Assim, é de grande importância a aplicabilidade prática do processo de ajuda da enfermagem aos familiares da criança internada na Unidade de Terapia Intensiva, sendo igualmente útil e aplicável para a família de pacientes de qualquer idade, como recém-nascidos, adultos e idosos. Faz-se necessário que a enfermagem adquira tal conhecimento e a consciência do seu importante papel frente aos familiares dos pacientes da UTI e reconheçam que o seu cuidado embasado no Processo de Ajuda à luz da Análise Existencial de Viktor Frankl pode modificar o enfrentamento da situação de sofrimento.

BIBLIOGRAFIA

1. Lukas E. Mentalização e Saúde: a arte de viver a logoterapia. Trad. Helga Hinkenickel Reinold. Petrópolis, RJ: Vozes, 1990.
2. Freitas KS. Construção e validação da escala de conforto para familiares de pessoas em estado crítico de saúde (ECONF). Salvador. Tese [Doutorado em enfermagem] - Universidade Federal da Bahia; 2011.
3. Gomes JCV. Logoterapia: a psicoterapia existencial humanística de Viktor Emil Frankl. São Paulo: Loyola; 1987.
4. Almeida FA, Sabatés AL. Enfermagem Pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital. 1. ed. São Paulo: Manole, 2008.

5. Côa TF, Pettengill MAM. A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2011; 45(4): 825-32.
6. Frankl VE. A presença ignorada de Deus. Trad. De W.O. Schlupp e H.H Reinhold. 11. ed. Petropolis: Vozes; 2009.
7. Frankl VE. Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração. 28. ed. Petropolis: Vozes; 2009.
8. Lima AB. O sentido da vida do familiar do paciente crítico. Salvador. Dissertação [Mestrado em enfermagem] – Universidade Federal da Bahia; 2005.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília-DF, 2012.
10. Vietta EP. Configuração triádica, humanista-existencial-personalista: uma abordagem teórica-metodológica de aplicação nas pesquisas de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. *Rev. Lat. Am. Enferm.* 1995; 3(1): 31-43
11. Passos SSS, Pereira A, Nitschke RG. Cotidiano do familiar acompanhante durante a hospitalização de um membro da família. *Rev. Acta Paul Enferm.* 2015; 28(6): 539-45.
12. Bastos ACAC. A clausura do corpo libertando grilhões da mente: em busca do sentido na vida a partir da experiência de ser mãe de uma filha com paralisia cerebral. *Rev Logos & Existência.* 2014; 3(2), 106-118.
13. Lima AB, Santa Rosa DO. O sentido de vida do familiar do paciente crítico. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2008; 42(3): 547 – 53.
14. Santa Rosa DO. A compreensão do significado da responsabilidade profissional da enfermeira à luz da análise existencial de Viktor Frankl. São Paulo. Tese [Doutorado em Enfermagem] - Universidade de São Paulo; 1999.
15. Santos LF, Oliveira LMAC, Munari DB, Barbosa MA, Peixoto MKAV, Nogueira ALG. Quando a comunicação é nociva no encontro entre profissional e família da criança hospitalizada. *Rev. Enfermería Global.* 2015; 37.
16. Rodrigues IAA. Paciente terminal e apoio familiar – a logoterapia, a religiosidade e o sentido incondicional da vida. *Rev. da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial.* 2013; 2(1):47-59.

APÊNDICE A - ROTEIRO DO PROCESSO DE AJUDA*

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA CRÍTICA:

LEVANTAMENTO DE DADOS PARA O DIAGNÓSTICO DA NECESSIDADE DE AJUDA	ENCONTROS				
	1	2	3	4	5
<i>Efetua a atitude filosófica</i>					
Considera a existencialidade					
<i>Identifica a intencionalidade</i>					
Realização do levantamento dos dados no prontuário;					
Aproximação e observação do comportamento do paciente crítico, sua postura no leito, comportamentos evidenciados, uso de equipamentos e medicamentos;					
Obtenção de informações da enfermagem quanto à evolução, ao prognóstico e à relação do paciente com a família durante as visitas;					
Identificação: nome, idade, religião, ocupação e diagnóstico médico.					
APROXIMAÇÃO DO FAMILIAR					
Apresentação do profissional ao familiar do paciente crítico; Explicação da finalidade da sua entrevista;					
Agendamento de um momento para entrevista conforme disponibilidade do familiar e o seu consentimento para ser entrevistado					
LEVANTAMENTO DE DADOS DO FAMILIAR					
Identificação, durante a entrevista, da situação biológica, psicológica, e espiritual do familiar do paciente crítico através de expressões que revelem valores vivenciais, criativos e atitudinais, diante de: sofrimento, culpa, morte, vazio existencial, intencionalidade, sentido e consciência.					
promover sentimentos positivos, despertando-o para que ele seja capaz de preencher o vazio no qual se encontra, através de mensagens de otimismo, esperança, fé e amor;					
ajudar ao familiar do paciente crítico, estimulando-o à transformação da Tríade Trágica em otimismo trágico, fundamentada nos valores criativos, vivenciais e atitudinais.					
PARA A MOTIVAÇÃO DO FAMILIAR DO PACIENTE CRÍTICO ÀS REALIZAÇÕES, TENDO CONFIANÇA NOS CONTEÚDOS DE SENTIDO;					
Promover sentimentos positivos, despertando-o para que ele seja capaz de preencher o vazio no qual se encontra, através de mensagens de otimismo, esperança, fé e amor;					
Ajudar ao familiar do paciente crítico, estimulando-o à transformação da tríade trágica em otimismo trágico, fundamentada nos valores criativos, vivenciais e atitudinais;					
Estimular a confiança do familiar do paciente crítico em <i>algo</i> que lhe seja significativo, a fim de que tenha força para lutar contra o pessimismo. Esse <i>algo</i> pode ser: fé em deus, fé na cura, amor por um filho, esperança na medicina, dentre outros;					
Mostrar ao familiar do paciente crítico que ele precisa confiar previamente numa possibilidade de cura do seu familiar para ter força. Mesmo que o prognóstico seja sombrio, existem sempre oportunidades para o enriquecimento interior, que em qualquer momento pode emergir;					

Para incentivá-los a acreditar nas possibilidades de melhora do seu paciente crítico. Descobrir qual é a crença e a sua fé na vida do familiar;					
Demonstrar, através de palavras esclarecedoras e amigas que, se ele acreditar que nada tem sentido, a sua motivação para suas manifestações espirituais e conteúdos de sentido, diante da vida, não aparecerão;					
Não esconder do familiar do paciente crítico, pois ele precisa estar consciente da realidade concreta do seu familiar na UTI e ter confiança na palavra dos que acompanham o seu doente;					
despertar no familiar do paciente crítico o pensamento de que a sua presença na UTI tem significado;					
Estar atenta ao risco da perda de confiança, e evitar que isso ocorra pois levaria o familiar a experimentar o <i>vazio existencial</i> , expresso em situações de falta de fé e de esperança, diminuição da percepção positiva, angústia, tristeza, medo, indiferença e tédio;					
Despertar a sensibilidade para saber ouvir, calar e falar, integrando alegrias e tristezas;					
Transformar a hostilidade do familiar em atitude criativa, compreendendo e perdoando seu comportamento, o que o levará à reflexão e ao emergir de atitudes e expressões de outros valores;					
Despertar no familiar a consciência de que, apesar do sofrimento, ele pode transformar a sua realidade concreta, para que tenha sentido, assumindo uma atitude melhor e mais digna diante do inevitável, o que acontece ao se motivar a busca de um para quê viver, que pode ser por alguém que ele cria ou por um trabalho;					
o fundamento para esse agir do enfermeiro é a convicção de que o familiar do paciente crítico, tendo fé em algo e se preocupando em fazer algo positivo na situação vivenciada, estará caminhando para a expressão de valores de atitudes.					
PARA ESTIMULAR O FAMILIAR DO PACIENTE CRÍTICO À PERCEPÇÃO DA AMPLIAÇÃO DE CONTEÚDOS DE SENTIDO:					
Fortalecer o familiar para que alcance certo nível de equilíbrio, apesar de todo o sofrimento;					
Consolar o familiar através de um sofrimento compartilhado;					
Auxiliá-lo na percepção dos conteúdos de sentido, para o que se faz necessário que ele queira e esteja aberto para acreditar e confiar em algo positivo					
Estar atenta ao momento em que o familiar deseja ajuda da enfermeira					
Ajudar a ampliar a visão da situação concreta, estimulando sua vontade de encontrar conteúdos positivos e não estimular pensamentos negativistas					
Transmitir para o familiar com percepção de que a sua situação tem um significado, que nada na vida é em vão e que, naquela circunstância, tudo vai depender da maneira como ele se porta frente aos problemas					
Explicar que, por trás de um sofrimento, pode haver possibilidades de sentido;					
Estimular a compreensão da importância da percepção e do amadurecimento interior através da situação experienciada;					
Desmistificar concepções em relação à morte, à culpa, a rótulos e a pensamentos negativos;					
Estar atenta às expressões de falta de força, vontade de viver e imobilidade para tomar decisões;					

Despertar no familiar o desejo de ações, como possibilidade de execução para sentir-se útil;					
Lembrar ao familiar do paciente crítico as realizações agradáveis do passado, como um amor vivido, ou seja, a efetivação de uma lembrança plena de sentido;					
Auxiliar o familiar a descobrir suas forças espirituais, para se auto-ajudar;					
Identificar o momento em que o familiar percebe suas falhas, através de sentimentos de inutilidade, impotência e culpa para estimulá-lo a superá-los;					
Ajudá-lo a despertar a consciência da sua responsabilidade para que ele possa apresentá-la através de uma atitude com sentido, frente à situação vivenciada por seu familiar na uti;					
Ajudá-lo, naquela circunstância a tomar decisões positivas, não apenas reconhecendo o que é certo, mas querendo, no seu íntimo, agir da melhor maneira que lhe seja possível;					
Estimular a reflexão, para apreensão do que percebe como <i>sentido de vida</i> ;					
Ajudar o familiar, incentivando à realização de uma atividade e/ou tarefa que preencha o vazio existencial;					
Valorizar o estar-junto e cuidar do seu paciente, com essa atitude, a enfermeira estará liberando impulsos que ajudarão a enfrentar o medo;					
Incentivar a prática religiosa, a fé e o desenvolvimento espiritual;					
Estimular a oração, como meio de conexão com o seu deus interior e como possibilidade de reflexões, nas quais deus aparece como um parceiro em que se confia e com quem se dialoga, fazendo assim, emergir a confiança em si mesmo.					

Fonte: Lima AB. **O sentido da vida do familiar do paciente crítico**. Salvador. Dissertação [Mestrado em enfermagem] - Universidade Federal da Bahia; 2005.

Adaptado com a autorização da autora*.

4.2 ARTIGO 2

Pilares Franklianos na relação de ajuda aos familiares da criança na Unidade de Terapia Intensiva¹

Verônica Mascarenhas Oliveira², Darci de Oliveira Santa Rosa³

¹Extraído da dissertação: “Avaliação do processo de ajuda da enfermeira ao familiar da criança em UTI” Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2016.

²Enfermeira. Discente do Programa de Pós-graduação em enfermagem, nível mestrado, da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista de enfermagem na UTI neonatal e pediátrica. Professora Auxiliar da Universidade Estadual da Bahia (UNEB). Email: veronicamascarenhas@ig.com.br

³Enfermeira. Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Líder do Grupo de Pesquisa sobre Educar, Ética e Exercício da Enfermagem da UFBA. Membro do Sigma Theta Tau Internacional – Capítulo Rhu Ypslyon – FIEERP – USP. Salvador, BA, Brasil. Email: darcisantarosa@gmail.com

RESUMO

Internamento da criança na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um momento traumático para os familiares. O objetivo deste estudo foi compreender como os Pilares Franklianos estão presentes na vivência dos familiares da criança internada na UTI após a ajuda da enfermeira. Estudo exploratório de abordagem qualitativa. Os participantes foram cinco familiares de crianças internadas no referido setor. Tem como referencial teórico a Análise Existencial de Viktor Emil Frankl. A análise de dados através da Configuração Triádica Humanista Existencial Personalista. Evidenciaram as seguintes categorias: “Lembranças do arquivo eterno com a criança em situação de internamento”, “Vivenciando o sofrimento”, “Expressando a responsabilidade”, Revelando a religiosidade”, “Expressando a vontade de sentido” e “Revelando que o filho é o sentido da vida”. Concluiu-se que foi possível apreender, após ações de ajuda da enfermeira, os seguinte pilares Franklianos: arquivo eterno vivido com a criança antes do internamento na UTI, vivencias de sofrimento, expressões de responsabilidade, religiosidade, vontade de sentido e filho como sentido da vida.

Descritores: UTI pediátrica; Família; Criança; Existencialismo.

INTRODUÇÃO

A Logoterapia e a Análise Existencial de Viktor Emil Frankl é a terapia do sentido da vida, e tem a proposta do resgate daquilo que é humano na pessoa. Encontrar a liberdade independente da situação, a responsabilidade perante algo ou alguém e a autotranscendência para encontrar um sentido sob qualquer circunstancia⁽¹⁾. Frankl afirma ainda que a logoterapia é um caminho para encontrar o sentido mesmo diante do sofrimento e da existência, muitas vezes sem proposito, ajudando o ser humano a encontrar o “para que” viver⁽²⁾.

Diante do internamento da criança na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), o familiar vivencia o sofrimento, a culpa e o medo da morte, denominado Tríade Trágica⁽²⁻⁴⁾. Tais sentimentos provocam nos familiares o Vazio Existencial, caracterizado como a falta de sentido pelo qual vale a pena viver, um vazio interior, a falta de esperança e a de iniciativa para agir e modificar a situação de sofrimento^(5,6).

Não é necessário passar pelo sofrimento para que se encontre o sentido da vida, mas quando este é inevitável, tem que se ver nessa situação uma tarefa sua, importe e intransferível. A pessoa precisa adquirir a consciência que ela é única, uma peça fundamental dentro deste destino. Ninguém pode assumir o seu papel. Porém, a forma como ela encara e suporta a realidade do sofrimento, pode ser a possibilidade de uma conquista. Mas, na maneira como ela própria suporta esse sofrimento está também à possibilidade de uma realização única e singular⁽⁵⁾. De certo modo, o sofrimento deixa de ser sofrimento quando se há um sentido ao vivencia-lo⁽⁶⁾.

A(o) enfermeira(o) e a equipe de enfermagem proporcionam o cuidado direto a criança e sua família, fato que facilita a aquisição de vínculo e confiança⁽⁷⁾. Tal característica faz com que estes profissionais possam auxiliar a família no enfrentamento da situação de sofrimento, tornando-se fonte de apoio e suporte⁽⁸⁾. Um dos caminhos que poderá ser utilizado é o processo de ajuda.

O processo de ajuda da enfermeira ao familiar da criança internada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) teve como finalidade fazer com que estes descobrissem o sentido das suas vidas diante da tríade trágica. Além disso, proporcionar que estes transformassem o sofrimento em uma conquista, que extraíssem da culpa a oportunidade de mudança para melhor e que retirassem do medo da finitude da vida um impulso para agir de maneira responsável diante do internamento infantil, de acordo com a Análise Existencial de Frankl^(5,6).

O interesse pelo aprofundamento do tema surgiu a partir da trajetória acadêmica e profissional das autoras na UTI, particularmente acerca da experiência sobre a tríade trágica vivenciada pelos familiares no internamento da criança neste setor. Surgiu então o desejo de tentar modificar a forma com que estes enfrentam a situação, minimizando os seus impactos negativos.

Espera-se que este estudo possa auxiliar o(a)s enfermeira(o)s a refletir e compreender a tríade trágica experienciada pelos familiares e que os resultados advindos da aplicação do processo de ajuda possam contribuir para a efetividade do cuidado ao familiar. Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de maior conhecimento específico sobre a análise existencial de Viktor Frankl aplicada aos familiares de pacientes internados na UTI e pela importância da transcendência da tríade trágica ao otimismo trágico, proporcionada pelo processo de ajuda da enfermeira ao familiar da criança internada em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP).

O objetivo deste estudo foi compreender como os Pilares Franklianos estão presentes na vivência dos familiares da criança internada na UTI após a ajuda da enfermeira.

MÉTODOS

Estudo exploratório de abordagem qualitativa, guiado pela Configuração Triádica Humanista Existencial Personalista⁽⁹⁾. Os participantes do estudo foram cinco familiares de crianças internadas na UTIP de um hospital público, estadual, especializado no atendimento infantil, localizado em uma cidade do interior da Bahia, sendo o campo empírico a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

Esta pesquisa foi submetida e apreciada pela organização hospitalar e pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, CAAE n. 47521415.2.0000.5531 e Parecer substanciado nº 1.310.020.

Para a seleção dos participantes foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: Ser familiar acompanhante da criança internada em Unidade de Terapia intensiva, ser familiar acompanhante da criança com tempo de internação inferior a 20 dias.

A coleta de dados ocorreu em janeiro de 2016 através da leitura de prontuário para obtenção de dados como tempo de internação da criança na UTIP, suspeita diagnóstica, uso de medicações e equipamentos, reações e condições da família.

Foi utilizado um diário de campo para registrar as observações da pesquisadora acerca dos comportamentos dos familiares em relação à criança, a equipe profissional da UTI e a própria pesquisadora durante todo o desenvolvimento da pesquisa.

Atendendo o disposto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁽¹⁰⁾, foram esclarecidos os objetivos do estudo, sua importância e demais dúvidas dos entrevistados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) fornecido pelo pesquisador, era então lido e assinado individualmente, garantindo o anonimato do sujeito e a utilização dos dados apenas para os fins de desenvolvimento do estudo.

Levou-se em consideração a criação do termo de informações aos participantes e termo de consentimento pós-esclarecido, a ponderação entre os riscos e benefícios, a garantia de que danos previsíveis serão evitados e a relevância social da pesquisa. Após, foi realizada a entrevista aberta com a seguinte questão norteadora: “Como você está vivenciando o processo de hospitalização da sua criança na UTIP?” verificando a fala que referiam sofrimento, culpa e medo, identificando assim, a necessidade de ajuda da enfermeira.

Após a primeira entrevista, convidou-se os familiares para participar do estudo, explicando como seria desenvolvida a ajuda. Após o aceite, o processo de ajuda ao familiar foi implementado através do Roteiro do Processo de Ajuda, de acordo com as suas necessidades específicas, fundamentada em Lima⁽¹¹⁾.

O roteiro do processo de ajuda estabelece cinco encontros com cada familiar, podendo este número ser modificado para atender as necessidades do familiar. É composto por:

1. *Identificação da criança;*
2. *Levantamento de dados para o diagnóstico da necessidade de ajuda,* dentre eles leitura de prontuário, observação do paciente e sua família e levantamento de informações com os profissionais;
3. *Aproximação do familiar,* para apresentação do pesquisador, explicação da entrevista e agendamento da mesma;
4. *Levantamento de dados do familiar,* através da entrevista onde os mesmos expressam a sua situação, sentimentos e valores;
5. *Motivação do familiar do paciente crítico às realizações, tendo confiança nos conteúdos de sentido,* através da promoção de sentimentos positivos;
6. *Estimulo do familiar do paciente crítico à percepção da ampliação de conteúdos de sentido,* através de atitudes como: a explicação que por trás de um sofrimento pode haver possibilidades de sentido; a desmistificação das concepções em relação à morte, à culpa, a rótulos e a pensamentos negativos; a atenção às expressões de falta de força, vontade de viver e imobilidade para tomar decisões; o despertar do desejo de ações para sentir-se útil; o auxílio para a descoberta das suas forças espirituais, para se auto-ajudar e a ajuda para despertar a consciência da sua responsabilidade perante a criança.

As entrevistas e o processo de ajuda foram gravados com auxílio de um gravador. Os materiais de coleta de dados foram arquivados pela pesquisadora por um período de cinco anos, após esse período serão guardados no banco de dados do Grupo de Pesquisa sobre Educação Ética e Exercício da Enfermagem.

A avaliação do processo de ajuda foi realizada após as visitas aos familiares, através de uma segunda entrevista, contendo a seguinte questão norteadora: “Como você está vivenciando o processo de hospitalização da criança

após a ajuda recebida?”. O quantitativo de visitas alternaram de acordo com o tipo de ajuda oferecida e da necessidade de cada familiar. Os dados foram analisados segundo a configuração triádica-humanista-existencial-personalista ⁽¹⁴⁾.

RESULTADOS

O Processo de Ajuda foi implementado e avaliado com cinco familiares de crianças internadas na UTI pediátrica, que foram identificados por número de família, a fim de garantir o anonimato. Após a análise criteriosa dos dados, emergiram as seguintes categorias: “**Lembranças do arquivo eterno com a criança em situação de internamento**”, “**Vivenciando o sofrimento**”, “**Expressando a responsabilidade**”, “**Revelando sua religiosidade**”, “**Expressando sua vontade de sentido**” e “**Revelando que o filho é o sentido da sua vida**”, que estão apresentadas a seguir.

Lembranças do arquivo eterno com a criança em situação de internamento

Os familiares lembram momentos felizes em relação à criança no convívio familiar. São lembranças eternas, que fazem parte do seu arquivo pessoal e que pode ser um caminho para o encontro de sentido.

[...] Nós fazia a roça juntas [...]. (F03)

[...] A gestação dela foi normal, ele nasceu normal, nasceu bem [...]. (F04)

Vivenciando o Sofrimento

Ao lembrar a trajetória do adoecimento e internamento da criança, os familiares expressam o sofrimento por eles vivenciado. São momentos de tristeza e medo.

[...] ficamos quase 60 dias na UTI quando ele operou [...]. Lá não tinha o benefício de cuidar da vida dele, estava procurando vaga na incubadora, ele ia nascer fora de tempo. Ele só tinha oito meses! Foi sorte que esse médico transferiu ele [...]. (F03)

[...] foi à primeira vez que aconteceu isso. A gente criou aquele trauma, aquele medo. (F04)

[...] ela já tinha um problema neurológico, mas ela interagia, sentava, ficava de pé, ela tinha uma vida! [...]. (F05)

Expressando a Responsabilidade

As falas expressam que a descoberta da responsabilidade para com a criança doente, possibilitando que o familiar reaja diante da situação de internamento na UTI..

[...] a gente tem que segurar, tem que cuidar. Se a gente não tem força, como é que vai cuidar? (F02)

[...] tem que parar a vida para cuidar do nosso filho (F04)

[...] vou em casa ver os outros, fico um pouco com eles e depois eu retorno. Eu também não gosto de deixar muito assim, não! Não quis que ninguém ficasse [...]. (F05)

Revelando sua Religiosidade

Nas falas os familiares expressam que a fé em Deus é o que mantem a esperança. É a fonte de força que os motivam a lutar em prol da vida da criança.

[...] busco força em Deus. Ele dá resistência! A gente perde a esperança, mas na mesma hora Deus fortalece [...]. (F03)

[...] ficamos muito tristes, lutando, confiando em Deus, esperando que ele venha a melhorar e voltar logo para casa [...]. (F04)

[...] me apego a Deus! Quando a nossa fé se renova, a gente ganha esperança e força para continuar nessa luta [...]. (F05)

Expressando sua vontade de sentido

Os entrevistados expressam a vontade de sentido, a busca pelo motivo que os fazem lutar e não desistir.

[...] a gente tem que correr atrás. A gente rasteja, vai de um canto vai de outro e consegue. Tem que ter força pra cuidar. Se a gente perder a força, a gente não é mãe, não consegue cuidar. A gente vai vencer a batalha! Quero é a minha filha sorrindo e correndo. (F02)

[...] peço a Deus que me dê minha filha restaurada, mesmo não sendo uma criança normal. (F05)

Revelando que o filho é o sentido da sua vida

Nas falas dos entrevistados evidencia-se que os familiares encontraram o seu sentido da vida, mesmo diante do inevitável sofrimento vivenciado. A criança doente é o motivo pelo qual vivem e enfrentam a situação do internamento na UTI. O objetivo da recuperação da saúde é o que os motivam a agir, utilizando todas as suas forças.

[...] a gente tira do bolso, o que a gente tem. Pelo filho a gente faz tudo! (F02)

[...] O importante é a saúde dele! Só tenho ele de filho. (F04)

DISCUSSÃO

Os momentos vivenciados com a criança antes do adoecimento e internamento na UTIP fazem parte das lembranças dos familiares. Tais momentos os motivam a batalhar para a recuperação da criança e para a retomada do convívio familiar ao lado da mesma.

Xausa concorda quando expressa que os valores são caracterizados pelos momentos vivenciados no dia-a-dia, em família, na criação dos filhos, lembranças do arquivo eterno que dão significado e proporcionam sentido à vida, que motivam os familiares a lutar pela retomada dessa rotina interrompida diante do internamento da criança⁽¹²⁾.

Ao expressar sobre acontecimentos passados, abrem-se caminhos para a construção de valores e o encontro de possibilidades de sentido. De acordo com a análise existencial é uma forma de encontrar sentido para a vida⁽⁶⁾.

As lembranças da situação atual de adoecimento e internamento na UTIP também estão presentes no arquivo dos familiares. São situações que remetem ao sofrimento intenso, a culpa e ao medo da finitude da vida infantil. Apesar disso, os familiares compreendem o valor que a criança tem para a sua vida e como vale a pena lutar pela recuperação infantil.

Situações de sofrimento também fazem parte do arquivo eterno dos familiares, principalmente quando são enfrentadas com coragem e determinação⁽⁵⁾. Lima e santa Rosa concordam ao dizerem que ao expressar os momentos vividos, o familiar descobre os “valores de vivência”, qualidades da criança e o amor que por ela sente, considerado como motivos que dão sentido à sua vida⁽¹³⁾.

Ao vivenciar o sofrimento com coragem e determinação, os familiares entendem o seu importante e insubstituível papel frente à criança hospitalizada e assume a sua responsabilidade em lutar e cuidar da criança.

Se o ser humano não assume as suas responsabilidades todo o equilíbrio do universo será prejudicado, porque ninguém pode assumir uma missão que pertence a outra pessoa, o “mundo perde em evolução”⁽²⁾.

Nenhuma pessoa pode ser substituída e nem representada por outro indivíduo em suas tarefas. Quando essa consciência é adquirida, toda a sua responsabilidade de vida ganha sentido, as suas ações ganham significado e importância⁽⁵⁾. Ao atingir a consciência de sua responsabilidade, o homem reconhece sobre o que ou quem ele é responsável, e que diante das dificuldades ele pode ir além, agir e se posicionar⁽¹⁴⁾.

Ao mesmo tempo em que o sofrimento pode gerar no familiar o sentimento de responsabilidade perante a criança, pode significar a necessidade de ajuda espiritual. É na tristeza que os familiares julgam-se sem força para lutar e parecem perder a esperança diante da situação, necessitando assim, de ajuda para retomar a sua fé.

A pessoa que sofre na maioria das vezes deixa transparecer no semblante, na maneira de agir e no olhar. A solidão e a tristeza representam a necessidade de ajuda espiritual⁽¹⁵⁾. Diante do sofrimento inevitável o familiar não percebe que sentido da sua vida pode ser encontrado mesmo diante de situações trágicas⁽¹⁶⁾.

A fé em Deus é expressa pelos entrevistados como uma força, um alento diante da tríade trágica. É uma motivação para não se entregar à situação e lutar pela vida do menor. Surge então a esperança de que Deus irá agir, curar a criança e os retirar daquele sofrimento.

A espiritualidade então possibilita o encontro do sentido, é uma “dimensão humana” que favorece a “busca e o sentido transcendente, que é irrepetível”. Segundo o autor, Deus é sentido, é uma possibilidade de não se entregar ao sofrimento, a culpa, ao medo da finitude da vida, é a possibilidade de escolher lutar pela vida⁽¹⁷⁾.

Lukas refere que o cuidado espiritual é incentivar que os sentimentos sejam expressos, é favorecer que se encontre sentido diante do sofrimento inevitável, ofertar apoio e orientar o enfrentamento da situação⁽¹⁶⁾. O enfermeiro cuidaria espiritualmente auxiliando o familiar da criança a reencontrar a fé, que talvez tenha ficado abalada diante da situação de adoecimento e internamento na UTI pediátrica⁽¹⁵⁾ e incentivando a busca da vontade de sentido.

Os familiares expressam a busca de sentido através do desejo de modificar a situação trágica que eles estão vivenciando. Eles passam a enfrentar o adoecimento infantil e querer lutar pela recuperação da criança.

Frankl complementa ao dizer que a busca de um sentido é o que motiva a vida do ser humano. É uma busca pessoal e intransferível. Ao encontra-lo o ser humano satisfará a sua própria vontade de sentido⁽⁵⁾. O sentido da vida é um lugar que se deseja chegar, de tranquilidade nos momentos difíceis, onde se descansa, onde se encontra a paz. Ele oferece segurança para viver as adversidades⁽¹⁷⁾.

Segundo Frankl o sentido pode ser encontrado de três diferentes formas: fazendo ou criando alguma coisa, amando alguém ou na situação de sofrimento onde não há mais esperança e que nada pode fazer para modificá-la. O importante é a forma como o indivíduo encara a situação⁽⁵⁾.

Diante do enfrentamento da situação de sofrimento, os familiares encontram o sentido para a sua vida: a criança doente. Com isso são motivados a ir além da tríade trágica, a agir com responsabilidade, assumindo o seu papel para cuidar da criança e ter esperança na sua recuperação.

Quando o ser humano encontra o sentido da sua vida consegue transcender para além do presente, focando os seus objetivos e esforços para além das adversidades que esta vivenciando⁽¹⁴⁾. Este é capaz de encontrar este sentido mesmo diante do sofrimento inevitável, da culpa, da doença e do medo da finitude infantil, evoluindo o seu lado espiritual e se tornando um ser determinado a agir⁽¹⁷⁾.

CONCLUSÕES

Foi possível apreender as lembranças do arquivo eterno vivido com a criança antes do internamento na UTI, vivenciar o Sofrimento, expressar Responsabilidade, religiosidade, vontade de sentido e o filho como sentido da vida do familiar como os pilares Franklianos revelados pelo familiar da criança após ações de ajuda da enfermeira.

O conhecimento da Análise Existencial de Viktor Emil Frankl, assim como a aplicabilidade prática do Processo de Ajuda da enfermeira possibilitou ao familiar transcender da situação de tríade trágica para uma capacidade de não perder o otimismo com relação à vida, alcançando sentimentos positivos frente ao adoecimento e internamento infantil.

REFERÊNCIAS

1. Frankl VE. Um sentido para a vida: psicoterapia e humanismo. Trad. De Victor Hugo S. Lapenta. São Paulo: Santuário; 1989.
2. Gomes JCV. Logoterapia: a psicoterapia existencial humanística de Viktor Emil Frankl. São Paulo: Loyola; 1987.
3. Almeida FA, Sabatés AL. Enfermagem Pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital. 1. ed. São Paulo: Manole, 2008.
4. Côa TF, Pettengill MAM. A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. Rev. Esc. Enferm. USP. 2011; 45(4): 825-32.
5. Frankl VE. Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração. 28. ed. Petrópolis: Vozes; 2009.
6. Frankl VE. A presença ignorada de Deus. Trad. De W.O. Schlupp e H.H Reinhold. 11. ed. Petrópolis: Vozes; 2009.
7. Molina RCM, Fonseca EL, Waidman MAP, Marcon SS. A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009; 43(3), 630-8.
8. Gomes GC, Leite FLLM, Souza NZ, Xavier DM, J Cunha JC, Pasini D. Estratégias utilizadas pela família para cuidar a criança no hospital. Rev. Eletr. Enf. 2014; 16(2), 434-42.
9. Vietta EP. Configuração triádica, humanista-existencial-personalista: uma abordagem teórica-metodológica de aplicação nas pesquisas de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. Rev. Lat. Am. Enferm. 1995; 3(1): 31-43.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília-DF, 2012.
11. Lima AB. O sentido da vida do familiar do paciente crítico. Salvador. Dissertação [Mestrado em enfermagem] – Universidade Federal da Bahia; 2005.
12. Xausa IAM. A psicologia do sentido da vida. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 1988.
13. Lima AB, Santa Rosa DO. O sentido de vida do familiar do paciente crítico. Rev. esc. enferm. USP. 2008; 42 (3): 547-53
14. Bastos ACAC. A clausura do corpo libertando grilhões da mente: em busca do sentido na vida a partir da experiência de ser mãe de uma filha com paralisia cerebral. Rev Logos & Existência. 2014; 3(2), 106-118.

15. Araújo MAM, Batista RA, Júnior IAS, Sampaio CL, Martins LGF, Guerra DR, Silva AL. A percepção dos enfermeiros acerca dos cuidados espirituais. *Rev Logos & Existência*. 2015; 4(1), 84-94.
16. Lukas, E. Logoterapia a força desafiadora do espírito: métodos de logoterapia. São Paulo: Loyola; 1989.
17. Araújo MAM, Guerra DR, Silva AL, Martins LGF, Braga VAB, Almeida ANS. Os conceitos de sentido da vida: reveladores da espiritualidade da pessoa com câncer. *Rev Logos & Existência*. 2015; 4 (2), 189-201

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou que o adoecimento e o internamento da criança na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, é um momento de crise e de imensa tristeza para a família. Diante desta situação, o familiar vivencia sentimentos negativos de sofrimento, culpa pelo adoecimento e medo da possibilidade da finitude infantil, que caracterizam a tríade Trágica. Como consequência, adquire o vazio existencial, tornando-se sem esperança e sem forças para agir com responsabilidade diante da situação.

Os relatos a partir do processo de ajuda expressam que foi possível transcender da Tríade Trágica para o Otimismo Trágico, pois as atitudes positivas da enfermeira, como a ajuda espiritual de incentivo para a retomada da fé, proporcionou aos familiares encontrar um sentido para a sua vida: o filho doente. Os familiares expressam que Deus é um alento, fonte de força e esperança, que os motivam a lutar a favor da cura da criança.

Os resultados desta pesquisa possibilitaram ainda apreender que na Avaliação do Processo de Ajuda os familiares vivenciam sentimentos de paz, força, fé, coragem, conforto e responsabilidade, mesmo diante da difícil situação de ter uma criança gravemente doente internada na UTIP e de ter a consciência da possibilidade de perdê-la.

Identificou-se o sentimento de confiança e a gratidão para com a enfermeira que aplicou o Processo. Os familiares afirmam a importância de ter alguém para apoiar, ouvir, confortar, acolher, incentivar, consolar, incentivar a retomada da fé, dispensar atenção e preocupação.

A pesquisa identificou a importância da ajuda do(a) enfermeiro(a) através da compreensão da vivência e da condição existencial do familiar da criança. Através do conhecimento da *Análise Existencial de Viktor Frankl*, o(a) profissional compreende o familiar como uma pessoa única, que possui uma maneira própria de se expressar, ofertando assim, um cuidado em sua totalidade, além de ser uma atitude ética e responsável, motivando ao enfrentamento e domínio da situação, mostrando que vencer é possível.

Este estudo contribui para a ampliação do referencial teórico acerca da temática, o que por sua vez orienta a reorganização do cuidado ao familiar da criança em UTIP. Contribui ainda para a reflexão e compreensão da Tríade Trágica e da possibilidade de transcendência para o Otimismo Trágico, bem como, para o conhecimento e

implementação do Processo de Ajuda da enfermeira nas práticas de cuidado ao familiar da criança internada em UTIP.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, F. A; SABATÈS, A. L. **Enfermagem Pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital**. 1. ed. São Paulo: Editora Manole. 2008.
- AMARO, Luana da Silva. Resiliência em pacientes com câncer de mama: o sentido da vida como mecanismo de proteção. **Rev Logos & Existência**, João Pessoa, v. 2, n. 2, p. 147-161, 2013.
- ÂNGELO, M. **Com a Família em Tempos Difíceis: Uma Perspectiva de Enfermagem**. São Paulo, Ribeirão Preto, 1997. Tese (Livre Docência). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- ÂNGELO, M; BOUSSO, R. S. 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. 172-9, Jun. 2001.
- ÂNGELO, M; PETTENGILL, M. A. M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. **Rev. Latino-Am Enfermagem**. São Paulo, v. 13, n. 6, p. 982-8, Nov-dez. 2005.
- ÂNGELO, M; VERISSIMO, M. D. L. Ó. R. O papel da enfermeira centrado na criança e na família. IN: SIGAUD, C. H. S; VERISSIMO, M. D. L. Ó. R.. (Orgs.) **Enfermagem Pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1996, p.89-96.
- ÂNGELO, M; WERNET, M. A Enfermagem Diante das Mães na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **R. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 229-35, abr-jun. 2007.
- ARAÚJO, M. A. M. et al. A percepção dos enfermeiros acerca dos cuidados espirituais. **Rev Logos & Existência**, João Pessoa, v. 4, n. 1, p. 84-94, 2015a.
- ARAÚJO, M. A. M. et al. Os conceitos de sentido da vida: reveladores da espiritualidade da pessoa com câncer. **Rev Logos & Existência**, João Pessoa, v. 4, n. 2, p. 189-201, 2015b.
- BASTOS, A. C. A. C. A clausura do corpo libertando grilhões da mente: em busca do sentido na vida a partir da experiência de ser mãe de uma filha com paralisia cerebral. **Rev Logos & Existência**, João Pessoa, v. 3, n. 2, p. 106-118, 2014.
- BERTACHINI, L; PESSINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.
- BORGES, R. F; WALDOW, V. R. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 765-771, jul-ago. 2008.
- BOWDEN, V. R; GREENBERG, C. S. **Procedimentos de enfermagem pediátrica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005.

BRASIL, Associação de Medicina Intensiva Brasileira. **Humanização em Cuidados Intensivos**. Rio de Janeiro: Editora Revinter LTDA, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Brasília-DF, 2012.

CINTRA, E. A; NISHIDE, V. M; NUNES, W. A. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo**. 2. ed. São Paulo: Atheneu. 2005.

CÔA, T. F; PETTENGILL, M. A. M. A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 45, n. 4, p. 825-32, 2011.

COLLET, N; ROZENDO, C. A. Humanização e Trabalho na Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília (DF), v. 56, n. 2, p. 189-192, mar-abr. 2003.

FRANKL, V. E. **A presença ignorada de Deus**. Trad. De W.O. Schlupp e H.H Reinhold. 11. ed. Petropolis: Vozes; 2009a.

_____. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. 28. ed. Petropolis: Vozes; 2009b.

_____. **Logoterapia e análise existencial**. Campinas: editorial Psy II; 1995.

_____. **Um sentido para a vida: psicoterapia e humanismo**. Trad. De Victor Hugo S. Lapenta. São Paulo: Santuário; 1989.

FREITAS, K. S. **Construção e validação da escala de conforto para familiares de pessoas em estado crítico de saúde (ECONF)**. Salvador, 2011. Tese (Doutorado em enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia.

GOMES, G. C. et al. Estratégias utilizadas pela família para cuidar a criança no hospital. **Rev. Eletr. Enf. Goiás**, v. 16, n. 2, p. 434-42, 2014.

GOMES, J. C. V. **Logoterapia: A psicoterapia existencial humanista de Viktor Emil Frankl**. São Paulo: Loyola; 1987.

HAYAKAWA, L. Y. et al. Rede social de apoio à família de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 63, n. 3, p. 440-5, maio-jun. 2010.

HILLING, M. G; RIBEIRO, N. R. R. Grupo de pais da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: percepção dos familiares. **Rev. Cienc. Cuid. Saúde**. Maringá, v. 11, n. 1, p. 58-65, Jan-mar. 2012.

HUF, D. D. **A assistência espiritual em enfermagem na dimensão noética à luz da análise existencial de Viktor Frankl**. São Paulo, 1999. Tese (Doutorado em enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

JUNQUEIRA, M. F. P. S. A mãe, seu filho hospitalizado e o brincar: um relato de experiência. **Rev. Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 8, n. 1, p.193-197, 2003.

LIMA, A. B. **O sentido da vida do familiar do paciente crítico**. Salvador, 2005. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia.

LIMA, A. B; SANTA ROSA, D. O. O sentido de vida do familiar do paciente crítico. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 42, n. 3, p. 547-53, 2008.

LUKAS, E. **Mentalização e Saúde: a arte de viver a logoterapia**. Trad. Helga Hinkenickel Reinold. Petrópolis: Vozes; 1990.

_____. **Logoterapia a força desafiadora do espírito: métodos de logoterapia**. São Paulo: Loyola; 1989.

MITRE, R. M. A; GOMES, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. **Rev.Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 147-154, 2004.

MOLINA, R. C. M. et al. A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 43, n. 3, p. 630-8, 2009.

MORÉ, C. L. O. O; MACEDO, R. S. M. **A psicologia na comunidade: uma proposta de intervenção**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.

MORENO, R. L. R; JORGE, M. S. B; MOREIRA, R. V. O. Vivências Maternais em Unidade de Terapia Intensiva: um olhar fenomenológico. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília (DF), v. 56, n. 3, p. 282-287, maio-jun. 2003.

NIEWEGLOWSKI, V. H; MORÉ, C. L. O. O. Comunicação equipe-família em unidade de terapia intensiva pediátrica: impacto no processo de hospitalização. **Rev. Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 25, n. 1, p. 111-22, Jan-mar. 2008.

OLIVEIRA, G. R. et al. Saúde, espiritualidade e ética: a percepção dos pacientes e a integralidade do cuidado. **Rev Bras Clin Med.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 140-144, abr-jun. 2013.

OLIVEIRA, F. F; FRAZILI, R. T. V. Espiritualidade: seu significado no contexto do acadêmico de enfermagem. **REENVAP**, Lorena, n. 2, p. 61-72, jan-jun. 2012.

O'MALLEY, P. et al. Critical care nurse perceptions of family needs. **Heart Lung**, v. 20, n. 2, p. 189-201, 1991.

PASSOS, S. S. S; PEREIRA, A; NITSCHKE, R. G. Cotidiano do familiar acompanhante durante a hospitalização de um membro da família. **Rev. Acta Paul Enferm**. São Paulo, v. 28, n. 6, p. 539-45. 2015.

PAULI, M. C; BOUSSO, R. S. Crenças que permeiam a humanização da assistência em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Rev. Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v. 11, n. 3, p. 280-6, mai-jun. 2003.

RODRIGUES, I. A. A. Paciente terminal e apoio familiar – a logoterapia, a religiosidade e o sentido incondicional da vida. **Rev Logos & Existência**, João Pessoa, v. 2, n. 1, p. 47-59. 2013.

SANTA ROSA, D. O. **A compreensão do significado da responsabilidade profissional da enfermeira à luz da análise existencial de Viktor Frankl**. São Paulo, 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

SANTOS, L. F. et al. Quando a comunicação é nociva no encontro entre profissional e família da criança hospitalizada. **Rev. Enfermería Global**. Espanha, v.14, n.1, p. 204-15, jan. 2015.

SIGAUD, C. H. S; VERISSIMO, M. D. L. Ó. R.. **Enfermagem Pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente**. São Paulo: Pedagógica e Universitária; 1996.

VIETTA, E. P. Configuração triádica, humanista-existencial-personalista: uma abordagem teórica-metodológica de aplicação nas pesquisas de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São paulo, v. 3, n. 1, jan. 1995.

XAUSA, I. A. M. **A psicologia do sentido da vida**. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 1988.

**APÊNDICE A – INFORMAÇÕES AOS PARTICIPANTES
E TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO**

INFORMAÇÕES AOS PARTICIPANTES

Esta é uma pesquisa elaborada por Verônica Mascarenhas Oliveira, mestranda do programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal da Bahia, orientada por Dr^a. Darci Santa Rosa, docente da referida Instituição de Ensino Superior, intitulada “Processo de ajuda vivido pelo familiar da criança crítica em unidade de terapia intensiva”. Este estudo será de grande relevância social, teórica e profissional, pois poderá contribuir com uma melhora, no que se refere ao cuidado às necessidades da família nesta unidade de cuidados intensivos. Servirá como subsídios para os profissionais de saúde, já que apontará o sofrimento, a culpa e o medo que a hospitalização da criança gravemente enferma neste setor, provoca na família, dando suporte teórico para a equipe no que se refere à fundamentação prática, relativa ao processo de ajuda familiar no contexto do processo de hospitalização. Este estudo terá como objetivo compreender como o familiar da criança crítica internada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica vivencia o processo de ajuda diante do sofrimento, da culpa e do medo. Os benefícios esperados são fomentar a discussão sobre a temática e sua importância não só na vida acadêmica, mas também para melhoria da qualidade da assistência à família da criança hospitalizada. A coleta de dados se dará através da aplicação de um processo de ajuda às famílias de crianças internadas na UTIP. Os resultados serão utilizados para a elaboração de uma dissertação de conclusão de mestrado, e poderão ser publicados em periódicos de circulação nacional ou em outros meios de divulgação científica, dessa forma você poderá ter conhecimento dos resultados obtidos. Serão mantidos o sigilo e o respeito, assim sua identidade será preservada, não havendo qualquer associação entre os dados obtidos e o seu nome. Esta pesquisa poderá causar risco de constrangimento durante a realização da entrevista. Entretanto, você terá total liberdade para não responder a perguntas que lhe causem algum desconforto, ou mesmo todo o questionário, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer fase deste estudo, sem penalização ou problema algum, mesmo após o ter sido iniciado. Os pesquisadores se responsabilizarão por qualquer tipo de dano revisto ou não neste termo de consentimento prestando-lhe assistência integral, caso seja necessário. Caso concorde em participar você deverá assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após a leitura pela pesquisadora, que ficará com uma cópia e a outra ficará em suas mãos. Estaremos a sua disposição para esclarecer qualquer tipo de dúvida sobre a pesquisa.

Feira de Santana, _____ de _____ de 2016

Darci de Oliveira Santa Rosa
Pesquisador Responsável
PGENF UFBA
Tel.: (71) 993040651

Verônica Mascarenhas Oliveira
Mestranda PGENF UFBA
Tel.: (75) 991454623

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO

Após ter sido informado (a) que esta é uma pesquisa elaborada por Verônica Mascarenhas Oliveira, mestranda do programa de pós graduação em enfermagem da Universidade Federal da Bahia, orientada por Dr^a Darci Santa Rosa, docente da referida Instituição de Ensino Superior, intitulada “Processo de ajuda vivido pelo familiar da criança crítica em unidade de terapia intensiva”; que este estudo será de grande relevância social, teórica e profissional, pois poderá contribuir com uma melhora, no que se refere ao cuidado às necessidades da família nesta unidade de cuidados intensivos; que servirá como subsídios para os profissionais de saúde, já que apontará o sofrimento, a culpa e o medo que a hospitalização da criança gravemente enferma neste setor, provoca na família, dando suporte teórico para a equipe no que se refere à fundamentação prática, relativa ao processo de ajuda familiar no contexto do processo de hospitalização; que este estudo terá como objetivo compreender como o familiar da criança crítica internada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica vivencia o processo de ajuda diante do sofrimento, da culpa e do medo; que os benefícios esperados são fomentar a discussão sobre a temática e sua importância não só na vida acadêmica, mas também para melhoria da qualidade da assistência à família da criança hospitalizada; que a coleta de dados se dará através da aplicação de um processo de ajuda às famílias de crianças internadas na UTIP, que os resultados serão utilizados para a elaboração de uma dissertação de conclusão de mestrado, e poderão ser publicados em periódicos de circulação nacional ou em outros meios de divulgação científica, dessa forma poderei ter conhecimento dos resultados obtidos; que serão mantidos o sigilo e o respeito, assim a minha identidade será preservada, não havendo qualquer associação entre os dados obtidos e o meu nome; que esta pesquisa poderá me causar risco de constrangimento durante a realização da entrevista, entretanto, terei total liberdade para não responder a perguntas que me causem algum desconforto, ou mesmo todo o questionário, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer fase deste estudo, sem penalização ou problema algum, mesmo após o ter sido iniciado, as pesquisadores se responsabilizarão por qualquer tipo de dano revisto ou não neste termo de consentimento prestando-me assistência integral, caso seja necessário, concordo em participar deste estudo, assinando este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando com uma cópia e a outra ficará com a pesquisadora.

Feira de Santana, _____ de _____ de 2016

Entrevistado (a)

Darci de Oliveira Santa Rosa
Pesquisador Responsável
PGENF UFBA
Tel.: (71) 993040651

Verônica Mascarenhas Oliveira
Mestranda PGENF UFBA
Tel.: (75) 991454623

APÊNDICE B – ROTEIRO DO PROCESSO DE AJUDA*

IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA CRÍTICA:

LEVANTAMENTO DE DADOS PARA O DIAGNÓSTICO DA NECESSIDADE DE AJUDA	ENCONTROS				
	1	2	3	4	5
<i>Efetua a atitude filosófica</i>					
Considera a existencialidade					
<i>Identifica a intencionalidade</i>					
Realização do levantamento dos dados no prontuário;					
Aproximação e observação do comportamento do paciente crítico, sua postura no leito, comportamentos evidenciados, uso de equipamentos e medicamentos;					
Obtenção de informações da enfermagem quanto à evolução, ao prognóstico e à relação do paciente com a família durante as visitas;					
Identificação: nome, idade, religião, ocupação e diagnóstico médico.					
APROXIMAÇÃO DO FAMILIAR					
Apresentação do profissional ao familiar do paciente crítico; Explicação da finalidade da sua entrevista;					
Agendamento de um momento para entrevista conforme disponibilidade do familiar e o seu consentimento para ser entrevistado					
LEVANTAMENTO DE DADOS DO FAMILIAR					
Identificação, durante a entrevista, da situação biológica, psicológica, e espiritual do familiar do paciente crítico através de expressões que revelem valores vivenciais, criativos e atitudinais, diante de: sofrimento, culpa, morte, vazio existencial, intencionalidade, sentido e consciência.					
promover sentimentos positivos, despertando-o para que ele seja capaz de preencher o vazio no qual se encontra, através de mensagens de otimismo, esperança, fé e amor;					
ajudar ao familiar do paciente crítico, estimulando-o à transformação da Tríade Trágica em otimismo trágico, fundamentada nos valores criativos, vivenciais e atitudinais.					
PARA A MOTIVAÇÃO DO FAMILIAR DO PACIENTE CRÍTICO ÀS REALIZAÇÕES, TENDO CONFIANÇA NOS CONTEÚDOS DE SENTIDO;					
Promover sentimentos positivos, despertando-o para que ele seja capaz de preencher o vazio no qual se encontra, através de mensagens de otimismo, esperança, fé e amor;					
Ajudar ao familiar do paciente crítico, estimulando-o à transformação da tríade trágica em otimismo trágico, fundamentada nos valores criativos, vivenciais e atitudinais;					
Estimular a confiança do familiar do paciente crítico em <i>algo</i> que lhe seja significativo, a fim de que tenha força para lutar contra o pessimismo. Esse <i>algo</i> pode ser: fé em deus, fé na cura, amor por um filho, esperança na medicina, dentre outros;					
Mostrar ao familiar do paciente crítico que ele precisa confiar previamente numa possibilidade de cura do seu familiar para ter força. Mesmo que o prognóstico seja sombrio, existem sempre					

oportunidades para o enriquecimento interior, que em qualquer momento pode emergir;					
Para incentivá-los a acreditar nas possibilidades de melhora do seu paciente crítico. Descobrir qual é a crença e a sua fé na vida do familiar;					
Demonstrar, através de palavras esclarecedoras e amigas que, se ele acreditar que nada tem sentido, a sua motivação para suas manifestações espirituais e conteúdos de sentido, diante da vida, não aparecerão;					
Não esconder do familiar do paciente crítico, pois ele precisa estar consciente da realidade concreta do seu familiar na UTI e ter confiança na palavra dos que acompanham o seu doente;					
despertar no familiar do paciente crítico o pensamento de que a sua presença na UTI tem significado;					
Estar atenta ao risco da perda de confiança, e evitar que isso ocorra pois levaria o familiar a experimentar o <i>vazio existencial</i> , expresso em situações de falta de fé e de esperança, diminuição da percepção positiva, angústia, tristeza, medo, indiferença e tédio;					
Despertar a sensibilidade para saber ouvir, calar e falar, integrando alegrias e tristezas;					
Transformar a hostilidade do familiar em atitude criativa, compreendendo e perdoando seu comportamento, o que o levará à reflexão e ao emergir de atitudes e expressões de outros valores;					
Despertar no familiar a consciência de que, apesar do sofrimento, ele pode transformar a sua realidade concreta, para que tenha sentido, assumindo uma atitude melhor e mais digna diante do inevitável, o que acontece ao se motivar a busca de um para quê viver, que pode ser por alguém que ele cria ou por um trabalho;					
o fundamento para esse agir do enfermeiro é a convicção de que o familiar do paciente crítico, tendo fé em algo e se preocupando em fazer algo positivo na situação vivenciada, estará caminhando para a expressão de valores de atitudes.					
PARA ESTIMULAR O FAMILIAR DO PACIENTE CRÍTICO À PERCEPÇÃO DA AMPLIAÇÃO DE CONTEÚDOS DE SENTIDO:					
Fortalecer o familiar para que alcance certo nível de equilíbrio, apesar de todo o sofrimento;					
Consolar o familiar através de um sofrimento compartilhado;					
Auxiliá-lo na percepção dos conteúdos de sentido, para o que se faz necessário que ele queira e esteja aberto para acreditar e confiar em algo positivo					
Estar atenta ao momento em que o familiar deseja ajuda da enfermeira					
Ajudar a ampliar a visão da situação concreta, estimulando sua vontade de encontrar conteúdos positivos e não estimular pensamentos negativistas					
Transmitir para o familiar com percepção de que a sua situação tem um significado, que nada na vida é em vão e que, naquela circunstância, tudo vai depender da maneira como ele se porta frente aos problemas					
Explicar que, por trás de um sofrimento, pode haver possibilidades de sentido;					
Estimular a compreensão da importância da percepção e do amadurecimento interior através da situação experienciada;					
Desmistificar concepções em relação à morte, à culpa, a rótulos e a pensamentos negativos;					

Estar atenta às expressões de falta de força, vontade de viver e imobilidade para tomar decisões;					
Despertar no familiar o desejo de ações, como possibilidade de execução para sentir-se útil;					
Lembrar ao familiar do paciente crítico as realizações agradáveis do passado, como um amor vivido, ou seja, a efetivação de uma lembrança plena de sentido;					
Auxiliar o familiar a descobrir suas forças espirituais, para se auto-ajudar;					
Identificar o momento em que o familiar percebe suas falhas, através de sentimentos de inutilidade, impotência e culpa para estimulá-lo a superá-los;					
Ajudá-lo a despertar a consciência da sua responsabilidade para que ele possa apresentá-la através de uma atitude com sentido, frente à situação vivenciada por seu familiar na uti;					
Ajudá-lo, naquela circunstância a tomar decisões positivas, não apenas reconhecendo o que é certo, mas querendo, no seu íntimo, agir da melhor maneira que lhe seja possível;					
Estimular a reflexão, para apreensão do que percebe como <i>sentido de vida</i> ;					
Ajudar o familiar, incentivando à realização de uma atividade e/ou tarefa que preencha o vazio existencial;					
Valorizar o estar-junto e cuidar do seu paciente, com essa atitude, a enfermeira estará liberando impulsos que ajudarão a enfrentar o medo;					
Incentivar a prática religiosa, a fé e o desenvolvimento espiritual;					
Estimular a oração, como meio de conexão com o seu deus interior e como possibilidade de reflexões, nas quais deus aparece como um parceiro em que se confia e com quem se dialoga, fazendo assim, emergir a confiança em si mesmo.					

Fonte: Lima A. B. **O sentido da vida do familiar do paciente crítico**. Salvador, 2005. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia.

*Adaptado com a autorização da autora (ANEXO C).

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFBA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE AJUDA DA ENFERMEIRA AO FAMILIAR DA CRIANÇA CRÍTICA

Pesquisador: Verônica Mascarenhas Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47521415.2.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.310.020

Apresentação do Projeto:

Conforme PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP CAAE 47521415.2.0000.5531, trata-se de projeto de dissertação Verônica Mascarenhas Oliveira apresentado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFBA sob a orientação da Profª Drª Darci de Oliveira Santa Rosa.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto tem por objetivo compreender como o familiar da criança crítica internada na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica vivencia o processo de ajuda da enfermeira diante do sofrimento, da culpa e do medo da morte.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos indicados pela pesquisadora são choros e desconfortos que serão mitigados através de palavras de conforto e esperança. Os benefícios serão indiretos pois consistem na melhoria do cuidado. Julgo que os benefícios superam os riscos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa qualitativa que utilizará como referencial teórico a Análise Existencial de

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 1.310.020

Viktor Emil

Frankl, ou seja, analisará os dados segundo a configuração triádica humanista-existencial-personalista, apresentando-os sob a forma de categorias empíricas. Os participantes são familiares de crianças internadas há menos de 20 dias no Hospital estadual da criança.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta toda a documentação exigida pelo CEP_EE_UFBA

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que a pesquisadora atendeu todas as diligências apontadas no parecer de pendência, ou seja, preencheu a folha de rosto, redigiu o TCLE sob a forma de um convite, especificando local e tempo de guarda das informações e informando os meios de contato da pesquisadora e do CEP aos participantes, sou de parecer favorável à sua aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

A plenária homologa o parecer de APROVAÇÃO emitido pelo(a) relator(a)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_517621.pdf	04/09/2015 11:54:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	04/09/2015 11:52:39	Verônica Mascarenhas Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEE.pdf	04/09/2015 11:35:31	Verônica Mascarenhas Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	04/09/2015 11:33:27	Verônica Mascarenhas Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 1.310.020

Não

SALVADOR, 05 de Novembro de 2015

Carolina de Souza Machado

Assinado por:

CAROLINA DE SOUZA MACHADO
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ANEXO B – PROCESSO DE AJUDA DE ENFERMAGEM AO FAMILIAR DO PACIENTE CRÍTICO

LIMA, Adriana Braitt. **O sentido da vida do familiar do paciente crítico**. 207f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005, p. 128 – 141.

Ao construir este estudo e conhecer a *Análise Existencial de Viktor Emil Frankl*, emergiu do meu ser, enfermeira que cuida de seres humanos, a necessidade de traçar um caminho para despertar no enfermeiro uma atitude de ajuda ao familiar de pacientes críticos que experienciam situações que envolvem sofrimento, culpa e morte.

Na dimensão da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), convivo com situações difíceis e me senti na responsabilidade de colaborar para a construção de um futuro melhor, no atendimento aos familiares dos pacientes críticos. Para tanto, busquei compreendê-los como pessoas, cada um com uma maneira única e singular de expressar a sua experiência com a vivência do seu enfermo, à luz do referencial da *Análise Existencial* de UF, que me permitiu apreender a essência do que é ser-como-o-outro nas suas dimensões biológica, psicológica e espiritual.

Concordando com Santa Rosa (1999, p. 180), acredito que, se o enfermeiro caminhasse com a consciência profissional da responsabilidade de ajudar ao cliente, estaria contribuindo com ele, indo ao encontro de um sentido e, ao mesmo tempo, estaria projetando para si e para ele, uma atitude refletida no seu agir ético, consciente, responsável e na tranquilidade que isso lhe traz.

Para Travelbee (1982, apud HOBBLE; LANSINGER, 1989), a enfermagem é um processo interpessoal, em que o enfermeiro tem a responsabilidade de ajudar ao indivíduo e a família a encontrar um sentido diante da experiência do sofrimento com a doença, sendo que os valores éticos, espirituais e as suas crenças filosóficas acerca da doença e do sofrimento são os aspectos que determinarão a medida da sua capacidade de ajudar.

Beck (1999, p. 92), assim fala sobre o enfermeiro:

É o profissional de enfermagem que, no processo interativo, oferece ajuda à família que precisa de ajuda. O objetivo dessa ajuda é proporcionar à família meios para enfrentar a situação da doença, aprendendo com a experiência a partir da busca do seu significado. Para isto, o enfermeiro precisa ser crítico, ético, consciente da sua responsabilidade com a saúde do paciente e de sua família (entendida como cliente) e profundamente envolvido no processo (BECK, 1999, p. 92).

Nesse aspecto, compreendo que, para ser enfermeiro com o pensamento crítico, ético e consciente torna-se necessária a consciência do valor em si mesmo, do valor da vida e da existência, no sentido de estar bem, de interagir em todo o processo da doença e do sofrimento. Por outro lado, alcançar essa atitude exige do enfermeiro uma ampliação da sua visão de mundo, buscando fortalecer a sua interação com o paciente e com a família em benefício da qualificação da assistência.

É necessário refletir que todo processo de aperfeiçoamento demanda uma aprendizagem com ações educativas. Por isso, cada momento de ação dessa trajetória tem a prioridade de aperfeiçoar a consciência e, posteriormente, responsabilizar-se pela transmissão de conhecimentos.

Sobre educação, Frankl (1982, apud LUKAS, 1990a, p. 72) lembra:

Em nossa época, a educação precisa se preocupar não só em transmitir conhecimentos, mas também em aprimorar a consciência, para que o ser humano possa aguçar o ouvido, a fim de captar a exigência inerente a cada situação em particular (FRANKL, 1982 apud LUKAS, 1990a, p. 72).

Cada passo desse plano deve ser compreendido como possibilidade de apreender cada etapa de sua própria existência. O agir deve emergir, de acordo com essa finalidade e conforme a situação particular vivida.

Assim sendo, construí um caminho com alicerces na *Análise Existencial de Viktor Emil Frankl*, como possibilidade de despertar o ser enfermeiro para um agir ético mais humano e consciente do seu eu como a pessoa que cuida de outra pessoa, em um existir exposto ao sofrimento, à culpa e possibilidade de morte e que percebe, através da sua consciência, a responsabilidade para fazer algo, como ajudar ao familiar do paciente crítico a encontrar o *sentido de vida* diante da Tríade Trágica: sofrimento, culpa e morte.

Essa Tríade Trágica é experienciada pelo paciente crítico, por seu familiar e, também, apreendida pela enfermeira, ao interagir com eles.

O passo inicial possibilita a reflexão sobre o seu fazer diário, ao conviver com os momentos de conflito, que envolvem os familiares dos pacientes críticos.

Nesse sentido, Huf (1999, p. 242), afirma:

No fazer enfermagem, como atividade compartilhada, o enfermeiro(a) assume o compromisso de ajudar o outro a encontrar um significado para as situações de sofrimento que vivencia, através da realização dos valores atitudinais. Portanto, exercer a enfermagem, em sintonia com o seu significado existencial, é professar, ou seja, assumir, publicamente, o compromisso com o cuidar, como vivência, consciente da necessidade de fazer uso da sua própria pessoa, com o recurso terapêutico para o paciente alcançar a sua totalidade de ser (HUF, 1999, p. 242).

O enfermeiro que assumiu o compromisso de cuidar com dignidade, pode ajudar ao familiar do paciente crítico através da assistência terapêutica e do diálogo amigo no sentido de ajudá-lo a buscar um significado no sofrimento.

De acordo com Santa Rosa (1991, p. 180) “... a enfermagem, como profissão voltada para a responsabilidade com a vida e com o ser humano, exige da enfermeira envolvimento no trabalho e enfrentamento de dificuldades”.

Para a referida autora (SANTA ROSA, 1999, p. 180):

[...] o mais importante na relação enfermeiro/paciente é o indivíduo e o meio de atendê-lo, como ser único e total, em resposta ao cumprimento do compromisso profissional. Nesta perspectiva, o cliente é visto como um ser humano com expectativas e necessidades. A enfermeira é vista como um ser que busca, na auto-transcendência da consciência profissional, o que deve e pode oferecer ao outro, sem ferir o agir ético determinado pelas normas éticas da profissão (SANTA ROSA, 1999, p. 180).

A partir dessa compreensão, após as interpretações dos depoimentos que colhi, senti a necessidade de propor um atendimento de enfermagem alternativo, com fins de dar apoio existencial. Nesse sentido, percebi que se torna importante resgatar o significado da Tríade Trágica – sofrimento, culpa e morte – com vistas a transformá-la em Otimismo Trágico, de acordo com o pensamento de Frankl (1995, p. 268):

[...] ao ter de nos, confortar com um destino cuja mudança não está em nossas mãos, sentimo-nos intérpretes a superar-nos e a crescer para além de nós mesmos; a mudar a nós mesmos. Isso se aplica também aos três componentes da “tríade trágica” – dor, culpa e morte – até o ponto de podermos transformar o sofrimento numa realização e numa conquista humana, extrair da culpa a oportunidade de mudar para melhor e ver na transitoriedade da vida um incentivo para agir de maneira responsável (FRANKL, 1995, p. 268).

O apoio para o familiar do paciente crítico não consiste numa ajuda para simplesmente agradá-los, mas, sim, para que eles possam transpô-la. Para isso, é necessário que busque despertar consciência, quanto aos valores de suas atitudes positivas frente ao sofrimento.

Os resultados positivos da atenção de enfermagem ao familiar do paciente crítico podem emergir das forças espirituais. Nesse sentido, observa-se que a utilização de procedimentos não materiais, como estímulo à profissão de fé, evidencia a eficácia dos tratamentos empregados ao paciente crítico.

Alguns familiares usam meios para essas forças através de promessas, orações, amuletos, terços, santos, medalhas, água benta, enfim, elementos e forças que fazem parte de sua crença e fé na vida. O significado desses símbolos é de fundamento e responsabilidade espiritual para o familiar que está na sala de espera, pois podem significar vitórias diante do medo do destino inevitável. Eles podem transmitir força ao familiar do paciente crítico que se encontra apreensivo e fragilizado. Ao constatar a finitude da vida, sofre e se sente culpado.

Nessa perspectiva, o enfermeiro, para dar apoio ao familiar do paciente crítico, necessitará refletir sobre a condição existencial do familiar, questionando sobre a origem do medo da morte, da dor, do sofrimento e da culpa que ele expressa ou evidencia em seu comportamento.

O Processo de Ajuda

O Processo de Ajuda está fundamentado em comportamentos esperados do enfermeiro, que traduzem a atitude filosófica, a intencionalidade na sua intervenção. A atitude filosófica é revelada pela reflexão da enfermeira sobre a existencialidade do familiar do paciente crítico, ao considerá-lo como ser humano como uma pessoa singular e original, que possui uma maneira única de se expressar, diante de uma situação concreta e enquanto ser existencial nas situações que envolvem a Tríade Trágica.

A intencionalidade é revelada, quando a enfermeira ajuda a transformar a Tríade Trágica em otimismo trágico, em ações como:

- adquirir conhecimentos da *Análise Existencial de Viktor Frankl*, com a finalidade de compreender a vivência/experiência do familiar;
- identificar a condição existencial do familiar do paciente crítico;
- ajudar a refletir acerca do sofrimento, culpa e morte própria e daqueles que pretende cuidar.

É através de um plano de ajuda de enfermagem para o familiar do paciente crítico que ele estabelece as ações de ajuda e de motivação do familiar para a busca do sentido de sua vida.

O Processo de Ajuda é constituído das seguintes etapas: Diagnóstico Triádico; Plano de Ajuda; Implantação de Estratégias e Avaliação.

Desenvolvimento do Processo:

O Diagnóstico Triádico é o passo inicial do processo de cuidar do familiar do paciente crítico, visando conhecê-lo em sua existencialidade. Nesse sentido, fundamentada em Zaleski (1996, 1998), proponho as seguintes reflexões para obter conhecimentos e habilidades e, de posse destes, buscar a possibilidade de lidar com o familiar do paciente crítico.

O passo básico inicial para se chegar ao Diagnóstico Triádico é:

- apreender o conhecimento dos aspectos inerentes à vivência dos familiares através da *atitude filosófica*, de existencialidade, singularidade e *intencionalidade* para o otimismo trágico.

A *atitude filosófica* que a enfermeira assume no cuidado interfere na terapêutica esperada do paciente. Lopez (1991) descreve-a ao narrar uma antiga experiência de Viktor Emil Frankl, quando trabalhava com enfermos coronarianos, mas também a alegria, confirmando, assim, a relação das emoções com os benefícios para os doentes, entendendo que uma atitude de vida tem significado perante a doença e este poderá ou não contribuir na eficácia da terapêutica clínica.

A *intencionalidade* é um dos pilares da *Análise Existencial de Viktor Emil Frankl* que afirma: em tudo que fazemos no mundo, há uma *intenção*. A *intencionalidade* procura um sentido, um objetivo, um fim, “vista àquilo que pode ser transformado no estado presente”. O pensamento casual busca as causas para aquilo que é, já o pensamento intencional busca “as causas para aquilo que deveria ser”. Partindo dessa compreensão, acredito que os profissionais da área da saúde deveriam pensar sobre as coisas e sobre as intenções nas ações de saúde. A solução dos problemas nem sempre está em conhecer suas causas. Muitas vezes, é melhor que certos fatos sejam aceitos sem questionamentos e se deve “tentar fazer o melhor deles”. (LUKAS, 1990a, p.28).

Em seguida, para elaborar o Diagnóstico Triádico, necessita que o enfermeiro identifique qual é a condição do paciente na UTI, e isso é efetuado através de:

- realização do levantamento dos dados no prontuário;

- aproximação e observação do comportamento do paciente crítico, sua postura no leito, comportamentos evidenciados, uso de equipamentos e medicamentos;
- obtenção de informações da enfermagem quanto à evolução, ao prognóstico e à relação do paciente com a família durante as visitas;
- identificação: nome, idade, religião, ocupação e diagnóstico médico.

De posse dessas informações, o enfermeiro analisa os dados, efetua uma aproximação com o familiar do paciente crítico através de entrevista, para verificar qual é o seu nível de orientação recebida da equipe de saúde da UTI, diante da situação do seu familiar.

A entrevista com o familiar do paciente crítico deve atender os seguintes passos:

- apresentação do profissional ao familiar do paciente crítico;
- explicação da finalidade da sua entrevista;
- agendamento de um momento para entrevista conforme disponibilidade do familiar e o seu consentimento para ser entrevistado;
- identificação, durante a entrevista, da situação biológica, psicológica, e espiritual do familiar do paciente crítico através de expressões que revelem valores vivenciais, criativos e atitudinais, diante de: sofrimento, culpa, morte, vazio existencial, intencionalidade, sentido e consciência.

Após a entrevista e de posse da análise das informações, a enfermeira vai para o passo seguinte, que é o da identificação de *configurações de sentido*, ou seja, condições que lhe justifiquem o *por quê* e o *para quê* da existência do familiar do paciente crítico naquele momento, ajudando-o a encontrar o sentido do seu sofrimento (*por quê*) e a compreender a razão da sua existência (*o para quê* ou *para quem viver*).

Plano de ajuda de enfermagem ao familiar do paciente crítico

Conforme Lukas (1990b, p. 126) expressa, a meta do Plano de Ajuda ao familiar do paciente crítico possibilita:

[...] aos nossos pacientes a entenderem seus temores, preocupações e desventuras, como desafio do destino, ao qual conseguirão dar uma resposta pessoal, à sua escolha. E eles mobilizarão o ânimo de enfrentar o destino. Permitimos que sintam possibilidades concretas de ordenarem o seu destino [...] dentro de um contexto positivo e veremos que eles irão dominar como heróis a sua situação de vida. Vamos incutir no homem o bem, e ele conseguirá vencer o mal, vamos mostrar-lhe o porquê vencer o mal. Vamos

mostrar-lhe o porquê, e o mais ele próprio encontrará! (LUKAS, 1990b, p. 126).

A partir dessa compreensão do familiar, a enfermeira poderá elaborar o Plano de Ajuda através estratégias, como:

- promover sentimentos positivos, despertando-o para que ele seja capaz de preencher o vazio no qual se encontra, através de mensagens de otimismo, esperança, fé e amor;
- ajudar ao familiar do paciente crítico, estimulando-o à transformação da Tríade Trágica em otimismo trágico, fundamentada nos valores criativos, vivenciais e atitudinais.

Para o emergir de uma reação positiva, é necessário buscar a explicação do comportamento do familiar não somente através da razão, mas pelo sentimento e pelas emoções autênticas do seu agir, enxergando-o como pessoa, ou seja, como um indivíduo que tem uma maneira própria de agir frente à situação concreta e singular que está experienciando. Não se pode criar rótulos e comentários pelo seu modo de expressar-se, pois ele tem uma situação singular que precisa ser vista como tal.

Muitos familiares destacam como aspecto negativo a experiência de ter um familiar em estado crítico internado na UTI, além da doença, o atendimento demorado e o ambiente barulhento da UTI, dentre outros. Consideram os profissionais como difíceis de se relacionar e percebem a preocupação com o andamento correto das normas e rotinas da UTI.

Diante disso, o profissional de enfermagem deve procurar suavizar esses fatores que ampliam o sofrimento do familiar aproximando-lhe dele, do familiar de forma a ampliar a visão da realidade, para que ele entenda a necessidade dos cuidados ministrados na UTI ao seu paciente e, ao mesmo tempo, ele possa verificar a possibilidade de que as rotinas não devem ser rigorosas e que, a depender de cada familiar e da situação vivenciada, ela pode ser modificada.

Frente aos comentários negativos do familiar do paciente crítico sobre o ambiente da UTI e seus profissionais, as enfermeiras poderiam observar a realidade, selecionando *conteúdos de sentido*, pois, quando se enfatiza o aspecto negativo do comportamento de um familiar, surgem barreiras para a realização de sentido.

Implantação de estratégias de ajuda

Para implantar essas estratégias de apoio/ajuda no enfrentamento da *Tríade Trágica*, busquei, na assistência ao familiar do paciente crítico, formas de operacionalizá-las a partir de Lukas (1990a), conforme segue:

Para a motivação do familiar do paciente crítico às realizações, tendo confiança nos conteúdos de sentido;

- estimular a confiança do familiar do paciente crítico em *algo* que lhe seja significativo, a fim de que tenha força para lutar contra o pessimismo. Esse *algo* pode ser: fé em Deus, fé na cura, amor por um filho, esperança na medicina, dentre outros;
- mostrar ao familiar do paciente crítico que ele precisa confiar previamente numa possibilidade de cura do seu familiar para ter força. Mesmo que o prognóstico seja sombrio, existem sempre oportunidades para o enriquecimento interior, que em qualquer momento pode emergir;
- para incentivá-los a acreditar nas possibilidades de melhora do seu paciente crítico. Descobrir qual é a crença e a sua fé na vida do familiar;
- demonstrar, através de palavras esclarecedoras e amigas que, se ele acreditar que nada tem sentido, a sua motivação para suas manifestações espirituais e conteúdos de sentido, diante da vida, não aparecerão;
- não esconder do familiar do paciente crítico, pois ele precisa estar consciente da realidade concreta do seu familiar na UTI e ter confiança na palavra dos que acompanham o seu doente;
- despertar no familiar do paciente crítico o pensamento de que a sua presença na UTI tem significado;
- estar atenta ao risco da perda de confiança, e evitar que isso ocorra pois levaria o familiar a experimentar o *vazio existencial*, expresso em situações de falta de fé e de esperança, diminuição da percepção positiva, angústia, tristeza, medo, indiferença e tédio;
- despertar a sensibilidade para saber ouvir, calar e falar, integrando alegrias e tristezas;
- transformar a hostilidade do familiar em atitude criativa, compreendendo e perdoadando seu comportamento, o que o levará à reflexão e ao emergir de atitudes e expressões de outros valores;

- despertar no familiar a consciência de que, apesar do sofrimento, ele pode transformar a sua realidade concreta, para que tenha sentido, assumindo uma atitude melhor e mais digna diante do inevitável, o que acontece ao se motivar a busca de um para quê viver, que pode ser por alguém que ele cria ou por um trabalho;
- o fundamento para esse agir do enfermeiro é a convicção de que o familiar do paciente crítico, tendo fé em algo e se preocupando em fazer algo positivo na situação vivenciada, estará caminhando para a expressão de valores de atitudes.

Para estimular o familiar do paciente crítico à percepção da ampliação de conteúdos de sentido:

- fortalecer o familiar para que alcance um certo nível de equilíbrio, apesar de todo o sofrimento;
- consolar o familiar através de um sofrimento compartilhado;
- auxiliá-lo na percepção dos conteúdos de sentido, para o que se faz necessário que ele queira e esteja aberto para acreditar e confiar em algo positivo;
- estar atenta ao momento em que o familiar deseja ajuda da enfermeira;
- ajudar a ampliar a visão da situação concreta, estimulando sua vontade de encontrar conteúdos positivos e não estimular pensamentos negativistas;
- transmitir para o familiar com percepção de que a sua situação tem um significado, que nada na vida é em vão e que, naquela circunstância, tudo vai depender da maneira como ele se porta frente aos problemas;
- explicar que, por trás de um sofrimento, pode haver possibilidades de sentido;
- estimular a compreensão da importância da percepção e do amadurecimento interior através da situação experienciada;
- desmistificar concepções em relação à morte, à culpa, a rótulos e a pensamentos negativos;
- estar atenta às expressões de falta de força, vontade de viver e imobilidade para tomar decisões;
- despertar no familiar o desejo de ações, como possibilidade de execução para sentir-se útil;
- lembrar ao familiar do paciente crítico as realizações agradáveis do passado, como um amor vivido, ou seja, a efetivação de uma lembrança plena de sentido;

- promover a valorização dos seus sentimentos pessoais positivos para que ele acredite nas suas potencialidades de realização no futuro;
- auxiliar o familiar a descobrir suas forças espirituais, para se auto-ajudar;
- identificar o momento em que o familiar percebe suas falhas, através de sentimentos de inutilidade, impotência e culpa para estimulá-lo a superá-los;
- ajudá-lo a despertar a consciência da sua responsabilidade para que ele possa apresentá-la através de uma atitude com sentido, frente à situação vivenciada por seu familiar na UTI;
- ajudá-lo, naquela circunstância a tomar decisões positivas, não apenas reconhecendo o que é certo, mas querendo, no seu íntimo, agir da melhor maneira que lhe seja possível certo;
- estimular a reflexão, para apreensão do que percebe como *sentido de vida*;
- ajudar o familiar, incentivando à realização de uma atividade e/ou tarefa que preencha o vazio existencial;
- valorizar o estar-junto e cuidar do seu paciente, com essa atitude, a enfermeira estará liberando impulsos que ajudarão a enfrentar o medo;
- incentivar a prática religiosa, a fé e o desenvolvimento espiritual;
- estimular a oração, como meio de conexão com o seu Deus interior e como possibilidade de reflexões, nas quais Deus aparece como um parceiro em que se confia e com quem se dialoga, fazendo assim, emergir a confiança em si mesmo;

Verificamos a falta de fé, quando o paciente está angustiado, com medo da UTI, mãos tremulas, face apavorada e, por mínima que seja a gravidade da situação, ele se exalta, podendo ficar agressivo. Através da religião, com o diálogo interior com o seu Deus inconsciente, ele pode superar essas insuficiências e adquirir estado de equilíbrio, autoconfiança que lhe permite vivenciar um estado de equilíbrio.

- o fundamento para esse agir do enfermeiro é a crença de que concretizando ou fazendo algo, o familiar do paciente crítico está convivendo com os valores criativos.

Avaliação do Processo

O atendimento de enfermagem ao familiar do paciente crítico deve ser avaliado a cada passo, tendo em vista que as etapas do processo e as estratégias de ajuda de

enfermagem são flexíveis, podendo ser alteradas a depender da situação particular vivenciada pelo enfermeiro com o familiar do paciente crítico.

A avaliação do processo é efetuada durante o acompanhamento das relações do familiar do paciente crítico com o seu doente e com a equipe de enfermagem na UTI.

Assim, torna-se necessário que a equipe de enfermagem se reúna para discutir sobre as atitudes tomadas e refletir sobre a real positividade quanto à transformação da Tríade Trágica em otimismo trágico.

**ANEXO C – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE ADAPTAÇÃO DO
PROCESSO DE AJUDA DE ENFERMAGEM AO FAMILIAR DO PACIENTE
CRÍTICO**

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que autorizo a adaptação do Processo de ajuda ao familiar do paciente crítico, por mim desenvolvido na dissertação de mestrado intitulada “**O sentido da vida do familiar do paciente crítico**”, para a realização da pesquisa intitulada “**Avaliação do Processo de ajuda da enfermeira ao familiar da criança em UTI**”, da autoria de Verônica Mascarenhas Oliveira, ambos sob orientação da Professora Dr^a Darci de Oliveira Santa Rosa, do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.



Ms. Adriana Braitt Lima

Autora do Processo de ajuda do enfermeiro ao familiar do paciente crítico