LORRAINE M. WRIGHT
MAUREEN LEAHEY

ENFERMEIRAS *e* FAMÍLIAS

Guia para Avaliação e Intervenção na Família

5ª EDIÇÃO

ROCA

Capítulo 8

Como Fazer uma Entrevista de 15 Minutos (ou Menos) com a Família

Acrescentamos este capítulo à terceira edição (Wright e Leahey, 2000) de nosso texto porque nossas experiências profissionais e pessoais nos tornaram cientes de que a enfermagem da família pode ser praticada de forma efetiva e significativa em apenas 15 minutos ou menos. Sentimo-nos gratificadas pela resposta entusiástica e calorosa dos estudantes de enfermagem e enfermeiras praticantes às ideias e sugestões oferecidas neste capítulo. Ouvimos de enfermeiras muitas histórias louváveis e inspiradoras sobre como essas ideias foram implementadas no exercício da sua profissão e assim modificaram sua prática com os pacientes e as famílias satisfatória e gratificantemente. Nosso objetivo, ao desenvolver tais ideias, foi encarar o tema da notável falta de tempo das enfermeiras para envolver as famílias em suas práticas e esse esforço pareceu repercutir sobre muitas. Em consequência, as enfermeiras, com muita cortesia, abriram espaço ao desafio a uma das mais restritivas crenças sobre a prática profissional. Para auxiliar ainda mais os educadores de enfermagem e estudantes a implementar essas ideias na prática, escrevemos e produzimos um DVD educacional intitulado *How to Do a 15 Minute (or Less) Family Interview* (acesse *www.familynursingresources.com* para ver os videoclipes das entrevistas reais com famílias).

"Não tenho tempo para fazer entrevistas com as famílias" é a razão mais comum para as enfermeiras não envolverem as famílias em sua prática rotineira. Em inúmeros cursos de graduação e pós-graduação em enfermagem, *workshops* profissionais e apresentações, nos deparamos com essa ressonante razão para a exclusão dos membros da família dos cuidados de saúde. Com as principais mudanças na prestação de serviços de saúde, por meio de cuidados gerenciados, com maior ênfase na prestação de serviços comunitários, restrições orçamentárias, maior acuidade e cortes de funcionários, o tempo é essencial no exercício da enfermagem. Entretanto, acreditamos não ser preciso banir ou marginalizar as famílias dos cuidados de saúde. Para envolver as famílias nesses cuidados, as enfermeiras precisam ter bom conhecimento de modelos de avaliação e intervenção na fa-

mília, habilidade para entrevistar e perguntar. Acreditamos que o conhecimento de enfermagem da família possa ser aplicado com eficácia em reuniões muito breves com a família. Também afirmamos que uma entrevista de 15 minutos, ou talvez menos, com a família pode ser significativa, eficaz, informativa e até curativa. A participação dos membros, independentemente do período de tempo, é melhor que nenhuma.

Mas o que é o tempo? E o que, exatamente, pode ser realizado em 15 minutos ou menos com uma família? Notamos que, na maioria das vezes, o tempo da prática de enfermagem é social e culturalmente coordenado, altamente ritualizado e, portanto, é respeitado. As enfermeiras, claramente, articulam o início e o fim de seus turnos, seus programas e assim por diante. Propomos que o ritualismo e a coordenação do tempo das reuniões com as famílias, ainda que por apenas 15 minutos, também se tornem uma parte respeitável da prática de enfermagem.

Todavia, para mudar o comportamento das enfermeiras, elas devem primeiramente alterar ou modificar suas crenças no que se refere ao envolvimento de famílias nos cuidados de saúde. Descobrimos que, quando elas não incluem os membros da família em sua prática, é porque geralmente existem algumas crenças muito restritivas (Wright e Bell, no prelo). Algumas dessas crenças são:

- "Se eu conversar com os membros da família, não terei tempo para completar minhas outras responsabilidades de enfermagem."
- "Se eu conversar com os membros da família, posso estar abrindo uma lata de minhocas e não terei tempo para lidar com isso."
- "Não faz parte do meu trabalho conversar com famílias; isso é tarefa de assistentes sociais e psicólogos."
- "Provavelmente não será possível ajudar as famílias no breve período em que estarei cuidando delas."
- "Se a família ficar irada, o que farei?".
- "Se me fizerem uma pergunta para a qual não tenho resposta, o que farei? É melhor não iniciar uma conversa."

Descobrir essas crenças restritivas faz com que se entenda melhor por que as enfermeiras se intimidam e evitam a participação rotineira de famílias na prática de enfermagem. Nós postulamos que, se elas adotassem uma única crença, a de que "a doença é assunto de família" (Wright e Bell, no prelo), isso alteraria a face da prática de enfermagem. As enfermeiras estariam, então, mais desejosas de saber como envolver e auxiliar os membros da família nos cuidados de seus entes queridos. Elas poderiam avaliar que todos, na família, passam pela experiência da enfermidade e nenhum deles "tem" diabetes, esclerose múltipla ou câncer. Ao adotarem essa crença, perceberiam então que, a partir dos sintomas iniciais, por meio de diagnóstico e tratamento, todos os familiares são influenciados pela

978-85-4120-003-5

doença e, reciprocamente, também a influenciam. Perceberiam também que nossas privilegiadas conversas com os pacientes e suas famílias sobre as experiências com enfermidades podem contribuir, drasticamente, para curar e diminuir ou aliviar o sofrimento (Wright, 2005; Wright e Bell, no prelo). Nossa evidência para essa crença provém de nossas conversações clínicas e pessoais assim como decorre da leitura de numerosos *blogs* nos quais as histórias de cura em geral são contadas comoventemente.

Acreditamos ainda que as enfermeiras ampliarão os cuidados e o envolvimento das famílias em sua prática, independentemente do contexto, se esse comportamento for apoiado e defendido pelos administradores de cuidados de saúde. Uma maneira poderosa e perceptível de os administradores demonstrarem compromisso com os cuidados centrados na família é envolver as enfermeiras na criação, desenvolvimento e implementação de políticas e serviços acessíveis à família (International Council of Nurses, 2002). Exemplos de políticas e ações acessíveis à família em nível de sistema mais amplo poderiam incluir membros da família na assembleia consultiva ou nas forças-tarefa, participantes de grupos de focalização, avaliadores de programa e de iniciativas de qualidade e segurança. Assegurar a disponibilidade de estacionamentos nas instituições de saúde para as famílias com renda limitada é outra estratégia. Em nível de unidade ou departamento, os exemplos podem abranger a provisão de horas e espaço de visita facilitadas para a família, como uma área de brinquedos para as crianças; oferecer uma sala silenciosa para refúgio ou para discussão da família em situações ou momentos difíceis; e uma sala de espera para proporcionar conversações terapêuticas com a enfermagem da família, quando as famílias estiverem em sofrimento. Convidar os familiares para participar de uma nova equipe de orientação ou como voluntários para orientar novas famílias na unidade de pacientes internados e, como mentores de outras famílias são opções adicionais. Na linha de frente, as enfermeiras podem convidar as famílias para as conferências destinadas aos pacientes, para acompanhá-los em exames, dar apoio durante os procedimentos e assistência durante os cuidados pessoais, e assim por diante. É preciso uma combinação de apoio administrativo, facilidades de acesso e enfermeiras comprometidas com conhecimento e habilidades para envolver rotineiramente essas famílias para que se possa maximizar o tempo das profissionais com as famílias.

Gostaríamos de oferecer algumas ideias específicas para conduzir uma entrevista de 15 minutos (ou menos) com a família. Essas ideias estão condensadas ou numa versão do tipo "Reader's Digest"dos elementos essenciais nos Capítulos 5 a 7 sobre como conduzir entrevistas com a família. As ideias acatam as teorias que sustentam o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) (ver Cap. 3) e o Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF) (ver Cap. 4), além de focalizarem alguns elementos críticos mais importantes desses modelos.

Ingredientes-chave

Quais são os ingredientes-chave em uma entrevista de 15 minutos com a família? Segundo nossas observações e experiência, a chave e os ingredientes essenciais para uma entrevista de 15 minutos bem-sucedida, produtiva e eficaz com a família são as conversações terapêuticas, as boas maneiras, o genograma da família (e, em algumas situações, um ecomapa), as questões terapêuticas e os elogios. É claro que todos esses ingredientes só podem surgir em um contexto de relacionamento terapêutico entre a enfermeira e a família.

Estamos animadas com a pesquisa sobre a evidência clínica para a utilidade da entrevista de 15 minutos ou menos com a família aparecendo agora no principal periódico de enfermagem da família, *Journal of Family Nursing*. Holtslander (2005) descreveu como uma entrevista de 15 minutos com a família foi aplicada com êxito às necessidades das famílias em uma unidade pós-parto. Martinez, D'Artois e Rennick (2007) conduziram pesquisa para explorar as percepções das enfermeiras em relação ao impacto da entrevista de15 minutos no processo de admissão hospitalar e em sua prática de enfermagem da família. Eles descobriram que as enfermeiras que trabalham em hospital pediátrico perceberam que genograma, perguntas terapêuticas e elogios têm um impacto positivo sobre sua capacidade de conduzir avaliações e intervenções familiares. Essas enfermeiras sentiram que uma entrevista de 15 minutos deveria ser incorporada à rotina no momento da admissão da criança.

Ingrediente-chave 1: conversações terapêuticas

Toda interação humana tem lugar em conversações. As enfermeiras estão sempre participando de conversações terapêuticas com seus clientes, sem talvez pensar nelas como tais. Nenhuma conversação que uma enfermeira desenvolva com um paciente ou membro de família é trivial (Wright e Bell, no prelo). Cada conversação de que participamos provoca mudança em nossas estruturas espirituais-biopsicossociais e nas do paciente e de seus familiares.

A conversação em uma breve entrevista com a família é terapêutica porque exatamente desde o início é significativa e limitada pelo tempo, assim como o são os relacionamentos. As conversações terapêuticas entre enfermeira e família podem ser tão breves quanto uma frase ou tão longas quanto o permitido pelo tempo. Todas as conversas entre elas, independentemente de tempo, têm o potencial para curar por meio do próprio ato de reunir a família (Robinson e Wright, 1995; Hougher Limacher e Wright, 2003, 2006; McLeod, 2003). Entretanto, não é a extensão da conversação ou o tempo que faz a maior diferença. Mais propriamente, é a oportunidade que os pacientes e os membros da família têm de ser reconhecidos e asse-

gurados de possuírem um fantástico potencial de cura (Hougher Limacher, 2003; Hougher Limacher e Wright, 2003, 2006; Moules, 2002). As enfermeiras são socialmente capacitadas e têm o privilégio de gerar saúde ou doença em suas conversações com as famílias.

A arte de ouvir também é de extrema importância. A necessidade de comunicar o que é viver em nossos mundos individuais e separados de experiência, particularmente dentro do mundo da doença, é uma poderosa necessidade nas relações humanas (Wright, 2005). Frank (1998) sugere ao profissional de saúde que ouvir histórias sobre doenças da família não é apenas uma arte, mas também uma prática ética. É muito comum as enfermeiras acreditarem que ouvir também impõe a obrigação de fazer algo para "consertar" quaisquer preocupações ou problemas surgidos. Entretanto, em muitos casos, o principal movimento terapêutico, intervenção ou ação que a enfermeira pode realizar é mostrar compaixão e fazer elogios (Bohn, Wright e Moules, 2003; Hougher Limacher, 2003; Hougher Limacher e Wright, 2003; Moules, 2002).

O que distingue uma entrevista tempo-efetiva de 15 minutos (ou menos) é a integração dos cuidados do paciente orientado à tarefa com uma conversação interativa e significativa. A enfermeira transforma a informação dada e o envolvimento do paciente na tomada de decisões em partes integrantes de um processo de libertação. Ela aproveita e procura oportunidades para se engajar em conversações significativas com as famílias. Essas práticas diferem das conversas sociais e podem incluir ideias básicas como:

- Faz parte da *rotina* que as famílias sejam convidadas a acompanhar o paciente à unidade, à clínica ou ao hospital.
- Faz parte da *rotina* que as famílias sejam incluídas no procedimento de admissão.
- Faz parte da *rotina* que as famílias sejam convidadas a fazer perguntas durante a orientação ao paciente.
- As enfermeiras reconhecem a habilidade do paciente e da família em lidar com os problemas de saúde, indagando sobre rotinas domésticas.
- As enfermeiras incentivam os pacientes a pôr em prática uma maneira de lidar com as diferentes interações no futuro, tais como dizer aos membros da família e a outros que eles não podem consumir certos alimentos.
- Faz parte da *rotina* que as enfermeiras consultem as famílias e os pacientes sobre suas ideias para tratamento e alta.

Ingrediente-chave 2: boas maneiras

Boas maneiras sempre foram a essência do comportamento social diário e comum. Entretanto, nas últimas duas décadas, na América do Norte,

nosso comportamento social alterou-se drasticamente da interação formal para a interação social casual; alguns diriam que isso certamente acabou se tornando rude ou ocasionalmente abusivo. Até o modo de nos vestirmos foi alterado de "roupa boa de domingo" para a "roupa casual de sexta-feira". O guia *Miss Manners' Guide to Excruciatingly Correct Behavior*, de Martin e Kannen (2005) apresenta a sua perspectiva e humor sobre as boas maneiras. Miss Manners (a senhorita Bons Modos), como Martin é conhecida, oferece um cuidadoso comentário sobre o que falta na essência de nossa interação com os outros e, em consequência, o que falta em nossa sociedade. Boas maneiras são aqueles simples, mas profundos atos de cortesia, polidez, respeito e amabilidade. Infelizmente, nossa cultura como um todo parece estar sofrendo uma erosão de boas maneiras e, portanto, de civilidade. Essa erosão, infelizmente, infiltrou-se na enfermagem profissional.

A enfermagem não ficou imune às mudanças de comportamento social. Em algumas situações, podemos argumentar que alguns comportamentos formais (tais como uniformes e chapéus engomados) de enfermagem talvez inibam nossos relacionamentos com clientes e famílias. Inúmeras enfermeiras ainda mantêm um relacionamento respeitoso, polido e cortês. Entretanto, temos testemunhado e ouvido um grande número de encontros profissionais e pessoais entre enfermeiras e pacientes, nos quais deploravelmente as boas maneiras estavam ausentes.

Um dos exemplos mais evidentes da ausência de boas maneiras na enfermagem é encontrado no ato social básico de apresentação. Inúmeras histórias sobre enfermeiras que não se apresentam aos pacientes, e deixam sozinhos os membros da família têm sido referidas. Por exemplo, um homem hispânico de 23 anos, Jorge, foi atendido em uma clínica de pacientes ambulatoriais, em um grande hospital metropolitano, após uma cirurgia cardíaca de peito aberto. Ele relatou que a enfermeira não se apresentou, mas começou a tocar seu corpo e a ajustar um acesso intravenoso sem lhe dizer o que estava fazendo ou por quê. Ele achou essa experiência muito invasiva, atemorizante e rude.

Essa experiência clínica é compatível com um estudo que examinou o relacionamento entre enfermeira e família em uma unidade de terapia intensiva. Acreditamos que uma das estratégias de enfermagem que inibe o estabelecimento de relacionamentos terapêuticos seja a despersonalização do paciente e da família. Exemplos: não se referir ao paciente pelo nome, rotulando-o ou à dificuldade da família, prestar cuidados sem incentivar a participação do paciente ou da família e não conversar ou fazer contato visual.

Portanto, evidentemente a apresentação é um ingrediente essencial para se ter êxito tanto na entrevista com a família como na prática de enfermagem da família relacional. Entretanto, as apresentações por parte das enfermeiras certamente mudaram de uma formalidade aberta para

978-85-4120-003-5

uma informalidade manifesta. Há bem poucos anos, as enfermeiras podiam apresentar-se como "senhorita Garcia", ao passo que atualmente a apresentação mais típica é "Olá, meu nome é Sasha e hoje eu sou a sua enfermeira". Uma apresentação é melhor que nenhuma; mas, conforme observou um cliente: "A maneira das enfermeiras se apresentarem não é muito diferente da de um garçom que diz: 'Oi, meu nome é Josh e eu sou o seu garçom essa noite". Nós incentivaríamos as enfermeiras a se apresentarem dando o nome completo, a não ser em circunstâncias especiais em que possa haver preocupações com a segurança.

Infelizmente, o mais sério pecado de omissão é a não apresentação das enfermeiras aos membros da família do paciente. O que inibe ou impede que as enfermeiras, em hospitais, clínicas de saúde comunitária e cuidados domiciliares, se apresentem às pessoas ao lado do leito do paciente? O que as impede de indagar sobre sua relação com o paciente? Pior ainda, o que impossibilita as enfermeiras de fazer contato visual com os membros da família ou amigos, uma das normas sociais mais esperadas em nossa cultura? Discutimos esse fenômeno com nossas estudantes profissionais. Foi-nos revelado que a crença de "a falta de tempo" constrange muitas enfermeiras a não falar com ninguém, a não ser com os pacientes, por temerem que os visitantes "façam perguntas" ou "seja exigido de mim um tempo de que não disponho". Gostaríamos de opor a essa crença a oferta da sugestão de que, no final, as enfermeiras *pouparão* tempo se utilizarem um pouco de boas maneiras com os familiares ou amigos. As enfermeiras que agem assim não serão procuradas, em momentos mais inoportunos ainda, por alguém perguntando sobre um ente querido. Enfermeiras que envolvem os membros da família em suas práticas clínicas relatam que isso é mais, e não menos, satisfatório (Leahey *et al.*, 1995).

As boas maneiras também têm o efeito de instilar confiança nos membros da família. São exemplos de boas maneiras que convidam a um relacionamento de confiança:

- Sempre chamar o paciente e os familiares pelo nome.
- Sempre dizer seu nome ao paciente e aos membros da família.
- Explicar seu papel durante aquele turno ou reunião.
- Explicar um procedimento antes de entrar na sala com o equipamento para realizá-lo.
- Se disser ao paciente ou a um familiar que voltará dentro de algum tempo, ou oferecerá uma explicação, mantenha esse compromisso.

Ingrediente-chave 3: genogramas e ecomapas da família

As enfermeiras precisam ter como prioridade desenhar um genograma rápido (e, algumas vezes, se indicado, um ecomapa) para *todas* as famílias,

mas, em especial, para aquelas que provavelmente farão parte de seu cuidado por mais de um dia. Os detalhes extensos para a coleta de informações de genograma e ecomapa foram extensamente descritos no Capítulo 3, na discussão sobre a categoria de "Avaliação Estrutural" do MCAF. Em uma breve entrevista, a coleta de informações de genograma e ecomapa também precisa ser breve. Essas informações podem ser coletadas de cada membro da família em cerca de 2 minutos.

As informações mais essenciais a serem obtidas são idade, ocupação ou grau de escolaridade, religião, ascendência étnica, data de migração e estado de saúde atual de cada membro da família. Comece fazendo perguntas "fáceis" (idade, estado de saúde atual) sobre os membros que moram na casa. Não é necessário, nem tempo-efetivo, obter, por exemplo, informações sobre divórcios de irmãos ou netos, a não ser que isso seja de relevância imediata para a família e para o problema de saúde. Uma vez obtidas as informações do genograma, se indicado, expandir a coleta de dados, passando àqueles sobre a estrutura externa da família na forma de um ecomapa. Pode ser útil fazer perguntas como: "Quem, fora de sua família imediata, o estressa ou é um recurso importante para você?" e "Quantos profissionais estão envolvidos no tratamento dos problemas cardíacos atuais de seu marido?" A obtenção de dados de avaliação estrutural por genograma e ecomapa também serve como uma estratégia rápida de engajamento, tendo em vista que as famílias em geral têm prazer em que a enfermeira pergunte sobre todos e não apenas sobre a pessoa que tem a enfermidade. Isso proporciona um rápido conhecimento sobre a crença básica da enfermeira de que a doença é um assunto de família.

O ideal seria que o genograma se tornasse parte da documentação sobre o paciente e a família. Em uma unidade cardíaca, as informações do genograma são coletadas na internação e ele fica pendurado ao lado do leito do paciente. Os números telefônicos de emergência dos membros da família são listados no genograma. Dessa forma, ele age como um contínuo lembrete visual para todos os profissionais de saúde que participam com o paciente do "pensar em família".

Ingrediente-chave 4: perguntas terapêuticas

As perguntas terapêuticas são um elemento-chave que definem uma conversa terapêutica. Muitas ideias e exemplos de perguntas lineares, circulares e de intervenção foram dados na apresentação do MCIF (ver Cap. 4) e na discussão de habilidades de enfermagem da família (ver Cap. 5), e serão oferecidos em vinhetas demonstrando o uso de perguntas (ver Cap. 9). O DVD de Wright e Leahey (2006) apresenta exemplos clínicos das autoras, em entrevistas com clientes, fazendo-lhes perguntas. Quando as enfermeiras estão tentando marcar uma breve entrevista com a família, elas podem fazer perguntas-chave aos seus integrantes, para envolvê-los nos cui-

978-85-4120-003-5

dados de saúde da família. Incentivamos as enfermeiras a pensar pelo menos em três perguntas-chave, que podem ser feitas rotineiramente a todos os membros da família. É claro que essas questões precisam se enquadrar no contexto em que a enfermeira encontra as famílias. Por exemplo, as perguntas que ela pode fazer em uma unidade hospitalar de emergência ou oncológica hospitalar podem ser diferentes daquelas feitas rotineiramente a crianças em uma clínica ambulatorial para diabéticos ou cuidados primários. Entretanto, existem alguns temas básicos que precisam ser abordados, como compartilhar informações, expectativas de hospitalização, visitas clínicas ou domiciliares, desafios, sofrimentos e as preocupações ou problemas mais prementes. A seguir, alguns exemplos de perguntas que tratam desses tópicos específicos:

- Como podemos ser mais úteis a você e à sua família (ou amigos) durante a hospitalização? (Esclarece expectativas e aumenta colaboração.)
- O que o auxiliou mais e menos em hospitalizações ou visitas clínicas anteriores? (Identifica pontos fortes e problemas anteriores para evitar repetições.)
- Qual é o maior desafio enfrentado por sua família durante essa hospitalização, alta ou visita clínica? (Indica sofrimentos potenciais ou reais, papéis e crenças.)
- Com quem da família (ou amigos) você gostaria que compartilhássemos informações? Com quem você não gostaria que o fizéssemos? (Indica alianças, recursos e possíveis relacionamentos conflitantes.)
- O que você precisa para se preparar melhor, ou à sua família, para a alta? (Ajuda o planejamento antecipado de alta.)
- Quem você acredita que esteja sofrendo mais na família durante essa hospitalização, visita clínica ou de cuidado domiciliar? (Identifica o membro da família que mais necessita de apoio e intervenção.)
- Qual é a pergunta para a qual mais gostaria de obter resposta durante essa nossa conversa, agora? Posso não ser capaz de responder a essa pergunta no momento, mas farei o melhor e tentarei encontrar a resposta. (Identifica o problema ou preocupação mais urgente. [Wright, 1989].)
- De que forma tenho sido mais útil para você nessa reunião de família? Como podemos melhorar? (Mostra boa vontade em aprender com as famílias e trabalhar de forma colaborativa.)

Ingrediente-chave 5: elogiar os pontos fortes da família e individuais

A importante intervenção de fazer elogios (Hougher Limacher, 2003; Hougher Limacher e Wright, 2005; Wright e Bell, no prelo) foi totalmente discutida na apresentação do MCIF (ver Cap. 4). Gostaríamos de reafirmar que, como parte da rotina, em cada sessão, elogiamos os pontos fortes observados

durante a entrevista com as famílias. Em uma breve entrevista de 15 minutos ou menos, com a família, ainda apoiamos a prática de fazer pelo menos um ou dois elogios aos seus membros sobre pontos fortes, recursos ou competências individuais e familiares, observados diretamente pela enfermeira ou colhidos em outra fonte. Lembre-se de que os elogios são observações de condutas ocorridas no decorrer do tempo. Portanto, a enfermeira está em busca de padrões, e não de uma ocorrência única no tempo, com mais probabilidade de angariar cumprimentos. Um exemplo de elogio é: "Sua família está mostrando muita coragem ao conviver com o câncer de sua esposa há 5 anos". Um cumprimento seria: "Seu filho é tão gentil apesar de estar tão enfermo!".

As famílias que passam por problemas crônicos, potencialmente fatais ou psicossociais geralmente se sentem derrotadas, desesperadas ou fracassadas em seus esforços de superar as doenças ou de conviver com elas. Em nossa experiência clínica, descobrimos que a maioria das famílias que enfrentam doença, incapacidade ou trauma também sofre de "distúrbio de déficit de elogios". Portanto, as enfermeiras nunca correrão o risco de elogiar em excesso.

As reações positivas imediatas e a longo prazo a tais elogios indicam que as intervenções terapêuticas foram poderosas, eficazes e duradouras (Bohn, Wright e Moules, 2003; Hougher Limacher, 2003; Hougher Limacher e Wright, 2003, 2006; Moules, 2002). O estudo de Robinson (1998) explorou o processo e os resultados das intervenções de enfermagem nas famílias que passam por dificuldades por doença crônica. As famílias relataram à equipe de enfermagem clínica "orientação aos pontos fortes, recursos e possibilidades como uma faceta extremamente importante do processo" (p. 284). O estudo de Hougher Limacher (2003), que focou, especificamente, o melhor entendimento da intervenção dos elogios, certamente proporciona validação adicional sobre o poder dos elogios. As famílias que interiorizam os elogios recebidos das enfermeiras parecem mais receptivas e confiantes no relacionamento entre estas e a família e tendem a captar prontamente ideias, opiniões e conselhos oferecidos.

Ao elogiar os recursos, as competências e os pontos fortes das famílias, as enfermeiras oferecem aos seus integrantes uma nova visão de si mesmos. Ao mudar a visão que têm de si, as famílias, muitas vezes, se tornam aptas a ver o problema de saúde de modo diferente e, por essa razão, buscam soluções mais eficazes para reduzir qualquer sofrimento em potencial ou real.

Exemplo pessoal de envolvimento da família na prática de enfermagem (Lorraine M. Wright)

Para ilustrar de forma incisiva como o envolvimento dos membros da família nos cuidados de saúde pode ser eficaz e curativo, ou ineficaz e resul-

tar em mais sofrimento desnecessário, Lorraine M. Wright apresenta uma história pessoal para mostrar o melhor e o pior da enfermagem da família. Essas experiências ocorreram durante duas breves interações da Dra. Wright com as enfermeiras em uma unidade de emergência de um grande hospital da cidade, ao acompanhar sua mãe para uma possível internação:

978-85-4120-003-5

Durante os últimos 5 anos de vida de minha mãe, ela passou por várias exacerbações importantes de esclerose múltipla (EM), com frequentes hospitalizações. Cada exacerbação deixava-a mais incapacitada fisicamente. As exacerbações extremas nesse último ano deixaram-na quadriplégica. A cada episódio, ela nunca retornava ao nível de funcionamento físico e cognitivo de antes. Apesar de todos esses retrocessos, havia uma tremenda coragem tanto da parte da minha mãe como de meu pai. É surpreendente que os momentos de queixas, tristeza ou mágoa de minha mãe foram mínimos, o que, claro, diminuiu o impacto do sofrimento da família. Vi meu pai tornar-se um cuidador e "enfermeiro" muito afetuoso, enquanto sua própria vida ficava muito restrita.

Em uma das internações, tive duas conversas muito breves, porém eficientes, com enfermeiras no departamento de emergência (DE). Uma delas eu prefiro chamar de "Enfermeira Malvada" e a outra de "Enfermeira Anjo". Ambas provocaram profundo impacto em meu sofrimento emocional. Ambas interagiram comigo por um breve tempo, não mais que 5 minutos cada uma.

Antes de nossa chegada ao DE do hospital, passei algumas horas muito exaustivas com minha mãe. Meu pai, minha mãe e eu estávamos passando um dia em nosso chalé a mais ou menos uma hora da cidade. Quando a tarde caiu, ficou claro que minha mãe estava ficando mais cambaleante (naquela época ela ainda podia dar alguns passos sem ajuda). Quando estávamos nos aprontando para voltar, ela ficou incapaz de suportar seu peso. Com grande dificuldade, meu pai e eu a pusemos numa cadeira de rodas e descemos a rampa do chalé até o carro. Agora, o maior desafio estava à frente: o de conseguir levantar e colocar a cadeira de rodas no carro. Foi preciso toda nossa força e engenhosidade para realizar a tarefa, com a minha mãe, claro, com medo que a derrubássemos. Após uns 30 minutos e muita transpiração, conseguimos nosso objetivo, estando minha mãe segura no carro. A caminho da cidade, tomamos a decisão conjunta de levá-la ao hospital onde estivera internada em outras ocasiões, a fim de avaliá-la para possível internação. Achávamos que ela estava passando por outra grave exacerbação.

Quando chegamos ao DE, senti -me muito aliviada. Tinha passado algumas horas inquietantes e árduas. Agora esperava que minha mãe recebesse avaliação e tratamento clínico e de enfermagem para ajudá-la e, também, a nós. Meu pai ficou com ela no carro em frente ao DE, enquanto eu entrava para pedir auxílio para tirá-la do carro. Ao chegar no posto de

enfermagem, encontrei a "Enfermeira Malvada". Expliquei a situação do momento e pedi-lhe ajuda para levantar minha mãe e tirá-la do carro e levá-la ao DE. A "Enfermeira Malvada" respondeu em um tom de voz brusco e desconfiado: "Como a puseram no carro?" Essa breve interação inicial foi chocante para mim. Nossa pequena conversa inicial foi de acusação, culpa e desconfiança mútua. Não se desenvolveu nenhum relacionamento terapêutico ali. A resposta dessa enfermeira convidou-me a dar uma resposta igualmente rude e impolida. Eu disse: "Com grande dificuldade, por isso precisamos de ajuda para levantá-la e tirá-la do carro". Nossa conversa chegou então a termos de acusação e recriminações, quando a "Enfermeira Malvada" retorquiu: "Bem, eu não posso tirá-la do carro". Sugeri que talvez um dos colegas do sexo masculino pudesse nos ajudar. Quando a "Enfermeira Malvada" e seu colega se aproximaram do carro para ajudar minha mãe, eles não se apresentaram a ela e nem interromperam a conversa que mantinham. Esse foi o exemplo extremo do que a enfermagem da família não deve ser. Até agora me sinto mal e chateada pelo tratamento recebido dessa enfermeira em particular. É evidente que ela não tinha conhecimento de que, na minha vida profissional, eu ensino, pratico, pesquiso e escrevo sobre enfermagem da família.

Entretanto, nem tudo estava perdido. Depois de algum tempo, fomos levados a uma sala no DE e, após breve espera, apareceu a "Enfermeira Anjo". Primeiro, ela se apresentou à minha mãe e explicou que ia medir sua pressão arterial e temperatura e que já havia solicitado ao laboratório o "exame de sangue". Essa "Enfermeira Anjo" atendeu minha mãe de forma amável e competente, perguntando sobre sua história clínica e experiências com EM. De modo comovente ela tranquilizou minha mãe dizendo-lhe que provavelmente ela fosse internada para outra série de esteroides intravenosos e que faria tudo para que ela se sentisse bem. Em seguida, dirigiu-se a mim, estendeu-me a mão, apresentou-se e, calorosamente, indagou sobre a natureza de minha relação com a paciente. Fiquei comovida com a abordagem amável e competente dessa enfermeira. Informei-a de que era filha da paciente e viera de outra cidade para visitá-la. A enfermeira formulou, então, uma possível hipótese na forma de um comentário: "Isso deve tê-la aborrecido muito". Com essa frase, essa enfermeira avaliou e ficou ciente de meu sofrimento. A "Enfermeira Anjo" me ofereceu conforto e compreensão durante nossa breve interação de menos de 2 minutos. Entretanto, só naqueles 2 minutos, ela me envolveu em sua prática e houve a cura do meu sofrimento emocional.

Mais tarde, ao refletir, percebi que minha reação ao encontrar essa enfermeira foi a de empenhar todos os esforços para ajudá-la na assistência à minha mãe, pois se via que ela estava sobrecarregada com pacientes no DE. A abordagem de enfermagem da "Enfermeira Anjo" em particular incentivou-me a dar-lhe mais auxílio. A amabilidade leva à amabilidade; acusações levam a acusações. Nessa breve interação, a "Enfermeira Anjo" estabeleceu

978-85-4120-003-5

uma conversa terapêutica comigo, com minha mãe e com meu pai. Ela também mostrou boas maneiras ao estender-me a mão, apresentando-se, ao trazer à tona algumas informações do genograma e ao validar meu sofrimento. Talvez nem todos os ingredientes-chave que sugeri para uma breve entrevista com a família estejam evidentes nessa interação com a "Enfermeira Anjo". Contudo, ela exemplifica como o contexto e a adequação da situação determinam o quanto os membros da família podem ser envolvidos. Essa enfermeira demonstrou muito bem que a enfermagem da família pode se realizar até mesmo em departamentos de emergência movimentados, mesmo em 2 minutos, e ainda promover cura.

Exemplo profissional real de uma breve entrevista com a família sem a presença de seus membros

A Dra. Maureen Leahey oferece um exemplo de uma situação em que esteve envolvida enquanto consultava as enfermeiras funcionárias de uma unidade médica:

Greta, uma mulher de 32 anos, foi internada em uma unidade clínica com provável diagnóstico de influenza. *Seu peso caíra para 37,5kg, uma perda de 4,5kg na semana antecedente à internação.*

Greta também tinha uma doença genética que envolvia fraqueza e perda dos músculos esqueléticos. A equipe de enfermagem percebeu que ela estava irada e brusca; também se perguntaram qual seria o problema médico. Eles lamentaram por Greta e a acharam "muito dependente". Uma breve entrevista foi programada para explorar as expectativas, as crenças e os recursos de Greta. Sua família foi convidada para a reunião, que se realizou na unidade, mas ninguém compareceu.

Em uma entrevista de 15 minutos com Greta sozinha, a enfermeira desenhou, inicialmente, um rápido genograma. Ela soube que Greta vivia com dois irmãos mais novos e a mãe, e todos a chamavam de "a doença" (perda muscular). Ela era o único membro da família que sabia dirigir e essa era a razão de os outros não comparecerem à reunião (essa foi uma informação nova para a enfermeira).

A enfermeira perguntou então sobre suas expectativas em relação à hospitalização e de que maneira as enfermeiras poderiam ser mais úteis. Greta respondeu a perguntas circulares dizendo que sabia como a equipe cuidaria dela "pela maneira de conversarem comigo e com os outros pacientes, demonstram respeito e confiança, e me tratam de modo independente". Ela disse que precisava ficar forte para cuidar da mãe e dos irmãos "que dependem de mim".

A enfermeira perguntou-lhe quais eram as esperanças e as expectativas dos outros membros da família quanto à hospitalização. Ela respondeu que,

quando a mãe fora hospitalizada, anteriormente, a equipe "a tinha obrigado a comer", o que Greta considerava uma falta de respeito. A enfermeira perguntou-lhe como a equipe atual estava lidando com sua relutância em se alimentar. Greta descreveu que a equipe lhe havia oferecido duas opções de alimentos e achava isso bastante satisfatório. A conclusão da entrevista com a enfermeira foi um convite para Greta conversar mais com ela, se tivesse preocupações com os cuidados recebidos.

A partir dessa entrevista, a enfermeira revisou sua impressão de que Greta era "muito dependente", pensando nela como alguém que precisava ser elogiada por sua independência e responsabilidade. Ela via Greta agora como uma "pessoa forte". E transmitiu essa mensagem aos colegas de enfermagem.

Alguns dias depois dessa entrevista de 15 minutos, Greta comentou com a enfermeira durante o cuidado matinal: "Lembra-se de quando me pediu para lhe dizer quando algo não estivesse indo bem?" Ela relatou então que a equipe da tarde "está me obrigando a comer e não está respeitando minhas escolhas". Ela perdera meio quilo de peso. A enfermeira ouviu e se lembrou do relatório da manhã, no qual Greta era chamada de "manipuladora". Os membros da equipe estavam preocupados com a perda de peso e, portanto, "a obrigavam" a comer mais. Por sua vez, Greta comia menos. A enfermeira conceituou o problema como uma interação em círculo vicioso (ver Cap. 3) entre a paciente e a equipe da tarde. Ela decidiu intervir:

- *Convidando a nutricionista a conversar com a equipe sobre os grupos e escolhas alimentares.*
- *Registrando uma observação no prontuário de que Greta podia "comer a pedido".*
- *Incentivando os membros individuais da equipe de enfermagem a oferecer a Greta mais opções de alimento.*

O resultado dessa breve entrevista e as intervenções orientada à família foi que Greta ganhou algum peso no decorrer da hospitalização. As outras enfermeiras da equipe disseram se sentir "menos responsáveis por fazer Greta comer" e mais responsáveis por lhe oferecer opções e promover a sua independência. O mais significativo para a primeira enfermeira foi a intervenção utilizada no sistema de documentação da unidade, em que ela identificou o problema, comprovou o motivo e recomendou um direcionamento aos outros membros da equipe.

De nossa perspectiva, um importante resultado foi reforçar as habilidades e as competências de Greta em tratar e conviver com sua doença crônica. Ela voltou para casa mais forte física e emocionalmente. Além disso, ela estava apta a auxiliar a si mesma e aos outros familiares em relação a assuntos de saúde em andamento. Essa entrevista de 15 minutos também indica como as enfermeiras podem incluir outros membros da

família na conversa terapêutica, mesmo sem estarem presentes. O envolvimento desses familiares na prática de enfermagem interacional engloba perguntar sobre eles estando eles presentes ou não.

Conclusão

Concluindo, a estrutura global para se ritualizar uma entrevista de 15 minutos (ou menos) é:

- Iniciar uma conversação terapêutica tendo em mente um propósito específico que pode ser completado em 15 minutos ou menos.
- Usar boas maneiras para engajar-se ou reengajar-se. Apresentar-se informando nome e função. Orientar os membros da família para a finalidade de uma breve entrevista com ela.
- Avaliar as áreas-chave de estruturas e funções interna e externa – obter informações do genograma e dados-chave de apoio externo.
- Fazer três perguntas-chave sobre os membros da família.
- Elogiar um ou mais pontos fortes da família.
- Avaliar a utilidade e finalizar o trabalho.

Geralmente consideramos essa estrutura um guia útil para conduzir uma entrevista de 15 minutos (ou menos) com a família. Entretanto, esses ingredientes-chave de uma breve entrevista com a família precisam ser adaptados de acordo com a competência da enfermeira, o contexto em que ela e a família se encontram, e adequação e objetivo da reunião com a família. Confiamos que, se a entrevista for adequadamente implementada, enfermeiras e famílias ficarão satisfeitas com a utilidade de uma breve entrevista. As enfermeiras podem reduzir, e reduzem, os sofrimentos físico, emocional e espiritual das famílias ao se engajarem em conversações terapêuticas com os familiares. Isso pode ocorrer em 15 minutos ou até mesmo com uma frase!

Referências

Bohn, U., Wright, L.M., e Moules, N.J. (2003). A family systems nursing interview following a myocardial infarction: The power of commendations. *Journal of Family Nursing*, 9(2), 151-165.

Frank, A.W. (1998). Just listening: Narrative and deep illness. *Families, Systems and Health*, 16(3), 197-212.

Holtslander, L. (2005). Clinicai application of the 15-minute family interview: Addressing the needs of postpartum families. *Journal of Family Nursing*, 11(2), 5-18.

Hougher Limacher, L. (2003). *Commendations: The healing potential of one family systems nursing intervention* [Unpublished doctoral thesis], Calgary, Alberta, Canada: University of Calgary.

Hougher Limacher, L., e Wright, L.M. (2003). Commendations: Listening to the silent side of a family intervention. *Journal of Family Nursing*, 9(2), 130-135.

Hougher Limacher, L., e Wright, L.M. (2006). Exploring the therapeutic family intervention of commendations: Insights from research. *Journal of Family Nursing*, 12(8), 307-331.

International Council of Nurses (2002). Nurses always there for you: Caring for families. *Information and Action Tool Kit.* Geneva: Switzerland.

Leahey, M., et al. (1995). The impact of a family systems nursing approach: Nurses' perceptions. *The Journal of Continuing Education in Nursing, 26(5),* 219-225.

Martin, J., e Kanen, J. (2005). *Miss Manners' guide to excruciatingly correct behavior, freshly updated.* New York: WW Norton.

Martinez, A., D'Artois, D., e Rennick, J.E. (2007). Does the 15 minute (or less) family interview influence nursing practice? *Journal of Family Nursing,* 13(2),1-22.

McLeod, D.L. (2003). *Opening space for the spiritual: Therapeutic conversations with families living with serious illness* [Unpublished doctoral thesis]. University of Calgary, Alberta, Canada.

Moules, N.J. (2002). Nursing on paper: Therapeutic letters in nursing practice. *Nursing Inquiry,* 9(2), 104-113.

Robinson, C.A. (1998). Women, families, chronic illness, and nursing interventions: From burden to balance. *Journal of Family Nursing,* 4(3), 271-290.

Robinson, C.A., e Wright, L.M. (1995). Family nursing interventions: What families say makes a difference. *Journal of Family Nursing,* 1(3), 327-345.

Wright, L.M. (1989). When clients ask questions: Enriching the therapeutic conversation. *Family Therapy Networker,* 13(6), 15-16.

Wright, L.M. (2005). *Spirituality, suffering, and illness: Ideas for healing.* Philadelphia: F.A. Davis.

Wright, L.M., e Bell, J.M. (in press). *Beliefs and illness: A model to invite healing.* Calgary, AB: 4th Floor Press.

Wright, L.M., e Leahey, M. (Producers). (2000). *How to do a 15 minute (or less) family interview.* [DVD], Calgary, Canada, www.familynursingresources.com.

Wright, L.M., e Leahey, M. (Producers). (2003). *How to intervene with families with health concerns* [DVD]. Disponível em: www.familynursingresources.com.

Wright, L.M., e Leahey, M. (Producers). (2006). *How to use questions in family* interviewing. [DVD]. Calgary, Canada www.familynursingresources.com.