UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Experiência de enfermeiros na implementação da entrevista de 15 minutos em sua prática
profissional

Aluno: Heloisa França Badagnan
Orientadora: Prof^a Dr^a Sueli Ap. Frari Galera

Ribeirão Preto

2019

HELOISA FRANÇA BADAGNAN

Experiência de enfermeiros na implementação da entrevista de 15 minutos em sua prática profissional

Tese apresentada ao Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica: políticas, saberes e práticas.

Orientadora: Prof.^a Dr^a Sueli Aparecida Frari Galera

RIBEIRÃO PRETO

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Experiência de enfermeiros na implementação da entrevista de 15 minutos em sua prática profissional

Badagnan, Heloisa França

Experiência de enfermeiros na implementação da entrevista de 15 minutos em sua prática profissional, Ribeirão Preto, 2019.
92 f . : il. + 5 CD's

Tese de doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração:

Orientadora: Prof^a Dr^a Sueli Aparecida Frari Galera

1. Enfermagem Familiar sistêmica; 2. Enfermagem Psiquiátrica; 3. Saúde Mental; 4. Transferência de conhecimento

Folha de Aprovação

Nome: BADAGNAN, Heloisa França.

Título: Experiência de enfermeiros na implementação da entrevista de 15 minutos em sua prática profissional

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em/...../.....

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha filha Maria Luisa, meu companheiro Luiz Fernando (Pipo) e aos meus pais Maiza e Nivaldo, por toda a compreensão e suporte no percurso do doutorado e da vida.

Agradecimentos

À Prof.^a Dr.^a Sueli Galera pela confiança em me orientar, estar comigo por todo o percurso da pós-graduação e por todo o conhecimento a mim transmitido;

Às minhas grandes amigas, enfermeiras notáveis, que sempre me proporcionaram momentos de discussão, descontração e aconchego. Ana, Bruna Natália, Sabrina e Silvana;

Ao grupo de estudos pró família, por tantas discussões ricas e momentos de descontração, sem os quais a vida acadêmica seria um pouco menos prazerosa. Em especial, Lorena, Aila, Willian, Amanda, enfermeira Isabela e Prof.^a Dr.^a Ana Carolina Zanetti;

À Adriana Borela, secretária do programa de Enfermagem Psiquiátrica, por todo o amparo acadêmico;

A todos os participantes do presente estudo, que me ajudaram a crescer como profissional e me proporcionaram realizar um trabalho rico;

À CAPES pelo auxílio financeiro por meio da bolsa de doutorado.

“Every person must work for his own improvement, and at the same time, he must share a general responsibility for all humanity.” (Marie Curie, 1921)

RESUMO

BADAGNAN, Heloisa França. Experiência de enfermeiros na implementação da entrevista de 15 minutos em sua prática profissional. 2019. 92 f. Tese. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Estudos evidenciam que a inclusão da família na assistência ao indivíduo com transtorno mental pode minimizar os efeitos dos eventos estressores, aumentar a adesão ao tratamento, promover melhora do quadro clínico do adoecido, diminuir as recaídas e o número de internações psiquiátrica. O desafio agora é validar modelos de treinamento que visem garantir a transferência do conhecimento. A partir disso, o objetivo deste estudo foi explorar a Experiência de enfermeiros na implementação da entrevista de 15 minutos em sua prática profissional. Trata-se de um estudo observacional, analítico, com dados coletados a partir do oferecimento de um curso de difusão intitulado “Curso de Difusão em Enfermagem Familiar Sistêmica” que contou com 20 horas de teoria, prática e discussão de casos. A coleta de dados ocorreu durante o curso com 25 enfermeiros, através de gravação de discussões de casos em grupos, e ao término do curso com a aplicação da *Family Nursing Practice Scale* (FNPS), também responderam a escala 8 enfermeiros que não fizeram o curso. Os dados quantitativos foram analisados através do SPSS® e os dados qualitativos através do software IRAMUTEq. Em relação as pontuações médias das escalas por participantes que concluíram o curso, participantes que realizaram somente o bloco teórico e não participantes, ficaram próximas nos três grupos. A análise dos dados qualitativos gerou seis categorias de sendo a 1 em relação a visão do enfermeiro sobre si e mudanças na visão em relação às famílias, e a 6 ligada a outras quatro classes 2, 3, 4 e 5, todas abordando os desafios e as possibilidades percebidas sobre aprender e praticar um modelo teórico e prático de intervenção na família. O estudo ofereceu contribuições importantes em relação ao modelo de treinamento proposto, carga horária teórica e prática, modelos de discussão de casos e instrumentos utilizados, revelando ainda a necessidade de construir projetos que vislumbrem modelos de supervisão e continuidade do ensino.

Palavras Chave: 1. Enfermagem Familiar sistêmica; 2. Enfermagem Psiquiátrica; 3. Saúde mental; 4. Transferência de conhecimento

ABSTRACT

BADAGNAN, Heloisa França. **Nurses' experience in implementing the 15-minute interview in their professional practice.** 92 p. PhD Thesis. University of São Paulo at Ribeirao Preto College of Nursing, Ribeirao Preto, 2019.

Studies show that the inclusion of the family in care for individuals with mental disorders can reduce the effects of stressful events, increase treatment adherence, promote improvement of the sick, reduce relapses and the number of psychiatric hospitalizations. The challenge now is to validate training models that ensure knowledge transfer. By the way, the objective of this study was to explore nurses' experience in implementing the 15-minute interview in their professional practice. This is an observational, analytical study, with data collected in a diffusion course entitled “Systemic Family Nursing Diffusion Course” with a workload of 20 hours of theory, practice and case discussion. Data collection took place during the course, with 25 nurses, by recording case discussions in groups, and at the end of the course with the application of the Family Nursing Practice Scale (FNPS) in 33 nurses (25 who took the course and 8 who did not take the course). Quantitative data were analyzed using SPSS® and qualitative data using IRAMUTEq software. Regarding the average scale scores by participants who completed the course, participants who took only the theoretical block and non-participants, were close in the three groups. The analysis of qualitative data generated six categories: 1 in relation to the nurses' view of themselves and changes in the view in relation to families, and 6 linked to four other classes 2, 3, 4 and 5, all addressing the challenges and the perceived possibilities of learning and practicing a theoretical and practical model of family intervention. The study offered important contributions on the proposed training model, theoretical and practical workload, case discussion models and instruments used, revealing the need to build projects that envision models of supervision and continuity of teaching.

Keywords: 1. Family System Nursing 2. Mental Health 3. Psychiatric Nursing; 4. Knowledge translate

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Representação gráfica da família, genograma.....	18
Figura 2. Mapa das relações familiares com a comunidade, ecomapa.....	19
Figura 3. Estrutura do processo de conhecimento-para-ação.....	23
Figura 4. Fluxograma do Curso de Difusão em Enfermagem Familiar Sistêmica.....	33
Figura 5. Fluxograma da coleta de dados.....	36
Figura 6. Dendograma da classificação hierárquica descendente, com apresentação das palavras de maior incidência no corpus textual.....	39
Figura 7. Dendograma da Classificação Hierarquica Descendente do corpus textual sobre a reflexão das enfermeiras em relação à entrevista com a família e a frequência das classes.....	40
Figura 8. Fluxograma de inscritos no curso de intervenção familiar sistêmica e de participantes do estudo.....	43
Figura 9. Dendograma da Classificação Hierarquica Descendente do corpus textual sobre a reflexão das enfermeiras em relação à entrevista com a família e a frequência das classes com destaque à classe 1.....	49
Figura 10. Dendograma da Classificação Hierarquica Descendente do corpus textual sobre a reflexão das enfermeiras em relação à entrevista com a família e a frequência das classes com destaque à classe 1.....	52

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização demográfica, de formação e profissional dos enfermeiros que participaram do curso de Intervenção familiar sistêmica e dos controles.....45

Tabela 2. Análise da média, mediana e variação das respostas da FNPS dos participantes do curso de difusão.....46

Tabela 3. Escores da FNPS por grupos de acordo com condição de conclusão do curso.....47

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1 A entrevista de 15 minutos.....	16
1.2 A transferência de conhecimento.....	22
1.3 O uso da transferência de conhecimento na Enfermagem familiar.....	25
2. OBJETIVO.....	28
3. MATERIAIS E MÉTODO.....	30
3.1 Tipo de estudo.....	31
3.2 O treinamento.....	31
3.3 Local de Estudo.....	33
3.4 Participantes do estudo.....	34
3.5 Coleta de dados.....	34
3.6 Instrumentos de coleta de dados.....	36
3.7 Análise dos dados e variáveis.....	38
3.8 Aspectos éticos.....	40
4. RESULTADOS.....	41
4.1 Discussão de casos – dados qualitativos.....	47
5. DISCUSSÃO.....	64
6. CONCLUSÕES.....	71
Referências bibliográficas.....	74
APENDICE 1.....	81
APENDICE 2.....	82
APENDICE 3.....	85
APENDICE 4.....	87
APENDICE 5.....	89
ANEXO 1.....	91

1. INTRODUÇÃO

Os movimentos sociais que ocorreram no século XX no âmbito da psiquiatria propunham a reformulação do modelo de atenção vigente, com a redução do número de leitos hospitalares, e a criação de uma rede de serviços de base comunitária. Pois se reconhecia que indivíduo com transtorno mental grave teria melhores resultados se tratado no ambiente onde viveu e adoeceu (COLLETI et al., 2014). Com isso, a responsabilidade pelo cuidado ao portador de transtorno mental foi deslocada das equipes hospitalares para as equipes comunitárias, ao indivíduo adoecido e seus familiares (GALERA, 2010)

Com esta mudança de paradigma, a família passa a ser entendida como um fator fundamental na recuperação do adoecido, pois agora seus membros são encarregados de acompanhar a administração dos medicamentos, lidar com os sintomas, e coordenar suas atividades cotidianas (COLLETI et al., 2014). Há, assim, uma importante mudança da relação do profissional de saúde mental com as famílias dos adoecidos, as quais se tornam importantes parceiras no processo de reabilitação psicossocial, que devem estar aliadas a equipe de saúde (GUIMARÃES et al., 2015; LIMA, BRÊDA, ALBUQUERQUE, 2013; GALERA, 2010). Porém, autores alertam que para exercer seu papel na recuperação do ente adoecido a família precisa ser cuidada, portanto incluída no planejamento da assistência ao indivíduo com transtorno mental (REINARES et.al 2016)

Estudos evidenciam que a inclusão da família na assistência ao indivíduo com transtorno mental pode minimizar os efeitos dos eventos estressores, aumentar a adesão ao tratamento, promover melhora do quadro clínico do adoecido, diminuir as recaídas e o número de internações psiquiátrica. Aponta ainda que as famílias relatam, frequentemente, a necessidade de informação e apoio profissional para ajudá-las a lidar com a doença de um de seus membros. (CAQUEO-URÍZAR et al, 2017; BUCCI et al, 2016; HSIAO, YUN-FANG 2015)

A literatura científica é unanime em indicar que a intervenção familiar é necessária e apresenta benefícios aos indivíduos com transtornos mentais graves e a todo o grupo familiar. Entretanto, esta mesma literatura aponta para o fato de que a intervenção familiar não faz parte da rotina dos serviços de saúde mental. Isto significa que a maioria das pessoas que sofrem de transtornos mentais graves não recebem o melhor atendimento possível (CAQUEO-URÍZAR et al, 2017; REINARES et.al 2016; GAFOOR et al., 2010)

Neste sentido, os profissionais de saúde precisam estar preparados para conversar de forma qualificada com as famílias e ouvir suas solicitações para enfrentar os problemas de saúde.

Embora a enfermagem tenha feito grandes avanços no movimento em direção a uma abordagem familiar para o cuidado, ela permaneceu focada no indivíduo. Pesquisas realizadas ao final do século XX por TALBOT et al (2000) e LEAHEY et al. (1995) evidenciaram que, embora os enfermeiros estivessem cientes da importância da família em sua prática, poucos realmente percebiam a família como uma unidade a ser cuidada. Para que seja possível alcançar uma perspectiva com foco na família deve-se proporcionar aos enfermeiros um modelo teórico de como avaliar as necessidades das famílias e como oferecer intervenções necessárias para tratá-las (WRIGHT & LEAHEY, 2012).

Um estudo conduzido por Talbot e colaboradores (2000) com enfermeiros região de Montréal e na província de Quebec descobriu que 48% (n = 2.241) dos participantes manifestaram interesse em incluir mais intervenções familiares na sua prática e 78% gostariam participar de programas de educação em enfermagem com enfoque na família. Embora os enfermeiros estivessem cientes da importância da família em sua prática de enfermagem, poucos enfermeiros percebiam a família como uma unidade de intervenção.

WRIGHT E LEAHEY (1999) descrevem as crenças dos enfermeiros em relação à inclusão da família no cuidado, a partir de um compilado de outros estudos. As crenças eram de que falar com a família despenderia um tempo que os enfermeiros não tinham, que falar com a família era exclusivo do assistente social ou psicólogo e que as famílias poderiam trazer demandas que eles não estavam preparados para lidar.

A partir destes estudos, diversos outros descreveram relatos de enfermeiros apontando que a falta de tempo e de conhecimento sobre modelos de avaliação e intervenção na família são barreiras importantes para a inclusão da família no cuidado em saúde. (BELL, 2014; CHESLA, 2010; LEAHEY; SVAVARSDOTTIR, 2009; MARTINEZ, 2005, LEGROW; ROSSEN, 2005).

Como estratégia para superar a barreira do tempo e conhecimento pesquisadores da área da enfermagem familiar vem propondo a translação do conhecimento como importante estratégia para viabilizar a prática da inclusão da família no planejamento da assistência. No campo da saúde mental essa proposição é necessária e relevante pois as evidências indicam que incluir a família traz benefícios para o adoecido e para a família, no sentido de amenizar seu sofrimento e potencializar seu papel na recuperação do portador de transtorno mental grave e de longa duração.

Os estudos que se dedicam à translação do conhecimento em enfermagem familiar, propõem a entrevista breve com a família, ou entrevista familiar de 15 minutos, com bases na Enfermagem Familiar Sistêmica. WRIGHT, LEAHEY (2013).

1.1 A entrevista de 15 minutos

WRIGHT, LEAHEY (2013) descrevem a importância do enfermeiro no acolhimento e aplicação da prática terapêutica Familiar, porém há ainda dificuldade em incluir na prática dos enfermeiros a enfermagem familiar. Em sua vivência profissional identificaram que os enfermeiros reconhecem a importância de incluir a família no tratamento, mas referem falta de tempo como principal motivo para não aplicarem o atendimento familiar. Para solucionar a questão do tempo é proposta a entrevista de 15 minutos com a família. (WRIGHT E LEAHEY, 2012)

Demais autores indicam que mesmo um tempo curto de entrevista e acolhimento à família pode ser decisivo, eficaz, informativo e até mesmo ajudar na recuperação do paciente, pois independente do tempo de duração, é melhor que haja o envolvimento com a família. (LEGROW; ROSSEN, 2005) (MARTINEZ et al 2007), (MARSHALL; HARPER-JAQUES, 2008); (SVAVARDOSTTIR et al, 2015); SVEINBJARNARDOTTIR; SVAVARSDOTTIR; WRIGHT, (2013).

São ingredientes chave da entrevista de 15 minutos:

A. Relacionamento Interpessoal/ boas maneiras: são simples gestos gentis de polidez, respeito, bondade e acolhimento (WRIGHT; LEAHEY, 2005). Para estabelecer uma relação terapêutica boa e de confiança entre enfermeiro e família, o relacionamento é primeiro ingrediente. Deve-se combater a atual despersonalização do paciente que é tratado como uma patologia ou transtorno e a família que é tratada como fácil ou difícil.

O jeito mais simples de dar abertura ao paciente e família é apresentar-se pelo nome. As boas maneiras têm como efeito estabelecer confiança entre o enfermeiro, a família e o paciente.

Abaixo, as autoras descrevem sete maneiras que podem construir uma relação de confiança com o paciente e familiares:

- Sempre chamar o paciente/familiar pelo nome;
- Dizer ao paciente/familiar seu nome;
- Verificar suas atitudes;
- Explicar seu papel durante o tratamento;
- Explicar um procedimento antes de preparar o material para fazê-lo;

- Dizer ao paciente/familiar que você virá vê-lo novamente durante o plantão;
- Ser honesto com paciente/familiar.

B. Conversa terapêutica: são intervenções que todos os enfermeiros dispõem e usam sem talvez se atentarem (WRIGHT; LEAHEY, 2012). A conversa é terapêutica quando ela está relacionada com a preocupação da outra pessoa e se destina a tratar e aliviar o sofrimento. Ouvir, mostrar compaixão, oferecendo elogios, e dando informações são partes da conversa terapêutica. Segundo PONTES; LEITAO; RAMOS (2008), a conversa terapêutica pode ajudar a família a articular as suas preocupações mais claramente, pensar diferente sobre o problema, mudar suas expectativas, e descobrir suas próprias soluções e suas próprias preferências sobre o que fazer e como agir. Estes diferem das conversas sociais, podendo incluir algumas ideias básicas como:

- Famílias são rotineiramente convidadas a acompanhar o paciente na unidade;
- Famílias são rotineiramente incluídas nos procedimentos de admissão;
- Famílias são rotineiramente convidadas a fazer questionamentos durante as orientações ao paciente;
- Enfermeiros reconhecem a gestão dos problemas de saúde pela família e paciente através das rotinas de casa.
- Enfermeiros encorajam pacientes a praticar como eles irão manejar diferentes interações no futuro, como falar para os membros da família e outros que eles não podem comer certos alimentos.
- Enfermeiros rotineiramente consultam famílias e pacientes sobre suas ideias para tratamento.

C.Genograma e ecomapa: A genograma familiar é uma representação gráfica de como os diferentes membros da família são biologicamente e juridicamente relacionados uns aos outros nas várias gerações (WRIGHT; LEAHEY, 1999). O objetivo do genograma é ajudar a entender melhor a família como um todo. Ele ilustra a idade, sexo, ocupação ou escolaridade,

religião, origem étnica e o status atual de saúde de cada membro da família. Como forma de complementar o genograma, o ecomapa fornece informações essenciais para o enfermeiro na construção da estrutura familiar externa que busca o contato dos familiares com o macrosistema procurando apoio social e recursos.

Figura 1. Representação gráfica da família, genograma.

Fonte: WRIGHT E LEAHEY, 2013 (adaptado)

Figura 2. Mapa das relações familiares com a comunidade, ecomapa.

Fonte: WRIGHT E LEAHEY, 2013 (adaptado)

D.Perguntas terapêuticas: Estas questões buscam incentivar os membros da família a expressar suas crenças, clarificar a sua compreensão sobre doença, e refletir na situação em que estão (WRIGHT & LEAHEY, 2013). Questões "interventivas" são mais úteis na entrevista com a família 15 minutos, pois são dirigidas para a explicação dos problemas e das relações. Alguns temas básicos devem ser abordados como as expectativas e desafios, o sofrimento dos familiares e preocupações atuais. Abaixo estão alguns exemplos de perguntas que abordam esses temas específicos:

- Quem da sua família você gostaria que compartilhassemos informações?
E quem você não gostaria que compartilhasse?
- Como nos podemos ajudar você e sua família durante sua hospitalização?
- O que tem sido mais/menos útil para você em internações passadas ou visitas na clínica? (Identificar pontos fortes e fragilidades nas experiências passadas)

- Qual é o maior desafio para sua família durante a hospitalização?(identificar sofrimentos/ crenças/ e papéis)
- O que você precisa para melhor se preparar e preparar seu familiar para a alta? (Planejamento com antecedência)
- Quem você acredita que está sofrendo mais com a internação na sua família? (identificar qual membro da família precisa de suporte e intervenção)
- Qual a pergunta que você queria que fosse respondida aqui durante nosso encontro? Eu posso não estar preparada para respondê-la neste momento mas eu tentarei encontrar a solução para você.
- Como eu tenho sido útil para você nessa reunião? Como podemos melhorar?

E.Elogiar a família e os membros individualmente: Recomenda-se que o enfermeiro além de oferecer apoio e orientação, ele faça elogios aos comportamentos e ações positivas tanto realizadas em família quando individuais. (WRIGHT & LEAHY, 2013) Estes elogios atuam com reforço positivo na melhora e interação dos membros que muitas vezes, não estão cientes de suas próprias forças.

Os elogios funcionam melhor quando são feitos na observação de mudanças no comportamento e padrões que ocorrem ao longo do tempo, e não em episódios pontuais.

Robinson (1998) cita que famílias que internalizam os elogios feitos pelos enfermeiros se mostram mais receptivas e confiantes com a relação enfermeiro/família e tendem a receber melhor sugestões e conselhos. Quando o enfermeiro faz um elogio, ele dá a família uma visão diferente dela e alterando essa visão, a família consegue repensar resoluções para os seus problemas.

Estudos internacionais indicam que enfermeiros que receberam treinamento para aplicar este modelo de entrevista, aumentaram o uso de diferentes intervenções familiares em sua prática, melhoraram suas habilidades educativas, e relataram maior facilidade em oferecer apoio à família. (SVAVARSDOTTIR, TRYGGVADOTTIR, SIGURDARDOTTIR, 2012;

SVEINBJARNARDOTTIR, SVEINBJARNARDOTTIR e SAVEMAN, 2011; MARTINEZ et al. 2007).

No Brasil, LOBATO e BOUSSO (2010), realizaram um treinamento com enfermeiros da estratégia saúde da família para aplicação da entrevista de 15 minutos em visitas puerperais. Os enfermeiros relataram que após o treinamento conseguiram realizar entrevistas mais sistematizadas, possibilitando maior conhecimento sobre as famílias e melhorando o vínculo com elas. Ainda o processo terapêutico foi de melhores resultados para o paciente com o envolvimento da família.

Portanto se a esperança é incluir a família no cuidado do indivíduo com transtorno mental, então devemos redobrar nossos esforços para levar o conhecimento científico gerado ao desenvolvimento da nossa prática, isto é, transferir o conhecimento. (CHESLA, 2010, LEAHEY; SVAVARSDOTTIR, 2009).

1.2 A transferência de conhecimento

A pesquisa sobre a transferência do conhecimento surgiu no final do século XX nos EUA, buscando formas e iniciativas para reduzir a lacuna existente entre a produção científica em saúde e a prática profissional. Tem como uma de suas definições um "processo dinâmico e interativo que inclui síntese, disseminação, intercâmbio e aplicação ética do conhecimento para melhorar a saúde (CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH, 2005)

Atualmente, há uma gama de teorias e estruturas para o desenvolvimento do processo de transferência do conhecimento. A estrutura mais utilizada no campo da enfermagem familiar é a proposta por Graham et al (2006), denominada “conhecimento-para-ação”.

Trata-se de uma construção a partir de pontos comuns encontrados na avaliação de mais de 30 teorias de planejamento de ação.

Para dar sentido à evolução do termo tradução de conhecimento e à lacuna conhecimento-ação, Graham et al. (2006) definiram dois ciclos: criação e ação do conhecimento, como ilustrado na Figura 1.

Figura 3 – Estrutura do processo de conhecimento-para-ação.

Fonte: Graham, Logan, Harrison, et al. (2006).

O ciclo de criação do conhecimento consiste em pesquisa, síntese e desenvolvimento de ferramentas ou produtos de conhecimento. O ciclo é um processo fluido e em cada fase os produtores do conhecimento podem personalizar suas atividades às necessidades dos usuários potenciais.

O ciclo de ação leva à implementação ou aplicação do conhecimento. Suas fases são dinâmicas e interativas e podem ser influenciadas pelas fases do ciclo de criação do conhecimento. As fases do ciclo de ação incluem atividades como a identificação de um problema que precisa ser abordado, a seleção de conhecimentos ou achados de pesquisa relevantes para o problema, a adaptação dos achados identificados ao contexto local, a avaliação de barreiras ao uso do conhecimento, a adaptação e a implementação do conhecimento, e a sustentação do uso contínuo de conhecimento. Estes ciclos são uma maneira útil de pensar sobre a circularidade entre transferência do conhecimento e prática. O presente estudo se encontra na fase de adaptação do modelo ao contexto local.

Nesse modelo, todo processo de conhecimento-para-ação é interativo, dinâmico, e complexo, em relação à criação do conhecimento e sua aplicação. Quando utilizado, é essencial que os participantes do estudo sejam incluídos em todos os pontos do ciclo de ação, garantindo que o conhecimento produzido e traduzido seja relevante para suas necessidades. (LEAHEY, SVAVARSDOTTIR, 2009)

Portanto, o objetivo da transferência do conhecimento é assegurar que soluções práticas sejam encontradas e as barreiras à prática baseadas em evidências sejam reduzidas. Para conseguir transferir o conhecimento de forma ideal é necessário que o conhecimento a ser transferido seja influenciado pelas necessidades da organização e definida de forma colaborativa pelos gerentes, clínicos e pesquisadores (KITSON, BISBY, 2008).

1.3 O uso da transferência de conhecimento na Enfermagem familiar

Na área da enfermagem familiar estudiosos começaram a mudar sua ênfase de produção de novos conhecimento para analisar a forma como o conhecimento de enfermagem é transferido à prática clínica (BROEKEMA et al, 2018; DUHAMEL, 2010; DUHAMEL, DUPUIS, 2011; LEAHEY & SVAVARSDOTTIR, 2009).

Estudo conduzido na Islândia, no período de 2007 à 2011 fundou um grupo formado por enfermeiros cientistas e enfermeiros clínicos cujo objetivo foi criar mecanismos para aplicar a enfermagem familiar sistêmica na prática clínica. Esses profissionais eram responsáveis por buscar novos conhecimentos através da investigação, e aplicá-los a práticas clínicas, buscando reduzir as diferenças entre o conhecimento científico e sua execução (SVEINBJARNARDOTTIR; SVAVARSDOTTIR; WRIGHT, 2013). Os resultados demonstraram que houve melhora na prática dos enfermeiros clínicos em relação família, consolidando o conhecimento científico na prática clínica.

Neste processo, uma variedade de estratégias foram testadas e utilizadas, como a utilização do sistema de discussão de casos em pares (*coaching*) durante os treinamentos e as parcerias entre educadores, pesquisadores e profissionais de saúde buscando reduzir as diferenças entre o nível de criação de conhecimento, e a aplicação de novos conhecimentos sobre as práticas de enfermagem (LEAHEY; SVAVARSDOTTIR, 2009; SVAVARSDOTTIR; SIGURDARDOTTIR, 2011, SVAVARSDOTTIR, 2015, também utilizaram o *coaching* em seus estudos com o objetivo de verificar se o saber científico está sendo aplicado à prática clínica (MARTINEZ et al (2007), DUHAMEL; DUPUIS (2010); SVEINBJARNARDOTTIR; SVAVARSDOTTIR; WRIGHT, (2013).

O que as autoras desingnam como *coaching*, é um relacionamento colaborativo realizado entre um facilitador e um indivíduo disposto a aprender. Usa discussões para ajudar o indivíduo a atingir seus objetivos, exigindo habilidades e conhecimento por parte do facilitador buscando a resolução de problemas. Ele pode ser usado para permitir que a equipe tenha conversas sobre assuntos diversos do trabalho, como discussões de casos e na tomada de decisões. (DONNER, WHEELER; 2009) Esse recurso ajuda no processo de implementação de intervenções, bem como em monitorar se o conhecimento está sendo utilizado na prática

profissional. Neste estudo, optamos por utilizar o *coaching*, porém o designamos como discussão de casos.

Estudo conduzido por SVAVARSDOTTIR (2009) buscou auxiliar a prática dos enfermeiros para melhor identificar e responder às necessidades da família e facilitar a sua recomposição num serviço de internação. Ao oferecer uma sustentação e ferramentas necessárias, como seminários, discussões de casos e práticas supervisionadas, o resultado do estudo foi que na visão dos familiares, o apoio havia aumentado e eles sentiam-se mais acolhidos e na visão dos enfermeiros teve um impacto positivo em avaliar e intervir nessas famílias.

SIMPSON et al (2006), descreveram o processo de planejamento, implementação e avaliação de um projeto de enfermagem familiar em um ambiente psiquiátrico em Hong Kong. O treinamento tinha como bases a enfermagem familiar sistêmica e consistiu na avaliação de necessidades de enfermagem, seminários educacionais, avaliação e estratégias de processo.

Como forma de avaliar a transferência do conhecimento, eram realizadas práticas supervisionadas e o uso antes e depois do treinamento de um questionário de práticas de enfermagem. Os achados da análise sugeriram mudanças positivas significativas na avaliação crítica do enfermeiro sobre sua prática de enfermagem familiar. (SIMPSON, et al 2006). A mudança na prática supõe que o modelo utilizado pelos autores possibilitou a transferência do conhecimento de forma eficaz. (BROEKEMA, et al, 2018)

Nos estudos descritos, realizados em programas onde enfermagem familiar sistêmica é ensinada e praticada, conceitos teóricos são integrados às atividades clínicas. Estas unidades acadêmicas são as de maior investimento em novas práticas e estão avançando no desenvolvimento do domínio do conhecimento em enfermagem familiar, mas estratégias para facilitar a implementação na prática de enfermagem ainda precisam ser aprimoradas. (BELL; 2014). Portanto, se a esperança é implementar o de cuidado com foco na família, CHESLA (2010), LEAHEY; SVAVARSDOTTIR, (2009) citam que devemos redobrar nossos esforços para avançar o conhecimento científico já gerado ao uso na prática clínica do enfermeiro.

Relato de experiência de um ambulatório de saúde mental dos Estados Unidos, descreve o cuidado centrado na família em um ambulatório de saúde mental. O estudo relata que a partir de treinamento da equipe e da construção de diretrizes de atendimento, foi possível garantir o cuidado centrado na família. Para ajudar profissionais de saúde a praticar atendimento centrado na família, foram construídos manuais com perguntas que identificam quando procurar uma avaliação ou consulta familiar aprofundada e de que forma conduzi-las. Este estudo demonstra

que além do treinamento, a garantia da educação continuada e a construção de manuais ajuda na garantia de um cuidado otimizado à família e ao paciente. (HERU, 2015)

No Brasil a transferência de conhecimento ainda é pouco utilizada nas áreas de saúde e assistência familiar, sendo este referencial utilizado em sua maior parte nas áreas de gestão em recursos humanos e organizações.

Neste estudo, utilizaremos a abordagem de transferência do conhecimento, que prevê uma abordagem colaborativa entre pesquisadores e participantes, a qual baseia o ciclo de tradução do conhecimento. Neste referencial o participante ou sujeito é considerado co-pesquisador.

Frente a isso, a finalidade deste estudo é contribuir com estudos que pensam nas formas de transferir o conhecimento científico à prática, e terá como modelo o estudo realizado por SIMPSON et al (2006).

2. OBJETIVO

O objetivo desse estudo foi explorar a experiência de enfermeiros na implementação da entrevista de 15 minutos em sua prática profissional.

3. MATERIAIS E MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, analítico, com dados coletados a partir do oferecimento de um curso de difusão intitulado “Curso de Difusão em Enfermagem Familiar Sistêmica” para enfermeiros que atendiam demandas em saúde mental no seu contexto de trabalho.

Foi utilizada a abordagem de método misto com coleta simultânea complementar. Optamos por utilizar essa abordagem para investigar os resultados e processos de implementação da entrevista familiar pelos enfermeiros. O método dá peso igual aos dados qualitativos e quantitativos, nos quais o pesquisador pode coletar e analisar os dois tipos de dados separadamente, mas no mesmo período, e combinar os achados. (PALINKAS, 2011; ZHANG & CRESWELL, 2013)

O uso dessa abordagem deve-se ao fato de que a combinação de métodos oferece uma alternativa para a investigação de fenômenos complexos e os ajudam na compreensão sobre o fenômeno de escolha de uma forma que não se obteria com a utilização de somente uma abordagem. (PALINKAS, 2011)

Os dados foram coletados se iniciando pelos dados qualitativos durante a intervenção e dados quantitativos ao final da intervenção, com abordagem transversal.

3.2 O treinamento

O Curso de Difusão em Enfermagem Familiar Sistêmica oferecido por meio da Pró-reitora de Cultura e Extensão da Universidade de São Paulo disponibilizou 60 vagas gratuitas. A divulgação se deu por meio de mídias sociais e no site da EERP-USP, e as inscrições foram realizadas *on-line* pelo próprio participante. Foi oferecido nas dependências da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

A carga horária total do curso foi de 20 horas, sendo 8 horas de bloco teórico e 12 horas de atividade prática e discussão de caso. O bloco teórico foi oferecido em um dia inteiro abordou os seguintes conteúdos: Apresentação do modelo de enfermagem familiar sistêmica, o qual inclui os conceitos que a fundamentam. Avaliação do sistema familiar: estrutura, estágios

de desenvolvimento, e funcionamento. Intervenção familiar: comunicação circular, papéis familiares, crenças, alianças, e perguntas terapêuticas. Os cinco ingredientes-chave da entrevista familiar de 15 minutos, como descrito por WRIGHT E LEAHEY (2012), que são: Relacionamento Interpessoal/ boas maneiras; conversa terapêutica; genograma e ecomapa; perguntas terapêuticas; elogios à família e a seus membros individualmente. O bloco teórico foi conduzido por docente especialista em enfermagem psiquiátrica e enfermagem familiar sistêmica. Antes de iniciar o bloco teórico os participantes responderam a um questionário sócio-demográfico.

Ao final do bloco teórico, os enfermeiros receberam a tarefa de entrevistar uma família atendida em sua unidade de atuação. Esta entrevista deveria ser gravada em formato de áudio. Ficou a critério de cada participante escolher a família que acompanharia. Para facilitar a aplicação desta nova abordagem da família os investigadores elaboraram e ofereceram um roteiro, em formato de card, contendo orientações sobre a construção do genograma e do ecomapa e uma breve descrição dos cinco ingredientes-chave da entrevista familiar de 15 minutos (Apendice 1).

Após a realização da entrevista os enfermeiros responderam um roteiro para discussão de casos, buscando a avaliação sobre as facilidades e dificuldades percebidas para conduzir a entrevista (Apendice 2). A gravação da entrevista e este formulário de avaliação foram enviados ao grupo de pesquisadores responsáveis pelo curso para guiar a discussão dos casos.

Após participar da primeira discussão de casos os enfermeiros realizaram uma nova entrevista com famílias selecionadas por eles, também audiogravada e novamente enviadas, junto com o roteiro de avaliação ao grupo de pesquisa. Em seguida foi realizada nova sessão de discussão de casos e fechamento do curso. No encerramento foi solicitado aos enfermeiros que respondessem um questionário de avaliação do curso e foi aplicado a escala *Family Nursing Practice Scale* (FNPS). (ANEXO 1)

Figura 4: Fluxograma do Curso de Difusão em Enfermagem Familiar Sistêmica

Fonte: Elaborado Pelo autor, 2019.

3.3 Local de Estudo

O estudo foi realizado no percurso do Curso de Difusão em Enfermagem Familiar Sistêmica oferecido nas dependências da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

As entrevistas conduzidas pelos enfermeiros foram realizadas nas unidades de trabalho e domicílios de famílias atendidas pelos eles. Os serviços são componentes da Rede de atenção psicossocial (RAPS) e estão situados dentro da Direção Regional de Saúde XIII (DRS-III), que abrangem o município de Ribeirão Preto e dos 26 municípios da DRS XIII, totalizando uma população de aproximadamente 1.327.989 habitantes.

3.4 Participantes do estudo

Foram convidados a participar do estudo indivíduos com formação superior em enfermagem, com idade superior a 18 anos, que atuassem em serviços que assistam pessoas com transtornos mentais ou com problemas psicossociais. O curso foi divulgado por meio de mídias sociais e no site da EERP-USP.

As famílias entrevistadas pelos enfermeiros participantes desse estudo também foram consideradas participantes. Como parte do treinamento, os enfermeiros deveriam entrevistar famílias e áudio-gravar as entrevistas, para as discussões de casos em grupo. Para os familiares, o critério de inclusão foi ter idade superior a 18 anos.

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados se deu no decorrer do curso sendo realizada no segundo semestre do ano de 2018.

Ao início do curso, os enfermeiros eram convidados participar do estudo e apresentados ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - enfermeiros) os que aceitavam, respondiam a um questionário de caracterização demográfica, profissional e de formação (Apêndice 3). Os questionários foram respondidos antes do início da aula, em auditório reservado para o curso. O tempo médio de resposta da escola e questionário de caracterização foi de 15 minutos por participante.

Os enfermeiros participantes do curso, recebiam uma pasta contendo duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para aplicação da entrevista na família (TCLE-famíliares) (Apêndice 4) e o roteiro para discussão dos casos a ser preenchido. Durante o bloco teórico, os participantes receberam orientações sobre as etapas práticas do curso, sobre como a realizar a gravação das entrevistas e do envio por meio eletrônico, e a forma de preencher o roteiro.

Vinte dias após o bloco teórico, foi realizada a primeira discussão de casos, em sala reservada na EERP-USP. A discussão foi gravada em áudio e posteriormente transcrita para

análise do pesquisador. A discussão dos casos foi conduzida pela docente que ministrou o bloco teórico, e as pesquisadoras participaram desse momento fazendo anotações sobre o que era discutido, sem participar de forma ativa da intervenção.

Ao término da primeira discussão, os enfermeiros receberam orientações em relação a nova entrevista com a família e receberam o roteiro a ser preenchido após entrevistá-la.

A segunda discussão de casos ocorreu 30 dias após a primeira. Essa sessão foi conduzida parte pela docente responsável pelo bloco teórico, e parte pelas pesquisadoras, com finalidade de fazer o fechamento do curso. A discussão com a docente foi audiogravada e transcrita, compondo a coleta de dados, e o fechamento com as pesquisadoras não. Os roteiros foram recolhidos e ao término da discussão, os enfermeiros foram convidados a preencher novamente a escala FNPS e um roteiro de avaliação do curso.

Figura 5. Fluxograma da coleta de dados.

Fonte: Elaborado Pelo autor, 2019.

Enfermeiros que não participaram do curso ou que concluíram somente o bloco teórico, foram convidados a participar do estudo, visando a comparação dos scores da escala de prática de enfermagem familiar com os enfermeiros participantes do estudo.

3.6 Instrumentos de coleta de dados

- **Questionário demográfico profissional e de formação** contendo as seguintes informações: Idade; sexo, tempo de formação, especializações, especialização em famílias, se realiza interações com familiares em seu local de trabalho, e assuntos abordados com os familiares. (Apêndice 5)

- **Roteiro para discussão dos casos** – contendo 22 questões dissertativas relativas aos elementos da entrevista de 15 minutos, as barreiras e facilidades para a entrevista e desenho do genograma e ecomapa

- **Escala de Prática de Enfermagem Familiar (FNPS)** - foi utilizada neste estudo, de forma transversal, para avaliar os desfechos do programa educacional de enfermagem familiar sistêmica.

Este instrumento visa mensurar as atitudes dos enfermeiros diante do trabalho com famílias; a avaliação crítica sobre a prática da enfermagem familiar sistêmica e as reflexões dos enfermeiros sobre o relacionamento enfermeiros-famílias. Ela possui componentes quantitativos e qualitativos.

A escala da Prática de Enfermagem Familiar consiste em 10 itens marcados em uma escala tipo *Likert* invertido e três perguntas dissertativas com foco em mudanças nas atitudes e mudanças na prática relacionada à implementação de sistemas familiares de enfermagem.

Os itens quantitativos estão divididos em dois domínios diferentes: Avaliação da Prática (5 itens – 1, 2, 3, 4,5) e Relacionamento Enfermeiro-Família (itens – 6, 7, 8, 9, 10). A escala de pontos invertida indica que menores pontuações refletem uma melhor prática da enfermagem familiar.

Os componentes qualitativos do instrumento consistem em perguntas abertas para determinar exemplos mais específicos de atitudes e mudanças na prática de enfermagem familiar. Segundo a autora, o tempo aproximado de aplicação é de 15 minutos.

Esta escala foi desenvolvida no Canadá por Simpson em 1992 e utilizada no mesmo país para avaliar programas de treinamento em enfermagem em hospital de cuidados agudos (SIMPSON, 1992, VOSBURGH, SIMPSON, 1993) e na China em para avaliar o treinamento em enfermagem familiar sistêmica e enfermeiros psiquiátricos (SIMPSON, et al 2006). Nos estudos descritos, sua análise foi realizada através do software *Statistical Package for the Social Sciences*, SPSS ® versão 25.0 (IBM Corporation 2017).

A escala possui validação cultural para o português Brasileiro, obtida através de uma dissertação de mestrado (Rodrigues, 2019). Os resultados mostraram valores de alfa acima de 0,8 para a escala total e para os dois domínios. A análise da confiabilidade composta, mais adequada em estudos confirmatórios, mostrou índices de 0,9 para a escala total e acima de 0,8 para os domínios. Como o ponto de corte indicativo de boa confiabilidade para ambos os índices

é 0,7 (Hair et al., 2009), a versão adaptada do FNPS apresenta confiabilidade na medição, com base nos princípios de consistência interna (Rodrigues, 2019).

3.7 Análise dos dados e variáveis

Para mensuração da escala FNPS foi realizada análise estatística descritiva com uso do software *Statistical Package for the Social Sciences*, SPSS ® versão 25.0 (IBM Corporation 2017). Foram realizados ainda testes de significância a fim de verificar a dependência entre as variáveis dos enfermeiros e os resultados na escala, e chi-quadrado de independência entre as variáveis “ter realizado o curso”, “ter realizado somente a parte teórica” e “não ter realizado o curso”.

Para maior clareza e facilidade de interpretação, revertemos a ordem numérica dos itens da medida original da escala, para que números altos correspondam a números mais positivos.

Para análise dos dados qualitativos, foram construídos corpus textuais e submetidos a análise estatística e análise de classificação hierárquica descendente (CHD) obtida através do software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IraMuTeq), versão 0.7 alpha 2.

A partir da transcrição, foi realizada a reescrita das narrativas retirando os vícios de linguagem e realizando a adaptação do vocabulário. As palavras genograma e ecomapa foram trocadas, respectivamente, por desenho e mapa, visto que são palavras importantes para a avaliação do treinamento e não constam na biblioteca de verbetes da interface utilizada para a análise dos dados. Foram retirados do corpus textual, trechos da apresentação dos casos e identificação de pessoas.

O corpus para a análise se constituiu de 12 textos, que são as falas dos enfermeiros, retiradas das discussões de casos, organizadas como modalidades para a análise pelo software IRAMUTEq.

Dos 12 textos, foram gerados 180 segmentos de texto (ST). Foram analisadas 6597 ocorrências (palavras) com média de 549 ocorrências por ST.

Nesta análise o sistema procura obter classes formadas por palavras que são significativamente associadas com aquela classe, sendo a significância iniciada com o qui-quadrado = 2. (IRAMUTEQ, 2017) Ele apresenta um esquema hierárquico de classes, tornando possível inferir quais ideias o corpus textual deseja transmitir

Para a CHD, foram selecionadas apenas as formas ativas para análise, sendo os verbos, adjetivos e adjetivos numéricos. Na CHD, foram geradas seis categorias em relação ao corpus textual, apresentadas em um dendograma de palavras e porcentagem de incidência.

Visando identificar o contexto de cada classe, selecionamos as palavras com significância estatística de cada uma e foi realizada a busca de trechos em que estavam presentes.

Figura 6. Dendograma da classificação hierárquica descendente, com apresentação das palavras de maior incidência no corpus textual.

Fonte: Extraído do Software IRAMUTEq após análise dos dados, 2019.

A partir da seleção das palavras de maior incidência em cada classe, retiramos os trechos e após a leitura exaustiva, nomeamos as classes da forma como se apresenta a figura abaixo. **Figura 6.** Dendograma da Classificação Hierarquica Descendente do corpus textual sobre a reflexão das enfermeiras em relação à entrevista com a família e a frequência das classes.

Figura 7. Dendograma da Classificação Hierarquica Descendente do corpus textual sobre a reflexão das enfermeiras em relação à entrevista com a família e a frequência das classes.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

3.8 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, mediante protocolo CAAE 82089817.6.0000.5393. De acordo com a resolução nº 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos, os enfermeiros e os familiares participantes do estudo receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido [(TCLE) APÊNDICE C, APÊNDICE D], por meio do qual foram informados sobre a finalidade da pesquisa.

4. RESULTADOS

Foram abertas 60 vagas para o curso de difusão em Enfermagem Familiar sistêmica.

Do total de vagas, 47 enfermeiros tiveram a inscrição deferida pelo sistema. E destes, 32 participaram do bloco teórico, com o total de 8 horas de aula. Do total de participantes no curso, 25 aceitaram participar da pesquisa.

Dos indivíduos que se inscreveram no curso, porém não participaram do bloco teórico e/ou bloco prático, 8 aceitaram participar do estudo, sendo incluídos como controle para a comparação dos scores da escala FNPS. Segundo esquema abaixo:

Figura 8. Fluxograma de inscritos no curso de intervenção familiar sistêmica e de participantes do estudo.

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2019.

As 33 participantes deste estudo eram mulheres, entre 24 e 56 anos, com média de idade de 35 anos. A média de tempo de formação em graduação em Enfermagem, em anos, foi de oito anos.

Do total, 24 fizeram pós-graduação, lato e/ou stricto senso, sendo sete, específicas em famílias. Todas as participantes referiram interagir com as famílias dos pacientes em seus serviços de atuação.

Tabela 1. Caracterização demográfica, de formação e profissional dos enfermeiros que participaram do curso de Intervenção familiar sistêmica e dos controles.

		N(%)	Média (DP ¹)	Mediana (Mín-Max)
Sexo	Feminino	33(100)		
	Masculino	0(0,0)		
Idade			35,61(1,48)	34(23-56)
Tempo			8,06(0,78)	8(2-19)
Unidade Atende Saúde Mental	Sim	31(93,9)		
	Não	2(6,1)		
Fez Pós- Graduação	Sim	25(75,8)		
	Não	8(24,2)		
Qual Pós- Graduação	Nulo	10(30,3) *		
	Saúde da Família	7(21,21) *		
	Gestão	5(15,15) *		
	Saúde Mental	4(12,12) *		
	Docência	4(12,12) *		
	Cardiologia	2(6,06) *		
	Auditoria	2(6,06) *		
	Mestrado	1(3,0) *		
	Doutorado	1(3,0) *		
	Cuidado Pré-natal	1(3,0) *		
	Urgência e Emergência	1(3,0) *		
	Saúde do Trabalhador	1(3,0) *		
	Álcool e outras drogas	1(3,0) *		
	Saúde Coletiva	1(3,0) *		
	Psicopedagogia	1(3,0) *		
	Preceptoria SUS	1(3,0) *		
	Nefrologia	1(3,0) *		
	Doutorado	1(3,0) *		
	Educação em Saúde	1(3,0) *		
Pós-Graduação em Família	Sim	8(24,2)		
	Não	25(75,8)		
Interage com Família	Sim	33(100)		
	Não	0(0)		
Completo curso	Sim	15(45,5)		
	Teórico	10(30,3)		
	Não fizeram curso	8(24,2)		

1.DP: Desvio-Padrão.

* A soma dos valores excede o N, pois alguns participantes apresentam mais de uma formação;

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2019.

Na análise da FNPS, em estatística descritiva da totalidade dos participantes, a escala se demonstrou um bom ponto de avaliação, com alfa de *cronbach* 0,859. Sendo 0,86 para subescala AP e 0,78 para subescala REF.

Tabela 2. Análise da média, mediana e variação das respostas da FNPS dos participantes do curso de difusão.

	Média (DP)	Mediana	Mín-Máx
Score Total	35,67(7,2)	35	22-50
Score Avaliação da Prática	16,33(4,3)	16	10-25
Score Relacionamento Enfermeiro-Família	19,33(3,97)	20	11-25
1. Meu Nível de confiança em trabalhar com famílias é	3,73(1,07)	3	2-5
2. Meu nível de satisfação com a enfermagem familiar é	3,48(1,00)	3	2-5
3. Meu nível de conhecimento sobre a Enfermagem Familiar Sistêmica é	2,55(1,12)	3	1-5
4. Minha Habilidade em trabalhar com o sistema familiar é	2,94(1,09)	3	1-5
5. Eu me sinto confortável em promover o envolvimento da família no planejamento do cuidado de enfermagem	3,64(1,11)	4	1-5
6. Eu consulto o paciente e família para planejar intervenções de enfermagem	3,79(1,24)	4	1-5
7. As famílias costumam me procurar para conversar sobre seu familiar doente	4,03(1,1)	4	2-5
8. Eu promovo a participação, a escolha e o controle do paciente/família no atendimento às necessidades de cuidado em saúde	3,76(1,09)	4	1-5
9. Meu envolvimento com as famílias é gratificante na maioria das vezes	3,91(1,01)	4	2-5
10. Eu evito a interferência de minhas próprias propensões quando coleteo, interpreto e comunico dados sobre pacientes e famílias	3,85(0,97)	4	2-5

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2019.

Em relação as pontuações médias das escalas por participantes que concluíram o curso, participantes que realizaram somente o bloco teórico e não participantes, ficaram próximas nos três grupos. Temos as médias de 36 pontos para as enfermeiras que concluíram o curso, com 33,8 de médias para as enfermeiras que cursaram o bloco teórico 35,9 para as enfermeiras que não participaram do curso.

Tabela 3. Escores da FNPS por grupos de acordo com condição de conclusão do curso.

Completo Curso	Score total		Score AP		Score REF	
	Média (DP)	Mediana (Mín.- Máx.)	Média (DP)	Mediana (Mín.- Máx.)	Média (DP)	Mediana (Mín.- Máx.)
Não	35,9 (8,5)	36 (22-46)	16,7 (4,4)	17,5 (11-22)	19,1 (5)	21,5 (11-24)
Teórico	33,8 (5,9)	34 (25-47)	15,2 (3,3)	15 (11-23)	18,6 (3,2)	19 (12-24)
Sim	36,8 (7,5)	36 (25-50)	16,9 (4,9)	16 (10-25)	19,9 (4,0)	20 (12-25)

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2019.

Em relação ao roteiro para discussão de casos, apenas uma participante o entregou. As participantes referiram que não o fizeram devido a sua extensão e não entendimento de algumas perguntas. Por ter sido respondido apenas por um participante optamos por não incluir as respostas neste estudo, visto a impossibilidade de interpretações e comparações.

4.1 Discussão de casos – dados qualitativos

No primeiro dia de discussão de casos, participaram 15 enfermeiras e no segundo dia de discussões, participaram 11 enfermeiras.

Entre as justificativas enviadas aos supervisores do curso, foi unanime a não de liberação do serviço para realizar o curso, mesmo com o oferecimento de ofício dos organizadores do curso para a participação no mesmo. O impedimento da chefia dos serviços de saúde pode configurar uma barreira para realização de cursos mais extensos ou que ocorram em dias úteis.

O conteúdo das discussões realizadas nas duas sessões de discussão de casos realizadas durante o curso de difusão submetido à análise dos textos no software IRAMUTEq resultou no dendograma apresentado na Figura 7.

Figura 7. Dendograma da Classificação Hierarquica Descendente do corpus textual sobre a reflexão das enfermeiras em relação à entrevista com a família e a frequência das classes.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

As classes obtidas geraram dois subcorpus, de um lado a classe 1 e de outro a classe 6. A classe 1 aborda as percepções dos participantes sobre os aspectos positivos da prática de interação com a família fundamentada em um modelo teórico prático. Nesta classe estão observações sobre mudanças de atitudes dos enfermeiros em relação às famílias entrevistadas e nas crenças que eles tinham sobre o atendimento das famílias.

A classe 6 está ligada a outras quatro classes 2, 3, 4 e 5, todas abordando os desafios e as possibilidades percebidas sobre aprender e praticar um modelo teórico e prático de intervenção na família

Classe 1

Figura 9. Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente do corpus textual sobre a reflexão das enfermeiras em relação à entrevista com a família e a frequência das classes com destaque à classe 1.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019

A classe 1 aparece com 20% do contexto geral do corpus de texto. Diz respeito à visão do enfermeiro sobre si e sobre as modificações percebidas em suas atitudes, crenças e práticas em relação à família no decorrer do curso. Essas mudanças foram percebidas por algumas

famílias que após a entrevista passaram a procurar mais a enfermeira. Nessa classe, as participantes referem que perceberam mudanças em sua atitude em relação à entrevista com as famílias, bem como sua visão em relação ao atendimento familiar.

Há relato que durante a entrevista a participante acreditou não ter utilizado nenhum dos ingredientes chave, mas ao escutar a gravação, conseguiu encontrar vários pontos. Então, a retomada da entrevista em relação aos ingredientes chave aparece como um ponto importante no processo de validação do aprendizado.

A modificação do jeito de olhar e intervir nas famílias, aumentou a busca por novas entrevistas com as famílias, visto que agora se sentiam preparadas a atender às necessidades.

As participantes relatam que começaram a aplicar o modelo na condução das entrevistas e indicaram mudanças nas respostas e reações das famílias. Referem ainda que tem ajudado os colegas de trabalho a obterem nova visão em relação ao trabalho com as famílias, oferecendo ajuda baseado no que aprenderam no curso.

As participantes descrevem também as barreiras em incluir este modelo no ambiente em que estão inseridas, sendo as mais citadas:

- Tempo que dispõem para falar com as famílias ainda é insuficiente;
- Forma como os serviços de saúde em que estão inseridas é organizado dificulta a aproximação com famílias;
- Necessidade de se expor e sair da zona de conforto é necessária para mudanças de atitude.

Há falas em que as participantes percebem que apesar de barreiras, é possível pensar na inclusão deste modelo em seu ambiente de trabalho, na ampliação do conhecimento aos demais profissionais e na continuidade deste modelo dentro do ambiente profissional. A replicação do conhecimento aos demais profissionais foi iniciada através do compartilhamento de experiências com os pacientes.

Classe 1

*“o **objetivo** era **compreender** melhor essa família e **acolher** e traçar metas de acompanhamento.” (P1_M)*

*“se nós **enfermeiros** não saímos da **estrutura** hospitalar dos muros do hospital nós não vamos alcançar tudo isso que precisamos para o paciente viver bem lá fora e reinternamos menos, que é um **objetivo** nosso.” (P1_M)*

*“foi tão **importante** que nós tínhamos essa entrevista para fazer e nós não ficamos só nessas fomos atrás de mais visitas fomos fazer outras visitas para ter casos novos para continuarmos trabalhando para continuarmos procurando a rede de apoio para ajudar essas famílias.” (P5_T)*

*“o que podemos agora é muito mais do que nós tínhamos antes (...) nós **enfermeiros** conseguimos ampliar esse olhar para mim isso foi muito **importante**.” (P9_T)*

*“porque eu acho **importante** nós **enfermeiros** trazermos a família para o tratamento. Todas as **experiências** que nós já tínhamos tido com essa família eram **experiências** curtas instantes nos nunca tínhamos feitos uma abordagem ampla assim.” (P1_M)*

*“o profissional estava acostumado a ir para a entrevista com a visão do considerávamos que era problema para essa família, mas a **questão** é que no momento que aplicamos as entrevistas nós vemos o problema do ponto de vista dele.” (P6_T)*

*“ontem mesmo visitamos uma família que precisava muito de ajuda e na parte da tarde eu fui tentar usar a rede de apoio para ajudar. Então agora nós **focamos** nisso também em outras famílias, tudo que foi passado aqui.” (P5_T)*

*“o que podemos agora é muito mais do que nós tínhamos antes, ela conseguiu ter esse olhar o **serviço** ter outra finalidade, nós **enfermeiros** conseguimos ampliar esse olhar, para mim isso foi muito **importante**.” (P9_T)*

*“é porque eu acho assim que a formação, pelo menos a minha formação como **enfermeiro**, eu era muito centrada assim nos sintomas nas características da doença na família.” (P2_M)*

“só que enquanto ficar tratando só dentro do hospital sintoma e a alta sem ampliar a visão, sem sair do hospital, sem sair do espaço do hospital acho que nós enfermeiros não alcançaremos o objetivo.” (P1_M)

*“porque eu acho **importante** nós trazermos a família para o tratamento (...) todas as **experiências** que nós já tínhamos tido com essa família eram **experiências** curtas, instantes, nós nunca tínhamos feitos uma abordagem ampla.” (P1_M)*

*“precisei de tempo precisei de discussão precisei fazer uma nova **escuta** e leitura daquela **entrevista** então não foi uma coisa simples de se identificar mesmo não.” (P2_M)*

Classes 2, 3, 4, 5 e 6.

Figura 10. Dendograma da Classificação Hierarquica Descendente do corpus textual sobre a reflexão das enfermeiras em relação à entrevista com a família e a frequência das classes com destaque à classe 2, 3, 4, 5 e 6.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2019.

O contexto geral dessas categorias, que juntas ocupam 80% de ocorrência, diz respeito às características do curso. Os relatos apresentam os desafios enfrentados pelo participante na utilização de cada um dos elementos da entrevista familiar e os pontos importantes de contribuição do treinamento para a prática profissional. Eles foram separados por trechos das falas de acordo com as palavras de maior ocorrência em cada classe, mas quando observado o corpus textual completo, os trechos aparecem com bastante proximidade.

Fazendo a observação das derivações das classes no dendograma, apresentaremos as classes na seguinte ordem: Classe 6; Classe 5, Classe 2, Classe 3 e Classe 4.

A **classe 6** diz respeito aos desafios e facilidades enfrentadas pelas participantes na construção e utilização dos instrumentos genograma e ecomapa.

Nessa classe, é discutida a dificuldade na construção, justificado pelo tempo de 15 minutos ser insuficiente para realizá-lo em conjunto com a família ou para coletar a quantidade de dados necessários para entender o contexto familiar e identificar as relações. Algumas participantes referiram a dificuldade de construção por conta do local de entrevista como exemplo em visitas domiciliares, em que as entrevistas aconteciam no portão da casa, ou que a estrutura do lar não oferecia suporte. Outras referem que dificuldade por conta do volume de trabalho e de pacientes que atendem.

As participantes reconhecem a importância do desenho e há relatos que após a entrevista foi possível construir o genograma e o ecomapa, sozinho ou com a ajuda dos demais colegas que participaram do treinamento. Há relatos de que entendem o desenho como um instrumento de estruturação e direcionamento de um primeiro contato com a família, o relato é de que quando o profissional tem um instrumento, ele já vai preparado sobre o que perguntar.

Um ponto que foi presente nessa classe, diz respeito à falta de familiaridade com estes instrumentos. As participantes referem que não conheciam, ou que conheciam, porém nunca haviam construído genograma e ecomapa antes.

Classe 6

*“exatamente, mas muitas vezes a pessoa não tem essa cultura de **família** conosco eu acho que sentimos um pouco **dificuldade** também você poderia ter **construído** mas o fato de que que foi nosso primeiro **contato** com essa técnica aí com **desenho**.” (P4_M)*

*“na primeira nós tentamos fazer, acho que essa **fala** inclusive é minha. Com **dificuldade** muita **dificuldade** nós nunca tínhamos tido **contato** nenhuma de nós dois, com **desenho** e com **mapa**.” (P1_M)*

*“eu pensei que pudesse tumultuar e até comprometer o **objetivo** da entrevista pois de fato nós enfermeiros não fomos com o **objetivo** de fazer o **desenho**.” (P1_M)*

“é isso aí quando você **fala mapa** e do **desenho** eu enxergo que pode facilitar muito sim a **família** identificar recursos só que não foi o nosso caso porque nós não usamos não **construímos** com a **família**.” (P3_M)

“mas foi mais fácil foi mais fácil direcionar e usar esses elementos de uma forma mais sistematizada nós não fizemos o **desenho** na casa, mas apareceu na **conversa** delas recursos da própria **família**.” (P6_T)

“eu não tive tanta **dificuldade** de fazer o **desenho** porque eu já tinha tido **contato** com esses dois **instrumentos** antes.” (P2_M)

“eu como não conhecia a família, eu fui com o **objetivo** de **construir** o **desenho** que era o **instrumento** que eu tinha ali na hora então eu acho que o **objetivo** da entrevista para nós foi diferente e que então influenciou na maneira como foi conduzido”. (P2_M)

“infelizmente não fizemos porque a paciente estava muito ansiosa as crianças querendo ir para escola que era atendimento domiciliar até o ambiente com cheiro muito forte de fezes de cachorro pela casa cachorro pulava na gente então não encontrou espaço na entrevista para fazer o **desenho**.” (P6_T)

“outra coisa que dificultou a construção é que eu nunca tinha usado o **instrumento** nunca tinha feito e na hora não sabia como fazer então perguntaram se no **desenho** entrava membros da **família** que não moram junto na mesma casa.” (P6_T)

“eu acho que fazer o **desenho** enriquece pois podemos ver o que podemos fazer funcionar dessas pessoas, mas fazer o **desenho** não é simples pois a pessoa omite eu não consegui fazer o **mapa**.” (P7_T)

“não deu para fazer o **desenho** de fato na casa na casa eu rascunhei e precisei elaborar lá, ela tinha **dificuldade** de me **falar** quantas pessoas, ela é muito esquiva.” (P7_T)

“a partir do momento que usamos o **instrumento desenho** e **mapa** na primeira entrevista nós enfermeiros já conseguimos resultado.” (P9_T)

“com a experiência que nós enfermeiros tivemos até agora eu estou vendo assim uma grande contribuição do **mapa** e **desenho** para condução e **entendimento** dessa **família** mas eu acho que nós aplicamos um pouco.” (P1_M)

“acho que **objetivo** é esse agora nós enfermeiros fazemos isso com todas as **famílias** que nós acompanhamos de um outro jeito fazer **desenho** de todos só precisamos ter pernas para isso porque essa foi uma outra **dificuldade** mas eu acho que isso é normal.” (P3_M)

“é isso aí quando você **fala mapa** e do **desenho** eu enxergo que pode facilitar muito sim a **família** identificar recursos, só que não foi o nosso caso porque nós não usamos

não **construímos** com a **família**.” (P3_M)

“e a partir desse conhecimento que nós adquirimos e dessa disposição dessa disponibilidade sob a qual nós conduzimos a **conversa**, de disponibilidade de escuta de **entendimento** e de acolhimento, nós tivemos uma outra compreensão de quais são os **problemas** dessa **família**.” (P1_M)

“e aí eu percebi que às vezes o **problema** não é nem o que nós trazemos e não é na verdade nem o que a **família fala** nós vamos encontrar lá no meio da **conversa** o real **problema**.” (P3_M)

“mas foi mais fácil direcionar e usar esses elementos de uma forma mais sistematizada nós não fizemos o **desenho** na casa mas apareceu na **conversa** delas recursos da própria **família** apareceu a mãe.” (P6_T)

“eu acho que é isso mesmo eu **falei** da outra vez acho que é a mesma coisa nós íamos para uma entrevista já com **objetivo** pré-determinado e com **problema** identificado sobre a nossa ótica.” (P1_M)

“as **famílias** dos demais pacientes que estão sempre conosco, havendo também essa oportunidade nós podemos **construir** esse **desenho**.” (P4_M)

“acho que **objetivo** é esse agora nós enfermeiros fazemos isso com todas as **famílias** que nós acompanhamos de um outro jeito fazer **desenho** de todos só precisamos ter pernas para isso porque essa foi uma outra **dificuldade** mas eu acho que isso é normal.” (P1_M)

“nós temos a impressão que assistência tem que ser piada só que nós estamos tendo uma estrutura hospitalar se nós fossemos um serviço de assistência comunitária está seria muito mais fácil então é uma outra **dificuldade** que nós enfermeiros encontramos.” (P1_M)

A próxima variação do dendograma é a **classe 5**. Nessa classe, as falas apresentam a dificuldade em se manter dentro do tempo proposto de quinze minutos de entrevista.

As participantes referiram dificuldade em conduzir uma entrevista com profundidade com a família, buscando compreender as relações os problemas que enfrenta. Elas referem que a depender do caso e das necessidades da família, 15 minutos são insuficientes. Em alguns relatos, as famílias apresentavam a necessidade de falar, ou apresentavam muitos problemas, que impossibilitaram a condução de uma entrevista breve.

Mesmo após a discussão dos casos para direcionamento de ações com as famílias, na segunda entrevista, elas relataram não ter conseguido permanecer com o tempo de 15 minutos

Relatam que em 15 minutos não possibilita a criação de vínculos, mas que neste tempo é possível fazer um bom acolhimento do paciente.

A barreira tempo é um ponto de reflexão a ser superado, em relação a quantidade de pacientes e à organização dos serviços em que estão inseridas. Mas que mesmo não tenham conseguido ficar dentro do tempo, o objetivo de entender melhor a família foi alcançado.

Classe 5

“é muito **difícil** muito mais que **quinze minutos** não dá para fazer uma boa **abordagem** um bom acolhimento em **quinze minutos** não porque nós enfermeiros temos que dar o tempo de tem que fazer escuta.” (P1_M)

*“eu também concordo com isso é **difícil** fazer uma **entrevista** de **quinze minutos** inclusive na **segunda entrevista** a mesma dificuldade.” (P5_T)*

*“então **quinze minutos** é bem dizer o início de uma **entrevista** para mim foi assim para mim e nós assumimos a **situação** de fazer **entrevista** mais terapêutica que foi nosso intuito, então **quinze minutos** é realmente muito pouco.” (P5_T)*

*“para mim a **entrevista** de **quinze minutos** sempre vai ser pouco ainda quanto mais você cria **vínculo** com a família mais coisas ela vai te trazer mais ela vai te conhecer mais ela vai ter essa liberdade com você.” (P5_T)*

*“seria **quinze minutos** para fazer a síntese do que foi discutido na outra entrevista” (P2_M)*

*“mas é uma paciente que vamos ter que olhar de longa data de perto e ela tem muita necessidade de **falar** e de contar de trazer os **problemas sociais** e pessoais da **família** e então foi muito difícil fazer em quinze minutos.” (P7_T)*

*“não só na parte de saúde mas sim **social** e financeira mais coisas você pode ajudar nessa **família quinze minutos** para mim sempre vai ser pouco.” (P5_T)*

*“eu senti também assim como eu não tinha tido nenhum **contato** com o paciente ou com a **família** foi o primeiro **contato** eu achei assim que **quinze minutos** é só para quebrar o gelo.” (P2_M)*

*“eu acho que essa **conversa** embora não tenha sido em **quinze minutos** foi mais eu acho que proporcionou tudo isso para **família**.” (P4_M)*

*“mas é uma paciente que vamos ter que olhar de longa data de perto e ela tem muita necessidade de **falar** e de contar de trazer os **problemas sociais** e pessoais da **família** e então foi muito difícil fazer em **quinze minutos**.” (P7_T)*

*“ela tem um limiar de frustração baixo eu acho que ela tem algum traço de alguma coisa ali que não está identificado e hoje estamos numa **situação** que nenhuma **abordagem** com ela você consegue **ouvir** e ser ouvido em menos de **quinze minutos**.” (P7_T)*

*“porque quando deu **quinze minutos** nós não havíamos falado nada e então você percebe que a pessoa tem muita necessidade de falar e nós estamos mesmo mais para **ouvir** e essa necessidade de falar dela **pontuar** toda que ela vem apresentando.” (P5_T)*

*“mas acredito que não daria para fazer a **entrevista**, porque é isso que eu estou dizendo, mesmo que seja um **segundo** contato com a família, esses **quinze minutos** ficariam para as boas maneiras.” (P2_M)*

*“também acho que se eu colocasse mais o **foco** em tentar **ouvi** lá nos **quinze minutos** talvez conseguíssemos cada vez mais pegar informações mais importantes num menor espaço de tempo.” (P7_T)*

*“acho que cortar a conversa estreita o **vínculo** mas na próxima eu vou tentar me policiar para fazer em **quinze minutos** é uma dificuldade que eu tive.” (P12_T)*

*“uma das preocupações era adequar o tempo tinha o **foco** de adequar o tempo da **entrevista** e fazer o máximo **quinze minutos** possível a primeira nós fizemos em vinte e seis **minutos** e a **segunda** vinte e dois **minutos**”. (P6_T)*

*“os dois momentos foram **difíceis** o primeiro foi ainda mais o **segundo** também, **quinze minutos** é muito pouco.” (P5_T)*

*“a minha dificuldade foi os **quinze minutos** as minhas **entrevistas** tiveram meia hora e eu não consegui colocar lá o tempo, mas acho que tinha muita coisa para ser colocada e como era a primeira **entrevista**.” (P12_T)*

*“quando nós falamos sobre a **entrevista** e **pontuou** todas as dificuldades e tudo aquilo que tinha sido **realizado** na **segunda** foi muito mais fácil fazer isso de uma forma mais sistematizada nós não*

conseguimos fazer em **quinze minutos**.” (P6_T)

“mas em vinte e dois **minutos** nós fizemos lógico que assim é o que falamos do tempo por mais que esse tempo vai ser escasso se formos parar para pensar em **quinze minutos** não é um tempo efetivo.” (P6_T)

“como as meninas fizeram como você disse realmente **quinze minutos** não dá mas quando é alguma coisa mais breve aí flui muito bem os **quinze minutos**.” (P9_T)

“é muito **difícil** muito mais que **quinze minutos** não dá para fazer uma boa **abordagem** um bom acolhimento em **quinze minutos** não, porque nós temos que fazer a escuta.” (P1_M)

“quando nós falamos sobre a **entrevista** e **pontuou** todas as dificuldades e tudo aquilo que tinha sido **realizado** na **segunda** foi muito mais fácil fazer isso de uma forma mais sistematizada nós não conseguimos fazer em **quinze minutos**.” (P6_T)

“eu fiz uma **entrevista** ela durou bem mais que **quinze minutos** eu achei que foi que ajudou no sentido da **entrevista** de ter um olhar mais empático para o problema da família.” (P7_T)

“para mim a **entrevista** de **quinze minutos** sempre vai ser pouco ainda quanto mais você cria **vínculo** com a família mais coisas ela vai te trazer mais ela vai te conhecer mais ela vai ter essa liberdade com você”. (P5_T)

Seguindo as derivações, temos a **classe 2** que diz respeito aos desafios e facilidades na utilização das perguntas-chave e a sensibilização da equipe para o uso.

Nessa classe observamos os relatos em que a mudança nas perguntas faz com que o enfermeiro mude as respostas dos pacientes e os leve à reflexão. O que antes eram orientações gerais, após o treinamento, se transformou em uma entrevista sistematizada. Segundo relato de uma participante, na família que ela achava “problemática”, na verdade existia uma dificuldade em entender e conviver com o problema devido à falta de conhecimento, que pode ser sanado a partir da entrevista.

Foi discutido que a pergunta de qual é o desafio da família abre a porta para a condução da entrevista.

As participantes relatam ainda que a partir das respostas obtidas pelas perguntas chave, elas começaram a ter um olhar mais empático em relação à família. Segundo elas, as questões deram voz à família, visto que nos modelos atuais de atenção é pouco ouvida.

Outro ponto em relação a dar voz à família surge num relato de que as perguntas chave propiciam a inclusão dos demais familiares da conversa, ajudando a dar oportunidade de fala a todos que participaram da entrevista, mesmo em momentos em que um só comandava.

Os relatos apontam ainda que o desafio agora é na sensibilização da equipe. O uso delas e os resultados alcançados com as famílias que deverão guiar a disseminação desse novo modo de inclusão e entrevista.

Classe 2 Desafios e facilidades na utilização das perguntas-chave e a sensibilização da equipe para o uso.

*“da **pergunta** isso nós enfermeiros estávamos discutindo ontem eu e a colega, quando nós respondemos o **roteiro** que uma das dificuldades é a interpretação do membro da família acerca daquela **pergunta** e o foco na resposta porque eles desviam muito.” (P1_M)*

*“no meu **caso** como eu não **conhecia** a família lembro que eu **ouvi** o áudio e fiz uma **pergunta** qual o desafio, a principal dificuldade de vocês, aí a conversa fluiu.” (P2_M)*

*“então você **pergunta** para essa família você não vem com a resposta você faz esse questionamento mesmo eu não **conhecendo** eu fiz a **pergunta** e aí onde vocês acham que está o problema, o que é uma dificuldade.” (P2_M)*

*“e aí isso proporciona a **técnica** forma de abordar o **acolhimento** e essa teoria que nós tivemos de **perguntar o** que proporcionou a gente a chegar lá onde chegamos.” (P3_M)*

*“o que **conseguimos** fazer naquele momento foi **tentar** dar a voz também para os outros familiares, eu estou direcionando a **pergunta** para o outro.” (P3_M)*

“agora um desafio que nós enfermeiros temos é que nós nunca conduzimos uma entrevista sozinhos e nem sempre eu vou estar com as colegas que também tão imbuídas desses conceitos e dispostas a fazer um trabalho diferente com o uso das perguntas.” (P1_M)

*“então esse é o **desafio** porque não adianta só eu estar disposta a fazer dessa forma eu acho que se nós enfermeiros **conseguirmos** multiplicar um pouco o que estamos **aprendendo** e ir sensibilizando as pessoas para trabalhar de outro jeito.” (P1_M)*

*“eu vejo muitas intervenções inadequadas assim quem sou eu mas do que eu **conheço** acho que podia ser **diferente** e aí eu fico pensando então o **desafio** agora é **tentar** disseminar isso que nós estamos **aprendendo**.” (P1_M)*

*“eu faço **acolhimento** e as coisas que aparecem são queixas mesmo e eu vou explorando a partir desse **roteiro** os pontos eu **consegui** pegá-la, fui explorando um caminho pelas questões e **consegui** entrar” (P9_T)*

*“eu acho que durante eu não **consegui enxergar** assim no calor do momento depois parando para analisar e parando para refletir e aqui discutindo com vocês foi que eu acho que **consegui** organizar o*

meu raciocínio.” (P3_M)

*“e a aplicação da **técnica** seguir o **roteiro** e se fundamentar, assim naquela coisa inicial, fez nós **enxergarmos** que tiramos uma informação que nunca imaginamos que **conseguiríamos** tirar.”*
(P3_M)

A **classe 3** diz respeito à utilização dos cinco elementos da entrevista e discussão de casos, como facilitadores nas entrevistas com as famílias.

Em relação ao uso dos cinco elementos, as dificuldades apresentadas na construção do genograma e o ecomapa, foram diminuídas na segunda entrevista, porém apenas uma referiu ter conseguido construir junto com a família. Segundo as participantes, se fosse possível ter mais discussões de casos, mais fácil seria construí-los com a família. Com a continuidade das discussões, elas referem que além do uso dos os cinco elementos, seria possível reduzir o tempo da entrevista, com vistas a sistematização do pensamento.

Algumas participantes referiram dificuldades na utilização das perguntas chaves, principalmente em relação ao tempo. As questões geraram aprofundamento dos problemas familiares, melhorando o entendimento sobre o sofrimento da família, por outro lado, aumentando o tempo de entrevista. Outro ponto em relação ao uso das perguntas chave, foi em que momento da entrevista utilizá-las, ou como utilizar todas dentro de um encontro.

Como ponto de ajuda para condução e sistematização da entrevista, surgiu a discussão dos casos. As participantes referem que na segunda entrevista, após a discussão, conseguiram organizar o raciocínio, com vistas ao uso dos cinco elementos da entrevista de 15 minutos. Elas referiram que após a entrevista, ao retomarem seu desempenho com a ajuda da docente, foi possível pontuar em que momento utilizaram cada um dos cinco elementos.

Em relação ainda à discussão dos casos, pontuaram que na entrevista pós discussão foi possível ampliar a visão sobre o caso, indicando que mesmo que haja um consistente curso teórico, há importância de se incluir a prática e a supervisão/discussão continuada dessa prática. Essas falas nos indicam que a inclusão de discussão em treinamento é um fator importante para a garantia de continuidade da prática e da qualificação do conhecimento.

Uma das participantes refere ter conseguido pensar na circularidade em relação à problemática da família. Esse pensamento se deu após a discussão de casos, na realização da segunda entrevista.

Classe 3

*“porque assim para nós deu um direcionamento porque nós conseguimos sistematizar como usar os cinco **elementos** que tínhamos falado a partir do **segundo encontro**, porque por mais que a aula dê essa base para nós.” (P6_T)*

*“a **discussão** ajudou bastante na **segunda entrevista** porque quando tivemos o **segundo encontro** que nós discutimos essa questão dos **elementos**.” (P6_T)*

*“ficou mais **fácil** pontuar onde havíamos usado os **elementos** na **entrevista** que realizamos e ficou mais **fácil** ter um direcionamento na **segunda entrevista** de usá-los de uma **forma** mais categorizada de um modo de fazer a **entrevista**.” (P6_T)*

*“por mais que a gente saiba que nosso fator principal é o humano e não dá para operacionalizar do mesmo jeito, mas eu acho que ficou muito claro em cada **momento**, cada **elemento** que nós utilizamos para intervir nessa **entrevista**.” (P6_T)*

*“em **relação** a utilização do instrumento e construção eu não tive tanta **dificuldade**.”(P2_M)*

*“a impressão que eu tenho é que por mais que nós tivemos **dificuldade** com **relação** ao controle do tempo se tivesse mais **encontros**, a cada **entrevista** isso ficaria mais claro para nós e mais **fácil** de fazer de uma **forma** mais esquematizada.”(P6_T)*

*“o desenho foi muito importante na **segunda**. No primeiro dia eu fiquei meio perdida, mas foi legal no final porque eu mostrei para família o desenho da família (...) e o elogiar alivia o sofrimento da família.” (P12_T)*

*“a **segunda entrevista** foi **melhor** que a primeira **entrevista**.”(P5_T)*

*“e aí você já vai pensando em ficar vigilante em **relação** a alguns assuntos para não reproduzir (...) às vezes a gente se perde então eu acho que na realidade é uma **dificuldade** em retomar o teu propósito em todo **momento**.”(P7_T)*

*“eu tive **dificuldade** para ser honesta para todo **momento** usar todas as questões.” (P7_T)*

*“nós precisaríamos ter mais **entrevistas** mais reflexão outras conversas, porque eu fico com uma pena eu não sei o que vem daqui para frente de parar aqui porque com certeza nós vamos continuar e não vai ter esse espaço de **discussão**.”(P1_M)*

*“que me levou a achar a circularidade aqui no **momento da discussão** ou até mesmo depois da **entrevista** eu já comecei a fazer o raciocínio assim dessa circularidade e o que levou à problemática.”(P3_M)*

*“estou fazendo essa circularidade só tomei a propriedade do que é uma circularidade depois quando que eu fui **ouvir** para preencher o **roteiro de discussão** de **caso** e aqui na **discussão** o que nós havíamos conversado.” (P2_M)*

*“foi bem importante para direcionar mesmo a **entrevista** porque às vezes nós nos perdemos, mas com as questões, dessa **forma** nós ficamos abertos a criar um vínculo, é um norte porque não dá para prever certinho o que vamos falar.”(P12_T)*

*“até daria se fosse pensar só nas perguntas bate e volta mas pensando no tempo da família e do retorno e da escuta não dá, até aprofundar também às vezes eles tem até **dificuldade** de entendimento.”(P1_M)*

A **classe 4** corrobora a discussão da classe anterior trazendo a importância da fundamentação teórica para a condução das entrevistas.

As participantes referem que a densidade de conceitos e riqueza de informações contidas no bloco teórico foram de grande valia na construção do novo conhecimento em relação às intervenções na família.

Segundo relatam, o roteiro oferecido às participantes, bem como as aulas ministradas pela docente especialista em enfermagem familiar sistêmica foram de grande importância na fundamentação das entrevistas e como direcionamento para a conversa com as famílias.

Há relato em que a participante já conhecia a família que acompanhava em seu serviço de saúde há tempos, porém, após assistir às aulas referiu que foi para a entrevista com o olhar de quem mesmo conhecendo a família, não sabia como responder nenhuma das questões do roteiro. A desconstrução do olhar que tinham anteriormente em relação à problemática das famílias foi um ponto levantado por mais de uma participante em relação ao uso das perguntas chave.

Houve participantes que indicaram que gostariam que a carga horária teórica poderia ser maior, para melhor familiarização com o tema, visto que era novo para elas.

Classe 4

“quando viemos para a **aula teórica** discutimos a maneira de abordagem, a maneira de estar **chegando** nas pessoas, mas esse **curso** foi pontuando onde você pode **chegar**.” (P9_T)

“não é só o **conhecimento teórico** não claro que **ajudou** teve o embasamento teórico.” (P1_M)

“me deixou mais segura com mais fundamentação **teórica** para eu ir lá na prática e ter uma **entrevista** mais objetiva, então eu concordo que fui com um olhar **diferente**, mais técnico mais estruturado.” (P2_M)

“eu acho que foi bem **rico** mesmo essa primeira **aula**, mas eu acho que poderia ter mais um pouco do bloco **teórico** para que fossemos se familiarizando mais com a temática.” (P11_T)

“inclusive até coloquei ali para mim poderia ter tido mais **aulas teóricas** assim como foi a primeira **aula** que a professora trouxe que foi muito **rico**.” (P5_T)

“é eu acho que o que **ajudou** bastante também foi a primeira parte do **curso** que foi a parte **teórica** então aquilo lá aquela primeira parte eu acho que fundamentou para mim.” (P2_M)

“eu estava falando com ela ontem que eu acho que esse roteiro e a **aula teórica** inicial que nós tivemos fez com que nós fossemos para essa **entrevista** como se não **soubéssemos** nada dessa família.” (P4_M)

“e aí quando nós tivemos a parte **teórica** e tem essas outras informações e vai para **entrevista** então desconstrói um pouco essa questão do diagnostico apesar de eu **sentir** que eu **cheguei** na **entrevista** ainda querendo **saber** qual era o diagnóstico do rapaz.” (P2_M)

“**ajudou** principalmente nas questões das perguntas **terapêuticas**, mas não só o roteiro mas aquela primeira **aula** que a professora deu foi extremamente **rica** para compreender esse roteiro e aplicar ele.” (P6_T)

“ela vai confiar em você então quanto mais vezes você for mais vínculo tiver com essa família mais tempo eu vou usar porque ela vai te trazer sempre mais coisas novas e você vai **ajudar** ela a resolver.” (P5_T)

“tem um resultado que foi bem interessante e acho que nos ajudou a fazer mais de uma forma melhor saber valorizar a pessoa a quem você está entrevistando valorizar o que ela traz nunca o julgamento e sim saber ouvir e saber valorizar mesmo o que ela está trazendo.” (5_T)

“os nortes que temos aqui **ajudam** muito para que mantenhamos a **entrevista** nos eixos para não se perder porque é muita informação.” (P12_T)

“então eu acho que isso nos **ajudou** a ter realmente o olhar **diferente** dessa família e estar dispostas realmente a **escutar** como se fosse a primeira vez que entrevistamos eles.” (P4_M)

“quando viemos para a **aula teórica** discutimos a maneira de abordagem, a maneira de estar **chegando** nas pessoas.” (P9_T)

“então nós não fomos com aquele **conhecimento** que nós já tínhamos, é claro que de uma maneira figurada nós deixamos aquilo para traz e fomos com o intuito de aplicar tudo que aprendemos de

novo.” (P4_M)

“mas eu **percebi** de novo **ouvindo** a **entrevista** eu não fiquei tão presa eu consegui fazer outras **perguntar** e **procurar** outras coisas ali naquela **entrevista** que não ficasse assim sintoma sim acho que foi uma desconstrução desse modelo antigo.” (P2_M)

“mas quando eu **ouvi** de novo eu acho que em algum momento teve alguma coisa nesse sentido **sabe**, senti, não como nós conseguimos concluir aqui na nossa discussão, mas aí eu consegui **perceber** que mesmo durante a **entrevista** eu acabei fazendo um movimento nesse sentido mesmo que inconsciente.” (P2_M)

“tem que **ouvir** lembrar, mas de certa forma na hora que você vai fazendo a **entrevista** você **sabe** o que está fazendo.” (P12_T)

5. DISCUSSÃO

Esse estudo explorou a experiência de enfermeiros na implementação da entrevista de 15 minutos em sua prática profissional a partir de um treinamento realizado por meio de um curso de difusão sobre enfermagem familiar sistêmica.

A proposta deste curso foi a de utilizar os passos do ciclo de conhecimento para ação, proposto por Graham et al (2006) em busca de um modelo de treinamento que vise a transferência do conhecimento científico em enfermagem familiar para a boa prática profissional do enfermeiro.

A literatura é crescente em relação a preparar a equipe para incluir a família no cuidado ao paciente, e estudos têm-se utilizado de métodos misto para explorar a transferência do conhecimento. (NAEF et al., 2019; BOECKEMA, et al. 2018. SVAVARSDOTTIR, et al., 2015; WONG et al., 2014)

Em relação aos dados quantitativos, a não aplicação da escala em pré e pós teste, impossibilitou verificar mudanças em relação à prática de inclusão das famílias no cuidado. Em nossa análise dos dados de acordo com a conclusão ou não do curso, nos propiciou verificar que os valores médios de respostas dos indivíduos foram muito próximos, não fornecendo resultados claros para interpretação.

NAEF et al (2017), em seu estudo, examinou o impacto das atividades de implementação de cuidados com sistemas familiares nas atitudes e habilidades de enfermeiros e médicos neonatais no trabalho com famílias, com uso de escala e grupos focais para avaliação. Os autores relatam que nos testes pré-intervenção, os enfermeiros obtiveram escores elevados de prática e inclusão da família em seu dia a dia de trabalho, não obtendo evolução nos pós-intervenção. Segundo a autora, os enfermeiros têm a percepção que já incluem a família no cuidado de forma qualificada, e foram nos dados qualitativos que apareceram as dúvidas, e as falas de que os participantes evoluíram no conhecimento em relação à essa demanda. Assim como ocorreu em nosso estudo.

Estudo realizado por SVAVARSDOTTIR et al (2018), que buscou avaliar o nível de educação em enfermagem, após um programa de educação em enfermagem familiar sistêmica, utilizou a escala FNPS, também em corte transversal. As autoras identificaram que o único ponto de diferenciação dos escores foi relacionado ao nível educacional. Enfermeiros com pós-graduação possuíam melhores escores em relação aos enfermeiros somente com graduação e estes escores eram elevados em relação à prática do enfermeiro. Este é um ponto que deve ser

observado nas próximas análises do presente estudo, visto que não obtivemos dados claros relevantes em relação a aplicação da escala.

Estudos que tiveram como objetivo a avaliação de treinamentos ou modelos educacionais com enfoque em enfermagem familiar apontam que, os dados quantitativos ofereceram pouca informação em relação à mudança na prática e mudanças de atitude dos enfermeiros (NAEF et al, 2019; LUTTIK et al, 2017). Mesmo em metodologias que utilizam a coleta de dados quantitativos em pré e pós-teste, os autores indicam que as mudanças são reveladas quando os dados qualitativos são analisados em conjunto.

Em nosso estudo, ficou evidenciado que os dados qualitativos ofereceram os dados mais robustos em relação ao impacto do treinamento dos enfermeiros para a inclusão das famílias em seu cotidiano de trabalho.

Mesmo com escores médios nas escalas, os participantes referiram nos grupos de discussão que ainda sentiam a necessidade de mais momentos de estudo, prática e discussões para realizar, de fato, uma boa prática de enfermagem familiar. Eles relataram a percepção de mudanças em si, na prática de incluir as famílias e a possibilidade de continuar a prática, mas que ainda apresentavam inseguranças. Segundo DUHAMEL et al. (2018), em treinamentos para a prática de enfermagem familiar, a medida em que os enfermeiros começam a crer na inclusão da família e verificar as mudanças alcançadas com sua prática, eles começam a acreditar em suas habilidades adquiridas. A autora descreve ainda que, com o aumento da confiança, os enfermeiros começam a sugerir novas formas e estratégias de incluir as famílias em seus serviços, servindo de promotores da boa prática.

A autora coloca ainda que, mesmo que haja um padrão de aplicação de entrevista, as diversas respostas e contextos das famílias podem abalar a confiança do enfermeiro em propor intervenções, mas que com a prática e o tempo a confiança tende a aumentar. DUHAMEL et al (2018)

Em relação às dificuldades nas entrevistas, os instrumentos genograma e ecomapa apareceram como um ponto de insegurança nos participantes. Participantes referiram que não conseguiram incluir em seu cotidiano a realização dos desenhos, especialmente durante a entrevista.

DUHAMEL et al. (2018), em seu estudo, encontrou os mesmos problemas na utilização de genograma e ecomapa pelos participantes, que atribuíram a não realização na

questão do tempo despendido para tal, e pela falta de conhecimento. Segundo a autora, a barreira “tempo” começa a ser quebrada conforme a confiança em entrevistar a família aumenta. Em nosso estudo, alguns enfermeiros que não haviam realizado os desenhos na primeira entrevista com a família, conseguiram fazê-lo na segunda.

O genograma e o ecomapa são instrumentos que, segundo MAKCAY (2015), devem ser amplamente utilizados, pois ajudam na melhoria da aliança terapêutica e confiança, a desenvolver o relacionamento cliente-terapeuta e contextualizar a experiência vivida pelo cliente no sistema familiar. NASCIMENTO et al, (2014) corrobora esse pensamento, referindo que o genograma e o ecomapa são instrumentos úteis para pesquisar as estruturas internas e externas das famílias e sua aplicação é relativamente simples.

Em nosso estudo, os participantes indicaram dificuldade, referindo que a falta de familiaridade fez com que a construção dos desenhos junto com a família fosse impossibilitada. Mas que após a entrevista, conseguiram começar a esboçar os desenhos. Os participantes referiram ainda que, o tempo despendido para a construção destes desenhos é outro fator dificultador.

Ao estudar o comportamento violento intergerações ALEXANDRE et al (2018) destacam que a construção do genograma e ecomapa possibilitaram reflexões experienciais dos enfermeiros assistenciais, participantes do estudo. Apresentam que embora os participantes referissem dificuldade e falta de conhecimento para construir os desenhos, os resultados geraram importantes dados qualitativos e efeitos terapêuticos transformadores sobre os as famílias que participaram da entrevista familiar

As autoras afirmam ainda que a capacidade dos genogramas de gerar informações foi uma característica proeminente do estudo. Usado em conjunto com entrevistas estruturadas, o genograma produziu uma riqueza de dados que não poderiam ser obtidos somente com a entrevista. ALEXANDRE et al (2018)

Assim como em nosso estudo, em que mesmo referindo uma dificuldade inicial em construir o genograma e o ecomapa, o conjunto destes desenhos com a entrevista familiar possibilitou um olhar diferente aos problemas enfrentados pelas famílias.

Revisão conduzida no Brasil, com objetivo de identificar e analisar como a enfermagem brasileira utiliza o genograma e o ecomapa, encontrou o uso como ferramenta importante para coleta de dados qualitativos em pesquisas, oferecendo bons resultados nesta

área. Porém, seu uso na prática clínica, como forma de promover aproximação entre profissional e paciente e como recurso terapêutico tem sido pouco explorado. NASCIMENTO et al, (2014) Este achado reforça a importância de intensificarmos os treinamentos para o uso destes instrumentos na prática clínica, visto sua capacidade em gerar informações.

O treinamento para uso dos instrumentos genograma e ecomapa, bem como dos demais elementos da entrevista de 15 minutos, devem ser estimulados pois segundo GOURDREAU et al (2006), eles propiciam para o enfermeiro um aumento na capacidade de incluir a família em qualquer contexto ou unidade de assistência em que estiverem.

As conversas terapêuticas e perguntas reflexivas ajudam, mas precisam ser adaptados às necessidades individuais. DUHAMEL, DUPUIS e WRIGHT (2009) apontaram em seu estudo que uma questão reflexiva feita aos membros da família já promovem uma rica oportunidade de identificar quem mais sofre ou mais é afetado pelo adoecimento.

Em nosso estudo, o uso das perguntas reflexivas apareceu como um ponto importante de coleta de dados e descobertas em relação às famílias. As perguntas terapêuticas foram mais utilizadas do que os instrumentos de genograma e ecomapa para obtenção de dados. Este fato pode ter ocorrido devido à não necessidade de conhecimentos amplos para realizar as perguntas, e também por serem um bom meio para iniciar a conversa. Porque a enfermagem é uma profissão que necessita de habilidades de comunicação, portanto o enfermeiro aprende em sua formação princípios da conversa terapêutica.

Em nosso estudo os enfermeiros realizaram as entrevistas em diversos contextos como em visita domiciliar, em hospital psiquiátrico, em unidades básicas de saúde, e relataram dificuldades em relação a cada local, mesmo que tenha ocorrido no contexto da psiquiatria e saúde mental. DUHAMEL et al. (2018) descreve que quando a entrevista com a família começa a fazer parte da rotina do enfermeiro, ele tende a realizá-la de forma ampla, visto que ela pode ser aplicada em diversos contextos, propiciando que o enfermeiro tenha a visão sobre as famílias em qualquer contexto em que esteja inserido.

Estudo conduzido em Taiwan encontrou que os enfermeiros de ambulatórios ou centros comunitários de reabilitação psiquiátrica tinham percepções mais positivas da enfermagem familiar do que aqueles que trabalham em unidades de internação psiquiátrica aguda e unidades de reabilitação psiquiátrica. (HSIAO; TSAI, 2015)

Esse resultado é semelhante aos achados de SVEINBJARNARDOTTI et al. (2011), que encontraram que enfermeiros de saúde mental que atua com crianças e adolescentes em casos tem atitudes mais positivas com famílias em relação aos que trabalham em setores agudos de psiquiatria. A autora refere que os casos mais graves em psiquiatria demandam mais atenção ao paciente, fazendo com que os profissionais se envolvam menos com as famílias.

Em nosso estudo, enfermeiros que trabalhavam em hospital psiquiátrico com pacientes agudos, apresentaram relatos de mudanças importantes em sua visão em relação ao paciente e aos problemas enfrentados pela família, de forma superior aos trabalhadores da rede básica e atenção primária. Eles referiram que mesmo com barreiras institucionais para aplicação da entrevista, elas foram conduzidas e discutidas, propiciando resolução de problemas antigos enfrentados pelo hospital em relação ao trabalho com famílias. Essas barreiras relatadas foram a falta de tempo, falta de estrutura física e, principalmente, barreiras em relação aos gestores que acreditam não ser o papel do enfermeiro falar com as famílias.

Ainda, em relação às barreiras institucionais para o treinamento e para às práticas de inclusão das famílias nos treinamentos enfermeiros que participaram somente do bloco teórico, referiram dificuldades em participar dos momentos de discussão, e as falas eram de que “não foram dispensadas do trabalho pela gestão para realização do curso” ou que “por conta de falta de profissionais, o gestor da unidade não dispensou a participante”

DUHAMEL et al. (2018) refere que além de pensar na possibilidade de realização de treinamento em enfermagem familiar, deve ser realizada a sensibilização da gerência dos serviços, visando orientar sobre os aspectos positivos em incluir a família no tratamento.

A autora ainda coloca que a influência das crenças das gerências das diversas unidades é um importante ponto a ser trabalhado buscando a implementação da entrevista familiar no contexto dos serviços. Portanto, podemos inferir que quanto maior o número de pessoas treinadas para a utilização do modelo, maiores as chances de sua implementação e sensibilização das equipes e consequentemente das gerências. Dessa forma o enfermeiro agirá como importante no papel de mudança de paradigma e começará a exercer seu papel de liderança. (DUHAMEL et al. 2018)

WONG (2014) refere que há profissionais que ainda tem a visão negativa da família em relação ao tratamento. Enfermeiros entrevistados com a finalidade de compreender as barreiras para a prática da enfermagem familiar em saúde mental referiram, em suas unidades, a maioria dos profissionais entendiam a família como desmotivadas, resistentes ao tratamento

da família e não cooperativas. O serviço estudado contava com hierarquia médica importante em relação à terapêutica, mas que é passível de modificações de visão, conforme o enfermeiro começar a mostrar seu papel de provedor de mudanças.

DUHAMEL (2017) refere que implementar a prática da enfermagem familiar na prática clínica é um esforço organizacional que busca ter uma equipe bem unida, fortalecida, comprometida e alinhada no trabalho com as famílias. Só assim será possível a mudança de fato. Fica evidente que além de criar um modelo de treinamento, é preciso garantir que o conhecimento chegará de fato a quem o recebe e que toda a equipe do serviço esteja alinhada com as ações.

Um dos apontamentos feitos por TITLER (2004) sobre como garantir a transferência do conhecimento na ciência é sustentar as ações implantadas na intervenção. Os desafios referentes a avaliação de sustentação das ações são verificadas na aderência da prática baseada em evidências, ter certo em que momento acaba a implantação e começa o uso do conhecimento, a devolutiva dos pacientes e as mudanças na organização dos serviços visando a inclusão do conhecimento.

As discussões de casos apareceram como importantes para consolidação do conhecimento teórico. A interação dos participantes com o docente em relação a um caso vivenciado o ajuda a validar as ações tomadas e expandir a visão em relação às intervenções. O processo de aprendizado interativo que conta com aprendizado, aplicação à prática e discussão dos casos reforçam a validade do modelo de treinamento proposto neste estudo. Reforçam ainda a necessidade de que cada serviço tenha um mentor para discussão dos casos e direcionamentos. (DUHAMEL, 2017)

6. CONCLUSÕES

O objetivo do presente estudo foi explorar a experiência de enfermeiros na implementação da entrevista de 15 minutos em sua prática profissional, após participação em curso teórico prático para entrevista familiar aos moldes da enfermagem familiar sistêmica, utilizando como referencial a entrevista de 15 minutos.

O estudo ofereceu contribuições importantes em relação ao modelo de treinamento proposto, carga horária teórica e prática, modelos de discussão de casos e instrumentos utilizados. Os profissionais relataram aspectos positivos em relação à aula teórica, aos instrumentos, e em relação às discussões de casos, ressaltando a importância de aumento na quantidade dessas discussões. Os resultados indicam a necessidade de construir projetos que vislumbrem modelos de supervisão e continuidade do ensino.

Os enfermeiros são profissionais de primeira linha de atendimento, estando na assistência direta e em período integral com os pacientes, tendo a oportunidade de oferecer apoio e escuta às famílias. Portanto, é de grande importância promover treinamento e projetos de educação continuada, visando o aumento do envolvimento desse profissional com as famílias.

Programas em que vislumbrem um treinamento relevante à aquisição de habilidades de comunicação e resolubilidade devem ser incentivados, e para que se garanta a efetiva aplicação na prática. Sua programação deve conter propostas interativas e práticas para desenvolvimento da comunicação terapêutica, supervisão das práticas, disponibilização de instrumentos de bolso, planejamento de supervisões, bem como a sensibilização das gerências das unidades.

Para que a inclusão do atendimento da família se torne uma prática da rotina dos serviços é fundamental que gestores sejam esclarecidos sobre a importância desta prática e atuem no sentido de criar um clima organizacional que favoreça esta prática.

As possibilidades e limitações de estudos que buscam a translação do conhecimento são muitas e não foram exploradas em sua totalidade neste trabalho. Isto porque ainda é necessário um tempo maior de reflexão mais aprofundada sobre os dados e a exploração de outros dados que ainda não foram compilados em sua totalidade.

Um problema importante a ser ressaltado é o papel dos pesquisadores durante todo o processo. Nesta pesquisa a orientadora deste doutorado ficou responsável por conduzir a parte teórica e os momentos de discussão. A orientanda ficou responsável por aplicar os instrumentos

de coleta de dados, gravar e transcrever as discussões, evitando dar opiniões durante as discussões. Apesar dos cuidados adotados para evitar o viés da presença da pesquisadora durante todo o processo do curso, a análise do material realizada por meio de um software pode ter amenizado este problema.

Outro aspecto a ser ressaltado é que por ser um estudo transversal em que os dados foram obtidos em um ponto no tempo, portanto, o entendimento completo da causalidade é limitado. Futuras pesquisas longitudinais devem ser realizadas, visando examinar mudanças nas percepções da prática de enfermagem familiar e seus determinantes no cuidado psiquiátrico.

Além disso, os participantes deste estudo foram compostos por pessoas que voluntariamente se inscreveram em um programa de treinamento em enfermagem familiar, podendo existir um viés de seleção, visto que todos se interessaram pelo tema se mostraram abertos à inclusão da família no cuidado.

Destacamos ainda a importância de conduzir novos estudos que abranjam a visão de pacientes, familiares e dos demais membros da equipe de saúde que administra os cuidados nas unidades, visando a melhora na assistência.

REFERÊNCIAS

BELL, Janice M. Knowledge Translation in Family Nursing Gazing Into the Promised Land. **Journal of family nursing**, v. 20, n. 1, p. 3-12, 2014.

BENZEINS, E. et al. Families' importance in nursing care: nurses' attitudes-an instrument development. **Journal of Family Nursing**, v. 14, n. 1, p. 97-117, 2008.

BUCCI, S et al. Family interventions in psychosis: A review of the evidence and barriers to implementation. **Australian Psychologist**, v. 51, n. 1, p. 62-68, 2016

CAMATTA, M et al. The life experience of families concerning the work of the mental health professionals: a phenomenological study. **Online Brazilian journal of nursing**, Niterói, v. 8, n.2, 2009.

CAQUEO-URÍZAR, A. et al. Schizophrenia: impact on family dynamics. **Current psychiatry reports**, v. 19, n. 1, p. 2, 2017.

CLASEN, B. N.; KANTORSKI, L. P.; SCHWARTZ, E. Sofrimento psíquico e família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, 2013.

CHEN, C. Y., KAO, C. C., HSU, H. Y., WANG, R. H., HSU, S. H. "The Efficacy of a Family-Based Intervention Program on Childhood Obesity: A Quasi-Experimental Design." **Biological research for nursing**, 2015.

CHESLA, C.A. Do family interventions improve health? **Journal of family nursing**, v. 16, n. 4, p. 355-377, 2010.

COTTON, S.M., McCANN, T.V., GLEESON, J.F., CRISP, K., MURPHY, B.P., LUBMAN, D.I.: Coping strategies in carers of young people with a first episode of psychosis. **Schizophrenia research**, v. 146, n. 1, p. 118-124, 2013.

COYNE, I. et al. What does family-centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice. **Journal of advanced nursing**, v. 67, n. 12, p. 2561-2573, 2011.

COYNE, I. et al. A survey of nurses' practices and perceptions of family-centered care in Ireland. **Journal of family nursing**, v. 19, n. 4, p. 469-488, 2013.

DONNER G., WHEELER M.M. Coaching in Nursing: An Introduction. International Council of Nurses and The Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International, Indianapolis, IN. (2009)

DUHAMEL, F. Implementing family nursing: How do we translate knowledge into clinical practice? Part II: The evolution of 20 years of teaching, research, and practice to a Center of Excellence in Family Nursing. **Journal of Family Nursing**, v. 16, n. 1, p. 8-25, 2010.

DUHAMEL, F.; DUPUIS, F. Towards a trilogy model of family systems nursing. Knowledge utilization: Fostering circularity between practice, education and research. **Family nursing in action**, p. 53-68, 2011.

DUSSELDORP, L.; GOOSSENS, P.; ACHTERBERG, T. Mental health nursing and first episode psychosis. **Issues in Mental Health Nursing**, v.32, n.1, p.2-19, 2011.

EASSOM, E. et al. Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: a systematic review of facilitating and hindering factors. **BMJ Open**, v. 4, n. 10, 2014.

EGGENBERGER, . K.; SANDERS, M. A family nursing educational intervention supports nurses and families in an adult intensive care unit. **Australian Critical Care**, v. 29, n. 4, p. 217-223, 2016.

HERU, A M. "Family-centered Care in the Outpatient General Psychiatry Clinic." *J Psychiatr Pract.* 2015; 21(5): 381-388.

HSIAO, Chiu-Yueh; TSAI, Yun-Fang. Factors associated with the perception of family nursing practice among mental health nurses in Taiwan. **Journal of family nursing**, v. 21, n. 4, p. 508-528, 2015.

LEGROW, K; ROSSEN, B.E. Development of professional practice based on a family systems nursing framework: Nurses' and families' experiences. **Journal of Family Nursing**, v. 11, n. 1, p. 38-58, 2005.

LEAHEY, M.; SVAVARSDOTTIR, E.K. Implementing Family Nursing: How Do We Translate Knowledge Into Clinical Practice? **Journal of Family Nursing**, v. 15, n. 4, p. 445-460, 2009.

LERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista-Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo , v. 35, n. 2, p. 115-121, jun. 2001

LIMA, C.B., BRÊDA, M.Z, ALBUQUERQUE, M.C.S. Acolhimento ao familiar da pessoa em sofrimento psíquico nos estudos de enfermagem. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 26, n. 4, 2013

MACKAY, B. Genograms or "housework". **New Zealand Journal of Counselling**, v. 35, n. 2, 2015.

CURRIE, M.S., O'LOUGHLIN, R. S. MONTGOMERY, H. F. DWYER, C. "The Delineator: Volume 99" - página 105, - The Butterick Publishing Co., 1921.

MARSHALL, A. J., HARPER-JAQUES, S. Depression and family relationships: Ideas for healing. *Journal of Family Nursing*, v.14, n.1, p.56-73, 2008.

MARTINEZ, A.M.; D'ARTOIS, D.; RENNICK, J. E. Does the 15-minute (or less) family interview influence family nursing practice?. **Journal of Family Nursing**, v. 13, n. 2, p. 157-178, 2007.

MAYBERY, D.; REUPERT, A. Parental mental illness: A review of barriers and issues for working with families and children. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 16, n. 9, p. 784-791, 2009.

NAEF, R, et al. Translating family systems care into neonatology practice: A mixed method study of practitioners' attitudes, practice skills and implementation experience. **International journal of nursing studies**, 2019, 103448.

NASCIMENTO, L.C. et al. Genogram and ecomap: brazilian nursing contributions. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 211-220, 2014.

OLIVEIRA, P.C.M. et al Atitudes dos enfermeiros face à família: validação da escala Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. 6, p. 1331-1337, 2011.

OLIVEIRA, L.V; CIRILO, L.S; COSTA, G.M.C. O CUIDAR DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL: SIGNIFICADO PARA A FAMÍLIA. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 164, 2013

OSTLUND, U.; PERSSON, C. Examining Family Responses to Family Systems Nursing Interventions: An Integrative Review. **Journal of family nursing**, v. 20, n. 3, p. 259-286, 2014.

ROSE, L. E.; MALLINSON, R. K; WALTON-MOSS, B. Barriers to family care in psychiatric settings. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 36, n. 1, p. 39-47, 2004.

SIMPSON, P., WAH, W. K. Family Systems Nursing A Guide to Mental Health Care in Hong Kong. **Journal of Family Nursing**, v. 12, n. 3, p. 276-291, 2006

SIMPSON, P; TARRANT, M. Development of the family nursing practice scale. **Journal of Family Nursing**, v. 12, n. 4, p. 413-425, 2006.

SCHRANK, G; OLSCHOWSKY, A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista-Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo**, v. 42, n. 1, p. 127, 2008.

SOUTHERN, L., LEAHEY, M., HARPER-JAQUES, S., McGONIGLI, K., SYVERSON, A. Integrating mental health into urgent care in a community health centre. **The Canadian nurse**, v. 103, n. 1, p. 29-34, 2007.

SVEINBJARNARDOTTIR, E.K, SVAVARSDOTTIR, E.K, SAVEMAN, B.I. Nurses attitudes towards the importance of families in psychiatric care following an educational and training intervention program. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**. v.18, n.10, p.895-903, 2011.

SVAVARSDOTTIR, E.K; TRYGGVADOTTIR, G.B; SIGURDARDOTTIR, A.O. Knowledge translation in family nursing: Does a short-term therapeutic conversation intervention benefit family of children and adolescents in a hospital setting? Findings from the Landspítali University Hospital Family Nursing Implementation Project. **Journal of family nursing**. v.18 n. 3 p. 303-327, 2012.

SVAVARSDOTTIR, E.K. et al. The process of translating family nursing knowledge into clinical practice. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 47, n. 1, p. 5-15, 2015

SVAVARSDOTTIR, E.K. et al. The impact of nursing education and job characteristics on nurse's perceptions of their family nursing practice skills. **Scandinavian journal of caring sciences**, v. 32, n. 4, p. 1297-1307, 2018

SVEINBJARNARDOTTIR, E.K.; SVAVARSDOTTIR, E.K.; WRIGHT, L.M. What are the benefits of a short therapeutic conversation intervention with acute psychiatric patients and their families? A controlled before and after study. **International journal of nursing studies**, v. 50, n. 5, p. 593-602, 2013.

SVEINBJARNARDOTTIR, E. K.; SVAVARSDOTTIR, E. K.; SAVEMAN, B.-I. Nurses attitudes towards the importance of families in psychiatric care following an educational and training intervention program. **Journal of psychiatric and mental health nursing**, v. 18, n. 10, p. 895-903, 2011.

PALINKAS, L. A. et al. Mixed method designs in implementation research. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 38, n. 1, p. 44-53, 2011.

PITSCHER-WALZ, G.; LEUCHT, S.; BAUML, J.; KISSLING, W.; ENGEL, R. R. The effect of family intervention on relapse and rehospitalization in schizophrenia – a meta-analysis. **Schizophrenia Bulletin**, v. 27, n. 1, 2001.

POLIT, D.F; BECK, C.T. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7rd ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

PONTES, A.C; LEITÃO, I.M.T.A; RAMOS, I.C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Revista Brasileira de enfermagem**, v. 61, n. 3, p. 312-318, 2008.

REED, S. I. First-episode psychosis: a literature review. **International Journal of Mental Health Nursing**, v. 17, p. 85-91, 2008.

REINARES, M. et al. The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. **Clinical psychology review**, v. 43, p. 47-57, 2016.

ROBINSON, C.A. Women, families, chronic illness, and nursing interventions: From burden to balance. **Journal of Family Nursing**, v. 4, n. 3, p. 271-290, 1998.

WAIDMAN, M. A. P. **O cuidado às famílias de portadores de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização**. 2004. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. Maximizing time, minimizing suffering: The 15-minute (or less) family interview. **Journal of Family Nursing**, v. 5, n. 3, p. 259-274, 1999.

WRIGHT, L.M., LEAHEY M. Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família. São Paulo (SP): Roca; 2012

WONG, O.L. Contextual barriers to the successful implementation of family-centered practice in mental health care: A Hong Kong study. **Archives of psychiatric nursing**, v. 28, n. 3, p. 212-219, 2014.

ZHANG, W; CRESWELL, J The use of “mixing” procedure of mixed methods in health services research. **Medical care**, v. 51, n. 8, p. e51-e57, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

APÊNDICE 2

Roteiro de discussão de casos

Caro participante,

Você está recebendo o roteiro para a sessão de coaching que acontecerá no dia 21 de setembro. Este roteiro é composto de duas partes. A primeira aborda os elementos-chaves da entrevista de 15 minutos, e a segunda aborda a entrevista de forma mais geral. Você não precisa transcrever a entrevista, mas deve ouvi-la atentamente para refletir, pois será solicitado a indicar os trechos da entrevista onde praticou os elementos-chaves. Descreva-os com as suas próprias palavras.

Agradecemos a sua participação.

Sueli Galera

Heloisa Badagnan

Lorena Fendrich

Roteiro para discussão de casos

Nome do enfermeiro:

Data:

Duração da entrevista:

A - Elementos-chaves da entrevista de 15 minutos

1. Cite trechos da entrevista onde você praticou as boas maneiras.
2. Que contribuição a prática das boas maneiras trouxe para sua entrevista?
3. Quais dificuldades você percebeu para praticar as boas maneiras?

4. Cite trechos da entrevista em que você praticou a conversa terapêutica.
5. Que contribuição a prática da conversa terapêutica trouxe para sua entrevista?
6. Quais as dificuldades que você percebeu para praticar a conversa terapêutica?
7. Você desenhou o genograma e o ecomapa junto da família?
8. Qual a contribuição de desenhar o genograma e o ecomapa para sua entrevista?
9. Quais as dificuldades de desenhar o genograma e o ecomapa em sua entrevista?
10. Cite trechos da entrevista em que você utilizou perguntas terapêuticas.
11. Quais as contribuições da utilização das perguntas terapêuticas para a condução da entrevista?
12. Quais as dificuldades em utilizar as perguntas terapêuticas para a condução da entrevista?
13. Cite trechos da entrevista em que você elogiou e valorizou os esforços dos membros da família.
14. Quais as contribuições de conseguir elogiar e valorizar os esforços dos membros da família durante a entrevista?
15. Quais as dificuldades em conseguir elogiar e valorizar os esforços dos membros da família durante a entrevista?

16. Cite trechos da entrevista em que você conseguiu reconhecer o sofrimento familiar.
17. Quais as contribuições de reconhecer o sofrimento familiar durante a entrevista?
18. Quais as dificuldades em reconhecer o sofrimento familiar durante a entrevista?

B – Questões sobre a entrevista

1. Descreva quão confortável você se sentiu para desenvolver essa entrevista com a família
2. Em sua avaliação, a entrevista transcorreu como você esperava ou planejava?
3. O que contribuiu para que a entrevista tenha transcorrido como você planeja?
O que contribuiu para que a entrevista não tenha transcorrido como você planejou?
4. Como sua entrevista influenciou no cuidado de enfermagem?

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ENFERMEIRO

Título da Pesquisa: O treinamento em enfermagem familiar por meio de educação ativa e sua influência na mudança de atitude e prática dos enfermeiros

Pesquisador Responsável: Heloisa França Badagnan, Doutoranda em Enfermagem Psiquiátrica pelo Programa de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP)

Equipe de Pesquisadores: Prof. Dra. Sueli Aparecida Frari Galera – Orientadora

Estamos convidando você para participar desta pesquisa que tem o objetivo de avaliar um modo de treinar enfermeiros de um hospital psiquiátrico para aplicação da entrevista familiar breve, baseada no referencial sistêmico.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de um treinamento em intervenção familiar sistêmica. O treinamento será realizado em seu local de trabalho e terá um total de 20 horas, distribuídas em quatro dias.

Em um primeiro momento, será apresentado um conteúdo teórico pontuando o modelo de enfermagem familiar sistêmica, avaliação do sistema familiar, intervenção familiar, além dos cinco ingredientes-chave da entrevista familiar de 15 minutos. Em um segundo momento, você agendará e realizará duas sessões de intervenção familiar, em uma sala reservada de seu local de trabalho e com duração média de 20 minutos cada sessão. Entre elas você receberá um reforço em grupo dado pelos pesquisadores, em seu local de trabalho, com duração aproximada de 40 minutos, para auxiliá-lo no desenvolvimento de suas habilidades de entrevista. As sessões de intervenção familiar serão áudio gravadas para posterior análise pelos pesquisadores. Você também responderá a duas escalas sobre mudança de atitude profissional e prática de enfermagem, antes e após o treinamento e um questionário de caracterização demográfico-profissional. A aplicação será no local de trabalho, despendendo de um tempo médio de 20 minutos para cada aplicação.

Caso aceite participar desta pesquisa, gostaríamos de deixar claro que seu nome não será divulgado em hipótese alguma e sua identidade será mantida em sigilo. Sua participação é voluntária e não terá qualquer influência sobre seu serviço. Você também tem o direito de desistir de participar em qualquer momento, sem precisar justificar sua desistência. Caso desista ou não queira participar, isso não prejudicará você de nenhuma forma. As informações que você nos fornecer serão utilizadas para fins científicos e divulgadas em eventos e artigos de revistas. Você não precisará pagar nada para participar e também não receberá dinheiro para isso. Os benefícios indiretos estão relacionados a possíveis avanços gerados pelos resultados do estudo para intervenções em Enfermagem Familiar Sistêmica. Os benefícios diretos previstos são a oportunidade de aprimorar seu conhecimento e suas habilidades para interagir com a família.

Caso você se sinta constrangido (a), triste ou desconfortável em relação ao treinamento e às sessões de atendimento familiar, ou tenha qualquer outra queixa, estaremos à sua disposição, acolhendo sua demanda e ajudando você a buscar a melhor solução possível, inclusive buscar suporte profissional se necessário. Para tanto, poderá entrar em contato com os pesquisadores ou pedir mais informações quando quiser. Nosso contato está no final deste termo e disponível 24 horas a você.

Caso você sofra algum dano por participar desta pesquisa, você tem o direito a indenização, conforme as leis vigentes no país. Caso tenha dúvidas ou deseje informações, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pelo telefone (16) 3315-9197, no endereço Avenida Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário – Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP. O funcionamento é de segunda-feira à sexta-feira em dias úteis, das 10:00h às 12:00h, e das 14:00h às 16:00h. O CEP tem a finalidade de traçar diretrizes para orientar ações no campo da pesquisa, zelar pela execução das mesmas e estimular sua produção e qualidade.

Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito desta pesquisa, peço que, por favor, assine este termo de consentimento, em duas vias, sendo que uma delas ficará com você.

Eu, _____
declaro que li e concordo em participar desta pesquisa.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 201____.

Assinatura do **PARTICIPANTE**

Pesquisadores:

Heloisa França Badagnan
(16)9992628120
badagnan@gmail.com

Profa. Dra. Sueli Aparecida Frari Galera
(16)997210396
sugalera@eerp.usp.br

APÊNDICE 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – FAMILIAR

Título da Pesquisa: O treinamento em enfermagem familiar por meio de educação ativa e sua influência na mudança de atitude e prática dos enfermeiros

Pesquisador Responsável: Heloisa França Badagnan, Doutoranda em Enfermagem Psiquiátrica pelo Programa de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP)

Equipe de Pesquisadores: Prof. Dra. Sueli Aparecida Frari Galera – Orientadora

Estamos convidando você para participar desta pesquisa que tem o objetivo de avaliar um modo de treinar enfermeiros de um hospital psiquiátrico para entrevistar famílias. O foco é o desempenho do enfermeiro em conduzir a entrevista

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista, que será áudio gravada, e conduzida por um enfermeiro que está em treinamento. A entrevista envolve a construção do desenho de sua família e sua rede de relações (pessoas que colaboram), e perguntas sobre os desafios e as dúvidas que sua família possa ter em relação ao adoecimento do seu familiar. Ela será realizada em uma sala de atendimento individual, na unidade do hospital em que seu familiar está internado, e terá duração aproximada de 20 minutos.

Caso aceite participar desta pesquisa, gostaríamos de deixar claro que seu nome não será divulgado em hipótese alguma e sua identidade será mantida em sigilo. Sua participação é voluntária e não terá qualquer influência sobre o tratamento do seu familiar. Você também tem o direito de desistir de participar em qualquer momento, sem precisar justificar sua desistência. Caso desista ou não queira participar, isso não prejudicará você de nenhuma forma. As informações que você nos fornecer serão utilizadas para fins científicos e divulgadas em eventos e artigos científicos. Você não precisará pagar nada para participar e também não receberá dinheiro para isso. Os benefícios diretos da sua participação são a oportunidade de falar sobre suas preocupações e tirar dúvidas sobre o adoecimento do seu familiar. Os benefícios indiretos estão relacionados ao conhecimento dos profissionais de enfermagem e demais profissionais de saúde sobre os desafios das famílias que convivem com o familiar com doença mental e sobre como conversar com as famílias.

Os riscos envolvidos na sua participação estão relacionados ao desconforto de falar sobre a sua experiência de cuidador de um portador de transtorno mental. Caso você se sinta constrangido (a) ou desconfortável em relação à entrevista, ou tenha qualquer outra queixa, estaremos à sua disposição, acolhendo sua demanda e ajudando você a buscar a melhor solução possível, inclusive buscar suporte profissional se necessário. Para tanto, poderá entrar em contato com os pesquisadores ou pedir mais

informações quando quiser. Nosso contato está no final deste termo e disponível 24 horas a você.

Caso você sofra algum dano por participar desta pesquisa, você tem o direito a indenização, conforme as leis vigentes no país. Caso tenha dúvidas ou deseje informações, você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pelo telefone (16) 3315-9197 ou no endereço Avenida Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário – Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP. O funcionamento é de segunda-feira à sexta-feira em dias úteis, das 10:00h às 12:00h, e das 14:00h às 16:00h. O CEP tem a finalidade de traçar diretrizes para orientar ações no campo da pesquisa, zelar pela execução das mesmas e estimular sua produção e qualidade.

Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como participante desta pesquisa, peço que, por favor, assine este termo de consentimento, em duas vias, sendo que uma delas ficará com você.

Eu, _____, declaro que li e concordo em participar desta pesquisa.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 201____.

Assinatura do **PARTICIPANTE**

Pesquisadores:

Heloisa França Badagnan
Galera
(16)9992628120
badagnan@gmail.com

Profa. Dra. Sueli Aparecida Frari

(16)997210396
sugalera@eerp.usp.br

APÊNDICE 5

Questionário demográfico profissional e de formação

Sexo: () feminino () masculino

Idade: _____

Tempo de formado em Graduação: _____

Tempo de experiência na área da saúde mental: _____

Especializações (carga horária): _____

Especialização específica em família (carga horária): _____

Realiza alguma interação com as famílias dos indivíduos assistidos pelo serviço?

Se sim, que assuntos aborda com essas famílias?

ANEXOS

ANEXO 1

Unidade _____

Nº _____

ESCALA DE PRÁTICA DA ENFERMAGEM FAMILIAR (FNPS)

Por favor, indique na escala, de 1 a 5, o que melhor reflete seus sentimentos em relação ao seu trabalho com as famílias. Por favor, **CIRCULE** o **número** mais apropriado.

1.	Meu nível de confiança em trabalhar com famílias é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
2.	Meu nível de satisfação com a enfermagem familiar é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
3.	Meu nível de conhecimento sobre a Enfermagem Familiar Sistêmica é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
4.	Minha habilidade em trabalhar com o sistema familiar é	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
5.	Eu me sinto confortável em promover o envolvimento da família no planejamento do cuidado de enfermagem.	Alto	1	2	3	4	5	Baixo
6.	Eu consulto o paciente e família para planejar intervenções de enfermagem.	Sempre	1	2	3	4	5	Nunca
7.	As famílias costumam me procurar para conversar sobre seu familiar doente.	Concordo	1	2	3	4	5	Discordo
8.	Eu promovo a participação, a escolha e o controle do paciente/família no atendimento às necessidades de cuidado em saúde.	Sempre	1	2	3	4	5	Nunca

9.	Meu envolvimento com as famílias é gratificante na maioria das vezes.	Concordo	1	2	3	4	5	Discordo
10.	Eu evito a interferência de minhas próprias propensões quando coleteo, interpreto e comunico dados sobre pacientes e famílias.	Sempre	1	2	3	4	5	Nunca

Por favor, comente sobre as seguintes questões:

11. Que problemas ou inconvenientes há em sua prática de enfermagem por envolver a família na avaliação e planejamento do cuidado?

12. Quais são os benefícios, se existir algum, para a sua prática de enfermagem por envolver a família na avaliação e planejamento do cuidado?

13. O que você **fez** na semana passada para envolver as famílias na sua prática de enfermagem atual?