

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

A declaração: "Eu não tenho tempo para fazer entrevistas com famílias" é a razão mais comum para as enfermeiras não envolverem famílias em sua prática rotineira. Em numerosos cursos de graduação e pós-graduação de enfermagem, workshops profissionais e apresentações, temos encontrado esta declaração ressonante para a exclusão dos membros da família dos cuidados de saúde. Com as principais mudanças na prestação de serviços de saúde, através de gerenciamento de assistência, restrições orçamentárias e cortes de funcionários, o tempo é a essência na prática clínica. Entretanto, estamos convictas de que as famílias não precisam ser banidas ou marginalizadas nos cuidados de saúde. Para envolver as famílias, as enfermeiras precisam possuir bom conhecimento de modelos de avaliação e intervenção na família, habilidade para entrevistar e perguntar. Acreditamos que o conhecimento de enfermagem da família possa ser aplicado de maneira eficaz até em reuniões de família muito breves. Também afirmamos que uma entrevista de 15 minutos, talvez menos, com a família, pode ser significativa, eficaz, informativa e até curativa. A participação dos membros da família, independentemente do período de tempo, é melhor que nenhuma.

Mas que tempo? E o que exatamente pode ser realizado em 15 minutos ou menos com uma família? Talvez a melhor representação de tempo, em particular o tempo terapêutico, esteja nas abrangentes descrições, explicações e exemplos de tempo clínico, de Boscolo e Bertrando (1993). Eles propõem três domínios de tempo: individual, cultural e social. O tempo social ou "sociológico" indica um tempo visto como um meio de coordenação social, ou seja, como tendo um valor instrumental (Boscolo & Bertrando, 1993). A maior parte do tempo de prática de enfermagem é coordenada de modos social e cultural, com muitos ritos e, portanto, respeitado. Propomos que a ritualização e coordenação do tempo das reuniões com famílias, ainda que de apenas 15 minutos, também se tornem uma parte respeitável da prática de enfermagem.

Entretanto, para que mude o comportamento das enfermeiras, elas devem primeiro alterar ou modificar suas crenças no que se refere ao envolvimento de famílias nos cuidados de saúde. Descobrimos que, quando as enfermeiras não incluem membros da família em sua prática, existem geralmente algumas crenças muito constrangedoras (Wright, Watson & Bell, 1996). Algumas destas 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 isto".
- "Não faz parte do meu trabalho conversar com famílias, esta é tarefa para assistentes sociais e psicólogos".
- "Não é possível ajudar as famílias no breve tempo 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"?

Descobrir estas crenças restritivas faz com que se entenda mais por que as enfermeiras podem evitar a participação rotineira de famílias na prática de enfermagem. Nós postulamos que se as enfermeiras tiverem que adotar só uma crença, a de que "a doença é assunto de família" (Wright, Watson, & Bell, 1996), isso mudaria a face da prática de enfermagem. As enfermeiras estariam, então, mais ávidas de ter o conhecimento de como envolver e assistir os membros da família no cuidado 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 adotar esta crença, elas iriam então perceber que, a partir dos sintomas iniciais, por meio de diagnóstico e tratamento, todos os membros da família são influenciados e influenciam a doença de forma recíproca. Elas também viriam a perceber que nossas privilegiadas conversações com os pacientes e suas famílias, a respeito de suas experiências com enfermidades, podem contribuir, de modo dramático, para curar e diminuir ou aliviar o sofrimento (Frank, 1988; Wright e cols., 1996).

Portanto, gostaríamos de oferecer algumas idéias específicas para conduzir uma entrevista de 15 minutos (ou menos) com a família. Estas idéias são a versão condensada ou "Reader's Digest" de elementos essenciais anteriormente apresentados nos Capítulos 5 a 7 sobre a maneira de conduzir entrevistas com a família. As idéias acatam as teorias que sustentam o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF) e o Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF) e focaliza alguns dos elementos críticos mais importantes destes 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 maneiras, conversação terapêutica, genograma da família (e em algumas situações um ecomapa), questões terapêuticas e elogios. É evidente que todos estes ingredientes só podem ocorrer em um contexto de relacionamento terapêutico.

### Ingrediente-chave 1: Boas Maneiras

Boas maneiras sempre foram a essência do comportamento social comum e diário. Entretanto, nas últimas duas décadas, na América do Norte, nosso comportamento social alterou-se de modo dramático da interação formal para a interação

social casual. Até a maneira de nos vestirmos foi alterada de "roupa boa de domingo" para a "roupa casual de sexta-feira". Entretanto, nem toda casualidade em nossa sociedade tem sido bem-vinda, e infelizmente é, em grande parte, experienciada como rude, irrefletida ou descuidada. O best-seller nacional de Judith Martin (1983) sobre um "guia de comportamento torturantemente correto" oferece 700 páginas de sua perspectiva e humor sobre as maneiras. *Miss Manners (Senhorita Bons-modos)*, como Martin (1983) é conhecida, apresenta um comentário cuidadoso sobre o que está faltando na essência de nossa interação uns com os outros e, em consequência, o que está faltando em nossa sociedade. As boas maneiras são aqueles atos corteses simples, mas profundos, de polidez, respeito e amabilidade. Infelizmente, nossa cultura como um todo parece estar sofrendo uma erosão das boas maneiras e, portanto, de civilidade. Esta erosão tem se infiltrado na enfermagem profissional.

A enfermagem não ficou imune às alterações no comportamento social. Em algumas situações, podemos argumentar que alguns comportamentos formais de enfermagem talvez inibam nossos relacionamentos com clientes e famílias. Um número incontável de enfermeiras ainda mantém um relacionamento respeitoso, polido e cortês. Entretanto, temos testemunhado e ouvido a um grande número de encontros profissionais e pessoais entre enfermeiras e pacientes, nos quais as boas maneiras se encontravam deploravelmente ausentes.

Um dos exemplos mais chamativos da ausência de boas maneiras na enfermagem está no ato social básico de apresentação. Numerosas histórias têm sido contadas sobre enfermeiras que não se apresentam aos pacientes, deixando sozinho os membros da família. Por exemplo, um homem de 23 anos foi visto em uma clínica de pacientes ambulatoriais, em um grande hospital metropolitano, após uma cirurgia de peito aberto. Ele relatou que a enfermeira não se apresentou, mas começou a tocar seu corpo e a ajustar a tubulação de acesso intravenoso sem lhe dizer o que estava fazendo ou por quê. Ele achou esta experiência muito invasiva, atemorizante e rude.

Esta estória clínica é consistente com um estudo que examinou o relacionamento entre enfermeira e família em uma unidade de terapia intensiva. Hupcey (1998) verificou que uma das estratégias de enfermagem que inibe o estabelecimento de relacionamentos terapêuticos é a despersonalização do paciente e da família. Os exemplos dados foram "não se referir ao paciente pelo nome, qualificando o paciente ou a dificuldade da família, prestar cuidados sem incentivar a participação do paciente ou da família, e não conversar ou fazer contato visual" (Hupcey, 1998, p. 187).

Portanto, é óbvio que a apresentação é um ingrediente essencial de uma entrevista bem-sucedida com a família. É preciso que as enfermeiras sempre se apresentem aos pacientes e famílias. Entretanto, as apresentações por parte das enfermeiras certamente mudaram de uma formalidade aberta para uma casualidade manifesta. Há bem poucos anos, as enfermeiras podiam apresentar-se como "Senhorita Sanchez", ao passo que atualmente a apresentação mais típica é "Olá, meu nome é Sasha e hoje sou a sua enfermeira". Uma apresentação é melhor que nenhuma, mas conforme um cliente

observou: "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 esta noite". Nós incentivamos as enfermeiras a se apresentarem dando o nome completo, a não ser em circunstâncias únicas quando pode haver preocupações com a segurança.

Infelizmente, o pecado de omissão mais sério é a falta de 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, apresentem-se a pessoas ao lado do leito do paciente? O que as impede de perguntar a respeito de seu relacionamento com o paciente? Pior ainda, o que impossibilita as enfermeiras a fazer um contato visual com os membros da família ou amigos, uma das normas sociais mais esperadas em nossa cultura? Discutimos este fenômeno com nossas estudantes de enfermagem e enfermeiras profissionais. Foi-nos revelado que a crença de que "a falta de tempo" constrange muitas enfermeiras a não falar com ninguém a não ser seus pacientes, por temerem que os visitantes "façam perguntas" ou "seja exigido de mim um tempo que não tenho". Gostaríamos de opor a esta crença a oferta de uma sugestão de que, no final, as enfermeiras *pouparão* tempo se utilizarem um pouco de boas maneiras com os membros da família ou amigos. As enfermeiras que agem assim não serão procuradas, em um momento mais inoportuno ainda, por alguém perguntando sobre um membro da família. As enfermeiras que envolvem os membros da família em sua prática clínica relataram que foi mais e não menos satisfatória a tarefa (Leahey, Harper-Jaques, Stout & Levac, 1995).

As boas maneiras também têm o efeito de instilar confiança nos membros da família. Richardson (1987) descreveu sete formas pelas quais uma enfermeira pode inspirar confiança em um paciente. Estes sete pontos podiam realmente ser descritos como "boas maneiras" que convidam a um relacionamento de confiança. Eles são:

1. Sempre chamar o paciente pelo nome.
2. Dizer seu nome ao paciente.
3. Verificar sua atitude.
4. Explicar seu papel para aquele turno.
5. Explicar um procedimento antes de entrar na sala com o equipamento para fazê-lo.
6. Se você disser ao paciente que voltará dentro de algum tempo, mantenha esse compromisso.
7. Seja honesta com o paciente.

## **Ingrediente-chave 2: Conversação Terapêutica**

Toda interação humana se realiza em conversações, e a enfermagem é uma das mais importantes redes de conversações. As enfermeiras estão sempre participando

de conversações terapêuticas com seus pacientes sem, talvez, pensar nelas como tais. Nenhuma conversação mantida pela enfermeira com um paciente ou membro da família é trivial (Wright, Watson & Bell, 1996). Cada conversação em que participamos influencia a mudança em nossas próprias estruturas biopsicossociais-espirituais e nas dos membros da família.

A conversação, em uma breve entrevista com a família, é terapêutica porque desde o início é intencional e limitada ao tempo, assim como são os relacionamentos. As conversações terapêuticas entre uma enfermeira e uma família podem ser tão breves quanto uma frase ou tão longa quanto o tempo o permitir. Todas as conversações entre enfermeiras e famílias, independentemente do tempo, têm um potencial de cura pelo próprio ato de reunir a família (Robinson & Wright, 1995; Tapp, 1997). Entretanto, não é a extensão da conversação ou do tempo que faz a diferença mais importante. Ao contrário, é a oportunidade para os pacientes e membros da família reconhecerem e afirmarem que possuem um tremendo potencial de cura (Tapp, 1997). As enfermeiras estão autorizadas, em sentido social e privilegiado, a promover a cura ou a patologia nas conversações, nas quais participam com as famílias.

A arte de ouvir é também de extrema importância. A necessidade de comunicar aquilo que vivemos em nossos mundos individuais e separados da experiência, particularmente dentro do mundo da doença, é uma necessidade poderosa nos relacionamentos humanos (Nichols, 1995). Frank (1998) sugere que ouvir histórias de doenças por parte dos profissionais de saúde não é apenas uma arte, mas também uma prática ética. É freqüente que as enfermeiras acreditem que o fato de ouvirem essas histórias também acarreta a obrigação de fazer algo para "dar um jeito" em quaisquer preocupações ou problemas surgidos. Muitas vezes, entretanto, a ação, intervenção e atitude terapêuticas máximas por parte da enfermeira podem demonstrar compaixão e fazer elogios.

É a integração entre cuidado do paciente orientado à tarefa com a conversação deliberada e interativa que distingue uma entrevista de 15 minutos (ou menos). A consecução e oferta de informações pela enfermeira, bem como o envolvimento do paciente na tomada de decisões são partes integrantes do processo desenvolvido. Ela aproveita e busca oportunidades para engajar-se em conversações intencionais com as famílias. Estas são diferentes das conversações sociais e podem abranger idéias básicas como:

- *Como parte da rotina*, as famílias são convidadas para acompanhar o paciente à unidade clínica ou hospital.
- *Como parte da rotina*, as famílias são incluídas no procedimento de internação.
- *Como parte da rotina*, as famílias são convidadas a fazer perguntas durante a orientação do paciente.
- As enfermeiras reconhecem a habilidade do paciente e da família em lidar com o problema de saúde, indagando a respeito das rotinas domiciliares.

- As enfermeiras incentivam os pacientes a praticar uma maneira diferente de lidar com as interações no futuro, como dizer aos membros da família e outras pessoas que eles não podem ingerir certos alimentos.
- *Como parte da rotina*, as enfermeiras consultam famílias e pacientes a respeito de suas idéias para o tratamento e alta.

### **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 particular para as famílias que provavelmente serão parte de seu cuidado por mais de 3 dias. Os detalhes 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. Estas informações podem ser reunidas a partir de cada membro da família em cerca de 2 minutos.

As informações mais essenciais a serem obtidas compreendem dados sobre idade, ocupação ou grau de escolaridade, religião e ascendência étnica, data de migração e estado de saúde atual de cada membro da família. Comece fazendo perguntas "fáceis" (idade, estado de saúde atual) dos membros que moram na casa. Não é necessário, nem tempo-eficiente, obter, por exemplo, informações sobre divórcios de irmãos ou netos, a não ser que isto 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, obtendo aqueles sobre a estrutura externa da família na forma de um ecomapa. Pode ser útil fazer perguntas como: "Quem, fora de sua família imediata, é um recurso importante para você? Ou estressa você?" "Quantos profissionais estão envolvidos no tratamento dos problemas cardíacos atuais de seu marido"? A obtenção destes dados de avaliação estrutural através do 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 toda a família e não apenas sobre a pessoa que apresenta a enfermidade. Isto dá um rápido conhecimento à família sobre a crença subjacente da enfermeira de que a doença é um assunto de família.

A expectativa é que o genograma se torne parte da documentação sobre a família e o paciente. Em uma unidade cardíaca, as informações do genograma são coletadas à internação e este fica pendurado ao lado do leito do paciente. Os números telefônicos de emergência para os membros da família são listados no genograma. Desta forma, ele age como um lembrete para os profissionais da saúde que participam com o paciente para "pensar família".

### **Ingrediente-chave 4: Perguntas Terapêuticas**

As perguntas terapêuticas são um elemento-chave, que definem uma conversação terapêutica. Muitas idéias e exemplos de perguntas lineares, circulares e de intervenção foram dadas na apresentação do MCIF (ver Cap. 4) e na discussão de habilidades de enfermagem da família (ver Cap.5). Quando uma enfermeira está tentando marcar uma breve entrevista com a família existem perguntas-chave, que elas podem fazer aos seus membros, envolvendo-os no cuidado de saúde da família. Nós incentivamos as enfermeiras a pensar pelo menos em três perguntas-chave, que podem ser feitas de forma rotineira aos membros da família. Por exemplo, as perguntas que podem ser feitas por ela aos membros da família em uma unidade de emergência ou oncológica em hospital podem ser diferentes daquelas feitas a crianças em uma clínica para diabéticos. Entretanto, existem alguns temas básicos que precisam ser tratados, como compartilhar informações, expectativas de hospitalização, visitas clínicas ou domiciliares, desafios, sofrimentos e as preocupações ou problemas mais prementes. Seguem alguns exemplos de perguntas que tratam destes tópicos específicos.

- Com quem da família (ou amigos) você gostaria que compartilhássemos informações? Com quem você não gostaria que o fizéssemos? (Indicar alianças, recursos e possíveis relacionamentos conflitantes.)
- Como podemos ser mais úteis a você e sua família (ou amigos) durante sua hospitalização? (Esclarecer expectativas, maior colaboração.)
- O que o auxiliou mais e menos em hospitalizações ou visitas clínicas anteriores? (Identificar forças e problemas anteriores para evitar e acontecerem repetições.)
- Qual é o maior desafio enfrentado por sua família durante esta hospitalização, alta ou visita clínica? (Indicar sofrimentos potenciais ou reais, regras e crenças.)
- O que você precisa para se preparar melhor ou preparar sua família para a alta? (Avaliar com planejamento antecipado de alta.)
- Quem você acredita que sofre mais em sua família durante esta hospitalização, visita clínica ou no cuidado domiciliar? (Isto identifica o membro da família que mais necessita de apoio e intervenção.)
- Qual é a pergunta para a qual você mais gostaria de obter resposta durante nossa conversa direta agora? (Wright, 1989). Eu posso não ser capaz de responder esta pergunta no momento, mas farei o melhor e tentarei encontrar a resposta para você. (Identificar o problema ou preocupação mais urgente.)
- De que forma tenho sido mais útil para você nesta reunião de família? Como podemos melhorar? (Mostre boa vontade em aprender com as famílias e trabalhar de forma colaborativa.)

## **Ingrediente-chave 5: Elogiar as Forças da Família e do Indivíduo**

A importante intervenção de fazer elogios foi inteiramente discutida na apresentação do MCIF (ver Cap. 4). Gostaríamos de restabelecer que, como rotina, em cada sessão, elogiamos as forças observadas durante a entrevista das famílias. Em uma breve entrevista de 15 minutos ou menos, com a família, nós ainda apoiamos a prática de fazer pelo menos um ou dois elogios aos membros da família das forças, recursos ou competências individuais e familiares, observados pela enfermeira ou a ela relatados. Tenha em mente que os elogios são observações de condutas ocorridas com o tempo. Portanto, a enfermeira está buscando padrões e não uma ocorrência única no tempo com mais probabilidade de receber cumprimentos. Um exemplo de elogio é: "Sua família está mostrando muita coragem ao conviver com o câncer de sua esposa por 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 frequentemente se sentem derrotadas, desesperadas ou fracassadas em seus esforços de superar as doenças ou de conviver com elas. Assim, não se corre o risco de elogiar em excesso. Percebemos que existe um "distúrbio de elogio deficiente" na maioria das famílias que está passando por doença, incapacidade ou trauma.

As reações positivas imediatas e a longo prazo a tais elogios indicam que as intervenções terapêuticas foram poderosas, eficazes e duradouras. O estudo de Robinson (1998) explorou o processo e os resultados das intervenções de enfermagem junto às famílias que passam por dificuldades com doença crônica. As famílias relataram à equipe de enfermagem clínica "orientação às forças, recursos e possibilidades como uma faceta extremamente importante do processo" (Robinson, 1998, p. 284). As famílias que interiorizam os elogios recebidos pelas enfermeiras parecem mais receptivas e confiantes no relacionamento entre enfermeira e família e tendem a captar prontamente idéias, opiniões e conselhos oferecidos.

Ao elogiar os recursos, competências e forças das famílias, as enfermeiras oferecem aos membros das famílias uma nova visão de si mesmos. Ao mudar a visão que têm de si próprias, as famílias, com frequência, ficam aptas a olhar de modo diferente seu problema de saúde e, por essa razão, buscam soluções mais eficazes para reduzir qualquer sofrimento potencial ou real.

## **EXEMPLO PESSOAL DE ENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM (LMW)**

Para ilustrar de forma incisiva como o envolvimento dos membros da família nos cuidados de saúde podem ser eficazes e curativos, ou ineficazes e resultarem em mais sofrimento desnecessário, Lorraine M. Wright oferece uma história pessoal para

ilustrar o melhor e o pior da enfermagem da família. Estas experiências ocorreram durante duas breves interações com as enfermeiras em uma unidade de emergência de um grande hospital da cidade ao acompanhar sua mãe para uma possível internação.

Durante os últimos 5 anos, minha mãe de 77 anos passou por várias exacerbações importantes de esclerose múltipla (EM), com freqüentes hospitalizações. Cada exacerbação deixava minha mãe mais incapacitada fisicamente. As exacerbações extremas deste último ano deixaram-na agora quadriplégica. A cada exacerbação, ela nunca retornava ao nível de funcionamento físico e cognitivo de antes. Atualmente, um dos aspectos mais desanimadores desta doença é a dor crônica que minha mãe sofre nas mãos. Apesar de todos estes retrocessos, há 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 têm sido mínimos, o que, claro, diminui o impacto do sofrimento dos membros da família. Eu vi meu pai tornar-se um cuidador e "enfermeiro" muito afetuoso, enquanto sua própria vida ficava muito restrita.

Em uma das mais recentes internações de minha mãe, eu tive duas conversações muito breves com enfermeiras na unidade de emergência de um grande hospital da cidade. Uma delas eu prefiro chamar de "Enfermeira Malvada" e a outra de "Enfermeira Anjo". Ambas as enfermeiras 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 departamento de emergência (DE) do hospital, passei algumas horas muito exaustivas com minha mãe. Meu pai, minha mãe e eu estávamos passando um dia em nosso chalé há mais ou menos uma hora da cidade. Quando a tarde caiu, ficou aparente que minha mãe estava ficando mais cambaleante ao caminhar (naquele 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 de nosso chalé até o carro. Agora, o maior desafio estava à nossa frente, para 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 nós a derrubássemos. Após uns 30 minutos e muita perspiração, conseguimos nosso objetivo, estando minha mãe segura no carro. A caminho da cidade, tomamos uma decisão mútua de levá-la ao hospital onde estivera internada em outras ocasiões a fim de avaliá-la para possível internação. Nós achávamos que ela estava passando por outra grave exacerbação.

Quando chegamos ao DE, eu me senti muito aliviada. Tinha passado algumas horas inquietantes e árduas. Eu agora esperava que minha mãe recebesse avaliação e tratamento clínico e de enfermagem para ajudar a ela e a nós. Meu pai ficou com ela no carro em frente ao DE, enquanto eu entrava para pedir auxílio para tirar minha mãe do carro. Ao chegar no posto de enfermagem, encontrei a "Enfermeira Malvada". Expliquei-lhe a situação do momento e pedi ajuda para levantar minha mãe e tirá-la do carro levando-a ao DE. A "Enfermeira Malvada" respondeu em um tom de voz brusco e desconfiado:

“Quem a pôs no carro”? Esta breve interação inicial foi chocante para mim. Nossa pequena conversação inicial foi de acusação, culpa e desconfiança de uma para com a outra. Não se desenvolveu nenhum relacionamento terapêutico ali. A resposta desta enfermeira convidou-me a dar uma resposta igualmente rude e impolida. Eu disse: “Com grande [dificuldade], por isso precisamos de ajuda para levá-la e tirá-la do carro”. Nossa conversação 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. Este foi o pior exemplo do que a enfermagem da família não deve ser. Até agora me sinto mal e chateada pelo tratamento recebido desta 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 sanguínea e temperatura, e já havia solicitado o “laboratório”. Esta “Enfermeira Anjo” atendeu minha mãe de forma amável e competente, perguntando sobre sua história clínica e experiências da doença com EM. De maneira comovente, ela tranquilizou minha mãe dizendo-lhe que provavelmente ela seria internada para outra série de esteróides intravenosos e que faria tudo para que ela se sentisse bem. Em seguida, dirigiu-se a mim, estendeu a mão para apertar a minha, apresentou-se e de forma calorosa indagou a respeito da natureza de meu relacionamento com a paciente. Eu estava comovida com a abordagem amável e competente desta enfermeira. Informe-i-a que era filha da paciente e que viera de outra cidade para visitá-la. A enfermeira formulou, então, uma possível hipótese na forma de um comentário: “Isto deve tê-la aborrecido muito”. Nesta frase, esta 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 ocorreu a cura do meu sofrimento emocional.

Por fim, ao refletir, percebi que minha reação no encontro com esta enfermeira era o de envidar todos os esforços para ajudá-la na assistência à minha mãe, pois via-se 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. Talvez nem todos os ingredientes-chave que sugeri para uma breve entrevista com a família estejam evidentes nesta interação com a “Enfermeira Anjo”. Entretanto, ela dá o exemplo de como o contexto e adequação da situação determinam o quanto os membros da família podem estar envolvidos. Esta enfermeira demonstrou muito bem que a enfermagem da família pode se realizar até mesmo em unidades de emergência movimentadas, mesmo em 2 minutos e ainda efetuar cura.

## EXEMPLO PROFISSIONAL REAL DE UMA BREVE ENTREVISTA COM A FAMÍLIA

Greta, uma mulher de 32 anos, foi internada em uma unidade clínica com um diagnóstico provável de influenza. Seu peso caíra para 41kg, uma perda de 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. Eles lamentaram por Greta e a acharam “muito dependente”. Uma breve entrevista foi programada para explorar as expectativas, crenças e recursos de Greta. Sua família foi convidada para a reunião, que se realizou na unidade, mas não compareceu ninguém.

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

A enfermeira perguntou então a Greta sobre suas expectativas com relação à hospitalização e de que maneira as enfermeiras poderiam ser mais úteis. Greta respondeu a perguntas circulares dizendo que ela sabia como a equipe ia cuidar dela “pela maneira de conversarem comigo e com 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 a Greta quais esperanças e expectativas os outros membros da família tinham quanto à sua hospitalização. Ela respondeu que, quando sua mãe foi hospitalizada anteriormente, a equipe “a tinha obrigado a comer”. Greta achava isto uma falta de respeito. A enfermeira perguntou-lhe como a equipe atual estava lidando com sua relutância em se alimentar. Greta descreveu que lhes ofereciam duas opções de alimentos e achava isto bastante satisfatório. A conclusão da entrevista com a enfermeira foi um convite para Greta conversar mais com ela, caso tivesse preocupações com os cuidados recebidos.

A partir desta 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 passou esta mensagem a seus colegas de enfermagem.

Alguns dias depois desta entrevista de 15 minutos, Greta comentou com a enfermeira durante o cuidado matinal: “Lembra-se quando você me pediu para lhe dizer quando algo não estivesse indo bem”? Ela relatou então que a equipe da tarde “a estava obrigando a comer e não estão 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 sua perda de peso e portanto “a obrigavam” a comer mais. Por sua vez, Greta comia menos.

A enfermeira conceptualizou 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 em relação aos grupos e escolhas alimentares.
- Registrando uma observação no sistema de registro de que Greta podia "comer a pedido".
- Incentivando os membros individuais da equipe de enfermagem a oferecer a Greta mais opções de vários tipos de alimentos.

O resultado desta breve entrevista e intervenção orientadas à família foi a de que Greta ganhou algum peso durante o curso da hospitalização. As outras enfermeiras da equipe disseram que se sentiram "menos responsáveis por fazer Greta comer" e mais responsáveis por lhe oferecer opções e promover a sua independência". O mais significativo para a enfermeira primária foi a intervenção utilizada no sistema de documentação da unidade, na qual ela identificou o problema, comprovou um fundamento lógico e recomendou uma direção aos outros membros da equipe.

De nossa perspectiva, um importante resultado foi o de reforçar as habilidades e 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-se e aos outros membros da família em assuntos de saúde em andamento. Esta entrevista de 15 minutos também indica como as enfermeiras podem incluir outros membros da família na conversação terapêutica, mesmo sem estarem presentes. O envolvimento dos membros da família na prática de enfermagem engloba o perguntar-lhes sobre estarem ou não presentes.

## CONCLUSÃO

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

1. Usar as boas maneiras para engajar-se ou reengajar-se. Apresentar-se dando seu nome e função. Orientar os membros da família para a finalidade de uma breve entrevista com ela.
2. Avaliar as áreas-chave da estrutura e função interna e externa – obter informações do genograma e dados-chave de apoio externo.
3. Fazer três perguntas-chave sobre os membros da família.
4. Elogiar a família em uma ou duas forças.
5. Avaliar a utilidade e finalizar o trabalho.

Geralmente, consideramos esta estrutura um guia útil ao conduzir uma entrevista de 15 minutos (ou menos) com a família. Entretanto, estes ingredientes-chave de uma breve entrevista com a família precisam ser adaptados, de acordo com a competência da enfermeira, contexto em que enfermeiras e famílias se encontram e adequação e objetivo da reunião com a família. Estamos confiantes que, caso a entrevista seja adequadamente implementada, enfermeiras e famílias ficarão satisfeitas com a utilidade de uma breve entrevista com seus componentes. As enfermeiras podem reduzir e reduzem o sofrimento físico, emocional e espiritual das famílias ao engajar-se em conversas terapêuticas com os membros das mesmas. Isto pode ocorrer em 15 minutos ou até mesmo com uma frase!

## REFERÊNCIAS

- Boscolo, L., & Bertrando, P. (1993). *The times of time: A new perspective in systemic therapy and consultation*. New York: Norton.
- Frank, A. (1998). Just listening: Narrative and deep illness. *Families, Systems, and Health*, 16(3), 197-212.
- Hupcey, J. E. (1998). Establishing the nurse-family relationship in the intensive care unit. *Western Journal of Nursing Research*, 20(2), 180-194.
- Leahey, M., Harper-Jaques, S., Stout, L., and Levac, A. M. (1995). The impact of a family systems nursing approach: Nurses' perceptions. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 25(5), 219-225.
- Martin, J. (1983). *Miss Manners' guide to excruciatingly correct behavior*. New York: Warner Books.
- Nichols, M. P. (1995). *The lost art of listening*. New York: Guilford Press.
- Remen, N. R. (1996). *Kitchen table wisdom*. New York: Riverhead Books.
- Richardson, B. K. (1987, March). 7 ways to win your patient's trust. *Nursing*, 87, 14-15.
- Robinson, C. A., & Wright, L. M. (1995). Family nursing interventions: What families say makes a difference. *Journal of Family Nursing*, 1(3), 327-345.
- Tapp, D. M. (1997). *Exploring therapeutic conversations between nurses and families experiencing ischemic heart disease*. Unpublished doctoral dissertation, University of Calgary, Calgary, Alberta, Canada.
- Wright, L. M. (1989). When clients ask questions: Enriching the therapeutic conversation. *Family Therapy Networker*, 13(6), 15-16.
- Wright, L. M., Watson, W. L., & Bell, J. M. *Beliefs: The heart of healing in families and illness*. New York: Basic Books.