

LORRAINE M. WRIGHT
MAUREEN LEAHEY

ENFERMEIRAS *e* FAMÍLIAS

Guia para Avaliação e
Intervenção na Família

5^a
EDIÇÃO



ROCA

Modelo Calgary de Intervenção na Família

O Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF) está associado ao Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) (ver Cap. 3). Ao que sabemos, o MCIF é o primeiro modelo de intervenção na família que surge no âmbito da enfermagem. Também não temos conhecimento de quaisquer outros modelos de intervenção desenvolvidos desde a introdução de nosso modelo na segunda edição de *Enfermeiras e Famílias*, em 1994. Entretanto, a importância e a eficácia de intervenções na família em cuidados de saúde no tratamento de doença física parecem ter recebido muito mais reconhecimento nos últimos cinco anos (Campbell, 2003). Além disso, o foco se deslocou das avaliações com base nos déficits ou disfunções para as intervenções relacionadas às forças e à resiliência da família. Por exemplo, o modelo de McGill de Enfermagem afirma que um de seus objetivos é “ajudar as famílias a utilizar as forças de cada membro da família como uma unidade, assim como os recursos externos ao sistema familiar” (Feeley e Gottlieb, 2000, p. 11). Outro exemplo é o uso que Rungreangkulkij e Gilliss (2000) fazem do Modelo de Resiliência Familiar para o estudo das famílias que têm um dos membros com grave e persistente doença mental.

O MCIF também é um modelo embasado nos pontos fortes e orientado à resiliência. Acreditamos que esse tipo de mudança da ênfase aos déficits e disfunções para os pontos fortes e a resiliência, na prática de enfermagem, influencia muito os tipos de intervenções oferecidas às famílias e escolhidas por elas dentro do nosso modelo.

É claro que as intervenções oferecidas devem depender do âmbito de prática da enfermeira, grau de independência, autonomia e responsabilidade associados a seu papel nos cuidados da família (Schober e Affara, 2001). Os cuidados de enfermagem vão desde “tarefas delegadas como cuidados de feridas em domicílio, até a avaliação complexa e o tratamento curativo em centros de saúde e clínicas” (Schober e Affara, 2001, p. 23).

Este capítulo apresenta nossa definição e descrição do MCIF, exemplos de intervenções nos três domínios do funcionamento familiar e exemplos clínicos reais com a utilização do MCIF. Também, conclui com ideias de intervenção para situações familiares geralmente encontradas pelas enfermeiras.

Definição e descrição

Depois de completada uma avaliação familiar abrangente e indicada a intervenção, as enfermeiras devem considerar de que forma intervirão para facilitar a mudança. O MCIF é uma estrutura organizadora para conceituar a intersecção entre um domínio particular do funcionamento familiar e a intervenção específica proposta pela enfermeira (Fig. 4.1). Os elementos do MCIF são intervenções, domínios do funcionamento familiar e “ajuste” (eficácia). O MCIF é uma representação visual do “ajuste” entre um domínio do funcionamento familiar e uma intervenção de enfermagem, ou seja, ele responde à pergunta: “Essa intervenção em particular tem por objetivo efetuar a mudança em um domínio específico do funcionamento familiar ou não?” O MCIF enfoca a promoção, a melhoria e a sustentação de um funcionamento familiar eficaz nos três domínios: cognitivo, afetivo e comportamental.

As intervenções podem ser planejadas para promover, melhorar ou sustentar o funcionamento familiar em um ou em seus três domínios, mas a alteração em um domínio pode afetar os outros. Acreditamos que as mudanças mais profundas e contínuas serão aquelas ocorridas no âmbito das crenças familiares (cognitiva). Em outras palavras, o que uma família pensa ser, assim ela é. Em muitos casos, uma intervenção pode de fato influenciar ao mesmo tempo os três domínios do funcionamento familiar.

Acreditamos que as enfermeiras só possam oferecer intervenções à família e não instruir, dirigir, exigir ou insistir num determinado tipo de mudança ou forma de funcionamento familiar. Se a família abrirá ou não um espaço para uma intervenção, isso dependerá de sua constituição genética e história das interações entre seus membros (Maturana e Varela, 1992). A abertura a intervenções específicas também sofre profunda influência dos relacionamentos entre a enfermeira e a família (Bohn, Wright e Moules, 2003; Duhamel e Talbot (2004); Leahey e Harper-Jaques, 1996; Houger Limacher e Wright, 2003; 2006; McLeod e Wright, 2008; Moules, 2002; Moules *et al.*, 2004, 2007; Robinson e Wright, 1995; Tapp, 2001; Thorne e Robinson, 1989) e a capacidade de a enfermeira ajudar a família a

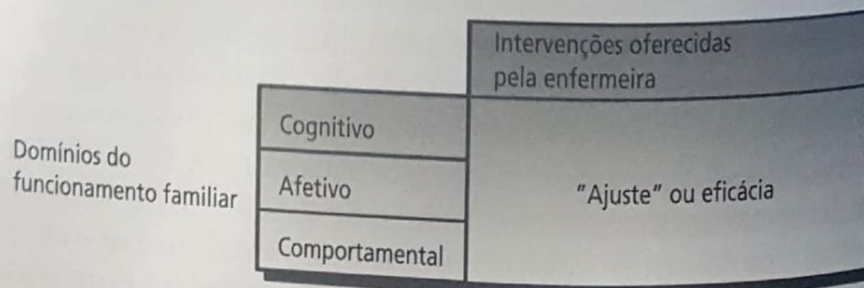


Figura 4.1 – MCIF: Modelo Calgary de Intervenção na Família: Intersecção dos domínios de funcionamento e intervenções familiares.

refletir sobre seus problemas de saúde (Wright e Bell, no prelo; Wright e Levac, 1992). Cibernética de segunda ordem e biologia da cognição (Maturana e Varela, 1992) influenciaram nossas ideias nesse sentido (ver Cap. 2).

A intervenção em um sistema familiar de modo a promover ou facilitar a mudança é o aspecto mais desafiador e estimulante do trabalho clínico com as famílias. O processo de intervenção representa o núcleo da prática clínica com as famílias. Ela proporciona um contexto apropriado no qual a família pode fazer as alterações necessárias para aumentar as possibilidades de cura. Existe um grande número de intervenções possíveis, mas as enfermeiras precisam adaptar suas intervenções a cada família e ao domínio de funcionamento familiar. É necessário o conhecimento das considerações éticas. Em geral, intervenções específicas variam em cada família, embora em algumas ocasiões se possa utilizar a mesma intervenção para muitas famílias e diferentes problemas. Entretanto, queremos enfatizar que cada família é única e, embora seja de grande importância dar nomes às intervenções particulares para enquadrar nossa prática em uma linguagem, isso não representa uma abordagem do tipo "livro de receitas culinárias". Desejamos ainda ressaltar que as intervenções listadas são exemplos daquelas que poderiam ser utilizadas e não pretendem ser totalmente abrangentes. Apresentamos exemplos de intervenções que consideramos úteis em nossa prática e pesquisa clínicas. As intervenções que citamos baseiam-se em vários princípios teóricos importantes: pós-modernismo, teoria de sistemas, cibernética, teoria da comunicação, teoria da mudança e biologia da cognição (ver Cap. 2).

Em síntese, o MCIF não é uma lista de intervenções de enfermagem ou de funcionamentos familiares. Mais exatamente, ele fornece meios de conceituar um ajuste entre os domínios do funcionamento familiar e as intervenções propostas pela enfermeira. O MCIF ajuda a determinar o domínio do funcionamento familiar que predominantemente necessita de mudança e a intervenção mais adequada para efetuar a mudança naquele domínio. Por meio de conversas terapêuticas, a família e a enfermeira desenvolvem em conjunto e colaboram para a descoberta do ajuste mais adequado (Duhamel e Dupuis, 2004; Holtslander, 2005; McLeod e Wright, 2008; Moules *et al.*, 2004, 2007; Wright e Bell, no prelo). Empregamos o termo qualitativo "ajuste" para ressaltar a possibilidade de uma intervenção, efetuar ou não uma mudança no problema apresentado. O ajuste envolve o reconhecimento de reciprocidade entre as ideias e as opiniões das enfermeiras e a experiência de doença da família. Portanto, a determinação do ajuste pode envolver alguma experimentação ou tentativa e erro. Também implica na crença das enfermeiras de que a família é única e tem pontos fortes específicos. No Capítulo 7, delineamos os fatores para aumentar a probabilidade de que as intervenções desencadeiem a mudança no domínio de funcionamento familiar.

Perguntas de intervenção

Uma das intervenções de enfermagem mais simples, porém poderosa para as famílias que passam por problemas de saúde, é o uso de perguntas de intervenção. Essas perguntas destinam-se a efetuar ativamente uma mudança em um ou nos três domínios. As enfermeiras que conduzem as entrevistas com a família devem ter em mente que o conhecimento de quando, como e qual a finalidade de propor perguntas é mais importante que a simples escolha de um tipo de pergunta em relação à outra (Wright e Bell, no prelo).

Perguntas lineares versus circulares

As perguntas de intervenção são, em geral, de dois tipos: lineares e circulares (Tomm, 1987, 1988). A importante diferença entre esses tipos é a sua intenção. As perguntas lineares destinam-se a informar a enfermeira, enquanto as circulares destinam-se a efetuar a mudança (Tomm, 1985, 1987, 1988).

As perguntas lineares são investigativas; exploram a percepção ou descrição de um problema por um membro da família. Por exemplo, ao explorar as percepções da anorexia nervosa da filha Cheyenne, a enfermeira pode iniciar com perguntas lineares aos pais, tais como: “Quando vocês observaram que sua filha alterou os hábitos alimentares?” ou “O que vocês acham que pode ter feito sua filha parar de se alimentar normalmente?” Essas perguntas lineares, ao mesmo tempo em que dão informações à enfermeira a respeito da história dos padrões alimentares da jovem, ajudam a esclarecer as percepções ou crenças sobre esses padrões. As perguntas lineares quase sempre são utilizadas para dar início à reunião de informações sobre os problemas familiares, enquanto as perguntas circulares revelam a compreensão da família sobre esses.

As perguntas circulares objetivam buscar explicações dos problemas. Por exemplo, com a mesma família, a enfermeira pode perguntar: “Quem, na família, se preocupa mais com a anorexia de Cheyenne?” ou “Como a mãe demonstra ser a mais preocupada?” As perguntas circulares auxiliam a enfermeira a obter valiosas informações, tendo em vista que investigam os relacionamentos entre indivíduos, fatos, ideias ou crenças.

O efeito dessas diferentes perguntas é bem distinto. As perguntas lineares tendem a restringir qualquer compreensão adicional, ao passo que as circulares são produtivas e abertas às possibilidades de novas compreensões. As perguntas circulares introduzem novas conexões cognitivas, abrindo caminho a comportamentos familiares novos ou diferentes. A forma linear de questionamento sugere à enfermeira um certo “saber” o que é melhor para a família e, portanto, atua sob o “pecado da certeza” ou da objetividade sem parênteses (Maturana e Varela, 1992) (ver

Cap. 2). Também sugere que a enfermeira tenha um objetivo e invista em um determinado resultado. As perguntas lineares destinam-se à correção de comportamentos; as perguntas circulares visam facilitar a mudança comportamental.

A distinção principal entre as perguntas lineares e circulares está na noção de que as informações revelam as diferenças nos relacionamentos (Bateson, 1979). Nas perguntas circulares, são pesquisados os relacionamentos ou ligações entre indivíduos, eventos, ideias ou crenças. Nas perguntas lineares, o foco está na causa e no efeito. A ideia de perguntas circulares evoluiu a partir do conceito de circularidade e método de entrevista circular desenvolvido pelos criadores da Terapia Familiar Sistêmica de Milão (Selvini-Palazzoli *et al.*, 1980; Tomm, 1984, 1985, 1987) (ver Caps. 6 e 7).

A circularidade envolve o ciclo de perguntas e respostas entre famílias e enfermeiras ocorrido durante um processo de entrevista. As perguntas habilidosas da enfermeira baseiam-se em avaliação ponderada, conceitualização e hipóteses que podem promover a compreensão e a obtenção de informações dadas pela família em resposta às suas perguntas e, portanto, o ciclo continua. As respostas da família às perguntas proporcionam informações tanto para a enfermeira como para ela. As perguntas dos membros e para eles mesmos fornecem novos dados e respostas à própria família; assim, elas se tornam intervenções. As perguntas de intervenção podem ser um convite para que os membros da família vejam seus problemas de um modo novo e, em seguida, vejam novas soluções. Consequentemente, à medida que as respostas da família dão informações à enfermeira, as perguntas desta podem oferecer informações àquela.

As questões circulares têm várias aplicações em enfermagem da família. Loos e Bell (1990) aplicaram criativamente o uso de perguntas circulares na área de enfermagem de cuidados críticos. Wright e Bell (no prelo) demonstraram o aspecto terapêutico de perguntas circulares com as famílias que experienciam doença crônica, doença potencialmente fatal e problemas psicossociais. Ao utilizarem o MCIF, Duhamel e Talbot (2004) verificaram que as enfermeiras consideravam úteis as questões de intervenção por estimular discussão sobre tópicos específicos. “Uma das perguntas foi assim formulada: ‘Quais as mudanças mais significativas ocorridas na família desde o início da doença?’. Essa pergunta levou à identificação de esforços feitos pelos casais para atender às recomendações médicas e de seu progresso no processo de reabilitação” (Duhamel e Talbot, 2004, p. 23).

Tomm (1987) melhorou os tipos de perguntas circulares utilizadas pela equipe de Terapia Familiar Sistêmica de Milão e identificou, definiu e classificou várias perguntas circulares. Aquelas que consideramos mais úteis para a prática clínica relacional com famílias são as perguntas de diferença, perguntas de efeito comportamental, perguntas hipotéticas ou orientadas

Tabela 4.1 – Perguntas circulares para convidar à mudança nos domínios cognitivo, afetivo e comportamental do funcionamento familiar

Tipo: Perguntas sobre Diferença		
Definição: Explora as diferenças entre pessoas, relacionamentos, tempo, ideias ou crenças. Exemplos de intervenção nos três domínios do funcionamento familiar:		
Cognitivo	Afetivo	Comportamental
<ul style="list-style-type: none"> • Qual é o melhor conselho que você recebeu sobre como lidar com a AIDS de seu filho? • Qual o pior conselho? 	<ul style="list-style-type: none"> • Quem, na família, mais se preocupou com a forma de transmissão da AIDS? 	<ul style="list-style-type: none"> • Quem, na família, tem mais êxito em fazer seu filho tomar o medicamento na hora certa?
<ul style="list-style-type: none"> • Qual a informação que seria mais útil para lidar com os efeitos do abuso sexual? • Quem, na família, seria mais beneficiado com a informação? 	<ul style="list-style-type: none"> • Quem está achando mais difícil fazer a revelação sobre abuso sexual? 	<ul style="list-style-type: none"> • Quando você revelou pela primeira vez o abuso sexual sofrido, o que os profissionais de saúde fizeram de mais útil?
Tipo: Perguntas sobre o efeito do comportamento		
Definição: Explora as ligações entre o efeito do comportamento de um membro da família sobre o outro. Exemplos de intervenção nos domínios do funcionamento familiar:		
Cognitivo	Afetivo	Comportamental
<ul style="list-style-type: none"> • Como você interpreta o fato de seu marido não visitar o filho no hospital? 	<ul style="list-style-type: none"> • Como você se sente quando seu filho chora após os tratamentos recebidos? 	<ul style="list-style-type: none"> • O que faz quando seu marido não visita o filho no hospital?
<ul style="list-style-type: none"> • O que você sabe sobre o efeito de uma doença potencialmente fatal em crianças? 	<ul style="list-style-type: none"> • Como sua mãe demonstra que está com medo de morrer? 	<ul style="list-style-type: none"> • O que seu pai poderia fazer para mostrar à sua mãe que ele compreende seus receios?
Tipo: Perguntas hipotéticas/orientadas ao futuro		
Definição: Explora as opções e ações alternativas ou significados da família no futuro. Exemplos de intervenção nos três domínios do funcionamento familiar:		
Cognitivo	Afetivo	Comportamental
<ul style="list-style-type: none"> • O que você acha que pode acontecer se esses enxertos de pele continuarem tão dolorosos para seu filho? 	<ul style="list-style-type: none"> • Se os enxertos de pele de seu filho não forem bem-sucedidos, como acha que será o humor dele? Triste? Com raiva? Resignado? 	<ul style="list-style-type: none"> • Quanto tempo acha que levará para seu filho aceitar o tratamento para contraturas?
<ul style="list-style-type: none"> • Se acontecer o pior, como acha que sua família enfrentará o problema? • Se você decidir mandar a avó para uma instituição, com quem discutirá esse assunto? 	<ul style="list-style-type: none"> • Se as coisas não melhorarem com o tratamento de sua avó, quem será o mais afetado? 	<ul style="list-style-type: none"> • Quanto tempo acha que sua avó ficará hospitalizada? • Se ficar muito tempo, que outros comportamentos de autocuidados ela terá?

ao futuro. Expandimos o uso das perguntas circulares pela apresentação de exemplos daquelas que podem ser feitas para intervir nos domínios cognitivos, afetivos e comportamentais de funcionamento familiar.

Os tipos de perguntas, definições e exemplos estão apresentados na Tabela 4.1.

Além disso, escrevemos e produzimos alguns DVD sobre o assunto: "The 'How to' Family Nursing Series" – *How to Use Questions in Family Interviewing* (Wright e Leahey, 2006) e também *How to Intervene with Families with Health Concerns* (Wright e Leahey, 2003); *How to Do a 15 Minutes (or Less) Family Interview* (Wright e Leahey, 2000); *Family Nursing Interviewing Skills: How to Engage, Assess, Intervene, and Terminate with Families* (Wright e Leahey, 2002) e *Calgary Family Assessment Model: How to Apply in Clinical Practice* (Wright e Leahey, 2001).

Esses programas educacionais demonstram o uso de perguntas de intervenção em entrevistas clínicas reais. Para mais informações sobre os DVD, ou para ver uma amostra em videoclipe, visite: www.familynursingresources.com.

Em síntese, as perguntas de diferença, de efeito comportamental e hipotética podem ser empregadas para facilitar a mudança em um ou mais domínios do funcionamento familiar. A Figura 4.2 ilustra a intersecção de vários tipos de perguntas circulares e dos domínios de funcionamento familiar. Desejamos enfatizar, intensamente, que a eficácia, a utilidade e a adequação da pergunta são mais críticas para influenciar a mudança que a pergunta específica.

Outros exemplos de intervenções

Para ilustrar a intersecção entres os três domínios do funcionamento familiar (cognitivo, afetivo e comportamental) e as várias intervenções,

		Intervenções oferecidas pela enfermeira: perguntas circulares			
		Diferença	Efeito comportamental	Hipotética	Triádica
Domínios do funcionamento familiar	Cognitivo				
	Afetivo				
	Comportamental				

Figura 4.2 – Intersecção entre as perguntas circulares e os domínios de funcionamento familiar.

selecionamos vários outros exemplos de intervenções, além das perguntas circulares. Não pretendemos que esses exemplos sejam uma lista exaustiva; mais propriamente, eles constituem as intervenções que consideramos apropriadas em nossa própria prática clínica e pesquisa. São as seguintes:

- Elogiar os pontos fortes da família e de seus membros.
- Oferecer informações e opiniões.
- Validar ou normalizar respostas emocionais.
- Incentivar as narrativas de doenças.
- Estimular o apoio da família.
- Incentivar os membros da família a serem cuidadores e a dar apoio aos cuidadores.
- Incentivar o descanso.
- Planejar rituais.

Essas intervenções podem influenciar a mudança em um ou mais domínios do funcionamento familiar. Por exemplo, a enfermeira pode utilizar oferecer informações a fim de promover a mudança no funcionamento cognitivo, afetivo ou comportamental da família (Fig. 4.3).

A próxima seção descreve cada intervenção e dá um exemplo de caso ilustrando sua aplicação. Optamos por agrupar amostras de intervenções em torno de um domínio específico do funcionamento familiar. Não queremos dizer com isso que uma intervenção possa ser empregada para facilitar a mudança em apenas um domínio do funcionamento familiar ou que uma intervenção seja uma “intervenção cognitiva” e a outra uma “intervenção afetiva”. Mais propriamente, trata-se de exemplos de ajuste entre uma doença ou problema específico, uma intervenção particular e um domínio do funcionamento da família.

Intervenções para mudar o domínio cognitivo do funcionamento familiar

Geralmente as intervenções direcionadas ao domínio cognitivo do funcionamento familiar são aquelas que oferecem novas ideias, opiniões, crenças, informações ou educação sobre um problema ou risco de saúde em particular. O objetivo do tratamento ou o resultado desejado é mudar o modo de ver de uma determinada família e o que percebe como seus problemas de saúde, para que os membros possam descobrir novas soluções para esses problemas. Apresentamos as intervenções seguintes como exemplos para mudar o domínio cognitivo do funcionamento familiar.

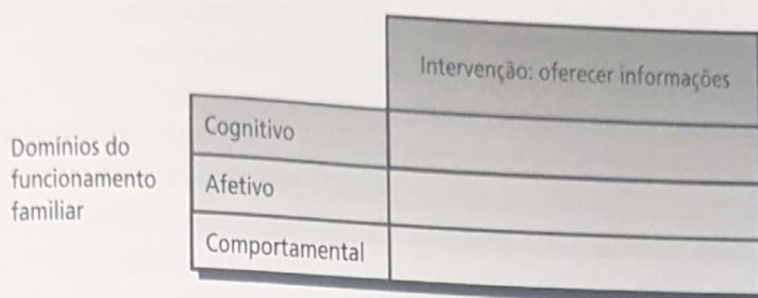


Figura 4.3 – Intersecção entre intervenção (oferecer informações) e domínios de funcionamento familiar.

Elogiar os pontos fortes da família e de seus membros

Rotineiramente elogiamos os pontos fortes, competências e recursos de indivíduos e das famílias observadas durante a entrevista. Elogios diferem de cumprimentos. Um elogio é a observação de padrões de comportamento que ocorrem ao longo do tempo (por exemplo: “Os membros de sua família são muito leais entre si”), enquanto um cumprimento costuma ser a observação de um evento num momento (por exemplo: “Vocês estão elogiando muito seu filho hoje”). As famílias que enfrentam problemas crônicos, potencialmente fatais ou psicossociais em geral se sentem frustradas, desesperançadas ou que seus esforços são infrutíferos para superar ou viver com esses problemas. Em muitos casos, as famílias que enfrentam problemas de saúde não foram elogiadas por seus pontos fortes nem as fizeram percebê-los (McElheran e Harper-Jaques, 1994). Optamos por ressaltar os pontos fortes e não os déficits, disfunções e deficiências dos membros da família.

As reações positivas imediatas e a longo prazo a tais elogios indicam que essas intervenções terapêuticas são eficazes (Bohn, Wright e Moules, 2003; Houger Limacher, 2003; Houger Limacher e Wright, 2003, 2006; McLeod e Wright, 2008; Moules, 2002; Wright e Bell, no prelo). Robinson (1998) atribui crédito a essa crença com o estudo que explorou processos e resultados de intervenções de enfermagem em famílias com problema de doenças crônicas. As famílias nesse estudo relataram à equipe de enfermagem clínica que a “orientação para os pontos fortes, recursos e possibilidades são uma faceta extremamente importante do processo” (Robinson, 1998, p. 284). Talvez, surpreendentemente, focalizar os pontos fortes fosse mais significativo e influente para as mulheres nessas famílias. Além disso, as famílias que internalizam elogios feitos pelas enfermeiras parecem mais receptivas a outras intervenções terapêuticas.

Outro trabalho de pesquisa estimulante e fluente focalizou as intervenções de elogio oferecidas na prática profissional da Unidade de Enfermagem da Família, na Universidade de Calgary. Um elemento essencial

revelado pelas famílias e enfermeiras que se referia e reiterava o valor e o poder dos elogios geradores de “bondade”, ajudando a aliviar o sofrimento (Houger Limacher e Wright, 2003, 2006). Essa geração de “bondade” se tornou um fenômeno relacional no contexto da relação enfermeira-paciente e enfermeira-família. A prática rotineira das enfermeiras de elogiar a família e cada um de seus pontos fortes é um modo de ser especial na prática clínica. Essa noção é exemplificada melhor na seguinte citação: “Nós nos tornamos as nossas conversas e geramos as conversas em que nos tornamos” (Maturana e Varela, 1992).

Em uma família, os problemas emocionais e comportamentais de um filho adotivo mantiveram-na com profissionais de saúde por 10 anos. A enfermeira elogiou essa família, dizendo-lhe que a considerava a mais conveniente para esse menino, tendo em vista que muitas outras não teriam sido tão sensíveis às suas necessidades e, provavelmente, teriam desistido dele há muito tempo. Os pais ficaram lacrimosos e disseram que esse era o primeiro comentário positivo que recebiam como pais, em muitos anos.

Ao elogiar a competência e os pontos fortes da família, e oferecer uma nova opinião sobre si mesmos, cria-se um contexto para a mudança, permitindo assim que as famílias descubram as próprias soluções para os problemas e aumentem a saúde. A mudança da visão de si quase sempre lhes permite ter uma diferente visão do problema de saúde e, conseqüentemente, buscar soluções mais eficazes. O Quadro 4.1 apresenta sugestões úteis para a proposta de intervenções.

Oferecer informações e opiniões

Uma das necessidades mais significativas de famílias que enfrentam doenças é a de receber informações e opiniões dos profissionais de saúde, es-



Quadro 4.1 – Sugestões úteis para fazer elogios

- Detectar os “pontos fortes da família” e buscar oportunidades para elogios quando esses pontos fortes forem descobertos e expostos
- Ter certeza de que há evidências suficientes para fazer elogios; senão eles parecerão falsos e feitos somente para agradar
- Usar a linguagem da família e integrar cenas familiares importantes para fortalecer a validade do elogio
- Fazer elogios nos primeiros 10 minutos de reunião com a família, para fortalecer o relacionamento profissional-família e aumentar a receptividade às ideias a serem apresentadas
- Incluir rotineiramente elogios às famílias ao final de uma interação ou reunião, ou antes de dar uma opinião

978-85-4120-003-5

De Levac, A.M., Wright, L.M. e Leahey, M. (2002). Children and families: Models for assessment and intervention. In J. Fox (Ed.), *Primary health care of infants, children, and adolescents* (2nd ed.) (p. 13). St. Louis: Mosby. Reimpresso com permissão.

pecialmente se a doença for complexa. Em geral, as famílias desejam mais informação sobre problemas de desenvolvimento, promoção de saúde e manejo das doenças (Levac, Wright e Leahey, 2002; Robinson, 1998). Por exemplo, ajudar pais a entender e ajudar os filhos é uma intervenção comum, mas importante para as famílias (Levac, Wright e Leahey, 2002). As enfermeiras podem instruir as famílias sobre as características fisiológicas, emocionais e cognitivas normais, e a identificar as tarefas ou os objetivos de desenvolvimento de crianças e adolescentes passíveis de serem afetados ou alterados durante os períodos de uma enfermidade (Manassis e Levac, 2004). Uma família descobriu ser de grande utilidade a explicação da enfermeira sobre o desenvolvimento de sintomas nos irmãos das crianças com doenças com risco de morte, em consequência dos sentimentos de solidão, já que os pais se concentram intensamente no filho doente. O Quadro 4.2 apresenta sugestões úteis para dar informações e opiniões.

As famílias com um membro hospitalizado indicaram que a obtenção de informações é prioridade máxima. Muitas famílias expressaram-nos sua frustração pela impossibilidade de receber, com facilidade, informações ou opiniões dos profissionais de saúde. As enfermeiras podem dar informações sobre o impacto de doenças crônicas ou potencialmente fatais nas famílias. Elas podem também capacitar as famílias a obterem informações sobre recursos. Temos conhecimento de que essa última abordagem é até mais proveitosa em algumas circunstâncias. Descobriu-se que dar informações educacionais constitui “uma intervenção essencial, pois tranquilizou os membros da família em relação a certos aspectos da doença e reduziu seu nível de estresse” (Duhamel e Talbot, 2004, p. 24).

Um complexo exemplo clínico refere-se a uma família de dois pais idosos e seu filho de 34 anos com esclerose múltipla grave. Os pais eram os

Quadro 4.2 – Sugestões úteis para oferta de informações e opiniões

- Usar uma linguagem relevante, clara e específica
- Proporcionar literatura de fácil leitura; escrever os pontos principais em uma ficha pequena
- Informar as famílias sobre grupos de apoio e recursos da comunidade. Determinar se esses recursos têm sido úteis para as famílias que os utilizaram e como
- Desenvolver habilidades da família incentivando uma busca independente de recursos. Indagar sobre a reação da família após a busca de recursos
- Dar ideias, informações e reflexões num espírito de aprendizagem e possibilidades (por exemplo, “Eu me pergunto o que aconteceria se você fizesse uma tentativa um pouco diferente de começar a falar sobre sexo e controle de natalidade com Manisha. Talvez você possa...”)
- Não investir no resultado. Se a família não usar os materiais de aprendizagem, mostrar-se curiosa a respeito do que não se ajusta a ela, em vez de julgar e se irritar com a família

De Levac, A.M.C., Wright, L.M. e Leahey, M. (2002). Children and families: Models for assessment and intervention. In J. Fox (Ed.), *Primary health care of infants, children, and adolescents* (2nd ed.) (p. 13). St. Louis: Mosby. Reimpresso com permissão.

cuidadores constantes e dedicados, mas não repousavam há vários meses. A enfermeira perguntou ao filho se gostaria de desafiar sua crença pessoal de “desamparado”. Solicitou a ele que assumisse o papel de liderança na exploração de possíveis recursos de outros cuidadores para que os pais pudessem ter férias. Ao pesquisar, o filho descobriu ser elegível para muitos benefícios financeiros dos quais anteriormente não tinha conhecimento, incluindo o de receber cuidados de profissionais de saúde. Logo em seguida, ele contratou uma enfermeira domiciliar durante 24h e os pais tiraram férias. Os pais relataram menos estresse e o filho ficou mais feliz. Ele passou a se esforçar para andar com o uso de barras paralelas, o que não fazia há meses.

Nesse exemplo de caso, a enfermeira deu uma opinião no sentido de capacitar o filho a mudar seu quadro cognitivo. A intervenção “ajustou” o domínio cognitivo e provocou o resultado nos domínios afetivo e comportamental do funcionamento familiar.

Intervenções para mudar o domínio afetivo do funcionamento familiar

As intervenções com vistas ao domínio afetivo do funcionamento familiar são destinadas a reduzir ou aumentar emoções intensas que podem estar bloqueando as tentativas da família de solucionar problemas. A seguir, apresentamos exemplos de intervenções passíveis de mudar o domínio afetivo do funcionamento familiar.

Validar ou normalizar as respostas emocionais

A validação do afeto intenso pode aliviar sentimentos de isolamento e solidão e ajudar os membros da família a fazer a ligação entre a doença de um deles e a resposta emocional de todos. Por exemplo, após o diagnóstico de uma doença potencialmente fatal, as famílias muitas vezes se sentem fora de controle ou atemorizadas por algum tempo. É importante que as enfermeiras validem essas emoções fortes, para tranquilização e esperança das famílias de que, no devido tempo, ajustarão e aprenderão novas maneiras de enfrentar. Em um exemplo, a enfermeira normalizou as modificações em sexualidade após a experiência, do casal, de uma doença cardíaca. Conseqüentemente, a esposa relatou: “Eu percebi que a pergunta referente à nossa sexualidade foi bem colocada, pois [a enfermeira] aplicava-a aos casais em geral. Bem, achei que seria bom saber que outros passavam pela mesma experiência. É uma pergunta muito pessoal e particular e você a apresentou bem” (Duhamel e Talbot, 2004, p. 25).

Incentivar as narrativas de doenças

Com muita frequência, os membros da família são incentivados a contar apenas a história ou narrativa clínica das doenças, em vez de sua experiência ou *narrativa de enfermidade*. Entretanto, quando as enfermeiras os encorajam a fazer as narrativas de suas doenças, não são contadas apenas as histórias de doenças e sofrimento, mas também histórias de pontos fortes e tenacidade (Wright e Bell, no prelo). Por meio de conversas terapêuticas, as enfermeiras podem criar um ambiente de confiança para a expressão aberta de medos, raiva e tristeza dos membros da família em relação à experiência de doença (Tapp, 1997, 2001; Wright e Bell, no prelo). Essas conversas são particularmente importantes para os complexos tipos de família que envolvem múltiplos pais e irmãos. Ter a oportunidade de expressar o impacto da doença sobre a família e a influência desta sobre a doença, sob a perspectiva de cada um, promove a validação das experiências. O estudo de Duhamel e Talbot (2004), que utilizaram o MCIF e essa intervenção específica, verificou que as enfermeiras concordavam sobre a importância de incentivar os membros da família a compartilhar experiências de doença cardíaca durante e depois do período de hospitalização. Os membros da família também comentaram que, com esses tipos de sessões clínicas, foram capazes de desabafar emoções, o que lhes dava imenso alívio ao sofrimento, curando feridas psicológicas e permitindo-lhes ter conhecimento das experiências de cada um.

Ouvir, testemunhar e documentar histórias de doenças também exerce profundo impacto sobre a enfermeira. Essa abordagem é muito diferente de limitar ou restringir as histórias da família a sintomas, medicação e tratamentos físicos. Ao apresentar um contexto que proporcione o compartilhar das experiências de doença entre os membros da família, intensas emoções são legitimadas.

Estimular o apoio familiar

As enfermeiras podem intensificar o funcionamento familiar no domínio afetivo incentivando e ajudando os membros a ouvir as preocupações e os sentimentos mútuos. Essa técnica pode ser particularmente vantajosa se um deles estiver adotando algumas crenças constrangedoras, quando há possibilidade de morte ou quando um ente querido morreu (Moules *et al.*, 2004; Wright e Nagy, 1993). Ao promover oportunidades para que os membros da família expressem essa experiência dolorosa, a enfermeira pode capacitá-los a extrair os próprios pontos fortes e recursos para mútuo apoio. A enfermeira pode ser o catalisador que facilita a comunicação entre os membros da família ou entre estes e outros profissionais de saúde. Esse tipo de apoio às famílias pode evitar que elas se tornem indevi-

damente sobrecarregadas ou sobrepujadas por uma doença. Intervir dessa maneira é especialmente importante em ambientes de saúde de cuidados primários.

Intervenções para mudar o domínio comportamental do funcionamento familiar

As intervenções direcionadas ao domínio comportamental ajudam os membros da família a interagir e comportar-se de modo diferente na relação mútua. Geralmente, essa mudança é realizada convidando-se alguns ou todos os membros da família a participar de tarefas comportamentais específicas. Algumas tarefas são feitas durante uma reunião familiar, para que a enfermeira observe a interação; dão-se outras tarefas a serem executadas pelos membros da família entre as sessões. Em alguns casos, a enfermeira deve rever com a família o que é uma tarefa ou experiência particular, a fim de verificar o entendimento sobre o que foi sugerido. A seguir, exemplos de intervenções que podem mudar o domínio comportamental do funcionamento familiar.

Incentivar os membros da família a ser cuidadores e apoiá-los

Os membros da família quase sempre são tímidos ou temerosos de se envolver nos cuidados de um doente, a não ser que tenham o apoio de uma enfermeira. Entretanto, em nossa experiência, verificamos que eles apreciam muito as oportunidades de fazer algo para um dos seus hospitalizado. Eles relatam que isso os faz sentir menos impotentes, ansiosos e sem controle. É claro que os cuidadores familiares também são suscetíveis ao bem conhecido fenômeno de sobrecarga dos cuidados. Os profissionais de saúde devem estar alerta aos riscos implicados na prestação de cuidados por parte dos membros da família e estar dispostos a intervir, quando necessário, oferecendo apoio ao cuidador. O apoio ao cuidador pode ser definido como provisão de informações, defesa e apoio necessários para facilitar os cuidados primários do paciente por parte de outras pessoas que não os profissionais de saúde. LeNavenec e Vonhof (1996) apresentam a noção de "um dia por vez" como uma estratégia útil para enfrentamento de famílias que têm um membro com demência. Incentivamos as enfermeiras a ponderar, com os membros da família, um equilíbrio ético entre dar uma assistência exagerada e uma assistência insuficiente.

Incentivar o descanso

Em geral, é muito difícil para um cuidador familiar permitir-se o descanso adequado. É muito frequente que os membros da família se sintam

culpados caso precisem ou desejem deixar o papel de cuidador. Até mesmo o membro da família que está doente deve, de vez em quando, desobrigar o cuidador costumeiro e aceitar que outra pessoa lhe dê assistência. A necessidade de descanso de cada família é variável. Os fatores que afetam as necessidades de descanso abrangem a gravidade da doença crônica, a disponibilidade dos membros da família para cuidar da pessoa doente e os recursos financeiros. Todas essas questões devem ser consideradas antes de uma enfermeira recomendar um programa de descanso. A provisão de cuidados, o enfrentamento de problemas e a atenção à própria saúde precisam ser contrabalançados. Um exemplo pode ser aquela família que compra a prótese mais barata e usa o dinheiro extra para as férias. Outro exemplo de incentivo ao descanso é a recomendação a uma mãe e um pai, com um filho leucêmico, de pedirem aos avós para cuidarem da criança por um dia, enquanto o casal passa algum tempo junto. Essas "folgas" ou "saídas" são essenciais para famílias que enfrentam excessivas demandas de prestação de cuidados.

Planejar rituais

As famílias participam de muitos tipos de rituais: diários (por exemplo, leitura antes de dormir), anuais (por exemplo, jantar com a avó no Dia de Ação de Graças) e culturais (por exemplo, paradas étnicas). As enfermeiras podem sugerir rituais terapêuticos que não são ou não foram observados pela família. Roberts (2003) define os rituais como:

.... atos simbólicos que se desenvolveram em conjunto, abrangendo não apenas aspectos cerimoniais da apresentação verdadeira do ritual, mas também o processo de sua preparação. Podem ou não incluir palavras, apresentam partes abertas e fechadas que se mantêm "unidas" por uma metáfora de orientação. A repetição pode ser uma parte dos rituais por meio do conteúdo, forma ou ocasião. Deve haver espaço suficiente nos rituais terapêuticos para a incorporação de múltiplos significados pelos vários membros da família e das enfermeiras, assim como uma variedade de níveis de participação. (p. 9)

As enfermeiras também contribuem com literatura sobre rituais, conforme evidenciado pela obra muito abrangente sobre rituais, rotinas, recreação e regras de Fomby (2004). Ela ressalta o uso de rituais familiares para promoção da saúde que resultam nos seguintes benefícios: coesão entre os membros da família, senso de orgulho familiar, continuidade, compreensão, proximidade e amor.

Em nossa prática clínica, temos observado que, com frequência, a doença crônica e os problemas psicossociais interrompem os rituais

costumeiros. Roberts (2003b) apresenta uma dolorosa narrativa de sua experiência com o câncer e descreve como os rituais podem “marcar a trajetória” da cura quando surge uma doença devastadora. A melhor introdução dos rituais ocorre quando há um nível excessivo de confusão. Eles servem para promover a clareza em um sistema familiar (Imber-Black, Roberts e Whiting, 2003). Por exemplo, pais que possivelmente não concordem com práticas paternas muitas vezes acabam dando mensagens conflitantes às famílias. Isso pode resultar em caos e confusão para os filhos. Geralmente a introdução de um ritual em dias pares e ímpares (Selvini-Palazzoli *et al.*, 1978) pode ajudar a família. A mãe pode ser convidada a fazer a experiência, sendo responsável pelas crianças às segundas, quartas e sextas e o pai às terças, quintas e sábados. Aos domingos, eles podem se comportar de modo espontâneo. Nos dias de “folga”, pode-se solicitar aos pais que observem, sem comentar, a atitude paterna do parceiro.

Exemplos de casos clínicos

Os seguintes exemplos de casos clínicos reais ilustram o uso do MCIF. Nesses exemplos reais, as intervenções foram escolhidas para facilitar a mudança nos três domínios do funcionamento familiar (cognitivo, afetivo e comportamental). Lembre-se que nem sempre é necessário ou eficiente tentar intervenções de ajuste nos três domínios do funcionamento familiar ao mesmo tempo. Sua efetivação com êxito dependerá de uma boa participação familiar e de uma prévia avaliação da natureza dos problemas.

Exemplo 1: Dificuldade em pôr uma criança de 3 anos na cama para dormir

Para ilustrar uma intervenção específica numa família, visando aos três domínios do funcionamento familiar, vamos considerar um problema paterno comum apresentado às enfermeiras de saúde comunitária: esse é um problema de pais jovens com dificuldade em pôr o filho de 3 anos para dormir à noite. As tentativas sempre encontram a resistência do filho, primeiro com raiva, depois com choro. Em seus esforços, os pais também ficam muito frustrados e geralmente acabam irritados entre si e com o filho. A intervenção proposta à família foi a de informações e opiniões. Ao descrever esse exemplo de caso, também discutiremos as habilidades executivas específicas que a enfermeira pode empregar para tornar factível a intervenção. Essas habilidades também são delineadas no Capítulo 5.

Problema do Sistema Pai-Filho. Incapacidade crônica dos pais em pôr o filho de 3 anos na cama para dormir, ficando ali o tempo necessário.

Domínios do funcionamento familiar	Intervenção: dar informações e opiniões
Cognitivo	Oferecer um livro destinado aos pais, com ideias sobre o que significa a hora de dormir para as crianças e como colocá-las na cama
Afetivo	Informar aos pais que é importante admitir frustrações mútuas, especialmente se um dos cônjuges tentar colocar a criança para dormir mas não for bem-sucedido. O outro genitor pode dar apoio emocional (por exemplo, "Você tentou o bastante, querida(o); mas ele é um osso duro!")
Comportamental	Instruir os pais sobre, ao pôr o filho para dormir, não deverem responder a suas tentativas de ganhar atenção (por exemplo, pedir um copo-d'água). De preferência, os pais devem ter certeza de que essas coisas são atendidas como parte dos rituais da hora de dormir. Avisar aos pais que, antes que possam modificar o comportamento do filho de sair de sua cama ou chamá-los continuamente ao quarto, seu comportamento será pior durante algumas noites, enquanto se esforça para que os pais respondam. Se estes continuarem nesse prático modo de fazer com que ele volte para o quarto e digam "não" a quaisquer de seus pedidos, provavelmente seu comportamento melhorará drasticamente em algumas noites

978-85-4120-003-5

Exemplo 2: Pai idoso queixa-se que seus filhos não o visitam com frequência

Em seguida, vamos considerar um exemplo de caso clínico que ilustra a intervenção de incentivo aos membros da família como cuidadores, além de oferecer-lhes apoio nessa tarefa. Esse incentivo consiste em convidar os membros da família a se envolverem nos cuidados emocional e físico do paciente, dando-lhes apoio. O problema descrito nesse exemplo de caso nos foi relatado por uma enfermeira em ambiente geriátrico. Foram apresentadas, novamente, as habilidades de execução associadas às intervenções com o objetivo de pô-las em prática.

Problema do Sistema Pai-Filho. Um pai idoso deseja que seu(sua) filho(a) adulto(a) o visite com mais frequência; este(esta) não gosta de visitar o pai idoso porque ele está sempre reclamando.

Domínios do funcionamento familiar	Intervenção: incentivar e apoiar os membros da família para que se tornem cuidadores
Cognitivo	Instruir os filhos adultos que o pai idoso está com dificuldade para se lembrar de suas visitas (déficits de memória recente), fenômeno comum do envelhecimento. Portanto, não vale a pena fazê-lo lembrar-se da última visita
Afetivo	Promover a empatia com o pai, por exemplo, dizendo-lhe que você compreende que deve ser muito solitário, às vezes, viver em um centro de cuidados geriátricos. Os filhos adultos gostariam de saber como o pai se sente ao ficar solitário para que possam reagir de maneira apropriada. Portanto, aconselhe o pai a evitar reclamações aos filhos, e em vez disso lhes diga como se sente sozinho às vezes e como está feliz com a visita
Comportamental	Aconselhe os filhos adultos a não dar mais desculpas e explicações por não o visitar mais vezes. Em vez disso, providenciem um livro de visitas ou calendário e anotem cada uma. Registrem quem o visitou, em que dia, e talvez algumas novidades interessantes, para que o pai idoso possa ler entre as visitas

978-85-4120-003-5

Acreditamos com convicção que, nos exemplos anteriores, muitas outras intervenções e habilidades executivas poderiam ter sido sugeridas. Não existe nenhuma intervenção “correta”, mas apenas “útil” ou “eficaz”. A utilidade ou eficácia de uma intervenção só pode ser avaliada depois de implementada. O elemento tempo deve ser considerado. Com algumas intervenções, nota-se imediatamente a mudança ou o resultado. Entretanto, as mudanças (resultados) muitas vezes não são observadas por um longo tempo. A maioria dos problemas não ocorre da noite para o dia e, portanto, sua solução também requer um período de tempo razoável. A mudança pode ser observada, segundo afirmação de Bateson (1972), como a “diferença que ocorre com o tempo”. (p. 452)

Exemplo 3: Enurese e problemas de disciplina da criança

Para ilustrar a mudança observada com o tempo, são apresentados agora dois casos clínicos reais de nosso trabalho, do início ao fim, com ênfase

nas intervenções utilizadas. No primeiro, uma de nossas estudantes de pós-graduação em enfermagem encaminhou uma família com problemas com o filho mais velho, de 8 anos, que tem enurese e é indisciplinado na escola. A família era composta de pai, 28 anos, autônomo, madrasta, 21 anos, dona de casa, e dois filhos, com 6 e 8 anos. Estavam casados há quase um ano. A família foi observada (família como um todo e em vários subsistemas) por 6 sessões, durante 13 semanas, desde o contato inicial até à conclusão. Uma avaliação familiar minuciosa (usando o MCAF) revelou problemas no sistema familiar como um todo, no subsistema pai-filho e em nível individual.

Problema no Sistema Familiar como um Todo. Adaptação de uma *stepfamily*. Após o casamento, uma nova família se formou e todos os seus membros tiveram de se ajustar à nova estrutura familiar. Pouco tempo depois de casados, a madrasta viu-se compelida ao papel materno, quando ela e o marido se tornaram responsáveis pelos dois filhos dele, com 6 e 8 anos. A mãe biológica deixara-os após conviver 2 anos com eles em sua casa. As crianças tinham de se adaptar ao novo casal de pais, nova vizinhança e a nenhum contato, no momento, com a mãe biológica.

Na primeira sessão, a estudante de pós-graduação de enfermagem percebeu que os problemas enfrentados pela família faziam parte da adaptação das *stepfamilies*. A intervenção de oferta de informações e opiniões foi orientada ao domínio cognitivo do funcionamento familiar. Essas novas informações pareciam aliviar muito os pais. Além disso, a estudante aconselhou os pais, incentivando-os a deixar as crianças terem contato com a mãe biológica quando esta as procurassem novamente. A princípio, hesitaram em relação a essa sugestão, porém mais tarde comentaram que compreendiam a importância desse fato para as crianças. O problema de enurese do filho mais velho foi conceituado como resposta ao ajuste à *stepfamily* e à perda da mãe. Essa nova opinião, também dirigida ao domínio cognitivo do funcionamento familiar, apresentou um efeito positivo sobre o grupo. A enurese melhorou drasticamente durante o tratamento.

Problema do Subsistema Pai-Filho. Padrão de interação de má adaptação entre a madrasta e o filho mais velho (Fig. 4.4). Em razão da experiência inicial de perda do pai (pelo divórcio dos pais biológicos) e em seguida o abandono literal pela mãe biológica, as crianças, em especial a mais velha, temiam ser novamente abandonadas. Consequentemente, o filho mais velho, esperando ser tranquilizado de que não seria novamente abandonado, com frequência lembrava a jovem madrasta de que ela não era sua mãe verdadeira. Inicialmente, ela tentava tranquilizá-lo, mas acabava por desistir, frustrada, sentindo-se rejeitada. Isso incentivava a criança a manter o padrão interacional de má adaptação, tendo em vista que a desistência era outra evidência de que seria novamente abandonado. O círculo vicioso era evidente.

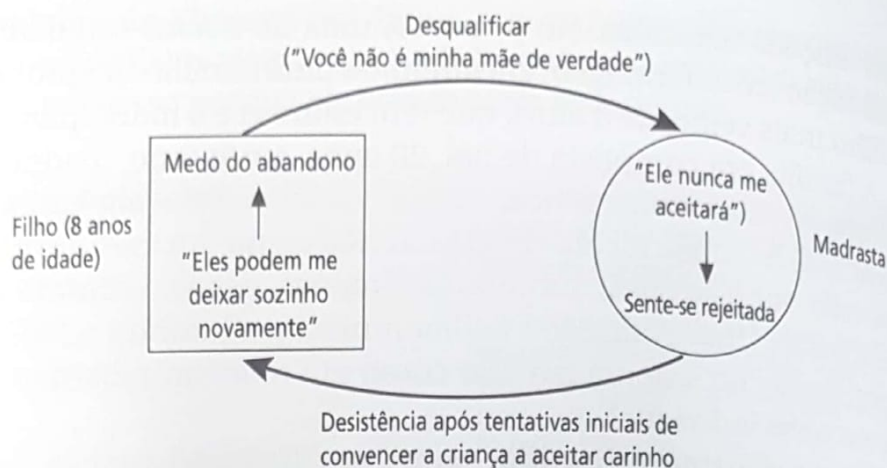


Figura 4.4 – Diagrama de padrão circular.

Ao decidir quais intervenções ofereceria à família, a estudante de pós-graduação inicialmente sentiu-se quase sobrepujada pela complexidade da situação. Mas, então, considerou qual seria a área de maior influência para uma modificação. Ela encorajou a madrasta a não desistir e a tranquilizar, continuamente, a criança dizendo: “Eu sei que não sou sua mãe, mas eu e seu pai o amamos muito e vamos tomar conta de você. Nós não vamos abandoná-lo”. Essa intervenção de apoio e educação paternos tinha por objetivos os domínios comportamental, afetivo e cognitivo do funcionamento familiar. A tarefa comportamental sugerida comprovou-se muito bem-sucedida. A madrasta relatou que, ao oferecer mais tranquilidade ao menino, ele parou de rejeitá-la. Com a diminuição da rejeição, ela foi capaz de lhe oferecer mais tranquilidade. Consequentemente, teve início um ciclo positivo. A estudante de enfermagem também fez alguns elogios aos pontos fortes da família (intervenção dirigida ao domínio cognitivo do funcionamento familiar), à madrasta pelos esforços em cumprir o seu papel, dizendo-lhe que era excepcionalmente calorosa e carinhosa como jovem mãe. A madrasta relatou sentir-se mais relaxada como mãe após a intervenção.

Problema Individual. Problemas comportamentais do filho mais velho na escola. Para avaliar esse problema adicional de comportamento, nossa estudante de pós-graduação reuniu-se com a professora da criança, na escola, e discutiu o problema duas vezes com ela por telefone. A madrasta também estava presente durante a sessão na escola.

O principal objetivo era melhorar a autoestima do filho mais velho, concentrando-se em seu comportamento positivo. A professora concordou em implementar uma intervenção com foco no domínio comportamental do funcionamento familiar: reconhecer o comportamento positivo da criança diante de seus colegas de classe dando-lhe um *status* diferente do de “palhaço da classe”. A estudante também recomendou à madrasta que minimizasse os contatos com a escola e deixasse a professora assumir

maior responsabilidade sobre o comportamento do menino na sala de aula. Em algumas semanas, a professora relatou uma mudança positiva no comportamento da criança. Os pais expressaram grande satisfação com a melhora do filho.

Ao finalizar o trabalho com essa família, a estudante recomendou aos pais algumas leituras sobre *stepfamilies* e os informou sobre os grupos de "autoajuda". Essas duas intervenções de oferecer ideias e opiniões em leituras e informações sobre os recursos da comunidade objetivaram os três domínios de funcionamento familiar: cognitivo, afetivo e comportamental.

Pode-se ver que as intervenções escolhidas pela estudante de pós-graduação nos exemplos anteriores foram "simples". Entretanto, acreditamos que, em muitos casos, as enfermeiras ou tentam utilizar intervenções claramente complexas para tratar os problemas ou têm dificuldades em colaborar com a família para determinar as áreas de influência para a modificação. Em ambos os casos, descobrimos que as enfermeiras em geral acabam frustradas e imobilizadas pela complexidade da situação familiar. Uma minuciosa exploração do problema apresentado e depois a oferta de intervenções destinadas a minimizar o problema geralmente funcionam melhor para promover a mudança.

Exemplo 4: Isolamento social e queixas físicas de uma idosa

Uma família foi encaminhada a uma de nossas estudantes quando ela atuava numa instituição de saúde pública, apresentando um problema de isolamento social e frequentes queixas físicas da mãe viúva de 78 anos. Essa viúva morava em apartamento de um dormitório subsidiado pelo governo. Tinha 6 filhos adultos (cinco homens de 51, 48, 41, 37 e 35 anos e uma mulher de 44 anos) e 12 netos. Cinco dos filhos eram casados e os seis moravam na mesma cidade em que a mãe. A família foi vista como um todo em vários subsistemas, durante oito visitas domiciliares, num período de 2 meses. Após completas avaliações familiares (com o modelo MCAF) e individuais, foi identificado o seguinte problema nuclear:

Problema no Sistema Familiar como um Todo. Falta de contato social da mãe além de sua família imediata. Ficou aparente que essa mulher idosa era, claramente, dependente dos filhos adultos e, portanto, não procurava aproximar-se de amigos nem participar de atividades sociais apropriadas a seu grupo etário. Isso resultou em constantes desavenças entre a mãe e os filhos sobre a frequência das visitas que lhe faziam. O problema se tornou ainda mais exacerbado pelo fato de a mãe não ter amigos. Após a morte do marido, cerca de 10 anos antes, ela havia morado algum tempo com cada um dos filhos, mas nos últimos 4 anos morava sozinha em um apartamento de um dormitório. No momento, o filho mais novo a visitava com mais frequência e lhe fazia as compras de mercado.

A primeira intervenção significativa da estudante de enfermagem foi ampliar o contexto, a fim de expandir sua visão e compreensão do problema dessa família. Assim, a princípio, ela entrevistou a mãe sozinha, em seguida com seu filho mais novo (o filho adulto que a visitava com mais frequência). Então, a estudante começou a audaciosa tarefa de marcar uma entrevista com a mãe e os seis filhos. Essa era a tentativa mais significativa por parte da estudante de criar um contexto para a mudança, obtendo a visão do problema de cada um dos filhos. Na entrevista com a mãe e o filho mais novo, a mãe concordou em fazer contato com os demais. Entretanto, durante o acompanhamento pela estudante, ela lhe disse que não chamara nenhum dos filhos, pois esperava que o mais novo fizesse isso. Essa foi mais uma evidência do quanto a mãe dependia dos filhos. Como o filho mais moço estava ansioso para a realização dessa reunião, ele se encarregou da tarefa de convidar os irmãos para uma entrevista com a mãe e a estudante.

Na entrevista com a família, todos os irmãos estavam presentes e dois dos respectivos cônjuges também compareceram. O mais interessante foi que as noras se abriram mais que os maridos e comentaram estar muito envolvidas com a sogra. Nessa grande entrevista com a família, discutiu-se a questão do isolamento social da mãe (além da família). Por meio de um processo de questionamento circular, foram avaliadas as expectativas do contato tanto da mãe quanto dos filhos. A princípio, a estudante incentivou a família a explorar soluções alternativas para a falta de atividades sociais da mãe e de interações com amigos (a intervenção visava ao domínio comportamental do funcionamento familiar). Nesse sentido, a família disse não ter ideias além daquelas já experimentadas. Portanto, a estudante sugeriu intervenções mais específicas na tentativa de descobrir soluções para o isolamento social da mãe.

A importante entrevista revelou que essa mulher sempre dependera dos filhos em termos de interação social. Nunca fora "sociável". Nos últimos anos, deixara de comparecer à igreja. Durante toda a vida fizera poucos amigos íntimos. A avaliação também revelou que, em termos gerais, eles apoiavam a mãe. A cada semana, ela almoçava com um ou mais filhos. Eles a incluíam nas ocasiões especiais da família. Entretanto, eles sempre tinham que iniciar o contato. Estavam verdadeiramente preocupados com sua solidão e falta de mais contato social, mas tinham esgotado as ideias para mudar a situação.

Uma das primeiras intervenções propostas pela estudante de enfermagem foi dirigida aos domínios comportamental e cognitivo do funcionamento familiar: dar informações referentes aos recursos da comunidade disponíveis para pessoas idosas. Especificamente, a estudante informou a família sobre o Community Services Visitor Program. A mãe concordou em fazer contato com esse programa, e os filhos apoiaram sua decisão. Ela também expressou o interesse em participar novamente de um coral.

A estudante ofereceu-se para acompanhá-la até um coral para pessoas idosas e apresentá-la a outros participantes.

A intervenção final mais importante discutida nessa sessão foi dirigida ao domínio comportamental. A enfermeira solicitou à mãe que desse início ao contato com um dos filhos na semana seguinte. Após o contato, o filho pediria à mãe que fosse visitá-lo o mais breve possível. Segundo nossa experiência, o interesse dos membros da família nas atividades de um genitor idoso aumenta muito a motivação dos pais. É importante enfatizar que a mãe estava envolvida e receptiva a todas essas intervenções. Os efeitos e resultados dessas intervenções foram os seguintes:

- A mãe entrou em contato com o Community Services Visitor Program. O coordenador do programa, em seguida, contatou-a e agendou uma visita regular.
- A estudante de enfermagem acompanhou-a até o coral de pessoas idosas. A senhora idosa alegrou-se com a experiência e logo depois duas participantes do coral telefonaram para ela!
- A mãe tomou a iniciativa de contatar um casal de filhos e eles, por sua vez, a convidaram para uma visita à família, que ela aceitou. Os filhos relataram terem ficado felizes porque a mãe lhes havia telefonado e essa nova dinâmica parece ter aumentado o desejo de manter um contato mais frequente com ela.

Em entrevistas subsequentes, a estudante incentivou a mãe a restabelecer contato com a igreja. Também solicitou o apoio dos filhos nessa tarefa, pedindo-lhes que se interessassem e lhe perguntassem sobre as atividades dela na igreja e no coral, quando a visitassem.

Como essa mãe idosa estava muito acostumada a receber o apoio da família, não era apropriado removê-lo totalmente. Entretanto, o apoio instrumental físico (fazer as coisas para ela) pôde ser reduzido sem que ela se sentisse abandonada. Era mais apropriado o apoio verbal (emocional) para suas tentativas de independência. Quando ela começou a intensificar os contatos e atividades sociais, diminuíram as queixas físicas inespecíficas.

A estudante concluiu o tratamento dessa mulher com uma entrevista face a face. Para que os filhos participassem da conclusão do processo, a estudante lhes enviou uma carta terapêutica (Hougher Limacher e Wright, 2006; Moules, 2002, 2003; Wright e Bell, no prelo). Essa carta, escrita por ela e por sua supervisora da faculdade, é reproduzida literalmente a seguir. Ela ressalta lindamente as principais intervenções e novamente solicita a atenção dos filhos. Além disso, nessa carta, a estudante incluiu, delicadamente, alguns pontos fortes da família, e confiamos que o processo de mudança continue a evoluir nessa família específica, após a conclusão do relacionamento terapêutico da estudante de enfermagem com seus membros.

“Prezados (nomes reais omitidos para preservar o caráter confidencial):
Quero agradecer-los pela ajuda e cooperação em meu trabalho com famílias. Apreciei muito reunir-me com cada um de vocês e também a contribuição individual e a avaliação de sua família. Sua disposição em trabalharmos em conjunto é, certamente, uma excelente força da família.
Visitei sua mãe em várias ocasiões durante o período do Outreach Program. Ela continuou a expressar o desejo de ser mais independente em termos sociais. Está apta a aumentar contatos com a comunidade. Frequento o coral e várias senhoras participantes a visitaram, incentivando-a a continuar a participação. Ela se reuniu com o responsável pela igreja e falou com a esposa dele. A coordenadora do Visitor Program a visitou e está tentando marcar para que uma amiga também a visite. A expectativa é de que elas desenvolvam alguns interesses externos juntas. Ela também tem saído sozinha para fazer compras.

Entrei em contato com o Kerby Centre, assim como com outros idosos do Carter Place que o frequentam, mas não foi possível encontrar alguém que vá participar do almoço da quarta-feira ou outro transporte mais adequado. Discuti esse assunto com sua mãe e ela achou que essa providência poderia ser tomada por ela própria no futuro.

Sua mãe expressou sentimentos positivos sobre as tentativas de se tornar mais ativa em termos sociais. Entretanto, ainda vê os filhos como seu principal apoio. Às vezes, acho que ela precisa de mais incentivo, mas não no sentido de se manifestar abertamente preocupação por sua saúde, a ponto de ela se sentir incapaz de participar de quaisquer atividades. Acredito que cada um de vocês pode ajudá-la, estimulando-a nessa área. Pode-se sugerir, caso ela diga não estar se sentindo bem, que vá ao médico. Se não houver nenhum problema sério, o apoio sutil a suas atividades independentes pode ser de utilidade. Isso pode ser um pouco difícil, a princípio, mas se puderem reunir-se com ela e dar apoio para que seja mais ativa socialmente, é possível que ela se sinta mais segura para fazer isso.

Estou muito impressionada com a união da família e a preocupação e constante apoio que demonstram à sua mãe. Agradeço mais uma vez por deixar-me trabalhar com sua família.

Atenciosamente,

Leslie Henderson

Estudante de Graduação em Enfermagem

Faculdade de Enfermagem, Universidade de Calgary”

Essa carta terapêutica enviada pela estudante é, por si só, uma intervenção (Moules, 2002, 2003; White e Epston, 1990; Wright e Bell, no prelo). Além disso, várias intervenções estavam delineadas na carta. Essas intervenções visavam aos três domínios do funcionamento familiar. De forma mais específica, a estudante elogiou e opinou com vistas ao domínio cog-

nitivo do funcionamento. Convidou os filhos adultos a incentivarem a mãe, objetivando fazer mudanças no domínio comportamental. Ao resumir o trabalho clínico com a família, na forma de uma carta terapêutica, a meta da estudante era modificar tanto o domínio afetivo como o cognitivo do funcionamento familiar. Esse trabalho clínico é um excelente exemplo da participação efetiva da família nos cuidados de saúde, em que uma estudante comprometida em melhorar o funcionamento familiar e minorar o sofrimento da família utiliza modelos de avaliação e intervenção na família com objetivos claros de tratamento.

Conclusão

As intervenções podem ser diretas e simples ou inovadoras e drásticas, conforme a enfermeira sinta a necessidade em razão dos problemas de saúde apresentados. As intervenções que visam promover a saúde e lidar com a doença devem estar fundamentadas em hipóteses de que as condutas de saúde dos indivíduos sofrem influência mais forte das pessoas que os cercam, e o bem-estar geral da família pode promover a saúde física de seus membros. Todas as intervenções devem ser direcionadas a objetivos de tratamento gerados, de forma colaborativa, pela enfermeira e pela família. À medida que as enfermeiras aprendem a participar ativamente e a fazer a avaliação minuciosa da família, identificando claramente os problemas e estabelecendo objetivos claros de tratamento, a conceitualização, a escolha e a implementação de intervenções específicas, para cada família, tornam-se mais gratificantes e eficazes. É evidente que o objetivo final é ajudar os membros da família a descobrir novas soluções e a reduzir ou aliviar os sofrimentos emocional, físico e espiritual.

REFERÊNCIAS

- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind: Collected essays in anthropology, psychiatry, evolution, and epistemology*. New York: Ballantine Books.
- Bateson, G. (1979). *Mind and nature*. New York: E.P. Dutton.
- 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.
- Campbell, T.L. (2003). The effectiveness of family interventions for physical disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 545-583.
- Deatrick, J.A. (1998). Integrative review of intervention research with children who have chronic conditions and their families. In M.E. Broome, et al. (Eds.), *Children and families in health and illness*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Duhamel, E., e Dupuis, F. (2004). Guaranteed returns: Investing in conversations with families of cancer patients. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 8(1), 68-71.
- Duhamel, E., e Talbot, L.R. (2004). A constructivist evaluation of family systems nursing interventions with families experiencing cardiovascular and cerebrovascular illness. *Journal of Family Nursing*, 10(1), 12-32.
- Feeley, N., e Gottlieb, L.N. (2000). Nursing approaches for working with family strengths and resources. *Journal of Family Nursing*, 6(1), 9-24.
- Fomby, B.W. (2004). Family routines, rituals, recreation, and rules. In P.J. Bomar (Ed.), *Promoting health in families: Applying family research and theory to nursing practice* (3rd ed.). Philadelphia: Saunders.

- Holtzlander, L. (2005). Clinical application of the 15-minute family interview: Addressing the needs of post-partum fathers. *Journal of Family Nursing*, 11(1), 5-18.
- Houger 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.
- Houger Limacher, L., e Wright, L.M. (2006). Exploring the therapeutic family intervention of commendations: Insights from research. *Journal of Family Nursing*, 12, 307-331.
- Imber-Black, E., Roberts, J., e Whiting, R.A. (Eds.). (2003). *Rituais in families and family therapy* (Revised Ed.). New York: Norton.
- Leahey, M., e Harper-Jaques, S. (1996). Family-nurse relationships: Core assumptions and clinical implications. *Journal of Family Nursing*, 2(2), 133-151.
- LeNavenec, C., e Vonhof, T. (1996). *One day at a time: How families manage the experience of dementia*. Westport, CT: Greenwood Publishing Group-Auburn House.
- Levac, A.M.C., Wright, L.M., e Leahey, M. (2002). Children and families: Models for assessment and intervention. In J.A. Fox (Ed.), *Primary health care of infants, children, and adolescents* (2nd ed.) (pp. 10-19). St. Louis: Mosby.
- Loos, F., e Bell, J.M. (1990). Circular questions: A family interviewing strategy. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 9(1), 46-53.
- Manassis, K., e Levac, A.M. (2004). *Helping your teenager beat depression: A Problem-solving approach for families*. Bethesda, MD: Woodbine House.
- Maturana, H.R. e Varela, F. (1992). *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. Boston: Shambhala Publications, Inc.
- McElheran, N.G., e Harper-Jaques, S.R. (1994). Commendations: A resource intervention for clinical practice. *Clinical Nurse Specialist*, 8(1), 7-10.
- McLeod, D.L., e Wright, L.M. (2008). Living the as-yet unanswered: Spiritual care practices in family systems nursing. *Journal of Family Nursing*, 14(1), 118-141.
- Moules, N.J. (2002). Nursing on paper: Therapeutic letters in nursing practice. *Nursing Inquiry*, 9(2), 104-113.
- Moules, N.J. (2003). Therapy on paper: Therapeutic letters and the tone of the relationship. *Journal of Systemic Therapies*, 22(1), 33-49.
- Moules, N.J., et al. (2004). Making room for grief: Walking backwards and living forward. *Nursing Inquiry*, 99-107.
- Moules, N.J., et al. (2007). The soul of sorrow work: Grief and therapeutic interventions of families. *Journal of Family Nursing*, 33(1), 117-141.
- Roberts, J. (2003a). Setting the frame: Definition, functions, and typology of rituals. In E. Imber-Black, J. Roberts, e R. Whiting (Eds.), *Rituals in families and family therapy*. New York: Norton.
- Roberts, J. (2003b). Rituals and serious illness: Marking the path. In E. Imber-Black, J. Roberts, e R. Whiting (Eds.), *Rituals in families and family therapy*. New York: Norton.
- 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*, 3(2), 327-345.
- Rungreangkulkij, S., e Gilliss, C.L. (2000). Conceptual approaches to studying family caregiving for persons with severe mental illness. *Journal of Family Nursing*, 6(4), 341-366.
- Schober, M., e Affara, F. (2001). *The family nurse: Frameworks for practice*. Geneva: International Council of Nurses.
- Selvini-Palazzoli, M., et al. (1978). A ritualized prescription in family therapy: Odd days and even days. *Journal of Marriage and Family Counseling*, 4(3), 3-9.
- Selvini-Palazzoli, M., et al. (1980). Hypothesizing circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 39(3), 3-12.
- Tapp, D.M. (2001). Conserving the vitality of suffering: Addressing family constraints to illness conversations. *Nursing Inquiry*, 8(4), 254-263.
- Thorne, S., e Robinson, C.A. (1989). Guarded alliance: Health care relationships in chronic illness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 23(3), 153-157.
- Tomm, K. (1984). One perspective on the Milan systemic approach: Part II. Description of session format, interviewing style and interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10(3), 253-271.

- Tomm, K. (1985). Circular interviewing: A multifaceted clinical tool. In D. Campbell e R. Draper (Eds.), *Applications of systemic family therapy: The Milan approach* (pp. 33-45). London: Grune e Stratton.
- Tomm, K. (1987). Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. *Family Process*, 26(6), 167-183.
- Tomm, K. (1988). Interventive interviewing: Part III. Intending to ask linear, circular, strategic, or reflexive questions? *Family Process*, 27(1), 1-15.
- Watson, W.L., e Nanchoff-Glatt, M. (1990). A family systems nursing approach to premenstrual syndrome. *Clinical Nurse Specialist*, 4(1), 3-9.
- White, M., e Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Wright, L.M., e Bell, J.M. (in press). *Beliefs and illness: A model for healing*. Calgary, AB: 4th Floor Press.
- Wright, L. M., e Leahey, M. (1987). Families and life-threatening illness: Assumptions, assessment, and intervention. In M. Leahey e L.M. Wright (Eds.), *Families and life-threatening illness* (pp. 45-58). Springhouse, PA: Springhouse Corp.
- 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). (2001). *Calgary Family Assessment Model: How to apply in clinical practice*. [DVD], Calgary, Canada: www.familynursingresources.com.
- Wright, L.M., e Leahey, M. (Producers). (2002). *Family nursing interviewing skills: How to engage, assess, intervene, and terminate with families*. [DVD]. Calgary, Canada: www.familynursingresources.com.
- Wright, L.M., e Leahey, M. (Producers) (2003). *How to intervene with families with health concerns*. [DVD]. Calgary, Canada: www.familynursingresources.com.
- Wright, L.M., e Leahey, M. (Producers) (2006). *How to use questions in family interviewing*. [Videotape]. Calgary, Canada: www.familynursingresources.com.
- Wright, L.M., e Levac, A.M. (1992). The non-existence of non-compliant families: The influence of Humberto Maturana. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 913-917.
- Wright, L.M., e Nagy, J. (1993). Death: The most troublesome family secret of all. In E. Imber-Black (Ed.), *Secrets in families and family therapy* (pp. 121-137). New York: Norton.